



سلسلہء شعلہء مبارکہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

عمل طب

(تیسروں ایڈیشن)

جلال
مترجم

آئی۔ پی۔ پولٹن۔ ایم۔ اے۔ ایم۔ ڈی۔ (اکسن) ایف۔ آر۔ سی۔ پی۔ (لنڈن)

سی۔ پیٹنم سیمنڈز و ایچ ڈبلیو۔ باربر

ڈاکٹر محمد عثمان خان صاحب ایل ایم اینڈ ایس (مبئی) کرن شہتہ ایف و ترجمہ جامعہ عثمانیہ کلرک عالی
۱۳۵۶ھ ۱۳۵۷ھ ۱۳۵۸ھ ۱۳۵۹ھ

کراچی میں شائع ہوا

یہ کتاب جے اینڈ اے پرنٹنگ لمیٹڈ لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی ہے

فہرست مضامین

صفحہ		صفحہ	تہنید
۱۲۶	تیج الدم	۱	امراض ساریہ
۱۳۱	سرخ بادہ	۲۰	ماہیت مریت
۱۳۷	ریشمی تپ	۲۰	مناعت
۱۵۲	انفلونزا	۲۰	استہداف
۱۵۹	تپ خنقی	۲۴	ارتقاع پیش
۱۶۳	ذقیقہ	۴۰	خرتہ المحارت (لوگنا)
۱۷۷	بنقی ریوی سرایتیں	۴۴	حمی قرمزہ
۱۷۹	گافکائی سرایتیں	۶۴	حصبہ (کھسرا)
۱۸۴	ہائض تپ	۶۸	حمیرا
۱۹۶	تپ محرقہ	۸۱	بیچیک
۲۲۴	محرقة نما حیات	۸۸	جدیرین رسانی
۲۲۸	طوطا دوگ	۹۲	موتیا سیتلا یا کنکر پتھر
۲۳۸	دماغی نفاہی بخار	۱۰۴	کن پچٹر (مکاف)
۲۳۹	حارو التهاب رماو انفخاع	۱۰۹	کالی کھانسی
۲۵۰	آب ترسی	۱۱۳	عذی بخار
۲۵۶	کراز (طی طاس)	۱۱۶	عفوئہ الدم
۲۶۶	حمیس گنگرین	۱۲۳	گنیدگی خون
۲۶۸	آتشک	۱۲۴	
۲۶۹	آکسائی آتشک	۱۲۶	

۳۶۸	طیرانی تہیات	۲۰۳	آرسینوینیزال سے مسمومیت
۳۸۹	سیاہ بولی تپ	۲۰۶	فرہیزیا
۳۹۱	مرض ترغانی (ترغانت)	۲۰۸	قذون
۳۹۸	لیشمانیت	۳۲۸	جذام
۴۰۰	کلا آزار	۳۲۶	گلاٹڈریس
۴۰۳	زچیر	۳۲۰	سراجہ نامرض
۴۲۱	بکرگی امیبائی سرایت	۳۲۰	جرہ
۴۲۸	محلی بحر روم	۳۲۶	منہ کھر کی بیماری
۴۳۲	نزفیر تانی پیچ مونی مرض	۳۴۶	شعاع قطریت
۴۳۶	تیب زرد	۳۵۳	دوریا
۴۴۳	ڈینگہ	۳۵۵	بذر شعریت
۴۴۶	ہیضہ	۳۵۶	اسفر مسمومیت
۴۵۶	طی خون	۳۵۶	تپ موش گزیدگی
۴۶۳	ٹولاریمیا (ٹولاریموسیت)	۳۵۰	جنی ناکس یا تپ راجہ
		۳۶۶	ریگ گسی تپ

THE PRACTICE OF MEDICINE

عمل طب

تمہید

1

عمل طب کی کسی کتاب میں امراض و ان کی نوعیت، ان کے مزلان کی تحریر اور ان کے علاج سے بحث ہونی چاہئے۔

اب تک تشفی بخش طور پر اس امر کی تائید کبھی نہیں ہوئی ہے کہ مرض کیا چیز ہے یا مرض کن حالتوں کا نام ہے؟ یہ کہنا کہ مرض صحت سے کوئی انحراف ہے یا ایسی کوئی چیز ہے جو صحت کے برعکس ہے، یہ سوال پیدا کر دیتا ہے کہ صحت کیا ہے؟ اس کا جواب یہ ہے کہ صحت سے تمام اعضا یا باتوں کی کامل ساخت مراد ہے جسکے ساتھ ان کے تمام افعال و وظائف کی کامل انجام دہی بھی ہو، اور بادی النظر میں ساخت یا فعل کے کسی تغیر کو مرض کہا جاسکتا ہے۔ لیکن بعض خاص حالتیں قابل غور ہیں۔

چوٹ اور مرض کے درمیان عام طور پر امتیاز کیا جاتا ہے۔ لیکن وہ انتہاب جو چوٹ سے علی الاکثر پیدا ہو جاتا ہے ساخت اور فعل کا مرض ہے، اور گوچوں کے خوری اثرات کو عام طور پر امراض نہیں کہا جاتا، تاہم ان سے ایسی بعید تکلیفیں پیدا ہو جاتی ہیں جنہیں امراض کے زمرہ میں شمار کیا جاتا ہے۔

فیض شکایتیں، خواہ وہ ساخت سے متعلق ہوں (جیسے کہ خفیف

تاریتیں = cataracts یا انحال سے (جیسے کہ سر کے درد) اکثر امراض کے نام سے موسوم ہیں کی جاتی ہیں، مگر ان کو فتور یا شکایات کہتے ہیں۔ تاہم ان شکایات کے جو جملہ جاتی رہتی ہیں اور کوئی اثر باقی نہیں چھوڑتیں، اور ان شکایات کے درمیان، جو دیرپا ہوتی یا بار بار عود کرتی یا بالآخر محکم کر دیتی ہیں، نہ کوئی بنیادی فرق ہے اور نہ کوئی واضح خط امتیاز کھینچا جاسکتا ہے۔

جسم کے مختلف اعضا اور بافتوں کی ساخت کے تغیرات درحقیقت امراض ہیں، جیسے کہ التهاب شش یا ذات الریہ (نمونہ)، جگر کا مرنز التهاب یا کبیتہ (cirrhosis) اور معدہ کا سرطانی بالید (cancerous growth)۔ ایسے تغیرات کو اولی مرض (primary disease) کے نام سے موسوم کرتے ہیں، جس سے مراد ہوتی ہے کہ مریض کی روئے امراض میں ان میں سے ہر ایک اولین بنیادی ضرر ہے، اگرچہ ہر ایک میں کوئی باسقی سبب موجود ہوتا ہے، جیسے کہ ذات الریہ (نمونہ) کی حالت میں ذہن عضووں سے تعدیہ کا ہوجانا، کبیتہ (cirrhosis) کی حالت میں کثرت مشرب نوشی، اور سرطانی معدہ (carcinoma of the stomach) کی حالت میں کوئی ایسا سبب جو اب تک نامعلوم ہے۔

ان تشریحی فعلوں کو بھی امراض کہنا چاہئے جو بعض حالتوں میں ایسے اولی نمونہ (primary lesions) کے بعد واقع ہو سکتے ہیں۔ مثلاً کبیتہ جگر کہتے ہیں یا بطونی کے اندر انصباب مائع، استسقاء شکمی (abdominal dropsy) یا استسقاء زہقی (ascites) پیدا کر دیتی ہے۔ سرطان معدہ، جو دواب (pylorus) کو موقوف کرے، معدہ کی دیواروں کا ثانوی اتساع (secondary dilatation) پیدا کر دیتا ہے۔ قلب کا مصلی مرض (valvular disease) جگر اور گردوں میں استسقاء (congestion = اجتماع خون) اور پاؤں اور ٹانگوں میں استسقاء (اجتماع مائیت) پیدا کر دیتا ہے۔

پھر اسی طرح تشریحی تغیرات کے ان دونوں گروہوں میں سے کسی ایک نہ نتیجہ کے طور پر انحال کے بعض فعل اور غیر طبعی موضوعی (subjective) احساسات ہوتے ہیں، جیسے کہ درد، تھک، یرقان، پیشاب میں ایسومین خارج ہونا اور ایسی

ہی دوسری حالتیں۔ کیا یہ بھی امراض ہیں؟ اس نتیجہ پر پہنچنے میں کوئی دقت نہیں کہ ان میں بھی مرض کی حالت موجود ہے۔

بالآخر ہمیں فکرات کی ایک ایسی جماعت سے واسطہ پڑتا ہے جن میں کسی قسم کے تغیرات ساخت نہیں پائے جاسکتے۔ یہ بیشتر نظام عصبی سے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ یہ درد، شنج عضلہ، یا نقصان جس، یا نقصان قوت، یا ان عروقی تغیرات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو دماغ کی اعصاب کے افعال تغیرات سے ثانوی طور پر پیدا ہو چکے ہیں۔ یہ تغیرات حالت میں فی الوقت مرض ہی ہوتا ہے اور اس کی مختلف مثالیں و فکری امراض (functional diseases) کے گروہ میں شمار کی جاتی ہیں۔ جوں جوں منظم تحقیق و تلاش سے ایک صورت میں کوئی ایسا تغیر ساخت آشکارا ہوتا جائے گا جس کا اتنا شبہ نہ تھا، یا دوسری صورت میں کسی سم (toxin) کا عمل ظاہر ہوگا، ان کی تعداد میں کمی ہونے کا امکان بڑھتا جائے گا۔

- 2 لیکن اس موضوع پر ایک دوسرے نقطہ نظر سے غور کیا جاسکتا ہے۔ یہ فیصلہ کر چکے کے بعد کہ اصطلاح مرض کے نہایت وسیع معنی ہیں، ہم اس امر کی تعین کے خواہشمند ہو سکتے ہیں کہ امراض کا لفظ کس طرح استعمال کیا جائے، یعنی یہ کہ ساخت یا فعل کے ممکنہ تغیرات کے متعلق جو کچھ ہم جانتے ہیں اسے عملی مقاصد کے لئے جداگانہ گروہوں میں مرتب کریں۔ امراض کے تعلق میں عملی مقاصد یہ ہیں کہ دوران حیات میں، جبکہ ساخت کی تحقیقات اتنی مکمل نہیں ہو سکتی جتنی کہ موت کے بعد، ان کی شناخت اور ان کا مابعد علاج ہو۔ پھر ہم یہ محسوس کرتے ہیں کہ ان مختلف تغیرات ساخت کے ساتھ جنہیں ہم خود نہیں دیکھ سکے، بعض دوسرے تغیرات، ثانوی امراض یا افعال اختلالات موجود ہوتے ہیں جو عمیق تر تغیرات کی دلائل یا علامتیں ہیں۔ مثلاً ذات الجنہ (pleurisy) میں ہم درد، کھانسی اور تقاصر تنفس (shortness of breath) پاتے ہیں، اور سرطان معدہ میں درد اور قے۔ یہ دلائل خود مریض کے موضوعی تجربات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ درد، جھنجھٹا ہٹ، کھانے یا حرکت کرنے کی ناقابلیت۔ یا لمبیب کے لئے معسرہ و مضمی امارات (objective signs) جیسے کہ ورم، سختی، ارتقاع پیش اور ان معروضی امارات

میں سے خامکرائن دلائلوں کا تذکرہ ضروری ہے جو طبیعی امارات (physical signs) کے نام سے موسوم ہیں۔ یہ اصطلاح بیشتر سینہ اور حکم کا امتحان آنکھ سے (معاینہ = inspection) یا ہاتھ سے (جس = palpation) اور کان سے (استماع = auscultation) یا قرع = percussion) کوئے کے سلسلہ میں احتمال کی جاتی ہے۔ علامات اور طبیعی امارات کسی ضررِ ساخت کے ان تمام نتائج کا جو طبیعت پر ظاہر ہو سکتے اور اس کی رائے قائم کرنے میں رہنمائی کرتے ہیں، حاصل کیے جاتے ہیں۔

اب اول مریض کو بعض احساسات، سازشی اور بے آرامی کے ہوتے ہیں جو اس کے لئے اصلی بیماری یا مرض ہیں۔ دوم، طبیعت اپنے خاص علم کی مدد سے دوسرے خللوں کی موجودگی دکھلا سکتا ہے جو مریض کو غیر محسوس ہیں۔ سوم پھر بھی کچھ اور انور ایسے باقی رہ جاتے ہیں جن کا مشاہدہ ممکن ہے کہ طبیعت نہ کر سکا ہو اور جو صرف امتحان بعد المات (postmortem examination) سے ماہر امراضیات ہی کے ذریعہ سے منکشف ہوتے ہیں۔

کیا ہمیں امراض کی اصطلاح کو اس سلسلہ کی پہلی یا دوسری شق تک محدود رکھنا چاہئے، یا ہم اُسے سر کے دردوں، تھکے، استسقاءوں، تشنچوں وغیرہ کے لئے بھی استعمال کرنے کی اجازت دے سکتے ہیں، جو مریض کی تکلیف کے تو نہایت نمایاں اجزاء ہیں لیکن طبیعت کے حصص کسی عمیق تر شے کی علامتیں ہیں، جسے مشخص کرنے کے لئے وہ متواتر کوشاں ہے؟ موقتی طور پر بلاشبہ ہمیں اس اصطلاح کا وسیع اطلاق جائز رکھنا چاہئے، کیونکہ اول تو ایسے فعلی فتوروں کی ایک پوری جماعت موجود ہے، جو جہاں تک کہ ہمارا موجودہ علم وسعت رکھتا ہے، کوئی تشریحی بنیاد نہیں رکھتے، اور جنہیں باہمہ ایک دوسری سے تمیز کر کے ہر ایک کا علاج کرنا لازم ہوتا ہے۔ دوم یہ واقعہ ہے کہ عمیق تر اشارے کے اعتبار ممکن ہے کہ ان حالتوں سے بھی نہایت نامکمل طور پر ظاہر ہوں جو مریض کے لئے بہت تکلیف دہ ہوتی ہیں۔

لیکن گو ہم کبھی استسقاء، یا دردِ سر یا وجعِ العصب (neuralgia) کو مرض

تصور کرنے پر مجبور ہو جائیں۔ یہیں یا درکھنا چاہئے کہ ہمیں اس حالت سے اس وقت تک کبھی مطمئن نہیں ہو جانا چاہئے جب تک کہ اس امر کے دریافت کرنے کی ہر کوشش عمل میں نہ لائی گئی ہو کہ خرابی کس عضو یا ساخت میں ہے۔ اور ہمیں یہ کاٹنا عادت نہ ڈالنی چاہئے کہ تمام علامتوں پر امراض کا نام تنقوب دیں، اور جبکہ ان کا بنیادی سبب بلا مزید دقت معلوم کیا جاسکتا ہو اسکے ازالہ یا ترمیم کی کوشش کے بغیر ان کا علاج کریں۔ ہر مرض پر عبور حاصل کرنے کے لئے علم کی متعدد مختلف شاخوں کی واقفیت ضروری ہے، جو حسب ذیل ہیں:-

بحث اسباب (aetiology) یعنی مرض کے اسباب کا عمومی طور پر مطالعہ امراضیات (pathology) یعنی جسم کے اندر اس کے اسباب کا، اور ان سے پیدا ہو جانے والے نال کا مطالعہ تشریح مرضی (morbid anatomy) یعنی وہ تغیرات جو ساختوں میں اس سے پیدا ہو گئے ہوں۔ علامات (symptoms) یعنی وہ علامات [جو مرض کے لئے موضوعی (subjective) ہوتی ہیں اور لمب کے لئے معنہ وضعی (objective) جنکو عام طور پر طبیعی امارات (physical signs) کہتے ہیں] جن سے ہمیں اس کا ظہر حاصل ہوتا ہے کہ خرابی کیا ہے۔ تشخیص یعنی کم و بیش مثال علامات رکھنے والے امراض کو ایک دوسرے سے پہچاننے کا طریقہ۔ انداز (prognosis) خاص مرضی حالت کے ممر، اس کی مدت اور اختتام کے متعلق پیش گوئی کا فن۔ بالآخر تحریر (prevention) یعنی رد کے انتظام (حفظ انقدم = prophylaxis) اور جب مرضی حالت پیدا ہو جائے تو اس کا علاج یہ دونوں علم و فن طب کے مطالعہ کے خاص مقاصد ہیں۔

۳ بحث اسباب (aetiology)۔ اسباب مرض کی تقسیم عمومی اسباب

معدہ (predisposing causes) اور اسباب محرکہ (exciting causes) میں کی جاتی ہے، لیکن ان کے درمیان کوئی واضح خط امتیاز نہیں کھینچا جاسکتا۔ ایک سبب معتدلاً مرض پیدا ہوئے عرصہ دراز تک بروئے کار رہ سکتا ہے، وہ آخرا تک سبب محرکہ کی مدت عموماً نہایت مختصر ہوتی ہے۔ لیکن وہ حالات جو ایک وقت میں تو بحیثیت اسباب معدہ عمل کرتے ہیں ممکن ہے کہ دوسرے وقت اسباب محرکہ کے طور پر عامل ہوں۔ حقیقت

بحث اسباب مرض کی پوری تہذیب (causation) پر حاوی ہے، لیکن شاید زیادہ تر اس کا اطلاق نسبت بعید تر اسباب اور اُن حالات پر کیا جاتا ہے جو ہمیشہ مرض کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں، اگرچہ ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ اس کے وقوع پر کیونکر اثر انداز ہوتے ہیں۔ اُن تعلقات پر جو مرض کو عمر، صنف، آب و ہوا، صحتی ماحول، غذا اور امراض سابقہ کے ساتھ ہوتے ہیں، عموماً اسی عنوان کے تحت غور کیا جاتا ہے۔ اس کے برعکس وہ تغیرات جو جسم کے اندر واقع ہوتے ہیں اور جو مرض سے فی الفور پہلے ہوتے یا مرض پیدا کر دیتے ہیں تہذیبی اجزائے عامہ نہیں بلکہ امراضیاتی اعمال خیال کئے جاتے ہیں۔

امراضیاتیات (pathology) سے کبھی کبھی مرضی ساختوں کا مطالعہ مراد لیا جاتا ہے، لیکن بہتر یہ ہے کہ اسے مرضی اعمال کے مطالعہ تک محدود رکھا جائے، یعنی عملی طور پر اس اثر تک جو اسباب مرض جسم کے فعل اور ساخت پر رکھتے ہیں لیکن تشريح مرضی (morbid anatomy) یا امراضیاتی تشريح (pathological anatomy) خود مرضی ساختوں کو بالتفصیل بیان کرتی ہے۔

بحث علامات (symptomatology) کسی مرض کے علامات کا مطالعہ ہے اور اسکے اور اس کی مرضی تشريح کے ساتھ ان امور پر غور کرنا پڑتا ہے جو پیچیدہ گیوں (complications) اور حواقیب (sequelae) کے ناموں سے موسوم ہیں۔ حال ہی میں نہایت صحیح طور پر مرض کے ابتدائی علامات کے مطالعہ پر زور دیا گیا ہے تاکہ ابتدائی ترین درجہ ہی میں علاج معالجہ عمل میں لانا ممکن ہو۔

پیچیدہ گیوں میں بعض وہ اضرایہ علامات ہیں جو اصلی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں لیکن صرف عکاسی کا ہے واقع ہوتے ہیں اور مرض کا لازمی جزو نہیں سمجھے جاتے۔ مثلاً پھوٹے (خراج) حملی معویہ کی ایک پیچیدہ گی ہیں نفث الدم (hæmoptysis) روی تدرج (pulmonary tuberculosis) کی ایک عام پیچیدہ گی ہے، التهاب نگیشیہ (parotitis) ذات الریہ (تھوئہ) کی ایک نہایت شاذ پیچیدہ گی ہے۔ لیکن اس اصطلاح کا اطلاق زیادہ پابندی کے ساتھ نہیں کیا جاتا۔ مثلاً حملی معویہ میں گلابی دبصہ اور اسہال ہمیشہ موجود نہیں ہوتے، تاہم وہ اس مرض کا جزو سمجھے

جاتے ہیں، پیچیدگی کبھی نہیں سمجھے جاتے۔ ہمیں اس حالت کو دوسرے نقطہ نظر سے دیکھنا چاہئے جہاں ایک مرض دوسرے مرض کے ساتھ ملتا ہوا ہو لیکن جہاں تک ہمیں معلوم ہے وہ اس سے بالکل بے تعلق ہو۔ ممکن ہے کہ پیچیدگی محض اتفاقی مناسبت ہو، تاہم ممکن ہے کہ اولی مرض نے کسی ایسے طریقے سے جو ایک نامعلوم ہے اس شخص میں دوسرے مرض کے اکتساب کی استعداد پیدا کر دی ہو۔ دو عام صورتیں یہ ہیں: (۱) کسی خفیف یا شدید مقامی ثور کا ایک ساری مرض سے پیچیدہ ہو جانا، جیسے کہ تھڑیا (scarlet fever) جو تھڑیا سے پیدا ہو جائے۔ (۲) کسی مزمن تنہبی مرض جیسے کہ فالج نصفی (hæmiplegia) یا عرق کی عدم اتساق یا ہر جلد (locomotor ataxy) کا اختتام ذات الریہ (تھوہ) اور التهاب شعبت (bronchitis) کے ذریعہ سے۔

عاقبہ (sequela) وہ علامت یا ضرر ہے جو اصلی مرض کے رفع ہو جانے کے

بعد باقی رہے۔

تشخیص (diagnosis) یعنی بعض علامتوں، طبیعی آثارات اور مضبوطی کی سرگذشت کے ذریعہ سے امراض کی شناخت، جو سب بلکہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ مرض ایک خاص عارضہ لاحق ہے۔ تشخیص تفریقی (differential diagnosis) سے کسی مرض میں ان مقام دوسرے امراض کا جو نہایت واضح طور پر اس سے مشابہت رکھتے ہوں اور ان اختلافی امور کا علم مراد ہے، جن پر اس مرض کو پہچاننے کے لئے اعتما د کیا جاسکے۔

اگر دو شکایتوں کے ایک دوسرے کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کا امکان ہو، اور ایک شکایت دوسری کے نسبت زیادہ پر خطر ہو تو یہ خلط فیصلہ کے کم خطرناک شکایت موجود ہے، مریض کے لئے خطرناک ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ اس کی غیر تشخیص کردہ شکایت بلا معقول علاج کے ایک ہلکے درجہ تک ترقی کر جائے اس کے برعکس اس خلط فیصلہ سے کہ زیادہ خطرناک شکایت موجود ہے، ممکن ہے کہ لمبیب مریض کو بے ضرورت خوف زدہ کر دے، اور یہ بالآخر خود اس کی بدنامی کا باعث ہو۔ نسبت معمولی، عارضی اور زیادہ شفا پذیر شکایات میں بالخصوص یاد رکھنا چاہئے کہ ان کا نسبت شاذ اور زیادہ خطرناک امراض سے مشابہ ہونا ممکن ہے

ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کا مختلف اقسام کے مریضوں کے ساتھ اور
التهاب زائدہ دودہ (appendicitis) کا حاد و سہل مہم کے ساتھ غلط ہو جانا،
ایسی مثالیں ہیں جو بار بار پائی جاتی ہیں۔ تشخیص میں قرینہ یا قیاس غالب ایک اہم
عنصر ہوتا ہے۔ مستثنیٰ مثالوں میں ایک مرض ایسی طبیعی آمارت، علامت یا دلالت
پیش کر سکتا ہے جو کسی دوسری معلوم حالت سے نہیں پیدا ہوتے۔ ایسی آمارت یا
علامت کو اس زیر بحث مرض کی علامت (pathognomonic) کہتے ہیں۔ حقیقتہً
ایسے علامات دالہ بہت کم ہیں۔

امراض کے متعلق جو بیان اور پردیا گیا ہے اس سے اندازہ ہو گیا ہو گا کہ تشخیص
سے ہمارا مقصد ہمیشہ اولیٰ ضرر کا دریافت کر لینا ہونا چاہئے۔ مثلاً ہمیں کسی درہ
کو رتھمیتہ (rheumatism) یا روماتزم کے نام سے موسوم کر کے مطمئن نہیں ہو جانا
چاہئے، بلکہ یہ دریافت کرنے کی کوشش کرنی چاہئے کہ آیا ایسا اور دیکھ عصب پر
دباؤ پڑنے سے، کسی عصب کے التهاب سے، یا عصبی اقطاع کے انحطاط سے پیدا
ہو گیا ہے۔ لیکن بہت سی حالتوں میں مریض متعدد علامات میں مبتلا ہوتا ہے جیسے
کہ درد، کھانسی، شللی، استسقا (dropsy)، البیومین بولیت (albuminuria)
وغیرہ۔ تاہم یہ ہونا چاہئے کہ ہمیں یہ دیکھنے کی کوشش کرنی چاہئے کہ یہ تمام حالتیں کس
حد تک ایک ایسے منفرد اولیٰ ضرر کے باعث ہو سکتی ہیں جیسے کہ قلب کے میسرعی مرض،
گردے کے ذراتی مرض (granular disease) سے۔ لیکن ہمیں یہ فراموش نہیں
کرنا چاہئے کہ بار بار دو یا زائد جدا جدا اعضاء ایک ساتھ موجود ہوتے اور علامات کی
ایک پیچیدہ ترتیب پیدا کر دیتے ہیں۔

انداز (prognosis) کا یہاں اقدار کے لئے ہر مرض کی طبعی روئے و مدد سے
اور اس امر سے کہ عمر، صنف، اور دوسرے طبیعی علامات سے مرض کس حد تک متاثر
ہوتا ہے کامل واقفیت رکھنا ضروری ہے، نیز ان تغیرات کا بطور معلوم کرنا بھی لازم
ہے جو مریض میں روز بہ روز واقع ہوتے رہتے ہیں۔

انداز میں جو سوالات پیش آتے ہیں وہ حسب ذیل قسم کے ہوتے ہیں:-
کیا مریض شغلیاب ہو جائے گا؟ کیا اسے جگہ آرام ہو جائے گا یا اس کا

کوئی عضو ضرر رسیدہ نہ جائے گا کیا اسے وہ مرض پھیر کبھی ہو جائے گا یا اگر مرض ہلکا ہے تو مرض کب تک زندہ رہے گا؟

مرض کے ابتدائی ایام میں شفا یابی کے سوال کا جواب صرف اُس فیصدی شرح اموات پر غور کر کے دیا جاسکتا ہے جو اعداد و شمار سے ظاہر ہو۔ جیسے جیسے مرض آگے بڑھتا ہے علامات کی سرعت یا شدت، دوران خون کے حالات، غذا لینے کی قابلیت، نظام عصبی کی سلامتی یا یہ سب اور ایسے ہیں جو ہماری رائے پر گہرا اثر رکھتے ہیں۔ دوران معالج میں انذار اکثر فیصدی کے لئے سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے، اور اگر کوئی رائے جلد بازی سے قائم کر لی جائے اور پھر وہ غلط ثابت ہو تو وہ اکثر علاج کی اور کسی ناکامی کے نسبت اُس کے خلاف زیادہ یا درگمی جاتی ہے۔

جب کبھی اس کتاب میں یہ بیان کیا جائے کہ کسی مرض کا انذار مساعد ہے تو اس کے یہ معنی نہیں کہ وہ مرض کبھی ہلکا نہیں ہوتا بلکہ یہ کہ اس کے بیشتر مرضیں شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ اگر کوئی خاص علامت یا پیچیدگی انذار کو کم مساعد بنا دیتی ہے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ ایسی پیچیدگیوں والے مریضوں کی فیصدی شرح اموات اُس شرح کے نسبت زیادہ ہو جاتی ہے جو اس پیچیدگی سے پہلے یا پیچیدگی کے بغیر ہوتی ہے۔

تخیر (prevention)۔ مرض کی تخیر یا اُس کے حفظ یا تقدم (prevention or prophylaxis) کو دو نقطہ ہائے نظر سے دیکھا جاسکتا ہے۔

(۱) جماعتی تخیر اور اس تعلق میں اس سے سلاطین اصول صحت (hygiene) یا صحت عامہ (public health) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے اور اس میں وہ تمام تدابیر شامل ہیں جن کے ذریعہ سے قوم ان سب خارجی اثرات کو جو مخالف صحت ہوں روکنے یا دفع کرنے کی سعی کرتی ہے (۲) انفرادی تخیر، جس سے خود جسم کو اسباب مرض کے عمل کے خلاف تیار کیا جاسکتا ہے۔ کچھ تو غذا، ورزش، لباس وغیرہ کے معاملات میں عقل و تہذیب کے حکم اور کچھ ایسے مخصوص علاج سے جو خاص امراض میں تجدید رسائی (vaccination) یا مانع محرطہ (antityphoid inoculation) کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔

ان معنوں میں کارگر تحریر حاصل کرنے کے لئے امرائے کی شناخت عین ابتدائی میں ضروری ہے، تاکہ اس سے پہلے کہ مرض قائم ہو جائے اور اعضا کے اندر ناممکن العلج تغیرات ساخت واقع ہو چکیں، چارہ سازی ممکن ہو سکے۔ اس مقصد کے لئے ان ابتدائی علامات کے جو مریض میں کی ہر ہوتے ہیں، خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔ طب کے اندر اس قسم کی تحریر کی اہمیت رو بہرتی ہے اور اس پر سب مشائخ میں تفصیل کے ساتھ غور کیا جائے گا۔

علاج۔ اس میں پہلے ہمیں جہاں ممکن ہو دغیہ سبب کی کوشش کرنی چاہئے اور یہ ہو سکے تو ممکن ہے کہ ہم اس کے اثر کی تعدیل میں کامیاب ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ ان طریقوں میں سے ایک یا دو سراسر بیض کے تمام علامات و تکالیف کی شفا بخشی کے لئے کافی ہو۔ لیکن بیشتر حالات میں ہمیں ایسی تدبیروں سے حین کا بنیادی مرض پر کوئی اثر نہیں ہوتا، علامتوں کا بھی براہ راست تدارک کرنا پڑتا ہے۔ ایسا کرتے وقت ہمیں یہ ہرگز نہیں بھولنا چاہئے کہ ایسی علامتوں کی اہمیت ان کو پیدا کرنے والے مرض کے مقابلہ میں ثانوی درجہ کی ہوتی ہیں۔ اور بالآخر ہمیں تمام صورتوں میں اس سیلانِ ہلاکت کا اسد اوکڑنا چاہئے، جو ممکن ہے کہ قدرتی عمر میں ہو، یا کسی شاذ پیچیدگی کے باعث اتفاقاً پیدا ہو جائے۔ مثال کے طور پر ہم سہل (phthisis) کو لے سکتے ہیں، جو دراصل پھیپھڑے پر عصیتہ درتہ (tubercle bacillus) کے حمل کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ ایک بار اپنے قدم جما لیتا ہے تو اس کا اخراج بلا واسطہ نہیں کیا جاتا۔ البتہ بہترین معیٰ ماحول، تازہ و تقویت بخش ہوا، اور مخصوص آب و ہواؤں سے، جو جسم کو اس عصیتہ کے عمل کی ممانعت کی قابلیت بخشی ہیں، اس کے اثر کی تعدیل کی جاسکتی ہے۔ اس درمیان میں متعدد علامات [کھانسی، نفث (expectoration) درد، پسینہ آنا، سہال (diarrhoea)] موجود ہوتے ہیں، جو جوں جوں پھیپھڑے کی حالت درست ہوتی ہے گھٹتی جاتی ہیں، اور جن کی روک تھام مناسب دواؤں سے بھی کی جاسکتی ہے۔ مزید برآں ممکن ہے کہ خطرناک پیچیدگیاں پیدا ہو جائیں، یا مخصوص نفث الدم (haemoptysis) یا خون کا ہتھوکن، جس سے جان کا براہ راست خطرہ ہوتا ہے، اور معقول علاجی وسائل سے ایسی روت

سے بچاؤ ہو سکتا ہے۔ التهاب پلور سے پیدا ہونے والا انصباب (pleuritic effusion) ایک ایسی مثال ہے، جس میں پلور میں مائع کی موجودگی کی باعث کھنسی بہر (dyspnoea) دردِ اثینق موجود ہوتے ہیں۔ اس مائع کو خواہ بند پوزنل (tapping) خواہ استعمالِ لٹور سے خارج کر دینے کے بعد تمام علامتوں میں افاقہ معلوم ہوتا ہے۔

اس امر کا یاد رکھنا سب سے زیادہ ضروری ہے کہ کسی بیماری کا علاج صرف کسی قسم کی دوا کا داخلی استعمال نہیں ہے، بلکہ جسمانی اعمال کو دوسرے بہت سے طریقوں سے متاثر کیا جاسکتا ہے۔ یہ اس قدر بدیہی امر ہے کہ یہ مناسب معلوم ہوتا ہے کہ یہاں ان علاجی تدابیر کا مختصر بیان درج کر دیا جائے جو قابلِ حصول ہیں اور جن کا تذکرہ علمِ علاج کی کتابوں میں یقیناً بتفصیل درج ہے۔

سکونِ دُراز نام۔ اس عنوان کے تحت زیادہ کہنے کی ضرورت نہیں۔ بہت سے امراض مثلاً حادِ سرایتوں (acute infections) میں سکونِ عام علاج کا نہایت قیمتی طریقہ ہے جس پر ہمیں دسترس حاصل ہے۔ جیسا کہ ہلٹن (Hilton) نے اپنی کتاب "سکون اور درد" (Rest and Pain) میں اشارہ کیا ہے، درد کی موجودگی ایک اہم ترین دہیہ سکون ہے۔ سکون کے موضوع کا اس تمام کتاب میں ہمیشہ حوالہ دیا جائے گا۔

غذا۔ غذا پر وٹینز (proteins) شحم (fats) اور کاربوہائیڈریٹس (carbohydrates) پر مشتمل ہوتی ہے اور بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ ان کے تناسب کو بدلنا پڑے۔ مثلاً ذیابیطس (diabetes) میں کاربوہائیڈریٹس کو غذا میں محدود رکھنا یا محدود کر دینا چاہئے۔ اسی طرح کچھ غذاؤں میں پورین (purin) اشیا موجود ہوتے ہیں، جو نقرس (gout) میں مضر ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ ان میں سخت اعتدال کام میں لانا چاہئے۔ سخت ورزش کر نیوالے اشخاص کے نسبت صاحبِ خراش مریضوں کو کم غذا کی ضرورت ہوتی ہے۔ بیمار کی حالتوں میں بہ نسبت اُس وقت کے جبکہ تپش طبعی ہو، زیادہ غذا چاہئے کیونکہ توانائی نسبت زیادہ خرچ ہوتی ہے۔ ساتھ ہی بھی ضروری ہے کہ غذا سہل الہضم شکل میں لی جائے۔ آخر الذکر کا اطلاق مختلف معدی معوی امراض پر ہے۔ غذا اس طرح مرتب کی جائے کہ اُس میں مختلف معین غذاؤں یا حیاتیات (accessory food substances or vitamins) کافی موجود ہوں

جن کی موجودگی زندگی کے لئے ضروری ہے۔

ادویہ - قربادین برطانوی (British Pharmacopoeia) میں ان دواؤں کی مستند فہرست درج ہے، جن کی علاج میں ضرورت پڑتی ہے، لیکن تازہ دوائیں برابر داخل ہوتی رہتی ہیں اور ممکن ہے کہ نسبت پرانی دوائیں، جو اب اس قربادین (فارماکوپیا) میں شامل نہیں ہیں، اب بھی کارآمد ہوں۔ دھن اور محاضقتیم کی راہ سے اور مہوں کے ذریعہ جلد کے راستہ سے، اور دوا آئینہ غسلوں (medicated baths) سے دوا پہنچانے کے قدیم طریقوں کے علاوہ اب دوائیں تحت الجلدی، درون عضلی، درون ورید، اور درون تنخانی اشرب اور روان رسانی (ionisation) یا درو رسانی (cataphoresis) سے بھی داخل کی جاتی ہیں۔ اس طریقہ میں ایسے روان شدنی (ionisable) نجات جن میں کئی کیا دونوں ترکیبی عناصر کارگر دوائیں ہوتی ہیں، جلد پر لگاؤں جاتے ہیں، اور گیلوالی روکی وسالمت سے ایک یا دو سبب روان یافتوں کے اندر داخل کر دیا جاتا ہے اور وہ مطلوبہ اثر پیدا کرتا ہے۔

علاج عضوی (organo-therphy) یا علاج بالعصارہ (opotherapy) - بحیثیت، ادویہ کی خصوصیتوں کے وجود عملی طور پر یا براہ معاضقتیم، یا تحت الجلد اشرب سے دی جاسکتی ہیں، حیوانات کے مختلف اعضا کے ان خلاصہ نبات (درتی عندہ فوق الکلیہ، جسم تنخانی، انسولین) کا تذکرہ ضروری ہے جو انسانی موضوع میں متناظر اعضا کے نقائص کو رفع کرنے کے لئے کام میں لائے جاسکتے ہیں۔

دافع سم (antitoxie) اور ضد جراثیم فصل (antibacterial sera) - یہ بعض جراثیمی امراض ساریہ میں نہایت کارآمد ہوتے ہیں، جیسے کہ دقتھیسیریا (diphtheria) میں۔ یہ ایک ایسے حیوان کے فصل پر مشتمل ہوتے ہیں جو کسی مخصوص مرض کے لئے مامون بنایا گیا ہے، اور اس فصل کے اندر ایسے متضاد اجسام (anti-bodies) موجود ہوتے ہیں جو انسانی مریض میں اس مرض کی تعدیل کر دیتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 16) حیوانوں پر محتاط تجربات کے بعد ان فصلوں کی تمیز (standardisation) کر لی جاتی ہے۔ ان کا اشرب تحت الجلد یا عضلات کے اندر یا انورده کے اندر یا عمود النخاع (spinal column) کے حلاف (theca)

کے اندر کیا جاسکتا ہے۔

جراثیمی جلد رینات (bacterial vaccines) جلد رین ایک محلول ہے جس میں علاج طلب مرض کے عصیتوں سے مائل نوع کے کئی ٹیٹین (ایک ٹیٹین = ۱۰ اٹاکا) مردہ جراثیم موجود ہوتے ہیں اور جو بترجیح زیر علاج مریض سے حاصل کردہ چنبرہ جراثیم سے کاشت کر لئے جاتے ہیں۔ ان جراثیم کا اشتراک مریض کے معطل دہوی کی آپسونی قوت (opsonic power) بڑا دیتا ہے اور اس طرح تولد مریض جراثیم کو بالآخر ہلاک کرنے میں مدد ہوتا ہے۔

باقی ماندہ طریقہ ہائے علاج میں قدرت کی قوتوں کا استعمال مختلف مخصوص طریقوں سے کیا جاتا ہے۔

حرارت۔ ہجیان یا غرض مقابل (counter-irritation) پیدا کرنے کے اغراض سے گرمی کے، اور حرارت کے منکلف اثرات (کینٹری: cantery) پیدا کرنے کے لئے حرارت کے مقامی استعمال کے علاوہ روماتزمی مفاصل اور مائل حالتوں کے لئے تاباں برقی روشنی (incandescent electric lights) کے ذریعہ مشع حرارت (radiant heat) کام میں لائی جاتی ہے۔

حرارت رسائی (diathermy) حرارت کے منغای طور پر استعمال کرنے کا ایک نسبتہ جدید طریقہ ہے۔ حرارت مسلسل طور پر قائم رکھی ہوئی اعلیٰ تعددی روئوں (high frequency currents) سے پیدا کی جاتی ہے اور اس شکل میں وہ کسی حصہ، مثلاً ایک مفصل کے اندر، یا نسبت اس حرارت کے جس کی برداشت ہو سکے اور جو جارح کے باہر کے مینوں سے ہم پہنچائی گئی ہو، زیادہ گہری داخل ہوتی ہے۔

روشنی۔ اس آب و ہوا کے عام فوائد اظہار من اشس ہر جہیں دھوپ نکلی ہوئی ہو، بلکہ ان خطوں میں بھی جہاں موسم نسبت کم صاف ہوتا ہو، جب سمجھی موقع ملے مریض کو سورج کی تیز روشنی میں کھلا رکھنا بعض شکایات میں مفید ہوتا ہے۔ ذلجہ (lupus) اور قروح قارنہ (rodent ulcer) کے خضنی روشنی کے علاج (Pinsen light treatment) میں معین خصوصوں

ہمک مرض جسے پرنہارت میز روشنی ڈالی جاتی ہے۔ یہ روشنی، منفشی اور ماورائے منفشی شعاعوں (ultra-violet rays) پر مشتمل ہے اور ایک ایسی آرک لائٹ (are light) (نوسی روشنی) سے پیدا کی جاتی ہے جس سے حراری شعاعیں منقطع کر دی جاتی ہیں۔
 ۱۰. متجنجی شعاعیں یا الاشعاعیں (Roentgen rays or X-rays) ان

شعاعوں کے طاقتور اثرات، حسن و قبح دونوں کے لئے، مشہور و معروف ہیں۔ جب یہ غیر محفوظ جلد پر ہمیشہ پڑتی رہیں، جیسا کہ الاشعاعی عاملوں کی حالت میں ہوتا ہے، تو یہ شدید اور لالچ البتباب جلد (dermatitis) پیدا کر دیتی ہیں، جس سے سرطان (carcinoma) پیدا ہو جاتا ہے۔ خون پیدا کرنے والے اعضا پر ان کے سلیف عمل سے جو غیر نکوینی عدم دمویت (aplastic anaemia) پیدا کر دیتا ہے، ہلاکت بھی واقع ہو جاتی ہے۔ معقول احتیاطوں کے ساتھ محدود و معمولی تک استعمال کی جائیں تو یہ جسم کے خلیات کی بایوسنگی میں ترمیم کر دیتی ہیں، اور روڈنٹ انسڈرکشن کا زہد = (rodent ulcers)، سرطان (carcinoma)، کھائی غذا، سفید دمویتی طحال (leukemic spleen)، شعاعی جو فیستہ (syringomyelia) تبار (ringworm) یعنی داد اور دوسرے عوارض میں مفید پائی گئی ہیں۔ عمیق الاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) میں کم نفوذ کرنے والی شعاعیں منقطع کر کے الگ کر لی جاتی اور صرف زیادہ نفوذ کرنے والی شعاعیں استعمال میں لائی جاتی ہیں۔ یہ شعاعیں جسم کے اندر کی عمیق ساختوں مثلاً سرطان زدہ رحم تک پہنچ سکتی ہیں، اور وہ سمت جس سے یہ شعاعیں آتی ہوں، یا بالفاظ دیگر ان کے داخلہ کا دروازہ، بدل دینے سے جلد محفوظ رکھی جاسکتی ہے۔

ریڈیم (radium) اس سلسلے سے نکلنے والی شعاعیں بھی قوی نیک و بد اثرات رکھتی ہیں۔ ان کا اثر کسی قدر الاشعاعوں سے مشابہ ہے۔

برق۔ اس قوت کے خاص استعمالات شلل (paralysis) اور دوسرے عصبی امراض کے علاج میں کیئے گئے ہیں۔ جو عضلات ارادہ سے نہیں چمکتے، ان کے جا سکتے، وہ برقی جہان سے منقبض کیے جاسکتے ہیں بشرطیکہ ان کا تغذیہ جمعی ہو اور وہ نزلوں نہ ہو گئے ہوں۔ یہ انقباض، جو مقررہ وقتوں کے بعد پیدا کیا جاتا ہے

عضلات کے اندر دوران خون و لطف قائم رکھنا ہے اور صحیحیابی میں مدد ہوتا ہے۔
 ایسے انقباضات فرادی زویا برقی کی مسلسل رد و کاسلسلہ توڑنے سے پیدا کئے جاسکتے
 ہیں۔ متحدہ دردناک وجع العصبی عوارض کو برقی کی مسلسل رد سے خاتمہ پہنچتا ہے۔
 برق کا ایک دوسرا استعمال جو آجکل مروج ہے، اعلیٰ تعددی ڈول (high frequency
 currents) کا استعمال ہے۔ یہ اعلیٰ قوتہ والی، شاید دس ہزار ولٹ کی روئیں، متبادل
 مثبت و منفی ہوتی ہیں اور ایک ثانیہ کے تقریباً ہر دس لاکھ ویں حصے میں اپنی امارت
 (sign) بدلتی رہتی ہیں۔ اسی واسطے یہ اتنی سریع ہوتی ہیں کہ جیسی اعصاب یا محرک
 یا عضلات کو قہقہ نہیں کر سکتیں کیونکہ یہ سب صرف تقریباً نیلے ثانیہ مدت کے
 ہتھیجات سے مجبیت ظاہر کرتے ہیں۔ تاہم یہ یافتوں پر بعض اثرات رکھتی ہیں،
 جو دعویٰ کیا جاتا ہے کہ حسب ذیل ہیں: یہ خلوی فعلیت میں ترقی، اعروقی نظام کے تغیرات
 اور عصبی عضلی نظام کا ارتجاع (inhibition) یعنی معمولی ہتھیجات سے اس نظام
 کی کم جس پذیری۔

غسل اور فطولات (baths and deaches) — ان ذرائع سے حرارت
 دہرودت اور میکانی اثرات پیدا کئے جاسکتے ہیں، اور اس طرح دماغ کی نظام اور دوران
 خون، مقامی اور عمومی دونوں طور پر متاثر کئے جاسکتے ہیں۔ دو آئینہ غسل قلعوی
 غسل اور کیرینی غسل بعض حالات میں نہایت مفید ہوتے ہیں۔ حر قیست۔
 (diaphoresis) یا پسینہ بڑھانے کے لئے گرم ہوا کا غسل یا بخاری غسل (vapour
 bath) کا آمد ذرا دلچ ہے۔

دکب (massage) — اس سے مریض کے جوارح اور جسم کی درست ورزش
 (manipulation) مراد ہے جو ایک عامل اس طرح انجام دیتا ہے کہ جس سے اس
 حصے کے دوران خون و لطف میں مدد ملے اور تحول (metabolism) کو وہ پہنچ جائے
 جو جو تندرست آدمی میں فاعلی ورزش سے حاصل ہوتا ہے۔ ایسی طریقہ سے اگر کسی
 ہوئے جوڑوں کی اصلاح کی جاسکتی ہے اور انضمامات (adhesions) ڈھیلے کئے جاسکتے
 ہیں۔ مقامی طور پر اسے جوارح کی چوٹوں کے بعد استعمال کیا جاتا ہے، اور کئی عصبی
 اختلالات مثلاً اختناق الرجم (hysteria) اور عصبی تہاکت (neurasthenia) میں

جب اس کا استعمال سارے جسم پر کیا جائے تو یہ منفعت بخش ہوتی ہے۔
 دست و تری (manipulation) کے طریقوں میں کسی چارہ کا فرکس
 (friction) یعنی رگڑنا، دبانا اور تکی کرنا (percussion) اور مفاصل کو انضمامی حرکات
 (passive movements) دینا شامل ہیں۔ ترک یا لف مالی (effleurage) میں
 حصہ بدن پر تسلی سے اور کے جانب کو یا مرکز جو سمت میں تسلی لگاتے ہیں اور
 ہاتھ باقاعدگی کے ساتھ ایک دوسرے کے بعد اور حسب موقع کم و بیش تیزی کے
 ساتھ استعمال کیے جاتے ہیں۔ دبانی میں پٹرن (petrissage) شامل ہے جس میں ہلکے
 یا دونوں ہاتھوں کی انگلیوں اور انگوٹھے سے عضلہ کا ایک حصہ پکڑ کر اٹھایا جاتا ہے
 اس پر سخت دباؤ ڈالکر اسے انگلیوں اور ماتحت ہاتھوں کے درمیان پھرایا جاتا ہے۔
 اسی طرح یکے بعد دیگرے دوسرے اعضاء پر بھی عمل کیا جاتا ہے اور حال یہ عمل محیط سے
 مرکز کے طرف کرتا ہے۔ قرع (percussion) میں چپتی (tapotement) یعنی وہ
 قرع شامل ہے جو انگلیوں کے سروں سے یا سروں کی رami سطح (palmar surface)
 سے یا نصف بند کئے ہوئے ہاتھ کی پشت سے، یا ہاتھ کے زبیدی (ulnar) یا گھبرای
 (radial) کنارے سے، یا سارے ہاتھ کو چھوٹا کر ڈنگا کر اس کے اور سطح چاروں کے درمیان
 کچھ ہوا محصور ہو جائے، کیا جاتا ہے تو لینڈنی (flagellation) یعنی ایک تر تو لیہ
 سے مارنا بھی قرع میں شامل ہیں۔ گوند ہٹنا (kneading) یا سلٹنا اور ارتعاش
 (vibration) بھی کام میں لائے جاتے ہیں۔

مفاصل سے گردش (circumduction) 'غیسدگی' (flexion) توسیع (extension) اور جبر (traction) کے حرکات کرائے جاسکتے ہیں۔ ملنے کی
 حرکتیں مرکز جو ہونی چاہئیں۔ انھیں کسی روغن، مرہون یا مردعات (liniments)
 کے بغیر خشک ہاتھوں سے کرنا چاہئے۔

مالش کی مدت کسی ایک موقع پر پانچ سے پندرہ دقیقوں تک ہونی چاہئے
 لیکن تازہ حالتوں میں ایک دن میں دین یا چار نشستیں کافی ہو سکتی ہیں۔ ان دست
 و تریوں کا اثر یہ ہے کہ لف اور خون کا سیلان ان کے اپنے اپنے عروق میں بڑھ جاتا
 ہے اور جلد کے عضلات اور جلدی معکوسات میں تہیج پیدا ہوتا ہے۔

سوئیڈنی حرکات (Swedish movements) علاج ناؤ، ہسٹم (Nauheim treatment) منظم ورزش، فرینکل کے حرکات (Frenkel's movements) یہ سب نامی حرکات ہیں، جنہیں لطیف یا عامل کے زیر ہدایت خود مرضی عمل میں لاتا ہے اور جن کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ ایک منفصل کے افعال کے متعلق، یا ضعیف قلب کی قوتوں کے لئے، یا قریب ہی کے علاج کے واسطے افعال ہضم کے سرانجام کے متعلق خواہ مقامی طور پر یا عمومی طور پر ورزش کی ایک روزانہ مقدار حاصل ہو جائے۔ یا جیسا کہ فرینکل کی ورزشوں کی صورت میں ہوتا ہے، یہ مقصد ہو سکتا ہے کہ عضلی حرکات میں ہم آہنگی کا فعل پھر قائم ہو جائے۔

جماعت بندی

کچھ عرصہ پہلے امراض کا تقسیم عمومی اور مقامی میں کی گئی تھی۔ ان میں سے آخر الذکر وہ ہیں جن میں جسم کے مخصوص اعضا یا حصے خاص طور پر یا تنہا مآلوف ہوئے ہوں، جیسے کہ دل، پیپس، پھرے، دماغ، یا ملد، اور اول الذکر وہ ہیں جن میں سارے نظام جسم میں اختلال واقع ہوا ہو اور یہ مستحکم کہا جاسکے کہ ایک عضو کسی دوسرے کے نسبت زیادہ مآلوف یا متاثر ہوا ہے۔ ان عمومی امراض میں سے بیشتر کا اہم خاصہ یہ تھا کہ ان کے ساتھ بخار کی موجودگی لازمی تھی، وہ متعدی (contagious) سمٹنے ایک شخص سے دوسرے میں منتقل شدنی تھے، اور ان کا ایک حملہ اس شخص کو باہر سے کم و بیش محفوظ کر دیتا تھا۔

8

مگر بین کی وساطت سے تحقیقات کے اصلاح یافتہ طریقوں سے اس امر کا ثبوت ہم پہنچ گیا کہ تعدیہ (contagion) یا قیشب (virus)، یا ایک شخص سے دوسرے میں انتقال کا واسطہ، نہ صرف مرنی و فزات پر مشتمل ہے، بلکہ یہ فزات خود ہی حیات عضو ہے، جو مختلف امراض میں مختلف ہوتے ہیں اور جسم کے اندر اور جسم سے باہر دونوں جگہ کاشت اور تجدید پیدا کرنے کی قابلیت رکھتے ہیں۔ ان دقیق

عضویوں کا مطالعہ ”علم الجراثیم“ یا ”جراثیمیات“ ہے۔

اس طرح معلوم ہو گیا کہ عمومی امراض (sary) (infectious) اور نوعی (specific) دونوں ہیں، اور ٹائفس (typhus)، قرمز (scarlet fever)، کھسرا (measles)، چیچک، اور اطفال کھسرا ان کی مثالیں ہیں۔ لیکن مزید تحقیقات سے یہ بھی ظاہر ہو گیا کہ بہت سے ایسے امراض بھی جو اب تک مقامی خیال کئے جاتے تھے، نوعی اور ساری عیالات کے باعث ہوتے ہیں، مثلاً ذات الریہ، دمنیہ، کزاز (طالاض) اور خناق و بائی (دقتحیریل)۔ یہ محاذ اپنی حقیقی اراضیات کے یہ فتورات معد اپنے نمایاں مقامی مظاہر کے، ٹائفس اور چیچک جیسی مشہور تینوں کے زمرہ میں شامل ہونے چاہئیں۔ پھر جماعت بندی اس واقعہ سے بھی مشکل ہو گئی ہے کہ اگر جسمانی اعضاء کو ایک اساس یا بنیاد کے طور پر قرار دے لیا جائے تو ایسے عمومی امراض موجود ہیں جو ہر ایک وقت سارے جسم کو متاثر کر دیتے ہیں اور کسی ایک عضو پر خاص طور سے اثر انداز نہیں ہوتے۔ لیکن جب ان کی تحقیقات کی جاتی ہے اور ان کا رشتہ اتحاد ساری دقیق عضویہ پائے جاتے ہیں تو روشن ہو جاتا ہے کہ متعدد امراض کو، جو بالخصوص جسم کے ایک ہی عضو یا حصے کو متاثر کرتے ہیں اور اسی واسطے مقامی مرض ہیں، امراض ساریہ کے ساتھ شامل سمجھنا چاہئے۔ اور چونکہ تمام تحقیقات حاضرہ کا رجحان ہر انتہائی اور انحطاطی ضرر کا، بلکہ بعض تو بالیدوں کا سبب بھی دقیق عضویہ میں تلاش کرنے کے طرف ہے، لہذا امراض ساریہ کی فہرست اس کے عمومی فتورات میں ان امراض کے امتداد سے متاثر تر ہوتی جا رہی ہے جو اب تک مقامی یا غیر ساری سمجھے جاتے تھے۔

یہی وقت ایک فعلیاتی نظام کے حدود کے اندر پیدا ہو جاتی ہے، اور امراض دماغ کو امراض نخاع سے، یا امراض معدہ کو امراض معاد سے علیحدہ کرنے کی کوشش اکثر ناکام ثابت ہوتی ہے، کیونکہ یہ حصے کسی مشترک سبب سے ہر ایک وقت متاثر ہو جاتے ہیں۔ مثلاً ”خوکی ہر جلیہ“ (locomotor ataxy) اور عمومی شلل مجامین (general paralysis of the insane) دونوں آتشک کے نتائج ہیں، اور متعدد عضویہ ایک ہی وقت میں دماغ اور نخاع کے، یا دماغی اور نخاعی متحیا

(meninges) کے، یا معدی اور معانی مخاطی جھلیوں کے انتہائی ضرر پیدا کر دینگے۔ لیکن ان امراض میں سے جنکو پہلے مقامی کہتے تھے، بہتوں کو حتی الامکان ان کی قدیم گرد و بند یوں کے اندر باقی رکھنے میں ایک فائدہ یہ ہے کہ وہ اپنے طبعی الماریں اور علامات میں اسی گرد و کے دوسرے مقامی عوارض سے لازماً قابل مقابلہ ہوتے ہیں، خواہ ان آغوالذکر کی ساری نوعیت ظاہر ہو چکی ہو یا نہ ہو چکی ہو۔ اسی واسطے پہلے باب میں جو امراض ساریہ کے متعلق ہے، ایسے امراض شامل پائے جائینگے جو صرف عام عمومی امراض میں، اور ساتھ ہی صرف چند ہی دوسرے بھی جو نمایاں مقامی خصائص رکھتے ہیں، اس کے بعد کے باب مختلف نظامات، مثلاً عصبی، تنفسی، قلبی، غذائی وغیرہ کے امراض سے بحث کریں گے، جن میں سے یہ ماننا پڑے گا کہ بہتوں کی ابتداء نوعی سرایت ہوتی ہے۔

امراض ساریہ

(INFECTIOUS DISEASES)

ماہیت سرائیت

امراض ساریہ سے وہ امراض مراد ہیں جن کا انحصار جسم کے اندر رہا ہر سے ایک قشریہ (virus) اگل ہونے پر ہوتا ہے۔ اور یہ ساری عامل چھان نہیں ایک مرنے شے کے طور پر دکھایا جاسکتا ہے، ایک خوردبینی ذی حیات آستی یا و قیق عضوہ (micro-organism) ثابت ہوا ہے، جو جسم کے اندر اپنی تعداد بڑھا سکتا ہے۔ لیکن سب الہامائی کی تحقیق و اقتضائش کے بعد بھی ان میں سے بعض جہم امراض مثلاً کھسار اور آب ترسی (hydrophobia) کے عضویوں کو خوردبین کی اعلیٰ ترین طاقتوں کی مدد سے دریافت کرنا اور دیکھنا نامکن ثابت ہوا ہے۔ ان عضویوں کو کبھی کبھی اور اسے خوردبین (ultra-microscopic) کہتے ہیں، اور سرائیت کی مدد سے ہر ۱۶۔ " کا ایک قطر ہے، لیکن بلاشبہ یہ قیاس میں آسکتا ہے کہ ممکن ہے کہ اس سے بھی زیادہ طاقتور مد سے حاصل ہو جائیں، جن سے ان امراض کے عضویہ بھی دریافت ہو جائیں۔ زہید برآں یہ بھی ممکن ہے کہ ان کیمیائی پوشیوں (chemical stains) کے علاوہ جو ان عضویوں (bacteria) اور قیقوں (cocci) کے واضح کرنے کے لئے، جن سے ہم اب واقف ہیں، بالکل ضروری ہیں، دوسرے ایسے پوشیے بھی دریافت ہو جائیں جو ان عضویات کو ظاہر کر دیں جو اب تک غیر مرنے ہیں۔ بیو برکل (بڈرن) اور انفلوئنزا

کے عضیوں کی دریافت کے بہت سال کے بعد آشک کا نسبت بہت بڑا پیچ مویہ (spirochæte) تکون کے خاص طریقوں کی مدد سے ظاہر کیا گیا۔

یہ امر کہ ان میں سے بیشتر امراض میں عضویہ کی دقیق جسامت ہی اس کا خاص سبب ہے کہ ہم اسے دیکھنے میں ناکام رہتے ہیں، اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ان امراض میں سے کئی میں پانسی یا لالت، یا بافتوں سے تیار کئے ہوئے سیالائے دقیق ترین مقطاروں (filters) میں سے جو معلوم ہیں، آرا پار گذر جاتے ہیں، جیسا کہ مقطار کے استعمال کے بعد بندروں اور دوسرے حیوانات میں ان کی تطہیر سے مرض پیدا ہو جانے کے امکان سے ثابت ہو گیا ہے۔ ایسا قشک یا عضویہ مورتی مقطار ناقد (filter-passer) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے اور مندرجہ ذیل اس گروہ سے تعلق رکھنے والے سمجھے جاتے ہیں:- کھسرا، آب ترسی، ہڈی ٹوڑ تپ (dengue) کیوگ مسمی تپ (sand-fly fever)، اٹھاب رادو نخاع (poliomyelitis)، ایسائی اٹھاب رادغ (encephalitis lethargica)، جڈری (variola) اور گائے پچا (vaccinia) کے عضویہ۔

ان دقیق عضویوں میں سے بے مختلف تیشوں (stains) اور خردین کی نہایت اعلیٰ طاقتوں کے مشترک استعمال سے نوعی استعین، اکثر عموماً امراض کے نسبت پائل ہونا ثابت ہو چکے ہیں، بشیر شقوقی قطرات (Schizomycetæ) یا شقوقی قطرات (fission fungi) کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں اور ادنیٰ جسم راہیم (lower bacteria) کہلاتے ہیں۔ یہ سب دقیق غلوی اجسام ہیں، جو نواق اوت سے پنے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور جب یہ مردہ یا خشک ہوں تو ان میں بعض مہفات، مثلاً، متھیلین بلیو (methylene blue)، مینشن دایو لیٹ (gentian violet) اور فکسین (fuchsin) سے رنگے جانے کی قابلیت موجود ہوتی ہے۔ یہ مختلف شکلوں میں واقع ہوتے ہیں، مثلاً، دقیق، گردی یا بیض نما اجسام کی صورت میں (جن کو بقیات cocci) یا دقیق مبقول (micrococci) کے نام سے یاد کرتے ہیں) یا سید ہے عصا نما اجسام کی طرح، جکو عضیات (bacilli) کہتے ہیں، کوئی پانچ نما اجسام کی طرح، جو کہ مرغولہ یا پیچ مویہ (spirilla or spirochætæ) کہتے ہیں۔ بقیے بے دھاگوں یا

زنجیروں کی شکل میں باہم چپکے ہوئے رہ سکتے ہیں (نبقہ سبھیہ = streptococcus) یا کعب گرد ہوں میں (نبقہ جزویہ = sarcina) یا بالے قاعدہ خوشوں میں (نبقہ غنبیہ = staphylococcus)۔ بعض جراثیم ابداب (cilia) یا سوطیے (flagella) رکھتے ہیں، جنکی وسالمت سے وہ آزادانہ حرکت کی طاقت حاصل کرتے ہیں۔ سوطیے چند یا کثیر السداد، عموماً غلیظوں کے جسم کے نسبت زیادہ لمبے اور مرغولی طور پر بل کھائے ہوتے ہیں۔

ان دقیق عضویوں کی تجدید پیدا نش (division) سے اور جراثیمی غلیظہ کے اندر سکوینا بدور (formation of spores) سے واقع ہوتی ہے (درون زائیدہ = endogenous)۔ اہل الذکر طریقہ سے عضویوں کی نہایت سرین تکثیر واقع ہو جاتی ہے اور اسے درجہ نابت (vegetative stage) کہتے ہیں۔ دوسرے طریقہ تکثیر لینے بذریعہ (sporulation) کا وقوع مخصوص حالات کے تحت عضویوں اور بعض بیج مویوں میں ہوتا ہے۔ بانیدگی اور تکثیر نسبت سست ہوتی ہے اور اس عمل کو سکوینی درجہ (resting stage) خیال کیا جاتا ہے۔ خود دقیق عضویہ کے نسبت بدور متلفہ حالات، جیسے کہ حرارت اگر نمی خشکی، اور رافعات عفونت کے زیادہ متحمل ہوتے ہیں۔

ایک دوسرا گروہ یعنی وہ اعلیٰ جراثیم (higher bacteria) بھی بوشعری فطرات (Trichomycetæ) کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں، کبھی کبھی امراض ساریہ کے سبب ہوتے ہیں۔ یہ کسی قدر زیادہ بڑی جسامت کے ہوتے ہیں، سادہ غلیظوں سے بنے ہوئے پرشکوں (filaments) پر مشتمل ہوتے، اور تجدید پیدا نش کے مخصوص احفاظیات کے اندر رکھتے ہیں، جنکو ٹنگھک (gonidia) کہتے ہیں۔ ان کی سلاسل میں بیجیا ٹوا (beggiatoa) تھائیو تھریکس (thiothrix) لیپٹو تھریکس (leptothrix) کلاڈو تھریکس (cladothrix) اور اسٹریپٹو تھریکس (streptothrix) ہیں۔

اس سے قدرے بلند تر درجہ میں پھپھوندیاں (moulds) یا فطر غزیلیہ (hyphomycetæ) ہیں، جسے تو بار (ringworm) اور سعفہ (favus) کے عضویہ متعلق ہیں۔

چند ساری امراض کا انتھارائن عضویوں پر ہے جنکا حیوانی دنیا میں جماعت
تخرج حیوانات (protozoa) سے متعلق ہونا تسلیم کر لیا گیا ہے۔ یہ عموماً کم دقیق ہیں، ساخت
میں زیادہ متنوع نظر آتے ہیں، اور بعض حالات، ایک شخصیت متناسلی عمل کے ذریعہ سے تعداد
میں بڑھتے ہیں۔ ان کی مثالیں زحیر (dysentery) کا معوی ایسبا (entamæba)
طیر یا کا دسوی ایسبا (hæmameba)، مرض النوم (sleeping sickness) کا جسم ترسانی
(trypanosoma)، اور غالباً مچی ناکسہ (relapsing fever)، آتشک، یاز
(yaws) اور کالا آنار (kalazar) کے عضویے ہیں۔

مرض کے تعلق میں ایک اور تقسیم بھی کرنی پڑتی ہے۔ بعض جراثیم مرض کا اصلی سبب
ثابت ہو چکے ہیں اور مرض جراثیم (pathogenic bacteria) یا طفیلیات
(parasites) کہلاتے ہیں۔ یہ زندہ حیوانی اور نباتی بافتوں پر بڑھتے اور پھلتے پھولتے
ہیں۔ دوسرے (جراثیم) عموماً مرض کا سبب نہیں ہوتے۔ یہ طفیلیات کے ساتھ لپکتے
ہیں، مگر مردہ اور ہلاکت پذیر حیوانی بافت میں اور نباتی اور خیراتیاتی مادے میں
پھلتے پھولتے ہیں۔ انھیں گندہ نباتات (saprophytes) یا گندہ خورد جراثیم
(saprophytic bacteria) کہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ بعض گندہ خورد جراثیم طفیلیات
بن جائیں اور مرض پیدا کر دیں، اور اس کے برعکس بیشتر طفیلیات مصنوعی واسطوں
(artificial media) پر سیر کر کے پھل پھول سکتے ہیں اور اسی واسطے وہ گندہ خورد جراثیم
کی طرح عمل کرتے ہیں۔

بعض دقیق عضویوں کے ابتدائی انکشافات کے ساتھ قدرتی طور پر خیال کیا گیا
کہ مرض کا نوعی سبب (specific cause) دریافت کر لیا گیا ہے۔ لیکن یہ اس معنی میں
کہ ہر مخصوص عضو یہ صرف ایک مرض کے لئے مختص ہے، صحیح ثابت نہیں ہوا۔ بعض امراض
میں صرف ایک ہی مرض دقیق عضو یہ پایا جاتا ہے اور یہ نوعی (specific) سمجھا جاسکتا
ہے، مثلاً بجر (anthrax) اور آتشک میں۔ دوسرے امراض جیسے کہ ساری اہت
درون قلبہ (infective endocarditis) عفونۃ الدم (septicæmia) اور
ذات الریہ (pneumonia) میں ایک سے زائد مرض مصنوعی مختلف ماحولوں
میں پائے گئے ہیں۔

نہض خیال کئے جانے کے لئے ایک عضو کے لئے جن شرائط کا پورا کرنا ضروری ہے انہیں اولٹاکاخ (Koch) نے پیش کیا اور بالآخر کنٹھیک (Kanthack) نے ان کی تفصیل بتلائی۔ ایک مرض نوعی کثبتہ (specific germ) کے لئے ضروری ہے کہ وہ (الف) ایک طفیلیہ یا امکانی طفیلیہ (facultative parasite) ہو، (ب) زیر بحث مرض سے ہلاک شدہ ستارہ حیوان کی بافتوں میں ہمیشہ پایا جائے، (ج) دوسرے امراض میں یا طبعی یا فتوں کے اندر کسی بھی حالت میں کبھی واقع نہ ہو۔ (د) مریض یا فردہ حیوان میں سے ایک مبتلا شدہ حساس حیوان میں منتقل کر دہ عضو کے وہی سرور کرر پیدا کریں، اور اس دوسرے مرض زدہ حیوان میں اصلی عضو یہ ضرور ملے، (ک) اگر اس عضو کی کاشت حیوانی جسم سے باہر کی جاسکتی ہے تو ایک حساس حیوان کے اندر تجربہ تطہیم کردہ مصنوعی کاشت سے وہی مرض پھر پیدا ہو جانا چاہئے، اور اس حیوان کی بافتوں یا خون کے اندر پھر وہی عضو یہ لازمی طور پر پایا جائے، (و) مثالی حالات میں یہ منظر ہر بلا تغیر و اتار کے ساتھ واقع ہوں (نہ) مصنوعی کاشتوں سے حاصل شدہ سموم (toxins) اور ذریعے اشیاء کو کیمیائی اور فعلیاتی لحاظ سے اُن اشیاء سے مطابقت رکھنی چاہئے جو مریض جانور سے حاصل ہوں۔

محدود تعداد کے امراض کے عضو کے جن میں جمرہ، خناق و بانی (دقتیہ) اور کزاز (طاطاس) بھی شامل ہیں، ان تمام شرائط کو پورا کرتے ہیں۔ سسرا جہ (glanders) سترن شعاع نظرتیت (actinomycosis) سوزاک اور اذیمائے خبیثہ (malignant oedema) کے عضو کے باستثناء، آخری شرط کے سب شرائط پورے کرتے ہیں۔ وہ امراض جن میں ایک سے زائد مرض عضو سے ہوتے ہیں، پہلے بیان کئے گئے ہیں۔ اسکے برعکس امراض ذیل میں کوئی نوعی عضو یہ اب تک شناخت نہیں کیا گیا ہے، اگرچہ گمان غالب ہے کہ موجود ہو۔ آب ترسی (اکٹرونیما) پٹی توڑ تپ (dengue) کن پھیٹر (mumps) ثورانی میات (exanthems) اور بعض دوسرے امراض۔

مندرجہ بالا امراض کو پیچیدہ کر نوالے بہت سے اعترار ان عضویوں سے

ناؤی سرایت پیدا ہو جانے کے باعث ہوتے ہیں، جو جسم کو شہج پہنچا کر پیسہ
(pyogenic = ریوز (نقہ غلیہ) = staphylococcus) نقہ سبجیہ (streptococcus)
نویا یا زائت الریہ (نقہ ریویہ = pneumococcus) وغیرہ پیدا کر دیتے ہیں۔

قیشب (virus) کا عمل اسکے یا مندہ میں۔ قیشب یا دقیق عضو،
جہاں یہ موجود ہو، نظام جسم کے اندر تنفسی خطے (جلی قمرزید، اور چمیک) تعلق اور تھیر
بجرائے قدا (مغوی تپ، ہینہ)، تناسلی خشہ، مخاطیہ (سوزاک، آتشک) کی
راہ سے، حشرات کے کاٹنے سے (پیرا، تپ زرد، مرض النوم)، یا جلد کے زیادہ
جلی اضرار (آتشک، آب ترسی) سے داخل ہوتا ہے۔ اسکے بعد تناسلی مرض کا حملہ ہونا
لازم ضروری نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ وہ شخص حساس ہو (قطری یا اکتسابی مناعت)
یا عضو یہ میں اتنی قشیت موجود نہ ہو جس قدر ضروری ہے۔ (نقعات سبجیہ، اشتریشوکائی)
(نقعات ریویہ، میوٹوکائی) اور دفعیہ ریوی عیسے اکثر تندرست اشخاص کی باتوں سے
نگے ہوئے پائے جاسکتے ہیں۔

لیکن اگر عضو یہ قشیت دار (virulent) اور آدمی حساس ہے تو قیشب
کے داخلہ کے بعد ایک زمانہ حضانت (period of incubation) آتا ہے جس میں
کوئی تغیر ثابت نہ ہوتا ہے اور جو عموماً دو تین دن سے لیکر کمپیس دن تک مختلف
ہوتا ہے مگر ہر خاص مرض کے لئے حدود کے اندر ہمیشہ ایک ہی رہتا ہے۔ زمانہ حضانت
کے دوران میں عضو یہ نوپاتے، تعداد میں بڑھتے اور وہ نہ ہر طبعی حاصلات پیدا
کرتے رہتے ہیں، جو بڑی حد تک ایک مرض ساری کے مختلف علامات و اثرات
کا باعث ہوتے ہیں۔ جراثیمی عمل کے امکانی حاصلات بہت سے ہیں، مثلاً گیسیں،
ضخمی ترشے، سلسلہ بازیری کے اجسام، والان، خمیرات اور ٹومینس (ptomaines)۔
لیکن مرض کے تعلق میں سب سے زیادہ اہم ٹاکس ایبو مینس (toxalbumins)
ایبو موزیس (albumoses) یا سمی پر دینز ہیں، جو اس ریال میں پائے جاتے ہیں
جن میں جراثیم کی کاشت کی گئی ہو اور یہ ایسے حالات ثابت ہوئے ہیں، جن
علامت بہت سی حالتوں میں منسوب کئے جاسکتے ہیں۔

جراثیم اور ان کے سموم کے عمل ہی سے بیشتر امراضیاتی تغیرات پیدا ہو جاتے

ہیں، جنہیں ہم جسم کے اندر بنیاد مرض سمجھتے ہیں۔ یہاں ان کا بعض اجمالی تذکرہ کیا جاسکتا ہے، مندرجہ ذیل صورتوں پر مشتمل ہوتے ہیں:-
 ۱۔ حاد مقامی تغیرات جو مقامی قطعیم (یعنی مقام داخلہ قیشب) اور دوسری جگہ، ہر دو مقامات پر التهاب (inflammation) نزف (haemorrhage)، اُڈیا یا نخر (necrosis) کی صورت میں ہو سکتے ہیں۔
 ۲۔ گکار چھچک، آتشک، دفحیر یا تپ سوزی (ساحلہ پر نورانات) (eruptions) یا ثورانی تپیں (oxanthems) جو مادہ یا مژن ہو سکتی ہیں (آخر مزید) کھسرا، آتشک یا نمکف مژن مقامی اضرا رچنے کے ساتھ غلوی بالیدگی ہو جیسے کساری ذراتی سلکات (infective granulomas) (مڈرن، آتشک، شعاع فطرت)۔
 ۳۔ یا زیادہ وسیع پھیلے ہوئے اضرا، جیسے کہ غدی غلیات کے سماہی اور ام (cloudy swellings) جسم کے مختلف حصوں میں نزف یا بالائے تغیرات تحول جنسے سورنغذیہ (malnutrition)، صغفہ (cachexia) اور اکثر حموی تغلی جا کے گکا، ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸)۔

بعض اوقات دقیق عضویہ محل قطعیم یا مقام محل تک ہی محدود رہتے ہیں، لیکن بعض ان کے زہر یا سموم نظام جسم کے اندر منتشر ہو جاتے ہیں (استم الدم = toxemia)۔
 ۱۔ باقی عضویہ عروق دمویہ کے اندر تعداد میں بڑھ کر ان کی راہ سے احشار اور بافتوں میں پہنچ جاتے ہیں (عقومتہ الدم = septicemia)۔ آخر الذکر حالت میں ممکن ہے کہ وہ نظام دوران خون کے مختلف حصوں میں خورز (impacted) ہو جائیں اور اس طرح مرض کے تازہ مرکز بن جائیں عمومی قطعیم (general pyæmia) میں یہ مرکز جیسے پھڑوں میں اور ان جسمانی احشار میں، جنہیں نظامی دوران خون سے رسد پہنچی ہے، دیکھے جاتے ہیں، اور بالائی قطعیم الدم (portal pyæmia) میں امرا وریہ الباب (portal vein) کی راہ سے بکر میں پہنچ جاتی ہے۔

مرض کی ترقی کے دوران میں جراثیم یا ان کے بندہ (germs) مریض سے مختلف طریقوں میں نکلتے رہتے ہیں اور اس طرح ممکن ہے کہ وہ دوسرے افراد میں سرائیت کا منبع بن جائیں۔

ایک نوعی مرض کی مدت (duration) اکثر خاص طور پر متین و محدود ہوتی ہے۔ مثلاً دماغ، مخنی ناکر، قمرز، کھسرا، چیچک اور گائڈ چیچک، ان سب کی ایک متین مدت ہے، جو شاید ہی تین ہفتوں سے زائد ہوتی ہے اور تقریباً آدھ سے ایک سہاڑتی ہے۔ دوسرے مادامراض میں یہ مدت زیادہ طویل اور اختلاف پذیر ہوتی ہے، لیکن اس کا اندازہ عموماً ہفتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ علاوہ بریں دوسرے امراض جیسے کہ آتشک، جسم زام (leprosy) اور تندن میں ممکن ہے کہ سرائیت عمر بھر قائم رہے۔ لیکن ان میں سے پہلے میں ابتدائی اضرار کی مدت میں بعض قیود ہیں، جو اسے تمشیانی نوعی (specific fevers) سے قریبی طور پر مماثل بنا دیتی ہیں۔ اس سوال کا قطعی جواب کہ سرائیت کو کیا چیز ختم کر دیتی ہے، ایسے دقیق عضویوں کو کیا چیز ہلاک کرتی یا ان کے زہروں کو بے ضرر بنا دیتی ہے، ہنگ نہیں دیا گیا ہے۔ اغلب اسباب حسب ذیل ہیں: ۱۔ موی تپش کا اثر (ملاحظہ ہو مخنی ناکہ، سفید خلیاتوں (leucocytes) کے ذریعہ عصبیوں کا اتلاف = phagocytosis) اکال غلویت (اور باخصوص خون یا بانٹیوں کے اندر ایسے اشیاء (مقتضاً اجسام anti-bodies) کا بننا جو عصبیوں اور ان کے زہروں کے لئے مضر ہیں۔

12

انتقال امراض ساریہ۔ یہ دراصل صحت عامہ کی ایک شاخ ہے لیکن اس کا مختصر بیان اس قسم کی کتاب سے خارج نہیں کیا جاسکتا۔ امراض ساریہ کی یہ تعریف کرنے کے بعد کہ وہ ایسے امراض ہیں جن میں کوئی قیشب یا دقیق عضو یہ جسم کے اندر داخل ہو جاتا ہے، یہاں یہ بیان کر دینا چاہیے کہ یہ قیشب اول تو دوسری انسان، ہستیوں سے جو اس مرض میں مبتلا ہیں بلا واسطہ یا بالواسطہ اندھ ہوتا ہے جیسے کہ قمرز، کھسرا اور دوسرے بہت سے امراض میں۔ یا دویم حیوانات سے، جیسے کہ دارنکلب (rabies) بقرہ (anthrax) مرض سسرا (foot-and-mouth disease) میں، یا سویم زمین یا دوسرے کسی منبع سے، جو جہاننگ کہ علم ہے، دوسرے انسانوں یا حیوانوں کے مابین اشتراک عمل سے مبتلا ہو، جیسے کہ کزاز (tetanus) میں۔ جب ایک انسان سے دوسرے میں منتقل ہوتا ہے تو قطع نظر شجری تطہیم کے وہ ٹھوس بانٹوں، طبعی اور امراضیاتی مایع افزائیات، زہری ہوا (expired air)، لباس، یا دوسری چیزوں کی وساطت سے منتقل ہو سکتا ہے۔

بہت سی مالتوں مثلاً غلی قرمز یہ اور مختصر یا س تنفسی غشا سے مخاطی کا افزائ، بسانق (sputum) کے قطریوں (droplets) کی شکل میں انتقال زیر کا ذریعہ ہوتا ہے۔ دوسری مالتوں، مثلاً پیسٹ یا تپ معدیہ میں یہ ذریعہ برازی اخراج ہوتا ہے۔ اور دوسری صورتوں جیسے کہ آنشک اور سراجہ (glanders) میں زخموں کی پیرپ ذریعہ انتقال ہوتا ہے۔ سانس اور جلد سے باہر نکلنے والے ثومات (exhalations) مریض کو حقیقی معنوں میں متعدی (contagious) بنا دیتے ہیں، یعنی ان لوگوں میں جو کم و بیش عرصہ کے لئے مریض کے قریب رہیں، مرض پیدا ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ برازی اخراجات (faecal evacuations) اس پانی یا دودھ میں جو دوسرے چمتے ہیں یا کھن ہے کہ اُس ہوا میں جیسے دوسرے لوگ سانس میں لیتے ہیں، سرائیت پیدا کر کے عموماً مرض دوبارہ پیدا کر دیتے ہیں۔ اور سب سے آخر میں یہ ضروری ہے کہ قشرب دار پیرپ غشا سے مخاطی یا جلد کی سطح پر کسی کسی خراش (abrasion) کے راستہ تماس میں آئے۔

امراض کی ایک روز افزوں تعداد میں یہ ظاہر ہو رہا ہے کہ قشرب یا دقیق عضو، بیماروں سے تندرستوں تک، کھٹنے والے یا چوسنے والے حشرات کی وساطت سے منتقل ہوتا ہے، جو یا تو سرائیت رساں حامل کو مریض کی جلد میں کھن کے ساتھ یا قشرب کو کچھ کے (puncture) کے ذریعہ ایک نئے سیز بان کی جلد کے اندر خارج کر دیتے ہیں، یا تندرست جلد پر براز خارج کر دے ہیں، جو سبب مسئلہ کے بعد میں کچھ کوں کے اندر داخل ہو جاتا، یا دوسرے طور پر اُسے سرائیت پہنچا دیتا ہے۔ چنانچہ اس طرح طیر یا، زرد بخار اور مرض النوم پھرتوں یا سسٹی گھیروں (ticks) سے منتقل ہوتے ہیں، ٹائفس جڑوں (lice) سے، جلی ناکہ (relapsing fever) جڑوں سے، یا ساہی ایک مرض اخریقہ میں قراو (ticks) سے، پچھڑی سے اور طاعون پتوں (fleas) سے منتقل ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ معمولی گھریو کھی ہیشہ تپ معمولی، اسہال اطفال (infantile diarrhoea) نرد (ophthalmia) اور بعض دوسرے امراض کے انتقال میں حصہ لیتی ہو۔ بعض مالتوں میں قشرب، یا دقیق عضو، حشرہ کے جسم کے اندر نمونہ حاصل کرتا ہے۔

اُس زمانہ کی تعیین، جس کے دوران میں ایک مرض ساری کا مبتلا مریض اُس مرض کو دوسروں تک پہنچا سکتا ہے، اُس میں سرایت قائم رہنے کی مدت سے کہلاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 11)۔ بلاشبہ اولیں علامات کے ظہور کے ساتھ شروع ہوتا ہے، یعنی زمانہ حضانہ کے اختتام پر، اور خاذاً مریض میں عموماً تین، چار یا پانچ ہفتوں تک محدود رہتا ہے۔ اگر تعدیہ قواخ (pustules) کے خشک ریشوں یعنی کھرنڈوں (چھچک) بدیری یعنی موتیا سیسٹا (حلق کے افرازات) (دُفقیعیر یا، محلی قرمز یا)، یا نائند زست برازات (تپ محویہ، ہیضہ) سے متقل ہو جائے، تو مدت کا انحصار ان حالات کے قائم رہنے پر ہوگا۔ اِس واقعہ کی اہمیت روز افزوں ہے کہ ممکن ہے کہ نقیہیت (convalescence) کی تکمیل کے بعد مفعولہ ایک شخص میں ہیمنوں یا برسوں باقی رہ کر دوسروں میں سرایت کا سبب ہو سکتے ہیں۔ یہ تپ محویہ دُفقیعیر، ہیضہ، دماغی نخاعی تپ (cerebro-spinal fever) اور التهاب رما د الخراج (poliomyelitis) میں واقع ہوتا ہے، اور سرایت رماں اشخاص حاصل (carriers) کہلاتے ہیں۔

مخلوط سرائیتیں (mixed infections) مطالعہ براتیات سے جلد ظاہر ہو گیا کہ یہ قدیم عقیدہ کہ دوسری امراض جسم پر بیک وقت حملہ آور نہیں ہو سکتے غلط ہے، بلکہ اِس کے برعکس واقعہ یہ ہے کہ ایک سرایت کا وقوع اکثر جسم کو دوسری سرایت کے لئے اور بھی زیادہ حساس بنادیتا ہے۔ مزید برآں بہت سے عضویوں کی قشیت (virulence) ایک نہایت تغیر پذیر چیز ہے، اور اِس کا انحصار ایک صنف دوسرے عضویوں کے سابق الوجود عمل پر ہوتا ہے۔ مخلوط سرائیتوں کی معروف مثالوں میں سے بعض حسب ذیل ہیں:- ایک ہی شخص میں قرمز یا دُفقیعیر یا کے ساتھ، محلی قرمز یا کالی کھانسی کے ساتھ، محلی قرمز یا بدیری کے ساتھ، دُفقیعیر یا کھرا کے ساتھ، کالی کھانسی طبیعتی ذاستہ الریہ (broncho-pneumonia) کے ساتھ، اور تدرن لختی ذاستہ الریہ (lobar pneumonia) کے ساتھ مل سکتے ہیں۔ لیکن شاید سب سے زیادہ اہم اور کثیر الوقوع جسم کا وہ ثانوی حملہ ہے جو کثیر التعداد ساری امراض میں یک سار

عضویوں (Staphylococcus pyogenus aureus) اور اسٹریپٹوکوکس پائوجینس (Streptococcus pyogenes) سے ہوتا ہے اور جس سے تقریبی اضرار (suppurative lesions) عفونتہ الدم (septicæmia) تفتیح الدم (pyæmia) اصلی مرض کی پیچیدگیوں یا حواقب (sequels) کے طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔

تجزیہ سرایت - امراض ساریہ کا انتقال ایک شخص سے دوسرے یا دوسروں میں روکنے کے تین طریقے ہیں۔ ایک یہ ہے کہ بیماروں کو تندرستوں سے علیحدہ کر دیا جائے (انفرید = isolation)۔ دوسرا یہ ہے کہ بیمار شخص میں کے، یا اسکی آلودہ کردہ ہر شے، کپڑوں، کتابوں، کمرہ یا سامان چوبی وغیرہ میں کے، یا اسکے خارج کردہ ہر قسم کے برائت میں کے قشب کو تلف کر دیا جائے (دفع عفونت = disinfection)۔ اگر حشرات سرایت کے اجزاء را عام ہوں تو اگر ممکن ہو تو انھیں نیست و نابود کر دینا چاہئے یا کم از کم مریض کے تماس سے روک دینا چاہئے۔ تیسرا طریقہ یہ ہے کہ امکان یا جندہ سرایت کی حالت میں ایسی ترسیم پیدا کر دی جائے کہ اگر وہ قشب کے تماس میں بھی لایا جائے تو وہ اس کا اثر قبول نہ کرے۔ پیداالشس مناعت یا مناعت آفرینی (immunization)

تقرید یا علیحدگی (isolation) مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں یا اگر ممکن ہو تو مکان کی ایک جدا گانہ منزل میں رکھنا چاہئے، جو کاربوئک ایسڈ کے محلول (۴ میں ۱ حصہ) سے شہ کی ہوئی چادر کا پردہ لٹکا کر علیحدہ کر دی جائے۔ حتیٰ اوسع مکمل تردیح (ventilation) برقرار رکھنی چاہئے، کیونکہ تازہ ہوا کے مستواتر اندر داخل ہونے سے نہر کی تلقیق اس عمل کا اہم ترین حصہ ہے۔ تمام خیر ضروری سامان چوبی، پردے اور شطرنجیاں، کپڑے وغیرہ، جسے قندیہ کے چپکے رہنے کا امکان ہو، کمرے سے باہر نکال دینے چاہئیں۔ بیمار دار حتیٰ الامکان ایسے ہونا چاہئے اس مرض کا حملہ ہونے سے مامون ہو چکے ہوں۔ اور یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جبب وہ بیمار کے کمرے سے مکان کے دوسرے حصوں میں جاتے ہیں تو ان کے کپڑے اور جینا کہ ایسے بیرونی کپڑے دوسروں کے تماس میں آنے سے پہلے

تبدیل نہ کر لئے جائیں) مرض کو متقل کر سکتے ہیں۔ مریض کے کمرے میں صرف ایسی کتابوں کا نقذات یا کہلوٹوں کو لیجانے کی اجازت دینی چاہئے جو بعد میں جلائے جا سکیں۔ اور مریض کے کمرے سے باہر نکالی ہوئی غذا کو دوسرے آدمی نہ کھائیں۔

جب تک کہ مریض کے سرائیت رسان ہوتے کا گمان ہو، اسے حس پذیر اور خیر مارمون اشخاص سے ملنے نہ رکھنا چاہئے۔ اسکو لز ایوسٹیشن (انجمن ماہرین) کے طبی افسروں نے مندرجہ ذیل کو بطور مختصر ترین عرصوں کے اختیار کیا ہے، جو طبع جلدی (rash) یا دوسرے ظاہر کی ابتدا اور مریض کے اپنے گھریا مدر میں دایں آنے کے درمیان گزرنے چاہئیں :- مئیرا (rubella) میں سات دن بشرطیکہ انفی یا دوسرے علامات باقی نہ ہوں، کھسرا میں دو ہفتے مکن پھیپھڑے (minipa) میں دو ہفتے، جن میں سے تمام دم رخص ہونے کے بعد ایک پورا ہفتہ گزرنے دیا جائے گا، ڈیفٹیریہ میں چار ہفتے، بشرطیکہ تمام اخراجات موقوف ہو گئے ہوں اور انفی یا بلعوی مخاط کے اندر نوعی غصے نہ مل سکتے ہوں۔ کالی کھانسی (pertussis) میں چھ ہفتے، مع ان دو ہفتوں کے جو شنجی کھانسی یا ہوپ (whoop) سے پاک ہوں۔ قرمزہ میں چار ہفتے، بشرطیکہ نقیہ ہیبت کا زمانہ ختم ہو چکا ہو اور غراش علق، کان یا ناک سے اخراج قاحل (suppurating) عتدہ یا کوئی اکڑائی (eczematous) پکلتی موجود نہ ہو۔ جیکپ اور بدیری میں تمام کھرنڈ خارج اور تمام زخم مندمل ہو چکے ہوں۔

دفع سرائیت (disinfection) ابرازات کا ازالہ سرائیت۔

تب معوی میں ساری عامل بول و براز میں موجود ہوتا ہے۔ ابن کا ازالہ سرائیت کاربو لک ایسڈ (براز کے ہر پائٹ میں خام ترشہ نصف اونس) خوب ملا کر، یا فارمین (ایک پائٹ براز میں ایک اونس) سے، یا "کلو رینڈ آف لائم" (chloride of lime) ایک پائٹ میں نصف اونس ملا کر بنا چاہئے اور پھینک دینے سے پہلے انہیں دو گھنٹے تک رکھا رہنے دینا چاہئے۔ اگر علی طور پر ممکن ہو تو بہتر یہ ہے کہ براز کے ساتھ بڑا دہ ہیزم مخلوط کر کے اور تارپین یا نیتھا (naphtha) شامل کر کے اُسے جلا دیا جائے، یا اسے قوی معدنی ترش سے تلف کر کے زمین میں دفن

کر دیا جائے۔ تپ محرقہ میں بساقات (sputa) کی سرائیت کا بھی ازالہ کرنا چاہئے۔

لباس کا ازالہ سرائیت۔ کپڑوں کی عفونت کا ازالہ ۵۰ میں اخصطیقت کے لائسٹل کے محلول میں دیر تک بھگو کر کرنا چاہئے اور بعد میں دھوتے وقت ان کپڑوں کو آبِ الینا چاہئے۔ بہت سے مقامی افسر لباس اور بستر وغیرہ کو علیحدہ کر دیتے ہیں اور پھر ان کا ازالہ سرائیت بھاپ سے کرنے کے بعد واپس کر دیتے ہیں بستر وغیرہ کپڑوں وغیرہ کے لئے صرف ہی لیک قابلِ اعتماد طریقہ ہے۔ اونی کپڑوں کا تکشف ۱۸۰ درجہ یا ۲۰۰ درجہ کی خشک حرارت میں کرنا چاہئے اور اس کے کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ خاص طور پر تیار کی ہوئی بھٹیاں یا ہتھور (oven) کام میں لائے جائیں جو بالکل برقی افسروں کے پاس ہوتے ہیں۔

مریض کا ازالہ سرائیت۔ دورانِ مرض میں اہم ہے کہ مریض سے نکلنے والے افرازات کو خشک نہ ہونے دیا جائے تاکہ وہ بصورتِ گرد و خراب منتشر نہ ہوں یا میں تمام افرازات وغیرہ تربیچاروں (swabs) سے پونچھ ڈالے جاتے ہیں جنہیں کسی دافع عفونت محلول میں رکھ دیا جاتا ہے۔ گدیے اور کچے برشتاکی یا جکٹاٹی (jaconette) سے محفوظ کر لئے جاتے ہیں۔ صحت یابی کے بعد اور اپنے دوستوں کے ساتھ ملنے جملنے سے پہلے مریض کو کئی بار گرم غسل کر لینا اور کاربو لک صابن تلوا لینا چاہئے۔ جلی قرمزہ میں برآمدہ کا عرصہ تک سلق (desquamation) خاص ملاحظہ کا محتاج ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۲)۔

کمرے کا ازالہ سرائیت۔ جب مریض وہ کمرہ چھوڑ دے جس میں وہ بیمار رہا ہے تو دوسروں کے قابض ہونے سے پہلے اس کمرہ کا کامل طور پر ازالہ سرائیت ضروری ہے۔ یہ فارمالین (formalin) سے یا سلفیو کرس اریسڈ گیس (sulphurous acid gas) سے کیا جاسکتا ہے۔

فارمالین استعمال کرنے میں ایک مخصوص آلہ (the Alformant lamp or Lingner's glycoformal apparatus) کی ضرورت ہے۔ کمرہ کو حفاظت کے ساتھ ہر بند کر کے کم از کم چار گھنٹوں کے لئے اس میں بخار کا اثر ہونے دینا چاہئے۔

سلفیو رس آئینہ گندھک جلا کر حاصل کیا جاتا ہے۔ کمرہ کی ہزار گھسیب
 فٹ فضا کے لئے تین پاؤنڈ (۱۶ اسیر) گندھک استعمال کرنی چاہئے۔ وہ ایک یا زیادہ
 ظروف گلی یا سٹی کی رکابیوں (pipkins) میں رکھ دی جاتی ہے، اور ہر طرف کو پانی کی ایک
 بڑی کڑائی میں دو یا تین اینٹوں پر رکھا ہوا ہونا چاہئے۔ کچر کیرن کی درزیں خاک کی کاغذ
 کی دھجیاں چپکا کر بند کر دی جائیں۔ گندھک سٹلکا کر دروازہ بند کر کے اس کی درز
 بندی بھی کچر کیرن کی طرح کر دینی چاہئے۔ چوبیس گھنٹوں کے بعد کمرے میں داخل ہو سکتے
 ہیں اور کچر کیرن کو اچھی طرح کھول دینا چاہئے۔ گندھک میں یہ نقص ہے کہ اس سے
 دہات کے کام کی جلا پھلی جاتی ہے، پرا تو باجے اور سینے کی شیشیں خراب ہو جاتی ہیں
 چنانچہ دھوئی دینے سے بچو (fumigation) سے پہلے انھیں باہر نکال دینا چاہئے۔
 گیسسی ازالہ عفونت کے بعد دیوار پر چڑھ ہوئے کاغذ (wall paper) کو
 اتار کر مٹا ڈالنا چاہئے اور فرش اور کڑی کے کام کو کاربوئک صابن، یعنی ٹاس
 (sanitas) محلول نار مالین (۲ فیصدی)، یا آزال (izal) (ایک فیصدی) سے
 خوب رگڑ دینا اور چھت پر آٹک پاشی کر دینا چاہئے۔ یا فرش، چھت، دیواروں
 کڑی کے کام اور چوبی سامان (فرنیچر) کو روئی سے کال طور پر مل دیا جائے۔ جو انسان
 بعد میں ان تمام کمرہ کے چھو بھاگے ہوں جلا دی جائے۔

امراض ساریہ کی اطلاع (notification)۔ ۱۹۸۹ء کے قانون
 اطلاع رسائی) امراض ساریہ میں اطلاع رسائی کے لئے امراض ذیل مختص کئے گئے ہیں:-
 چیچک، ہیضہ، ذہن شیراز (عشائی) کروپ (membranous croup) سرخجام
 (erysipelas) قرمزہ (scarlatina) یا مچی قرمزہ (scarlet fever) دماغی نفس
 (typhus) تب مہرقہ (typhoid) تب مہرقہ (enteric) اور مچی تب مہرقہ (relapsing
 fever) مسلسل اور تغامی تب (puerperal fever)۔ لوکل گورنمنٹ بورڈ اور
 وزارت صحت کے ضوابط کے ماتحت عموماً جب الا اطلاع امراض یہ ہیں:- طاعون
 (plague) دماغی تنخانی بخار (cerebro-spinal fever) عا د الہتہاب دماغ (acute
 poliomyelitis) عا د سبائی الہتہاب دماغ (acute encephalitis) عا د الہتہاب
 دماغ (acute poliomyelitis) عا د الہتہاب دماغ (acute poliomyelitis) عا د الہتہاب

(tuberculosis) ذرہ نمونولود (ophthalmia neonatorum) خمسہ قی بخار
 (trench fever) تر حیر (dysentery) میر یا (malaria) جاد اولی ذات الریہ
 (acute primary pneumonia) اور جاد انفلاؤنزا ذات الریہ (acute
 influenzal pneumonia) امراض ذیل خاص خاص انتشار میں واجب الاطلاع
 ہیں، یا تو (الف) مقامی افسران کے احکام کے تحت جو سہ ماہیہ کے قانون (اطلاع
 رسائی) امراض مادیہ کو اور وسعت دیتے ہوں (ب) مقامی قوانین کے تحت یا (ج)
 خاص منابطوں کے تحت جو وزیر صحت نے مقرر کئے ہوں:۔ جمرہ (anthrax) سراجمہ
 (glanders) اور آب ترسی (hydrophobia) جڈیری (chicken-pox) کالی کھائی
 (whooping cough) "حصبہ" ("fever") رضیعی اسپہال گرا (summer
 diarrhoea of infants) یا معدی وبائی التہاب امعاء (gastro-epidemic
 enteritis) کھسرا اور حیرا (rubella or German measles) - دوسرے
 امراض جو عارضی طور پر مخصوص انتشار میں واجب الاطلاع قرار دے گئے ہیں یہ
 ہیں:۔ اکن بھیسٹر (mumps) مخضفہ متعدی (impetigo contagiosa) اور وبائی
 انفلاؤنزا (epidemic influenza) -

مناعت (immunity) مدہ اشخاص جو کسی خاص مرض سے جس تا پیر
 میں (immune) کہلاتے ہیں۔ ایسی مناعت مجزئی ہو سکتی ہے یا کامل عارضی
 یا عمر بھر کی فطری یا اکتسابی۔ فطری یا قدرتی مناعت (innate or natural
 immunity) کی حالتوں کے متعلق کچھ زیادہ نہیں کہا جاسکتا۔ حیوانات کے بعض
 انواع ان امراض سے شج ہوتے ہیں جن میں دوسرے انواع مبتلا ہوتے ہیں۔ انسانوں
 کی مختلف قوموں میں فطری مناعت کے قریب ترین پہنچنے والی وہ مناعت ہے جو جشی کو
 زرد تب (yellow fever) کے لئے حاصل ہے لیکن کسی خاص قوم کے اندر بھی جس پیر
 بہت مختلف ہوتی ہے۔ یہ واقعہ ہر روز مشاہدہ میں آتا ہے کہ ان متعدد اشخاص میں
 سے جبکہ کسی خاص مرض کے تعدیہ میں تکثف ہوا ہو، صرف چند ہی کو اس بیماری کی
 چھوٹ لگے گی، اور بقیہ اشخاص بچ جائیں گے، گو وہ بہ ظاہر مندرجہ ذیل طریقوں
 میں سے کسی ایک کے ذریعہ بھی محفوظ نہیں کئے گئے ہوں۔ مزید برآں ممکن ہے کہ

15

جو لوگ تعدیہ کے مائل تکشف سے مبتلائے مرض ہو چکے ہیں ان میں بھی مرض شدت کے نہایت مختلف درجات پیش کرے۔ یہ نہ صرف مشاہدے کی بات ہے بلکہ تجربہ کر کے دکھلایا گیا ہے کہ امراض ساریہ سے متاثر ہونے کی قابلیت فائدہ، مکان، سردی، نمی، ناموزوں غذا، اور دوسرے حالات سے جو عام صحت کے لئے ناموافق ہوں، بڑھ جاتی ہے۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ اس وقت جبکہ ذات الریہ (نمونیا) یا التهاب شعبہ (bronchitis) کے بعد پھیپھڑوں پر تدریجی حملہ واقع ہو جائے، ایک نسبتاً زیادہ مقامی اثر عامل ہوتا ہے۔ لیکن اس قانون کا طریقہ عمل ہمیشہ واضح نہیں ہوتا، اور یہ بالکل یقینی ہے کہ ایک خاندان کے سب سے زیادہ موٹے تازے اور تندرست نظر آنیوالے بچے اکثر قرمز (scarlatina) کے نہایت شدید حملوں میں مبتلا ہو کر موت کا شکار ہو جاتے ہیں، مگر ممکن ہے کہ دوسرے جو بظاہر زیادہ نازک (کمزور) ہیں ایک خفیف بیماری کے بعد بچ جائیں۔ بعض امراض کی حس پذیریری میں ایک جزو عامل مریض کی عمر بھی ہے۔ اس امر کا تذکرہ اس وقت کیا جائے گا جبکہ یہ امراض بیان ہوں گے۔

یہاں موروثی رجحان کو فطری مناعت کے برعکس کہا جاسکتا ہے۔ تدرن (tuberculosis) اس واقعہ کی بہترین مثال سمجھا جاتا ہے۔ جو جیزو الدین سے بچہ میں منتقل ہوتی ہے وہ سرایت کی حد سے زیادہ حس پذیریری ہے۔ لیکن اس میں زیادہ شک نہیں ہو سکتا کہ بہت سی صورتوں میں نئی نسل براہ راست یا بانواسط اپنے بڑوں سے سرایت حاصل کرتی ہے [لاحظہ ہو تدرن (tuberculosis)]۔

اکتسابی مناعت وہ ہے جو دیارِ اُرد طریقوں سے ان اشخاص میں پیدا کی جاتی ہے جو پہلے حس پذیر ہوں۔ کسی ساری مرض کے لئے مناعت ہونے کا عام ترین سبب یہ واقعہ ہوتا ہے کہ اس شخص کو وہ مرض پہلے ہی سے ہو چکا تھا۔ اس کلیہ میں کئی تغیرات، پیچیدگی، جدیری، کھسار اور دوسرے ایسے ہی امراض ایک ہی مریض میں دو یا بار نہیں ہوتے، نسبتاً چند ہی مستثنیات ہیں۔ یہ محفوظیت غالباً ان حالات سے قریبی رشتہ رکھتی ہے جو کسی خاص سرایت کے مبتلاؤں میں اس سرایت کو ختم کر دیتے ہیں۔ خون اور بافتوں کی وہ متغیر حالت جو دقیق عضویوں کو تلف

کردیتی ہے، ازاں بعد متعدد سال تک یا عمر بھر یہ قرار رہتی اور اسی قسم کے کسی مابعد تعدیہ کے اثر کو زائل کردیتی ہے۔

اس اتفاقی طور پر حاصل شدہ مناعت کے برعکس مصنوعی مناعت (artificial immunity) ہے، یعنی وہ مناعت جو ایک شخص میں مرض پیدا کرتے والے قشب یا دقیق عضو سے رشتہ رکھنے والی کسی شے کی قطعیم سے بالارادہ یا بالقصہ پیدا کرائی جاتی ہے مصنوعی مناعت یا تو فاعلی (active) ہو سکتی ہے یا انفعالی (passive)۔

فاعلی یا بلا واسطہ مناعت (active or direct immunity) میں تطعیم (inoculation) سے خود جسمانی کلیات یا سیالات تحریک پا کر ایسے اشیاء (antitoxins = ضد سموم) پیدا کرتے ہیں، جو اس مرض کے سموم کی تعدیل کردیتے ہیں جس کا اندیشہ پہلے سے ہے۔ اس شراب کردہ شے (شرب) اشیاء ذیل میں سے کوئی ہو سکتی ہے:- زندہ کاشت (living culture) میں کے دقیق عضو سے جن کی قشیت (virulence) کمزور یا تخفیف کردہ (attenuated) ہو، یا وہی دقیق عضو اپنے پوری قشیت کے ساتھ مگر نہایت تنویری مقدار میں یا مردہ عضو سے یا اس مرض کے جراثیمی حاصلات یا سموم بلا عضو کے۔

ان میں سے پہلا طریقہ چوزوں کے ہیضہ میں، جمرہ گو سفند (anthrax of the sheep) میں، اور انسان میں مرض آب ترسی (hydrophobia) میں استعمال کیا گیا ہے۔ دقیق عضویوں یا قشبت (virus) کی تخفیف (attenuation) آکسیجن یا جو اکیڑوں میں کاشت کر کے، یا کسی حیوان کی بانٹوں میں سے گذار کر، یا غیر طبیعی چشموں میں کاشت کر کے، یا کمزور دافعات عفونت کی موجودگی میں اگا کر کی جاسکتی ہے۔ آب ترسی سے تحفظ کے لئے پاسبور کا مستعمل طریقہ اس مرض کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔

چیچک سے بچنے کے لئے جدرین لونی (vaccination) کا استعمال (ملاحظہ ہو صفحہ 42) ایک دوسری مثال کے طور پر بیان کیا جاسکتا ہے، کیونکہ گاؤں پر چیچک (vaccinia or cow-pox) تقریباً یقینی طور پر چیچک سے

جگہ کے اندر سے منتقل ہو کر تخفیف حاصل کر لیتی ہے۔ جراثیمی جُذریات (bacterial vaccines) تب موعوب، ہینڈ اور طاعون سے محفوظ کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ استعمال کئے جاتے ہیں۔ حیوانات میں مناعہ انہیں جراثیم کی مردہ کاشتیں اور ان کے سمیات کھلا کر حاصل کی گئی ہے۔

انفعالی یا بانواسطہ مناعت (passive or indirect immunity) میں تعدیل کرنے والی، اور اسی واسطے محافظہ شے جسمانی خلیات یا تیا لات سے نہیں بہم پہنچتی بلکہ باہر سے حاصل ہوتی ہے۔ پہلے ایک حس پذیر حیوان (مثلاً گھوڑا) مرض کے قیش کے متوازن اشربات سے منع (immune) بنایا جاتا ہے، اور پھر اس حیوان کے مصل دموی (blood serum) کا تحت الجلدی اشراب اُس فرد (انسان) میں کر دیا جاتا ہے جسے محفوظ کرنا منظور ہے۔ اگر حیوان سم (toxin) کے اشربات سے منع بنایا گیا ہو تو حاصل شدہ مصل ضد سم (antitoxic) ہوتا ہے۔ اور اگر اسے جراثیم کے اشراب سے منع کیا گیا ہو تو حاصل شدہ مصل ضد جراثیمی (antibacterial) یا ضد مائکروبی (antimicrobial) ہوتا ہے۔ دونوں صورتوں میں اشراب کا اثر یہ ہوتا ہے کہ گھوڑے کے مصل میں ضد اشبار (anti-substances) پیدا ہو جاتے ہیں، جو اُس حیوان (انسان) کے خون میں مکمل کرتے ہیں جسے محفوظ کرنا ہے۔ مصل میں ترسیم پیدا کرنے کی غرض سے اشراب کردہ مادوں (شر بہ جات) کو اسی واسطے اینٹی جنس (antigens) کہتے ہیں۔

ضد سمی مصلیات (antitoxic sera) سمیت شافی ادویہ استعمال کئے جاتے ہیں۔ اس سے یہ مراد ہے کہ منع بنائے ہوئے حیوانات کے مصل کا اشراب عضویوں کے مسموم کی تعدیل کے لئے کیا جاتا ہے جو پہلے ہی سے جسم میں موجود ہیں اور علامات پیدا کر رہے ہیں (serum therapeutics = علاج مصلی، مثلاً ڈیفیٹیریا، کزاز، ذات الریہ اور عفونتہ الدم (septicæmia) میں۔

جراثیمی حمل سے تحفظ میں ایک اہم جزو عامل وہ عمل ہے جسے آکال فلویت (phagocytosis) کہتے ہیں، یعنی سفید خلیوں اور جسم کے دوسرے خلیوں سے جراثیم کا تکلف ہونے یا سم خلیات آکلو (phagocytes) یہ ہیں۔ بڑے یک نوائی

(large mononuclear) اور کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) سفید خلیے، درحلی خلیے (endothelial cells) اور بعض بافتی خلیے۔ یہ جراثیم کے طرف کھینچ آتے ہیں اور اس کا نام تر متجذب کیمیائی (chemiotaxis) ہے۔

کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے اور ایوسین پسند (eosinophils) خلیے خود آکلات (microphages) کی جماعت میں اور زہاجی (hyaline) سفید خلیے، درحلی خلیے، اتصال یافتہ کے خلیے، اور دوسرے بڑے خلیات کلاں آکلات (macrophages) کی جماعت میں شمار کئے جاتے ہیں۔ اولی الذکر حادثہ مرض کے جراثیم کے تدارک میں نسبتاً زیادہ طاقتور ہوتے ہیں اور آخر الذکر مرض من امراض کے جراثیم کے تدارک میں۔

خود اجسام (anti-bodies) یہ دکھلا دیا گیا ہے کہ جسم کے اندر سموم کا داخلہ، ضد سموم (anti-toxins) پیدا کر دے گا، خواہ یہ سمیات جراثیم کے اندر مشمول ہوں (endotoxins = درون سم) یا جراثیم سے پیدا (exotoxins = بروں سم) ہوں۔ یہ مماثل واقعات کے ایک بڑے گروہ میں سے صرف ایک منفرد مثال ہے، کیونکہ نہ صرف جراثیم اور سمیات کا اشتراب، بلکہ خلیوں، جسیمات دوسرے خمیروں (ferments) اور دوسرے اجسام کا اشتراب بھی ضد اجسام (antibodies) یا ضد اشیاء (anti-substances) یعنی ایسے چیزیں پیدا کر دے گا جو جراثیم، خلیات، اور دوسرے اشتراب کردہ اشیاء کے خلاف عمل کر سکیں، ان کو تلف کر دیجی ہیں۔ جس ضد اجسام پر سرایت سے پیدا ہوتے ہیں، سفید خلیات یا درحلی خلیات یا ان دونوں سے طحال، غدہ لیمفاٹک، اور مغز استخاں میں پیدا ہو جاتے ہیں۔

الزاقین (agglutinins) ضد اشیاء کا ایک دوسرا گروہ بتاتے ہیں، جن کے نمونے جراثیمی سرایت، بلکہ کسی دوسرے حیوان کے سرخ جسیمات کے اشتراب سے بھی پایا جاتا ہے (hemagglutinins = دموی الزاقین) اگر بعض امراض [تپ مغویہ، مچی بحر روم (Mediterranean fever)، زحیرہ ہیضہ] میں ایک مریض یا نقیبہ کا مصل دموی ایسی مرض کے عضووں کی کاشتوں کے ساتھ ملا دیا جائے تو تھوڑے ہی عرصہ میں خرد بین کے نیچے نظر آئے کہ عصیدوں کی تمام غامض حرکت

غائب ہو کر وہ گھنجان طور پر مجتمع ہو گئے ہیں (agglutination = التزاق)،
یا clumping = الزاڑ بیٹے باہم چکنا) اگر متصل اور ایک سیال کا شست
(culture fluid) کو استحانی ٹی کے اندر مخلوط کر دیا جائے تو یہی اثر برہنہ آنکھ کو
بھی نظر آ سکتا ہے اور اس حالت میں کچھ وقت کے بعد عصیوں کا ترشیب واقع ہو کر
سیال کا بالائی حصہ صاف رہ جاتا ہے (sedimentation = شفل یا تہ نشینی)۔
انہیں واقعات پر وہ تشخیصی طریقہ مبنی ہے جو استحان ویدال (Widal's test) کے
نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو تپ معوی)۔

الزاقین (agglutinins) کا عمل مطلقاً نوعی نہیں ہوتا مثلاً تپ معوی کا
الزاقین نہ صرف بیسیلس باکٹریس (عصیہ تپ معویہ) کو بلکہ پیرائیٹریسٹریسٹریس اور
بیسیلس کولائی (عصیہ قولی) کا بھی الزاق کر دے گا۔ نتائج یہ محاذ اس وقت
کے جو صرف کیا جائے اور یہ محاذ متصل کی حد تر فین کے مختلف ہوتے ہیں۔

الزاقین مصنوعی طور پر بھی حاصل کئے جاسکتے ہیں، کیونکہ ایک ایسے حیوان
کا خون جس میں کسی خاص عصیہ کی ہلک سے کم مقادیر (sublethal doses) بند
تطعيم داخل کی جائیں، اس شراب کردہ عصیہ کے لئے مخصوص خواص حاصل کر لے گا
(Bordet-Durham reaction = تقابل بارڈیٹ ڈرہام)۔

مرصوبین (preceptins) مماثل اشارہ ہیں جو ان حیوانات کے متصل
میں پیدا ہو جاتے ہیں، جن میں جراثیمی سیالات کا شست، البیوسوز، دودھ، وغیرہ
کی تطعيم کی گئی جو۔ ان کو مشمول رکھنے والا متصل قناظر سیالی کا شست کی، یا اس
قناظر نامیاتی شست کے محلول کی، جو تطعيم کے لئے استعمال کی گئی ہے، ترشیب
کر دیتا ہے۔

ضد اجسام (anti-bodies) کے ان افعال کو جو جراثیم، جیات و مویہ،
سفید فلیوں، کلوی حلیات اور دوسرے حیوانی خلیات کے متعلق نظر آتے ہیں،
جراثیم پاشیدگی (bacteriolysis) خون پاشیدگی (haemolysis)، یا فلیس
پاشیدگی (cytolysis) کہتے ہیں۔ یہ زیادہ تر نوعی ہوتے ہیں، جیسے کہ اول الذکر
مثال میں، یعنی اگر بعض جراثیم بندریہ تطعيم کسی حیوان میں داخل کر دیئے جائیں تو

اس کا مصل بعد میں صرف اسی قسم کے جراثیم پر متعلق اثر رکھتا ہے۔ اگر خرگوش (rabbit) کے حیيات دمویہ کا ایک گینی پگ کے اندر شراب کر دیا جائے تو اسکے بعد گینی پگ کا مصل خرگوش کے خون کو جسم سے باہر حل یا لاک (laked) کر دے گا۔ اگر کبدی خلیات سے قطعیم کی جائے تو یہ مصل کبدی خلیوں کو حل کر دے گا، اور علیٰ ہذا القیاس خلیہ پاشیدگی (cytolysis) اور خون پاشیدگی (haemolysis) کی یہ مختلف قسمیں نہ صرف اس ضد جسم پر انحصار رکھتی ہیں، جو اس عمل میں پیدا ہو جاتا ہے، اور جسے جسم منع (immune body) بھی کہتے ہیں، بلکہ انہیں ایک اینزائم (enzyme) کی مدد کی بھی ضرورت ہوتی ہے جو مصل میں لمبی طور پر موجود ہوتا ہے اور مستقیم (complement) کے نام سے یاد کیا گیا ہے۔ اس کی موجودگی اس واقعے سے ظاہر ہوتی ہے کہ گینی پگ کے ایک خون پاش مصل (haemolytic serum) کی محلول خون قوت میں ۵ تا ۶ درجہ سینٹی گریڈ کی قیش سے جو مستقیم کو تلف کر دیتی ہے، تبدیل واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ایک سرسبز دست گینی پگ کا مصل شامل کر دینے سے قوت پھر واپس لائی جاسکتی ہے۔ مستقیم قابلہ سفید خلیہ کے حاصلات میں سے ہے اور بیشینہ کثافت (Metchnikoff) کے سائیکلٹز (cytase) اور بوئر (Buchner) کے آلیکسین (alexine) یعنی صومین سے مشابہ ہے۔

17

خون پاشیدگی (haemolysis) اور مستقیم کے خلی سے تعلق رکھنے والے حقائق سے بعض اہم تشخیصی طریقوں میں استفادہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہوا تشکک (syphilis)۔

خون کی حفاظت بخش قوت کا دوسرا عنصر آپسونین (opsonins) کی موجودگی ہے۔ یہ وہ اجسام ہیں جو جراثیم پر کچھ ایسا عمل کرتے ہیں کہ جس سے وہ سفید خلیوں کے لئے زیادہ سہل اور قطعیم بن جاتے ہیں (opsono = میں غذا کا انتظام کرتا ہوں یا تیار کرتا ہوں) مصل کی آپسونی قوت کا اندازہ عصیتوں کی اس تعداد سے کیا جاتا ہے جسے اکال سفید خلیے کھا سکتے ہیں (Wright and; Douglas)۔

استعداد (anaphylaxis) ممانعت اور عمل عموم سے قریبی تعلق رکھنے

دے وہ مظاہر ہیں جو استہداف (anaphylaxis) یا بیش حساسیت (supersensitiveness) کے نام سے مشہور ہیں۔ یہ سلسلہ عام ریشٹا (Richet) نے دریافت کیا۔ اس نے سی انیمون (sea-anemone) یعنی بحری شقائق کے کسی پروٹین کی ایک خفیف مقدار کا شراب ایک گلتے میں کیا، جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ غیر محسوس اور سریع الزوال علامات پیدا ہو گئے۔ چند ہفتوں کے بعد اس نے اس امید پر کہ کسی قدر ممانعت قائم ہو چکی ہوگی ایک دوسری مقدار کا شراب کیا لیکن بجائے اس کے کہ شہ قیتم (intoxication) پیدا ہوا اور کتا مر گیا۔ استہداف کے سونے ممانعت یا امانیت (phylaxis) کے برعکس ہیں۔ اس کی توضیح حسب ذیل ہے:۔ کسی خارجی پروٹین (antigen = آئنٹی جن) کا شراب کسی حیوان میں کیا جائے تو اس میں ضد اجسام (anti-bodies) پیدا ہو جائیں گے، جو رسوبین (precipitins) کی نوعیت کے ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 16)۔ جیتک یہ خون میں باقی رہتے ہیں انکا اس آئنٹی جن کی مزید مقداروں کی ترسیب سے ممانعت پیدا کر دیتے ہیں لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ خون میں سے بیشتر غائب ہو کر بافتوں میں داخل ہو جاتے ہیں۔ اس مرحلہ میں خون کے اندر ضد جسم اس قدر کافی ہو جاتا کہ جو شراب کر وہ آئنٹی جن کی ترسیب کر دے اور اسی واسطے آخر الذکر بافتوں پر حملہ آور ہو جاتا۔ لیکن یہاں دونوں کا تصادم ایک شدید تعامل یعنی استہدافی صدرہ (anaphylactic shock) پیدا کر دے گا۔ (۱) گینسی پگ میں ایک نہایت حیرتناک نتیجہ سادہ عضلہ کا انقباض ہے، جو ایک شدید درد کے حملہ (asthmatic attack) کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔ حیوانات میں بہت سی سببی اشیاء کا شراب استہدافی صدرہ سے کسی قدر مثال ملتا ہے۔ پیدا کر دینا ہے، چنانچہ یہ رائے طے ہونے لگی ہے کہ آخر الذکر (استہدافی صدرہ) انی تحقیقت ایک زہر استہدافی سم (anaphylatoxin) کے باعث ہے، جو آئنٹی جن کی دوسری معتاد دیکھ پر پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن ہر دوسرے علامات کا امتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنے پر ظاہر ہوتا ہے کہ ان میں ایک فرق ہے طیب میں استہداف کی اصطلاح کا سرسری استعمال بعض علامات کے ناگہانی حملہ یعنی بھڑ (dyspnoea)، آؤدیا یا انفار خون کی کمی (collapse) کہتے یا دوسری صدی صدی علامت استہداف کی تشخیص

(convulsions) اور حساسی حالت (allergic state) (ملاحظہ ہو صفحہ 224) کی شکلوں کو بیان کرنے کے لئے کیا گیا ہے جو اکثر خون کے بعض تغیرات کے بعد واقع ہوتی ہیں، جنکو فرالیمسی مصنفین نے "خون پاش عروجہ" (haemoclastic crisis) کے نام سے موسوم کیا ہے (۲) (ملاحظہ ہو صفحہ 226)۔ لیکن عموماً اس کا کوئی ثبوت نہیں ملتا کہ جسم پہلے سے خارجی اشیاء کے لئے حساس بنایا گیا ہے، جیسا کہ اسہداف میں ہوتا ہے، اور یہ سمجھنا بہت زیادہ صحیح ہے کہ حساسی حالت کسی زہر کے راست فعل کے باعث ہوتی ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ حیوانات میں بعض زہروں، مثلاً ہسٹامین (histamine) سے ایسے ہی علامات پائے گئے ہیں۔

جب دُفختیر یا دوسرے مرض کے علاج کے لئے ایک مصل (immunised serum) استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 15) تو کبھی کبھی (تقریباً، فیصدی حالتوں میں) امراض متعلق علامات میں مبتلا ہو جاتا ہے جو سات سے دس دن کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں اور اشتراب کردہ مصل کی وجہ سے ہوتے ہیں نہ کہ اس کے اندر کے ضد اجسام کی وجہ سے یہ علامات حسب ذیل ہیں: ۱۔ مقام اشتراب پر شری (urticarial) کورم اور کئی کئی سالہ ہی کلارم لٹانی غد د کا درم شوران [ششیری چھانہ (circinate) اور حصبہ نما (morbilliform) یا قرمزہ نما (scarlatiniform)] کا بقیہ جسم میں انتشار۔ دوسرے حصوں میں غدی دم۔ چہرے، جسم پادزار (glottis) کا ادویا۔ جوڑوں کا درد۔ خیف نزارت۔ اور کبھی البیومن بولیت (albuminuria)۔ اسہال یا انتہاب ششبات (bronchitis) نیز روجہ حفانت میں سفید خلیات کی تکثیر (leucocytosis) کے بعد کثیر الاکھالی نوات داغلیوں (polymorphonuclear cells) کی قلت (leucopenia) واقع ہو جاتی ہے۔ اس کو مرض متعلق (serum disease) کہتے ہیں۔ یہ علامتیں ایک دو دن میں رفق ہو جاتی ہیں۔ جو کچھ پہلے بیان ہو چکا ہے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ مشتبہ ہے کہ آیا مرض متعلق فی الحقیقت "اسہداتی" اصل ہے یا نہیں۔

18

یاد رہے کہ علامت ایک دوسرے اشتراب کے بعد اور بھی زیادہ واقع ہونے کا امکان ہے اور اس حالت میں وہ یقیناً اسہداتی ہوتے ہیں۔ اسہداف کو

اپنے نوکے لئے چھ سے بارہ دن کی ضرورت ہوتی ہے۔ اسی واسطے دوسرا شراب جو چھ دن کے عرصہ سے پہلے دیا جائے، عموماً کوئی نتیجہ نہیں پیدا کرتا۔ اگر ان دونوں شرابات کے درمیان کا فاصلہ بارہ دن سے لیکر چھ یا آٹھ ہفتوں (کبھی چھ ہفتوں تک) ہو تو دو قسموں کا تعامل واقع ہو سکتا ہے:۔ (۱) فوری تعامل جس میں علامات دوسرے شراب کے نمودار ہونے ہی عرصہ بعد یا چوبیس گھنٹوں کے اندر واقع ہو کر جلد پر یعنی عام علامت توجہ میں گھنٹوں میں اور مقامی علامات دو یا تین دن میں غائب ہو جاتے ہیں۔ یہ علامات یہ ہیں:۔ شراب کے مقام پر اذیاء، ارتعاج پیش، ورم غددا، ہشٹی (urticaria) چہرہ کا پتھج اور قلبیت قلیات امیض (leucopenia)۔ بعض اوقات خطرناک علامتیں (نام نہاد استہدائی صدرہ = anaphylactic shock) شراب کے بعد نصف گھنٹے کے اندر واقع ہو سکتی ہیں۔ مریض دقت تنفس کی شکایت کرتا ہے، اس کا سینہ بھیلتا ہوا اور سخت یا بے حرکت ہو جاتا ہے، چہرہ میں استلاء (congestion) اور مخاطی جھلیوں میں تداق (cyanosis) ہو جاتا ہے۔ پندرہ سے بیس دقیقوں کے اندر آرام معلوم ہوتا ہے۔ ایسے دورے میں مریضوں کی ہلاکت تک واقع ہو گئی ہے (۱۲) اسراع یافتہ تعامل (accelerated reaction) جو دوسرے شراب کے چار سے آٹھ دنوں کے بعد طاری ہوتا ہے۔ اسے اسراع یافتہ (accelerated) اس لئے کہتے ہیں کہ وہ ایک منفرد شراب کے بعد واقع ہوئے علامت کے نسبت زیادہ جلد واقع ہوتا ہے۔ یہ علامات اُن سے مشابہ ہیں جو ایک ہی بڑی مقدار کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں (serum disease = مریضی) لیکن عموماً زیادہ عادی ہوتے ہیں اور بارہ سے اٹھارہ گھنٹوں کے اندر غائب ہو جاتے ہیں۔

اگر مصل کا استعمال علاجی وجہ کی بنا پر ضروری ہو تو استہدائی صدرہ کے وقوع کے خدشہ سے اسے دینے میں تاویل نہیں کرنا چاہئے۔ یہ کہنا غیر ممکن ہے کہ آیا ایک مریض مصل کی ایک مابقی مقدار سے حساس (sensitised) بن گیا ہے یا نہیں۔ لیکن اگر خیال کیا جائے کہ حالت ایسی ہی ہے، یعنی اس میں حساسیت موجود ہے، اور دوسرا شراب کرنا ہو تو اسے غیر حساس (desensitised) بنالینا چاہئے۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اصل شراب سے پانچ یا چھ گھنٹے پہلے اس مصل کی ۱/۲ یا ۱/۴ کوبٹ پیڑر کا

اشراب کر دیا جائے۔ اگر اس سے زیادہ عجلت مطلوب ہو تو ایسے ابتدائی اشراب کے پانچ یا دس منٹ کے بعد ایک نسبتاً خاصہ بڑا اشراب کیا جائے۔ اور عقلی ہذا العیاس مائل و قفوں کے بعد بڑھتی ہوئی مقداریں دی جائیں، یہاں تک کہ سب دیا جا چکے۔ استہدافی صدمہ کا علاج خلاصہً نخاسیمہ (pituitary extract) ایڈروپین (atropine) یا ایڈرینن (adrenin) کے درون دریدی یا درون عضلی اشرا بت سے کیا جاتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو خالص آکسیجن بھی ایک آنفی قشالیر (nasal catheter) سے دی جاتی ہے۔ کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) بھی دیا جا سکتا ہے۔

ارتفاع پیش

(PYREXIA)

تب اور ارتفاع پیش کی اصطلاحیں ہمیشہ مائل مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتیں۔ ارتفاع پیش کبھی صرف اسی حالت تک محدود رکھا جاتا ہے کہ جسم کی پیش مرتفع ہے، لیکن تب سے مراد پیش کا بلند ہونا ہے، مع دوسرے تمام جسمانی اختلالات کے جو عموماً آگے ساتھ واقع ہوتے ہیں۔

جولانی پیش (range of temperature)۔ بحالت صحت، جبکہ مریض بستر پر آرام سے ہو، منہ کی پیش علی الصباح تقریباً ۹۷ درجہ ف سے لیکر تیسرے پہر کے وسط میں ۹۸.۵ درجہ ف تک متغیر ہوتی ہے۔ مستقیمی پیش (rectal temperature) مائل حالات کے تحت ۹۷ درجہ اور ۹۹.۲ ف کے درمیان متغیر ہوتی ہے۔ عضلی و درشس مستقیمی پیش کو ۲ درجہ ف بڑھا سکتی ہے، لیکن منہ کی پیش وہی رہتی ہے یا دراصل کم ہو جاتی ہے۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ تفریق (پسینہ نکھلنا) اور تنفس کی نیا دتی منہ کو ٹھنڈا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

اس کے برعکس مستقیم تپش جسم کی اندرونی تپش سے زیادہ قریبی طور پر متاثر رہتی ہے۔
 مغذی بول سے خارج شدہ بول کی تپش ہمیشہ مستقیم تپش سے قدر سے بلند ہوتی ہے۔ مثلاً
 کی تپش تقریباً وہی ہوتی ہے جو منہ کی، اور جلدی اور جسمانی تپش کے درمیان درمیان ہوتی ہے۔
 بیماری میں تپش ۹۳.۳ درجہ ف (۲۵.۵ سنٹی گریڈ) بلکہ اس سے بھی کم سے لیکر ۱۱ درجہ
 یا ۱۱۱ درجہ (۳۷.۸ سنٹی گریڈ) تک ہوتی ہے۔ ۱۱۹ درجہ اور ۱۲۲ درجہ کی تپشیں
 بھی مرقوم ہیں، لیکن ان کی صحت کے متعلق بہت شبہ ہے۔

19

طبعی سے اور یا نیچے حرارت کے مختلف درجے ظاہر کرنے کے لئے بہت سے
 اصطلاحات استعمال کئے گئے ہیں۔ وونڈرلیک (Wunderlich) جو گیارہ مصطلحات
 درج کرتا ہے، لیکن علاحدہ کی ضرورت پڑتی ہے وہ سب مندرجہ ذیل میں شامل ہیں۔
 ہسٹولی تپش (collapse temperature) ۹۲.۳ درجہ (۳۳.۵ درجہ سنٹی گریڈ) یا اس سے
 بھی کم سے لیکر ۹۹ درجہ (۳۵.۱ درجہ سنٹی گریڈ) تک۔

زیر طبعی تپش (subnormal) ۹۶ درجہ سے ۹۷.۵ درجہ سنٹی گریڈ تک۔
 طبعی تپش (normal) ۹۸.۵ درجہ سے ۹۹ درجہ (۳۷.۲ درجہ سنٹی گریڈ) تک۔
 خفیف یا مستدل ارتفاعِ تپش صبح ۹۹ درجہ سے ۱۰۱ درجہ (۳۷.۲ درجہ سنٹی گریڈ) تک؛
 یا شام میں ۱۰۱.۵ درجہ (۳۹ درجہ سنٹی گریڈ) تک۔
 شدید ارتفاعِ تپش صبح ۱۰۱ درجہ سے ۱۰۳ درجہ (۳۹.۴ درجہ سنٹی گریڈ)
 تک یا شام میں ۱۰۵ درجہ (۴۱.۵ درجہ سنٹی گریڈ)۔

اشد ارتفاعِ تپش (hyperpyrexia) ۱۰۵ درجہ سے اوپر۔
 یہ اصطلاحیں سمجھ کے ساتھ استعمال کرنی چاہئیں، کیونکہ تپش میں مقام کے لحاظ سے
 جہاں سے وہ لی جائے اور دن کے وقت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ
 وہی تپش جو دوپہر کے بعد زیر طبعی کہی جاسکتی ہے صبح کے اول اوقات میں
 بالکل طبعی ہوگی۔

تپش کی تسجیل۔ جسمانی تپش معمول سریری اغراض کے لئے سریری تھرمائی
 تپش پیم (clinical mercurial thermometer) کے ذریعہ سے کی جاتی ہے،
 جو تپش کی تسجیل، جسم سے علیحدہ کئے جانے کے بعد، سیلابی استواء کے ایک ایسے حصہ

ہے کہ اسے جو اس آاد کے جو ذ کے اندر واپس نہیں ہونے پاتا۔ اس آاد کا جو ذ بخل، کینج ران و ذہن یا معار مستقیم میں رکھا جاسکتا ہے۔
پہلے دو مقامات میں یہ دیکھنا ضروری ہے کہ جو ذ جلد کے ساتھ کال تماس رکھتا ہے اور اسے وہاں اتنی کافی دیر تک رہنا چاہیے کہ جس میں جلد کی سطح عام جسمانی پیش حاصل کر لے پیش پسما کی حساسیت کے لحاظ سے (اسکے لئے ایک سے تین یا پانچ دقیقے کافی ہوتے ہیں بہتہ میں جو ذ زبان کے نیچے رکھا جائے اور غشیہ کی ٹوندی کی گرفت ہوں سے کر لی جائے۔ جب مستقیم پیش لی جاتی ہے تو جو ذ کو پانچ اندر داخل کر دیا جاتا ہے۔ نتیجہ قابل اعتماد ہوتا ہے لیکن ظاہر ہے کہ یہ طریقہ ہمیشہ سہولت پیش نہیں ہوتا۔

صحبت اور مرض دونوں حالتوں کے روزانہ اختلافات کی وجہ سے مناسب یہ ہے کہ پیش کی تسجیل دن میں کم از کم دو بار کی جائے۔ بہترین اوقات صبح ۵ یا ۶ بجے اور شام میں ۵ یا ۶ بجے ہوں گے، تاکہ ادنی ترین پیش اور بلند ترین پیش کا مشاہدہ کیا جاسے۔ عمرانی حالات بیماری کا خفیف صورتوں میں عموماً اس کی اجازت نہیں دیتے چنانچہ زیادہ تر ۱۰ بجے صبح اور ۶ سے ۹ بجے تک کے اوقات منتخب کئے جاتے ہیں، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ۱۰ بجے صبح پیش پہلے ہی بلند ہوتی رہتی ہے اور یہ کہ بجے شام کے بعد اعظم پیش عموماً گزر چکی ہوتی ہے۔ شدید بیماریوں جیسے کہ تب محرقہ (typhoid fever) ذات الریہ (pneumonia) وغیرہ میں پیش کم از کم ہر چوتھے گھنٹہ دیکھنی چاہئے، تاکہ روزانہ اختلافات کی نگرانی زیادہ صحت کے ساتھ ہو سکے۔ اور پیش کا اندراج تمام حالتوں میں ایک تختہ کاغذ (chart) پر ہونی چاہئے، جس میں ہر مشاہدہ کے لئے ایک نقطہ لگا کر ایک نقطہ سے دوسرے تک خط کھینچ دئے جائیں۔ تختہ پر یہ درج کر دینا ضروری ہے کہ آیا پیش منہ، انبل یا معار مستقیم میں لی گئی ہے۔

وہ حالتیں جو ارتقاء پیش کو مستلزم ہیں

ارتقاء پیش (pyrexia) مہم (fever) 'موی قابل (febrile reaction)

کے ساتھ علاوہ ارتفاع پیش کے دوسرے بہت سے اختلالات واقع ہوتے ہیں۔
 واقعہ یہ ہے کہ جب کبھی نہایت مختصر عرصہ سے زیادہ کے لئے پیش بلند ہو جاتی ہے تو
 جسم کے ہر فعل میں کم و بیش خلل واقع ہو جاتا ہے۔ یہ کہ یہ کم از کم جزو بلند پیش
 کا بلا واسطہ نتیجہ ہے تجربہ کر کے دکھلایا جاسکتا ہے۔ لیکن تقریباً ان تمام صورتوں
 میں جن میں ارتفاع پیش مرض کی وجہ سے ہو جائے یہ جاننا ضروری ہے کہ جسم کے اندر
 سموم دوران کر رہے ہیں اور یہ کہ غالباً وہی ان کثیر التعداد حالات کا سبب ہیں جو
 پہلے صرف بلند پیش سے منسوب کئے جاتے تھے۔

جلد چھونے سے گرم، اور کبھی شدت کے ساتھ گرم، اور عموماً خشک محسوس
 ہوتی ہے، مگر شہ بھی ہو سکتی ہے، خصوصاً جبکہ پیش کم ہو رہی ہو۔ بعض امراض میں
 پسینے بافراط آتے ہیں، جو پیش کو کبھی تو محسوس طور پر اور کبھی بظہار کسی قدر، لکھٹا دیتے
 ہیں۔ ایسے پسینہ سے بعض اوقات عرفی دانوں (sudamina) یا مبینوں (miliaria)
 کا ثوران ہو جاتا ہے۔ جسم کی جلد کی رنگت عموماً طبعی ہوتی ہے، یا مستحاضا اس وقت
 کے جبکہ ایسے ثورات (eruptions) موجود ہوں جیسے کہ دغینہ (miliaria) یا
 قرمز (scarlatina)، کھسرا (measles)، یا ٹائفوس (typhus) اور دوسرے
 امراض کے نوعی طفحات (specific rashes)۔ لیکن چہرہ اکثر تپتا یا ہوا ہوتا ہے،
 خاصکر آغاز تپ میں۔ اکثر رخسار اور لب سرخ ہوتے ہیں، اور چہرہ دوسری جگہ
 پھیلا۔ بعد میں نفل دوران خون کے ساتھ، چہرہ خوب متلی (congested) یا کبود
 (livid) ہو جاتا ہے اور اطراف بھی یہی تغیر ظاہر کرتے ہیں۔

نمش (petechiae) اور تحت الجلدی نزفات، جو ساری مرض کے خبیث ترین اقسام
 (چھپک، ٹائفوس، کھسرا، قرمز یا میں واقع ہوتے ہیں)، بلاشبہ عروقی شغریہ کی
 دیواروں پر قہری سموم کے فعل کا نتیجہ ہیں۔

غذائی نظام۔ زبان پر نفل کی تہ (فرو fur) جم جاتی ہے۔ عام طور پر
 ابتداء یہ فرو پسیدہ ہوتی ہے اور زبان اب تک تر ہوتی ہے۔ پھر زبان خشک ہو جاتی
 ہے، فرد کوروں اور نوک سے آگے کر نیچے شوخ سرخ زبان ظاہر کرتی ہے بعد میں
 زبان نہایت خشک، اکرت اسخت، میلے بھورے رنگ کی، سطح پر مستحق

اور رنق (saliva) کے خشک باقیات، خدی افرازات، غذا اور مگاہے خون سے (جسکے ساتھ مرطوبہ مخلوط ہوتا ہے) 'فطر آسا بالیدگیوں اور جراثیم سے' جن کو اعضاءے مضغ کی بھول حالت میں جمع ہو جانے کا موقع مل جاتا ہے، پھڑائی ہوئی ہوتی ہے۔ اس مرحلہ میں سوڑھے بھی ایسے ہی جماؤ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جس کو سوخ الانسان (sordes) کہتے ہیں۔ عدم اشتہا (anorexia) تب کی سب سے پہلی علامتوں میں سے ایک علامت ہے۔ کبھی مثلی موجود ہوتی ہے اور تمام حالتوں میں باختمہ کمزور ہوتا ہے۔ آنتوں میں عموماً نفیض موجود ہوتا ہے۔ طحال اکثر خفیف سی، اور بعض امراض میں بہت زیادہ کلانی یافتہ اور الیم (tender) ہوتی ہے۔

دوران خون۔ قلب کا فعل تیز ہو جاتا ہے پہلے اس میں تحریک ہوتی ہے اور پھر وہ نسبتہ کمزور پڑ جاتا ہے۔ نبض کی جولانی ۸ سے ۱۲۰ بار ایک منٹ پہنچ جاتی ہے۔ پہلے وہ محسوس (full) 'مشرّف' (bounding) اور محکم (firm) ہوتی ہے، لیکن خلد ہی نسبتہ زیادہ لپت (soft) اور ضربتی (dirotic) ہو جاتی ہے۔ نسبتہ بعد کے مرحلوں میں، جوں جوں قلب زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے، وہ تیز، نہایت صغیر (small)، آسانی صغیر پذیر (compressible)، دوران (running) مضرب (flickering) ہو جاتی ہے۔ قلب کے فعل کے مترقی ضعف کے سامنے پہلی آواز وہی یا غیر مسموع ہو جاتی ہے، اور صد متہ القلب (heart-impulse) پچھٹی سے باہر کے جانب محسوس کیا جاسکتا ہے، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قلب مضغ ہو رہا ہے۔

تنفّس۔ یہ نبض اور تپش کی زیادتی کے مناسب سے تیز ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ فی دقیقہ تپش یا چالیس تک بڑھ جائے۔ جب مرض کچھ عرصہ تک جاری رہ چکا ہے تو پھیپھڑوں کے قاعدوں میں امثلاً (مثلاً اور کیوی) (hypostatic congestion) واقع ہو کر سیرت کے بالائی حصے کے سامنے کے تنفسی حرکات میں مبالغہ ہو جاتا ہے۔

گردے۔ جلد اور پھیپھڑوں کے ذریعہ سے آبی بخار کے نقصان کے باعث

تپ میں پیشاب کم ہو جاتا ہے اور اس کا بلا واسطہ نتیجہ یہ ہے کہ وہ گہرے رنگ کا ہوتا ہے اور ٹھنڈا ہو جاتا ہے۔ پراس میں یورٹیس (urates) کا خشن سرخ رنگ (sediment) یہ نشین ہو جاتا ہے۔ شدید معمولی عوارض میں البیومن کی خفیف مقداروں کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔

تحوّل۔ ارتفاع پیش پیدایش حرارت میں زیادتی، اور اس طرح جسمانی تحول میں بیشی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ تنفسی بُبسا ولیہ (respiratory exchange) (یعنی آکسیجن کے داخلہ اور CO_2 کے اخراج) میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسمانی باتوں کی لاغری اور اس کے ساتھ پول میں نائٹروجن کے اخراج کی زیادتی بھی ہو۔ یہ جزء جسمانی خلیات پر سموم کے زہریلے فعل کے باعث ہو سکتی ہے، مگر غیر نائٹروجنی تغذیہ باضغوص کا ربو یا یڈرٹیس کی کافی مقداروں کے استعمال سے نائٹروجن کا نقصان بڑی حد تک روکا جاسکتا ہے۔ پھر جسم ان کو کام میں لاسکتا اور خود اپنے پروٹینز (proteins) کو بچا سکتا ہے۔ اگر غیر نائٹروجنی تغذیہ کافی میسر ہو تو جسمانی پیش کی زیادتی سے جو ایک طبعی موضوع میں مصنوعی طور پر پیدا کی گئی ہو، جسمانی پروٹینز کی شکست و ریخت نہیں ہوتی (۴)۔

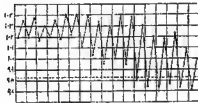
عصبی نظام۔ ارتفاع پیش کے آغاز میں درد سر عام ہے ایک گرانی کا احساس، سُستی، یا غور کرنے یا کسی توہنی سعی کرنے کا عدم میلان بھی ہوتا ہے۔ کچھ حصہ کے بعد مریض صرف دماغی صحت ہی نہیں کرنا چاہتا بلکہ قوائے ذہنیہ سے کام بھی نہیں لے سکتا۔ اُس پر غصہ دگی طاری ہو جاتی ہے، اور جب اس کو تینہ لگ جاتی ہے تو وہ بڑبڑانا شروع کر دیتا ہے۔ بعد میں وہ دراصل سوئے بغیر ہڈیان (delirium) سے متاثر ہو جاتا ہے، اور یہ ہڈیان بڑی بری (muttering) اور کبھی مانیائی (maniacal) ہوتا ہے، جس میں مریض بستر سے اٹھ کر نکل جاگتا ہے، اپنے بیمار داروں یا نرسوں کے ساتھ بات چالائی کرتے لگتا، یا کھڑکی سے باہر کود پڑتا ہے۔ آخری درجوں میں اُس پر گہری بے ہوشی یا نبات (coma) طاری ہو جاتا ہے۔ اس سببات کے ابتدائی درجہ میں مریض اکثر اپنی انگلیوں سے کپڑے نوچنے، یا اپنے سامنے ہو امیں خیالی چیزوں کو پکڑنے لگتا ہے۔ نظام منشی

کا اختلال عام جسمانی کمزوری کہتے ہیں یا عارضہ کے رعشہ (tremor) سے جبکہ ہمیں حرکت دی جائے، اور عضلات کے جھٹکوں (subultus tendinum) - قطعاً لائق سے ظاہر ہوتا ہے، اور عقدہ عامرۃ المبرز (sphincter ani) کے ارتخار سے پٹانہ خطا ہو جاتا ہے (incontinence of faeces) اور حشائی احساسات کی کمی احتباس البول (retention of urine) اور شاذ کا خطرناک امتقاع پسیدہ کر دیتا ہے۔

روزانہ تغیرات۔ تب میں پیش روزانہ اتار چڑھاؤ ظاہر کرتا ہے، جو عموماً ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ تندرستی میں دیکھے جاتے ہیں، مینے پیش صبح کو نسبت کم اور شام میں نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ ادنیٰ ترین درجہ عام طور پر آدھی رات کے قریب یا دو بجے شب کو اور بلند ترین علی الصباح ۴ سے ۶ بجے تک پہنچتا ہے۔ کبھی اس کے برعکس ہوتا ہے اور پیش صبح اعلیٰ ترین اور شام کو ادنیٰ ترین درجہ کی ہوتی ہے (typus inversus) طرز معکوس پیش اور تنفس پیش کے ساتھ ساتھ زیادہ اور کم ہوتے ہیں اور مریض کی عام بے آرامی بھی اسی طرح سے متغیر ہوتی رہتی ہے۔

ارتقاع پیش کے اقسام۔ ارتقاع پیش جو کسی بیماری کے ساتھ ہوتا ہے یا جو مرض اسی پر مشتمل ہوتا ہے، تین قسموں میں سے ایک قسم کا ہو سکتا ہے: وہ مسلسل ہو سکتا ہے، یا متقطر (remittent) یا متوقف (intermittent) (تصویر ۱)۔ مسلسل بخار وہ ہے جس میں پیش ہمیشہ طبعی درجہ سے اوپر ہو اور صبح اور شام کی بخشوں کے درمیان کے فرق ان تغیرات سے کبھی زیادہ نہیں بڑھتے جو تندرستی میں ہوتے ہیں، یعنی ڈیڑھ درجہ سے۔ تب متقطر (remittent fever) میں بھی پیش ہمیشہ درجہ طبعی سے اوپر رہتی ہے، لیکن فرق پڑا درجہ سے زائد ہوتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ صبح وہ دو یا تین درجہ گر جائے لیکن طبعی درجہ تک کبھی نہیں پہنچی۔ متوقف ارتقاع پیش (intermittent pyrexia) وہ ہے جس میں صبح کی پیش درجہ طبعی یا اس سے نیچے تک گر جاتی ہے، لیکن شام کی زیادتی درجہ طبعی سے دو یا تین یا زائد درجہ اوپر ہوتی ہے۔ اس آخری قسم کو بعض اوقات

عادی تپ (hectic fever) کہتے ہیں۔



مصل عصر شوق

تصویر نمبر ۱۰ ارتقاع تپ کے اقسام

بیماری کی بعض حالتوں میں ایک وقت تو ارتقاع تپ مسلسل کو دوسرے وقت متفرق (remittent) اور تیسرے وقت متوقف وقت کے ساتھ (intermittent) ہو سکتا ہے جیسا کہ تپ معویہ (enteric fever) اور سیلیری (phthisis) میں ہوتا ہے۔

ارتقاع تپ کا عمر تپ کی بہت سی حالتوں میں نہایت متعین مرض کا پتہ چل سکتا ہے، اور آغاز و انتہا بعض خصوصی مظاہر سے ممتاز ہوتے ہیں۔ تجلید جاڑے کے احساس کے ساتھ شروع ہوتی ہے، یہ محض سردی کا ایک خفیف سا احساس ہو سکتا ہے، جس کی وجہ سے مریض آگ ڈھونڈ رہا ہے، یا وہ کانپنے یا لرزے لگتا ہے، اور بالآخر اسے واضح قشعریرہ یا لرزہ (rigor) چڑھ آتا ہے۔ یہ لرزے کا عہد ہوتا ہے، جس میں مریض کا سارا جسم کانپنے لگتا ہے، اس کے دانت بچنے لگتے ہیں، اسے شدت کے ساتھ جاڑا چڑھتا ہے، اس کا چہرہ چمکا ہوا (pinched) اور ناک کان اور انگلیوں کے سرے کی طرح ہوجاتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو نظام عصبی کا سریری امتحان۔ حرکی علامات) لیکن گو سطح خشک ہی ہوتی ہے، مگر اندر سے گرم ہوتے ہیں اور تپش پیما سے ظاہر ہوگا کہ تپش ابتدا ہی سے برابر

بڑھ رہا ہے، یہ تشعیرہ یا لرزہ چند دقیقوں سے لیکر نصف یا ایک گھنٹہ یا زائد تک رہ سکتا ہے۔ چھوٹے بچوں میں عموماً لرزہ نہیں پایا جاتا، بلکہ بجائے اسکے کبھی کبھی تشنجات (convulsions) موجود ہوتے ہیں۔

تب کا دوسرا درجہ آوج (fastigium) ہے، جس میں جلد گرم ہوتی ہے اور متذکرہ بالا مختلف مظاہر موجود ہوتے ہیں۔

بعض بچوں میں تیسرے درجہ کے آغاز سے عین پہلے تبش زیادہ ہو کر اپنے درجہ اتم یا بحران (acme) تک پہنچ جاتی ہے۔

تیسرا درجہ نزول تبش (defervescence) کا ہے، جو یا تو بحران (crisis) یا تحلیل (lysis) کے ساتھ واقع ہوتا ہے بحران (crisis) میں تبش بارہ سے چھتیس گھنٹے کے اندر گر کر یہ سرعت درجہ طبعی تک پہنچ جاتی ہے۔ اس کے ساتھ کبھی یہ شدت پسینہ آتا ہے، اور کبھی اسہال ہوتا ہے (critical sweat or diarrhoea = بحرانی تفریق یا اسہال تحلیل (lysis) میں تبش نسبتاً زیادہ تاخیر کے ساتھ گرتی ہے، اور طبعی درجہ تک پہنچنے میں تین یا چار دن لیتی ہے۔

ارتفاع تبش کے بعد تبش چند دنوں تک عموماً درجہ طبعی سے نیچے (subnormal = تحت الطبعی) رہتی ہے، یعنی صبح ۹۷ یا ۹۶ درجہ، اور اسی وقت سے زمانہ نقیصیت (convalescence) کا آغاز ہوتا ہے۔

تشعیرہ یا لرزہ (rigor) 'اوج (fastigium) اور بحران (crisis) غیر یا کی بعض قسموں میں مثبلی طور پر واقع ہوتے ہیں اور پھر یہ سب چھ سے بارہ گھنٹے کے عرصہ کے اندر ختم ہو جاتے ہیں۔

بچوں میں موت۔ یہ اولاً نظام عصبی پر سموم کی قبضیت کے فعل سے اور اس کے تمام جسمانی افعال پر اثر انداز ہونے سے چستہ رو دیں، یا نسبتاً زیادہ عرصہ تک سموم کا مسلسل عمل ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ دویم، صرف قلیل تعداد مثالوں میں، شدید ارتفاع تبش (hyperpyrexia) سے، اگرچہ اس وقت جبکہ مرئی دوسرے اسباب سے قریب المرگ ہو، تبش کا نہایت زیادہ ہو جانا شاذ نہیں ہے۔ سویم فشل قلب (cardiac failure) سے۔ چہارم

ریوی پیچیدگیوں سے۔

شدید تشنگی کی تقریباً تمام موتوں میں بعض تشربی تبدیلیاں مشترک ہیں، جو غالباً بالخصوص جراثیمی نرا بیت کے باعث ہوتی ہیں ٹمرخ جیسات کم ہو جاتے ہیں اور سفید خلویت (leucocytosis) (یعنی سفید خلیات کی کثرت) عام ہے۔ پلوورا اور گرد قلبی سپسہ (pericardium) کی مصلی جھلیوں کے نیچے چھوٹے چھوٹے نمشے (petechiae) یا ترنات (haemorrhages) پائے جاتے ہیں۔ ٹموس احشا (جگر، طحال اور گردے) کلانی یافتہ اور نرم ہوتے ہیں، اور گردے اور جگر ٹرڈین کے نیچے نرم سحابی (cloudy swelling) کی ہر کرتے ہیں، جسکے ساتھ اُن کے افزائی خلیوں میں کچھ ذراتی تغیر یا شمعی انخطاط نظر آتا ہے۔ شدید ارتفاع پیش میں مرکزی عصبی نظام کے خلیوں میں منتشر کمون ہوتی ہے اور ذرات رسل غیر موجود ہوتے ہیں۔ سرگردوں کے قشرہ میں کے میپائڈ تر خارج ہو جاتے ہیں۔

عضلات نرم اور خستہ ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ انخطاطی ظاہر کریں جسے ابتداء زینکر (Zenker) نے بیان کیا تھا اور جو اب ایک تر و بی مختصر (coagulative necrosis) سمجھا جاتا ہے۔ اس حالت میں عضلی ریشے ایک متجانس، بے رنگ، موم نما مادے میں تبدیل ہو جاتے ہیں، جو استوانے بنا نا ہے جو پارہ پارہ ہو کر بالآخر ایک ذراتی برادہ (detritus) بن جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ کبھی کبھی ترقی بھی واقع ہوتا ہے۔ یہ تغیرات انوں کے عضلات (abductors) میں، عضلات شکلیہ مستقیمہ (recti abdominis) میں ٹیڈ فرام (diaphragm) میں اور زبان کے عضلات میں نہایت عام ہے۔

ارتفاع پیش کا سبب۔ جسمانی پیش کا اس کے طبعی میار پر قائم

رہنا دو عاالت یعنی پیدا ایش حرارت یا تولید حرارت (thermogenesis) اور نقصان حرارت یا حر پاشیدگی (thermolysis) پر منحصر ہے۔ تب کی حالت میں پیدا ایش حرارت زیادہ ہوتی ہے۔ طیریائی قشریرہ کے دوران میں پیدا ایش حرارت ۲۰۰ فیصدی بڑھنا پائی گئی ہے، لیکن نقصان حرارت وہی رہتا ہے۔ اس عرصہ میں، جو شاید تقریباً ایک گھنٹہ ہوتا ہے، جسمانی پیش بڑھتی رہتی ہے۔ جب

ایک بلند درجہ تبش قائم ہو جاتا ہے تو پیدائشِ حرارت کم ہو کر درجہ طبعی سے تقریباً ۰.۵ فیصدی اور پر رہ جاتی ہے، لیکن نقصانِ حرارت بڑھ جاتا ہے تاکہ توازن قائم رہے۔ دوسری چیزوں میں، جنکے ساتھ لرزہ (مشرعہ) نہیں ہوتا، ارتفاعِ تبش کے دوران میں پیدائشِ حرارت اور نقصانِ حرارت دونوں بتدریج بڑھتے رہتے ہیں، البتہ اول الذکر آخر الذکر کے نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ جب بلند درجہ تبش قائم ہو جاتی ہے تو پیدائشِ حرارت کا انحصار درجہ تبش پر ہوتا ہے اور تقریباً تمام چیزوں میں حامل ہوتا ہے، یعنی ہر درجہ فارن ہائٹ کے لئے ۰.۲ فیصدی کی زیادتی ہوتی ہے۔ تعجب ہے کہ اس ارتفاع کی مقدار تقریباً وہی ہوتی ہے جو فی الزجاریہ (in vitro) کیمیائی تعاملات کے ارتفاع کی مقدار ہے (۰.۵)۔ تنظیم تبش مرکزی عصبی نظام کا شغل ہے، اگرچہ یہ اغلب ہے کہ کوئی منفرد خصوصی تنظیم حرارت مرکز موجود نہیں۔ حرارت کی پیدائش جسمانی احتیاجات بالخصوص کالبدی عضلات (skeletal muscles) میں ہوتی ہے اور بعض حالتوں میں حرارت کی یہ بیش پیدائش مرکزی عصبی نظام سے ان ساختوں کو جانے والے برآزدار اعصاب کی اس تحریک کے باعث ہو سکتی ہے، جو یا تو اول الذکر کے ہیجان سے یا محیط سے پیدا ہونے والے محسوس ہیجان سے پیدا ہوتی ہے۔ نقصانِ حرارت، جلد سے ۰.۵ فیصدی کے برابر اشعاع (radiation) شکل حرارت (convection of heat)، ایصال (conduction) اور بخیر (evaporation) کے ذریعہ سے، اور تقریباً ۱ فیصدی کی حد تک بھیسٹروں سے، اور تقریباً ۲ فیصدی کی حد تک بول و براز سے واقع ہوتا ہے۔ متعلقہ عصبی آلہ فاسکر و ماحرک نظام ہے، جس کے ذریعہ سے دورانِ خون جلد میں سے ہو سکے۔ اگر جلد گرم ہو جائے تو عروقی مسخ ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ گرم خون جسم کی سطح کو آجاتا ہے۔ پسینہ نقصانِ حرارت کو یہ افراط بڑھاتا ہے، جو کہ اس بخیر کے جو واقع ہوتے ہیں۔ تیز بخار کے ساتھ متفلس تیز ہو جاتا ہے اور ریویں سطح سے واقع ہونے والا نقصانِ حرارت اسی تناسب سے بڑھ جاتا ہے۔

عمومی فمورات کی گردہ بندی حسب ذیل کی گئی ہے: (۱) وہ امراض جو عمومی سرایت کے باعث ہوں، یعنی فوشی حیات (specific fevers) (۲) مقامی

انتہاب کے باعث پیدا شدہ تپیں، جنہیں پہلے علاماتی حیمات (symptomatic fevers) کہتے تھے اور (۳) وہ تپیں جو عصبی نظام کے مقامی مرض سے پیدا ہوتی ہیں یا اس کے ذیلی نفل (functional failure) کے ساتھ متعلق ہوتی ہیں۔ آغوا لہ کر کو عصبانی حیمات (neurotic fevers) کہتے ہیں۔

اب پہلے تیسرے گروہ کو لیجئے۔ تجربہ سے اور مرضی حالتوں سے یہ ظاہر ہو گیا ہے کہ قشر دماغ (cortex cerebri) یا قواۃ ذنبی (nucleus caudatus) میں ریشوں کو جو دماغ سے نکل کر عضلات کو جلتے ہیں، موقوف کرنے والے اضرار کے بعد نمایاں قسم کا ارتقاع پیش واقع ہو سکتا ہے۔ مثلاً یہ کبھی کبھی دماغی نزف (cerebral haemorrhage) دماغی سلحہ (cerebral tumour) اور التهاب (meningitis) کی حالتوں میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ ارتقاع پیش کمتر مسلسل ہوتا ہے مگر مقابلہ کا ہے، ماہی بلندی پیش زیادہ تر دیکھی جاتی ہے، وہ بلند تپیں جو بھیلی خراش مثلاً شکم سے مرادہ (gall-stones) کے گزرنے سے پیدا ہوتی ہیں درآئندہ اعصاب کی وسالت سے انہیں مرکز دل کے ہیجان سے اور دماغ میں مل کرنے والے نفل مکوس سے منسوب کیجا سکتی ہیں۔

نفع کے مرض یا چوٹ کی حالتوں میں مریضوں میں بے انتہا بلند تپیں انتہا کم تپیں کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جسم دماغ کے اندر کے منظم مرکزوں سے منقطع ہو کر کسی حد تک ایک سرد خون والے (cold-blooded) حیوان سے مشابہت رکھتا ہے۔ اگر گرم پانی کا بوتلوں اور کپلوں کی موجودگی کی وجہ سے تپیں بلند ہو جائے تو تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔ اور تپیں جس قدر بلند ہوتی ہے، اسی قدر تحول زیادہ ہوتا ہے۔ ایک دائرہ فاسدہ قائم ہو جاتا ہے کیونکہ نقصان حرارت میں کوئی معکوس زیادتی نہیں ہوتی۔ اسی طرح اگر جسم بہت زیادہ سرد ہو جائے تو تحول کم ہو جاتا ہے اور جسم اس کی وجہ سے تدریجاً سرد تر ہوتا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ماحول کی تپیں کی پامتیاظ تنظیم نہایت اہم ہے۔

اور کبھی دوسرے عمومی اختلالات میں جبکہ تو کوئی مقامی سبب پایا جاسکتا ہے، نہ سرد جبرۃً نہ گرمی کے ساتھ کوئی تلازم۔ عام طور پر ذیلی نفل

(functional) 'ہسٹریائی' (hysterical) یا عصبیاتی (neurotic) سمجھے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دماغ کے اندر کے مرکزوں میں تغیرات واقع ہو جانے کے باعث ہوں۔ علاوہ اسی کے کہ ان کی مدت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے، یہ اکثر تپ کے متنازع احتمالات (مثلاً عدم اشتہا فرد، لود زبان، اور لاغری) کے بغیر واقع ہوتے ہیں۔

نوعی بخاروں کا انحصار، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، جسم کے اندر بصری یا دقیق عضویوں کے داخل پر ہوتا ہے، جو خون یا بافتوں کے اندر تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ اور ارتفاع پیش کو دماغ پر براہی سموم کے عمل و اثر کے باعث سمجھنا چاہئے۔ بعض دوسرے نہایت اور حیوانی زہر بھی جسمانی پیش میں تغیرات پیدا کر دیتے ہیں۔ وہ ارتفاع پیش جو مقامی التهاب کے ساتھ متلازم ہو (علاماتی بخار) بلاشبہ متعلقہ دقیق عضویوں (اسٹریپٹوکائی، اسٹیفیلوکائی) کے سموم کے انجذاب کے باعث ہوتا ہے۔

طویل ارتفاع پیش۔ اگرچہ ہم تسلیم کرتے ہیں کہ ارتفاع پیش بیشتر اس سرایت کے باعث ہوتا ہے جس کے ساتھ وہ متلازم ہے اور اسی واسطے وہ چند گھنٹوں سے لے کر کئی ہفتوں تک ہو سکتا ہے، تاہم یہاں ان اراضی کا بیان کرنا مناسب ہے، جو نہایت عام طور پر ایسے ارتفاع پیش کے شائبہ پائے جاتے ہیں، جو کئی ہفتوں یا مہینوں تک طویل کھینچتا ہے۔ یہ حسب ذیل ہیں۔ تپ محدود اور محرقہ نما (پیرائیفائیڈ) اچھی بخار دوم (بیلڈیٹریٹین) بخار، فیریائی تپ، سمڈن، عفونتہ الدم، جراثیم بریت (bacilluria) خبیث، التهاب بطاؤ و کلب (malignant endocarditis) متلف دم دسوت (pernicious anemia) بیش دسوتیت (leukemia)۔ مندرجہ ذیل مائیں نسبتہ کم عام ہیں۔ آتشک (syphilis) کبیتہ جگر (cirrhosis of the liver) مرض باجک (Hodgkin's disease) اور سلعات خبیثہ (malignant tumours)۔

تحت الطبعی پیش (subnormal temperatures)۔ غیر طبعی

اولیٰ تپشوں کا موضوع ارتفاع تپش کی بحث سے مناسب طور پر جدا نہیں کیا جاسکتا اور تحت الطبعی تپشوں کے اسباب کی سند رجہ ذیل فہرست: جو جانسن (Janssen) نے درج کی ہے، مفید ثابت ہوگی: (۱) جسم سے حرارت کا بلا واسطہ اخراج، جیسے کہ بے پوشش یا شراب پیئے ہوئے اشخاص کے نہایت سرد ہوائی کڑوں میں تکشف کی حالتیں، یا نہایت سرد پانی میں پڑے رہنے کی حالتیں۔ (۲) جسم سے سیال کی بڑی مقداروں کا نکل جانا، جیسے کہ اہمال، مہیضہ، التهاب امعاء (enteritis) یا شدید تڑف۔ (۳) ضعف (cachexia) اور خواء (inanition) کی حالتیں، جیسے کہ مہجری غذا کے مختلف حصوں کا سرطانی سلو (carcinoma)۔ شدید ذیابیطس، مختلف عدم دمویت، حوی امراض کی قیہیت، اور بہت سے مزمن ذہنی امراض۔ (۴) دوران خون سے تعلق رکھنے والے خطرناک اختلالات، مثلاً فشل قلب (cardiac failure) اور تنفسی راہوں کی تنگی (stenosis)۔ (۵) مرکزی عصبی نظام کے مختلف امراض، دماغی تڑف اور سد ادیت (embolism) کا وقوع، دماغی رسوبوں کی بعض حالتیں اور عمومی شلل مجاہین (general paralysis of the insane)۔ (۶) حسی اعصاب کی خراش جیسے کہ معوی تخنیق (intestinal strangulation)۔ معوی انشقابات (intestinal perforations) اور اعمال جرمیہ میں (۷) وسیع جلدی امراض، مثلاً عمومی اکڑما (eczema) اور وسیع حرقات (burns)۔ (۸) تپوں کے بعد جبکہ تپش طویل عرصہ تک طبعی درجہ سے نیچے رہ سکتی ہے، یا تصبیح الم (pyæmia) کے دوران میں۔ (۹) ناسفورس، آئیر وپین، مارفین، کاربو ایک ایسڈ اور الکحل سے سمویت۔ بول دمویت (uræmia) اور ذیابیطسی کوما (diabetic coma)۔

ان امراض کا عام علاج: جن میں ارتفاع تپش ہوتا ہے۔

ہر مخصوص حالت کا علاج کم و بیش اُس کے سبب پر منحصر ہوگا، لیکن عام اصول علاج حسب ذیل ہیں:- مریض کو بستر میں آرام کرنا چاہیے، ایسے کمرے کے اندر جس کی ترویج کامل ہو اور جس میں سے تمام آئینے، اجاذب توجہ، تصویریں، یا دیگر سری ایسی

چیزیں، جو اُسے ہدیان ہونے کی حالت میں تحریک دے سچان پہنچانے کا امکان رکھتی ہوں، علاحدہ کر دی گئی ہوں۔ اُس کی نگرانی سنبھالنے روز، بہتر تو یہ ہے کہ ایک تربیت یافتہ عرصہ (trained nurse) کے ذریعہ کی جائے، اور اسے نہایت صاف رکھنا چاہئے۔ اُسے ٹھنڈا رکھنا چاہئے، اور اگر تپ بہت زیادہ ہو تو اس کے کپڑے کم کر دئے جائیں۔ اس طریقہ سے کبھی کبھار تپش نمایاں طور پر کم کی جاسکتی ہے، اور اس نکتہ کو اور بھی زیادہ یاد رکھنا چاہئے کہ چونکہ مریض کے دوستوں کا رجحان اُس پر کپڑے لادنے کا ہوتا ہے تاکہ اسے سردی نہ لگنے پائے، لیکن اطراف کی بہ احتیاط نگرانی کرنی چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو انہیں خاص طور پر ڈھانک دینا چاہئے۔

اُچھل اُچھل اُس غذا کو جس کی مریض کو اجازت دی جاتی ہے، محدود کرنے کا اتنا رجحان نہیں ہے جتنا پہلے تھا۔ ارتقاء تپش ذیل قیاسی اصول کو مستلزم ہے، چنانچہ اگر ارتقاء تپش طویل عرصہ تک جاری رہا ہو تو ایک بالغ کو ۲۰۰۰ حراروں (calories) یا اس سے زیادہ کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ یہ ضروری ہے کہ غذا زود ہضم اور مریض کی پسند کے مطابق ہو۔ دودھ (دن بھر میں ۲ یا ۳ پائسٹ) غذا کا اہم عنصر ہوگا، اور لیکٹوز (lactose) یا خلاصہ مالٹ (malt extract) بھی شامل کیا جاسکتا ہے، تاکہ حراری قیمت بڑھ جائے۔ اُن حالتوں میں، جن میں دودھ ناموافق ہو یا سعادہ میں گرانی کا احساس پیدا کر دے یا تکلیف جائے، اُس میں اُسکے حجم کی نصف یا مساوی مقدار میں آتش جو (barley water) یا سوڈا واٹر ملا دیا جائے یا اُسے ذرا دیر لاکر سپیکر یا ٹیکس (liquor pancreaticus) کے ساتھ گرم کر کے پیچوٹیوں زدہ (peptonized) یا پہلے سے ہضم شدہ (predigested) بنا لیا جائے۔ آراوٹ، مکی کا آٹا (cornflour)، بلا مانڈ (ایک قسم کی چلی) (blanc-mange)، کسٹرڈ (custards)، دودھ کی پڈنگ (milk-puddings) شکر روٹی کی اجازت دی جائے اور اگر مریض گوارا کر سکے تو پھلی اور چوزے کا قیمہ بھی دیا جائے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بیف ٹی (beef-tea) گوشت کا شوربہ (mutton broth)، چوزے کا شوربہ (chicken broth)، اور پیڑے کے گوشت کی تھی (veal broth) اگرچہ یہ بھوک کو تیز کرنے میں بہت عمدہ عمل کرتے ہیں،

معا بحیثیت غذا کوئی قیمت نہیں رکھتے۔
نثر پر برف کی پھٹی لگانا اکثر مفید ہوتا ہے، تا مگر جبکہ دوسرا ایک نیا یا
علامت ہو۔

صفائی دہن کے طرف بار بار توجہ ضروری ہے، کیونکہ اس میں اخراجات اور
دستخالات (sordes) کے اجتماع کے بعد التهاب تکفیفہ (parotitis) اور دوسری
پیچیدگیاں پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔ غذا کے بعد ہر بار، یا اخراجات کے
محافظ سے اس سے بھی زائد بار، ٹنڈہ کو کسی دافع عفونت محلول، جیسے کہ پانی میں
بنائے ہوئے تھائمال (thymol) کے محلول یا ۲ فیصدی محلول بورک ایسڈ
سے دھو کر صاف کر دینا چاہئے۔

جب ستم الدم (toxæmia) کی شدت ایک خاص نقطہ پر پہنچ جائے
اور مریض کے عضوی احساسات مست یڑ جائیں، تو احتیاس بول کے حفظ مائع دم کے
خیال سے مشائے کی باضیاط نگہداشت کرنی چاہئے، قرض (percussion) سے
مانہ پر پڑی (fulness) اور اضمیت (dulness) بھرے ہوئے مشائے کی امادات
ہیں، اور محض تیمار داروں کے اس بیان کو کہ مریض کو پیشاب آتا رہا ہے اس امر
کے ثبوت کے طور پر نہیں منظور کر لیتا چاہئے کہ احتیاس بول نہیں ہو رہا ہے۔ پیشاب
کی خفیف مقداروں کا مار بار بے اختیار خارج ہو جانا درحقیقت اس کا نتیجہ ہے
کہ مشائے پہلے سے خوب پھولا ہوا ہے، بلکہ اگر نرس کی استدعا پر مریض پیشاب
کی بڑی بڑی مقدار میں خارج کر چکا ہو تو بھی ممکن ہے کہ اس کے مشائے کے اندر ایک
پائنت یا اس سے بھی زیادہ مقدار باقی رہ جائے، جو دستی استمان (manual
examination) سے ظاہر ہو جائے گی۔ ایسی صورت میں جیسا کہ یہ علم استفاد
باقی رہے تا نا طیر (catheter) کا استعمال روزانہ دوبار کرنا چاہئے۔

ارتقاع پیش کی بعض حالتوں میں پیش کا تدارک براہ راست ان طریقوں
سے کیا جاتا ہے جن کو دافع ٹپ (antipyretic) کہتے ہیں۔ (لیکن) یہ صاف
صاف سمجھ لینا چاہئے کہ ایسے علاج سے بیماری کی مدت کم نہیں ہوگی، نیز یہ کہ بہت
سی بیماریوں میں پیش خود بخود چند گھنٹوں میں کم ہو جاتی ہے، یعنی علی الصباح۔

نیز یہ کہ معتدل آب و ہواؤں میں نہایت شاذ ہی، دبا ستھنائے رشتیتی شدید ارتفاعِ تپش (rheumatic hyperpyrexia) اس کا کوئی خطرہ ہو گا ہے کہ تپش ایسی بلند کی کہ پہنچے گی کہ جو براہ راست ہلکا ہو سکے۔ اور یہ کہ اگر تپش کو مصنوعی وسائل سے بہت زیادہ گھٹا دیا جائے تو طبیعتِ عمر مرض کے متعلق تپش سے قطعی طور پر صحیح اندازہ نہیں لگا سکتا اور سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ ارتفاعِ تپش کو جسم کے ایک مدافعتی میکانیہ کے طور پر سمجھنا چاہئے جو سرایتِ رساں دقیق عضویوں کے مقابلے کے لئے ہے، لہذا اُس میں بلا امتیاز و تامل مداخلت نہیں کرنی چاہئے۔ لیکن اکثر ایسے علاج سے اُس وقت کے لئے جبکہ ہر متواتر خوراک یا اطلاقیہ عمل کر رہا ہو، مرض کو زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بعض امراض میں احتیاط کو نقصان پہنچنے کا خطرہ کم ہو جائے۔

دایخ تپ طریقے تین گروہوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں:-

نسبتہ ہلکے مُبرِدات (milder refrigerants) یہ معمولی ماحلات

(saline remedies) 'سائٹریٹ آف پوٹاشیم' (citrate of potassium) ایسیٹک آف امونیم (acetate of ammonium) 'نٹریک ترشے' (dilute acids) ہیں جو پہلے ہر تپ میں دئے جاتے تھے مگر بہت کم اثر رکھتے ہیں۔

نسبتہ قوی تر دافع تپ (antipyretic) ادویہ۔ زمانہ موجودہ

میں یہ ادویہ اپنے خالص دافع تپ فعل کے لئے بہت کم استعمال کئے جاتے ہیں۔ اگر ان میں سے کوئی ایک ایک منفرد خوراک میں کسی ایسے مریض کو دیا جائے جس کا تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ ہو، تو تپش دو یا تین گھنٹوں کے اندر کم ہو کر طبیعتی بلکہ اُس سے بھی نیچے چلی جاتی ہے، لیکن وہ پھر رسات آٹھ گھنٹوں میں زیادہ ہو کر ایسی بلندی کو پہنچ جاتی ہے، جو اُس بلندی سے چنداں مختلف نہیں ہوتی جو دایخ تپ دانا دینے کی صورت میں پہنچ جاتی۔ مندرجہ ذیل ادویہ اکثر کام میں لائے گئے ہیں:- کوئین سلفیٹ (quinine sulphate) ۲۰ سے ۳۰ گرین

تھک۔ سلیسین (salicin) ۳۰ گرین سلیسک ایسڈ (salicylic acid) ۲۰ گرین
 اینٹی پائرن (antipyrin) (phenazone) ۵ گرین، اینٹی فبرین (antifebrin)
 (acetanilide) ۲۰ سے ۵۰ گرین تک فیناٹین (phenacetin) ۵ سے ۱۰ گرین تک۔ اولڈ کرسٹین
 دو ایٹس اپنے دافع تب عمل میں نہایت یقینی ہیں لیکن متذکرہ حد سے متجاوز نہ ہونے
 میں یہ دوائیں بالخصوص آخری دو ذرا قی (cyanosis) اور مہبوط (collapse)
 پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہیں۔

برودت کا بیرونی استعمال۔ یہ کئی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے۔

عسل بارد (ٹھنڈا غسل)۔ لفٹ مینٹل (wet pack) یعنی ٹھنڈے کپڑے میں
 لپیٹنا۔ اسفنج کرنا (sponging)۔ برف لگانا لیٹر کی نیاں (Leiter's coils or
 tubes)۔ اگرچہ یہ دواؤں کے استعمال کے نسبت زیادہ وقت طلب ہے۔ مگر اس کا
 استعمال زیادہ بہتر طور پر قبضہ میں رکھا جاسکتا ہے اور اس میں مریض کو نقصان
 پہنچنے کا خطرہ بھی کم ہوتا ہے۔

عسل بارد دوسرے غسل سے تپ محرقہ کے علاج میں بہت مستعمل ہے تپش
 ہر تپ سے گھٹنے دیکھی جاتی ہے اور جب کبھی ان وقت فوقتاً مشاہدات میں سے
 کسی ایک میں وہ ۱۰۲ درجہ فارن ہائٹ یا اس سے زیادہ پائی جاتی ہے تو مریض
 کو ۷۰ درجہ فارن ہائٹ والے غسل (bath) میں بھلا دیا جاتا ہے جس میں وہ دس
 یا پندرہ منٹ تک، یہ سمجھا اس اثر کے جو اس پر ہو، ٹھیرتا ہے پھر اسے غسل سے
 نکال کر آہستہ سے خشک کر کے دوبارہ بستر میں لٹا دیا جاتا ہے۔ اب عموماً تپش
 ۹۸، ۹۹ درجہ تک گرمی ہوئی بلکہ اس سے بھی کم پائی جائے گی۔ اس طریقہ میں
 ترمیمات کی کتبائش ہے۔ مشاہدات تپش نسبت کم مرتبہ کئے جاسکتے ہیں غسل
 کا استعمال صرف اسی وقت کیا جائے جب جسمانی حرارت ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴
 یا ۱۰۵ درجہ پر ہو، اور غیبت کی تپش ۹۰ درجہ تک کم اور ۸۰ یا ۹۰ درجہ تک
 زیادہ ہو۔ بعض اوقات مریض کو ۹۰ درجہ کی تپش والے غسل میں رکھ دیا جاتا ہے
 اور پھر اس میں برف داخل کر کے حرارت کو ۷۵ یا ۷۰ درجہ تک پہنچا لیتے ہیں۔

یہ ظاہر ہے کہ عضلون کی تعداد جس قدر زیادہ اور ان کی پیش جتنی دیر کم ہوگی، اسی قدر ان کا اوسط جسمانی حرارت (mean body heat) پر زیادہ تر ہوگا۔ مسلسل تغریق (continuous immersion) بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی گئی ہے۔

نصف مبتل (wet pack) ایک چادر برف میں سے سرد پانی میں بھگو کر نچوڑ لی جاتی ہے اور اسے دس یا پندرہ منٹ کے لئے مریض پر لپیٹ دیا جاتا ہے، اس کا استعمال جسمانی پیش کی انہیں حالتوں میں کیا جاتا ہے، جنگی ہدایت غسل کے لئے کی گئی ہے۔

اسفنج بھیرنا (sponging)۔ بدن کو برہنہ کر کے اس پر سات سے دس یا پندرہ منٹ تک سرد یا برف جیسا سرد پانی اسفنج سے بھیرا جاتا ہے۔

یہ طریقہ عموماً آئسٹا کارگر نہیں ہوتا جتنے کہ پہلے دو طریقے۔ پیش عام طور پر ڈیڑھ سے دو درجہ تک گر جاتی ہے۔

برف کی تحلیلیاں۔ یہ سینہ یا شکم پر مختلف عروموں کے لئے رکھی یا ایک جھوٹے کے اندر مریض کے اوپر لٹکائی جاسکتی ہیں۔

تحریکات (stimulants)۔ تمام عمومی امراض میں ایک درجہ ایسا پیش آسکتا ہے جبکہ قلب کا فعل اور عمومی نظام اس قدر شدت کے ساتھ متاثر ہو جاتے ہیں کہ کسی نہ کسی قسم کا مصنوعی انتہی ضروری ہوتا ہے۔ لیکن اگرچہ ایسے درجہ کو ظاہر کرنے والے علامات عموماً ارتقاع پیش کے تناسب کے لحاظ سے شدید ہوتے ہیں، تاہم وہ خود تپ کے باعث اتنے نہیں ہوتے جتنے کہ ان سموم کے باعث جو خون میں دوران کرتے رہتے اور بذات خود ارتقاع پیش کا سبب ہیں۔

ایسے نفل قلب اور عمومی انبطاح (nervous prostration) کے نتائج جب ذیل میں:- غش تیز اور کمزور قلب کی پہلی آواز غیر سموع اور اس کا فعل بے قاعدہ، ذراق (cyanosis)، پیچیدگیوں کے قاعدوں میں استواء عمومی اور تھج (اذیاء) زبان خشک اور ترغش غلیظ (muscular tremor) بے خوابی اور ہدیات۔

تبہیج کا سادہ ترین طریقہ، جو عرصہ سے رائج ہے، براؤڈی یا ڈوسکی کی شکل میں انگل کا استعمال ہے۔ ایک مقدار چوبیس گھنٹوں میں ۲ سے ۶ یا ۸ ڈانس تک ہو سکتی ہے۔ لیکن زیادہ مقداریں بہت دنوں تک جاری نہیں رکھنی چاہئیں، اور غاصکر طویل بیماریوں، جیسے کہ تپ محرقہ، میں ایس کے اثرات پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنی چاہئے، کیونکہ بہت زیادہ مقدار نبض کی تیزی اور غنودہ بربری ہنریان (drowsy muttering delirium) کو جاری رکھے گی، جس سے بعینہ اسی حالت کا دھوکا ہوگا جسکے (علاج کے) لئے وہ ابتداً آدی گئی تھی۔ اگر ہنریان مانیائی شکل اختیار کرے تو انگل سے اس میں زیادتی ہو جاتا بہت امکان ہے۔

منبتہ حال ہی کے زمانہ میں تبہیج کے دوسرے طریقے پسند کرنے کا برہنہ ہوا۔ رجحان رہا ہے، جنھیں اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے، ایسے طریقے درج ذیل ہیں:- لاگنر اسٹرکناٹینی (liquor strychniae) کا سخت المجلدی اشتراب، ۲، ۳، یا ۴ قطروں کی مقدار میں دن میں دو بار یا حسب ضرورت زیادہ بار۔ نیچر آف ڈیجیٹالس (tincture of digitalis) کا دغلی استعمال، ۱۵ یا ۲۰ قطروں کی مقداروں میں، دن میں تین بار۔ کیفین اور سوڈیم نیلی سی لیٹ (caffein and sodium salicylate) کے کیفین اور سوڈیم بنزوائیٹ (caffein and sodium benzoate) کے دوہرے نمک کا درون عضلی اشتراب، باغ کے لئے ہگرین کی مقدار میں کانفور (canphor) کا درون عضلی اشتراب، ۱۰ یا ۱۵ یا ۲۰ فیصدی طاقت کے محلول کا جو درون تریون (یا روغن گنبد) میں تیار کیا گیا ہو۔ کانفور کی مقدار ایک باغ کے لئے ۳ سے ۵ گریں ہے۔ ایڈری ٹالین (adernalin) کا درون عضلی اشتراب۔ بہر حال ہر مقدار کا نتیجہ یہ رہنمائی کرے گا کہ دوسری مقدار کس وقت دی جائے۔

ضربتہ حرارت (لوگنا)

(HEAT STROKE)

[ضربتہ الشمس (sunstroke)، سکتہ حراری (heat apoplexy)، تپ حراری (thermic fever)]

مستحل آب دہواؤں میں غیر معمولی موسم گرمائی کے مختصر عرصوں میں بعض اشخاص میں، یا مخصوص ان میں جن کی صحت پہلے سے خراب ہو، چند علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں، جن کو عام طور پر حراری خستگی (heat-exhaustion) کہتے ہیں۔ مریض کو غشی (faintness)، دوغوار (vertigo)، متلی یا تھکے کی ٹھکایت ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ بعض اوقات اس پر یہ ہوشی بھی طاری ہو جائے۔ نبض تیز اور خفیفی (thready) اور تنفس غیر عمیق (shallow) ہوتا ہے۔ جسمانی تیش طبعی درجہ سے کم یا نہایت کم پڑ ہی ہوئی ہوتی ہے۔ عموماً اگر مریض کو ٹھنڈی جگہ رکھ کر اس کے سر اور گردن پر ٹھنڈا پانی چھڑک کر تھج پہنچایا جائے تو یہ علامتیں دور ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات بوڑھوں اور کمزوروں میں نیش قلب سے موت واقع ہو سکتی ہے۔ لیکن دارینی ملکوں میں گرمی کے اثرات خود کو نسبت بہت زیادہ شدید علامتوں کی صورت میں ظاہر کر سکتے ہیں، جسکو ضربتہ الحرارت (heat-stroke) یا لوگنا کہتے ہیں۔ آفتاب کی شعاعوں میں تکشف ضربتہ الحرارت پیدا کر دیتا، یا مخصوص اگر ستر یا گردن کی پشت (گڈی) کھلی ہوئی ہو۔ لیکن دھوپ میں بلا واسطہ تکشف ہوئے بغیر بھی ضربتہ الحرارت کا پیدا ہو جانا ممکن ہے ہر شخص جس پر بلند ہوائی تیش کا اثر پڑے ضربتہ الحرارت میں مبتلا ہو سکتا ہے، بالخصوص جبکہ وہ کسی دوسرے مرض میں پہلے ہی سے مبتلا ہو۔ جب تک کہ بیرونی تیش تقریباً ۱۱ درجہ فارن ہائٹ نہ چرلہ جائے یہ مرض شاف ہوتا ہے اور زیادہ تر اوقات

ہوتا ہے جبکہ ہوا کی رطوبت (humidity) زیادہ ہو۔

27 ضرر بنہ الشمس (sunstroke) کی اصطلاح اکثر اس اثر کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو خیال کیا جاتا ہے کہ آفتاب کی کیمیائی شعاعوں (actinic rays) میں تکشف ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے، علاوہ جسمانی قبض کے ارتقاع کے لیکن شہادت اس خیال کے خلاف ہے۔

بحث اسباب۔ ضرر بنہ امحار کے اسباب متعدد ہیں سے اہم ترین بلاشبہ طبعی فعلیات و وظائف کا اختلال ہے، جو طبعی، التهاب امعاء، یا دوسرے امراض سے پیدا ہو گیا ہو۔ جب موسم گرم ہوتا ہے تو وہ مریض جو کسی ایسی ہی ضکایت کے باعث پہلے سے شفا خانہ میں ہوں اکثر ضرر بنہ امحار میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔ اسباب متعدد ہیں یہ لحاظ اہمیت اس کے بعد دوسرا سبب سمیت الکحول یا الکحولیت (alcoholism) ہے، بالخصوص اگر روح شراب (spirits) کا استعمال دن کی گرمی میں کیا جائے۔ قبض بھی بیشتر اوقات ضرر بنہ امحار کا پیش رو ہوتا ہے۔ بخاری لباس یا سنگ اور چست کپڑے زیادتی سخت اور مکان بھی اہم عامل متعدد ہیں سے ہیں۔

تشریحی تغیرات۔ حراری خستگی (heat exhaustion) کے باعث

واقع ہونے والی سریع موت کی حالتوں میں نہایت کم تغیر دیکھا جاتا ہے۔ اس قسم میں جس میں شدید ارتقاع قبض ہو (hyperpyrexial variety) خون سیالی ہوتا ہے، بایان نظیں اپنی مایوسین (myosin) کی ترویج کی وجہ سے مضبوط اور دایان طین قسح ہوتا ہے، بجمیع چیز سے نہایت محقق ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی بلڈ پور کے پیچھے زوف ہوتا ہے، دماغی سحایا منتقلی ہوتے ہیں، اور دماغ کے سفید مادہ میں نزفات موجود ہوتے ہیں۔ عصبی خلیات ترویجی سخت (coagulative necrosis) ظاہر کرتے ہیں، جنہیں اجسام نسل (Nissl bodies) غیر موجود اور نواتے متورم ہوتے ہیں اور ان کی کروٹیں پاشیدہ ہوتی ہے۔

امراضیات۔ بلند بیرونی قبض، ایسے شخص پر عمل کر کے جس کے طبعی

فعلیاتی وظائف مرض کی وجہ سے مختل ہو چکے ہوں، میکا نیہ تنظیم حرارت میں عارضی انہدام پیدا کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جسمانی پیش بلند ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔ جب یہ واقعہ ہوتا تو کھول بڑھ جاتا ہے اور ایک دائرہ فاسدہ قائم ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ پیش زندگی کے لئے متناقض ہو جاتی ہے۔ تجربہ دکھلا دیا گیا ہے کہ ۸۰ اور ۹۰ فارن ہائٹس کی پیش پر عصبی نظام کی نیورو گلوبولن (neuroglobulin) کی ہر سرعت ترویج ہو جاتی ہے۔

لیکن بعض ماہرین کا خیال ہے کہ صرف کرہ ہوائی کی بلند پیش ضررہ الحمارت پیدا کرنے کے لئے کافی نہیں ہے۔ وہ پیش کو غالباً کسی ایسے نامعلوم عضو پر کی نوعی مراہیت کا نتیجہ خیال کرتے ہیں، جو اپنے نموکے لئے کرہ ہوائی کی بلند پیش کا محتاج ہوتا ہے۔ ایسا کوئی عضو یہ انتہا علیحدہ نہیں کیا گیا ہے اور یہ نظریہ بالخصوص اُن دلائل پر مبنی ہے جو اس مرض کی وبائیات (epidemiology) سے ماخوذ ہیں۔

علامات۔ ابتدا عموماً ناگہانی ہوتی ہے۔ مریض بے حسنی، دوران سر اور مہر کی

کی شکایت محسوس کرتا ہے اور ممکن ہے کہ اسے متلی یا قے بھی ہو۔ اسے اکثر بار بار پیشاب آتا ہے اور پسینہ کم آتا ہے یا بالکل موقوف ہو جاتا ہے۔ اس مرحلہ میں مستحیی پیش بڑھتی جاتی ہے۔ ان علامات مندرہ (premonitory symptoms) کے بعد بہت جلد ہی مریض بیہوش ہو جاتا ہے، جسکے ساتھ سانس مشقت طلب (laboured) اور شخیری (stertorous) اور بغض تیز ہوتی ہے۔ جلد بالکل خشک اور چھوٹنے سے گرم معلوم ہوتی ہے۔ چہرہ متلی دکھائی دیتا ہے یا اس میں نمایاں زراق (cyanosis) ہو سکتا ہے۔ شدید شخج (convulsions) بار بار ہوتے ہیں جسکے ساتھ بول و براز خطا ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں مستحیی پیش کی جولانی ۸-۱۰ سے ۱۲ درجہ فارن ہائٹس تک ہو سکتی ہے۔ اگر مریض کو بلا علاج کئے چھوڑ دیا جائے تو اس کی نبض بند ریک کنڈر ہو جاتی ہے اور نفس کا فشل (respiratory failure) ہو کر وہ کوما (coma) کی حالت میں مرجاتا ہے۔ لیکن اس کے برعکس اگر مندرجہ ذیل طریقوں سے اس کی پیمش گھٹائی جائے تو ایک گھنٹہ یا اس سے کم کے اندر اسے دوبارہ ہوش آ جاتا ہے۔

اور گو تپش چند روز تک کسی قدر بڑھ ہی رہتی ہے تاہم تقبہتیت بتدریج قائم ہو جاتی ہے۔ مسلسل در دما کے سرکار کے ہوائی کی بلند تپش کی بڑھ ہی ہوئی حساسیت اور گاہے دیوانگی بھی، ضربہ الحورات کے شدید تر کے ایسے عواقب ہیں جو نادر الوقوع نہیں۔

انذار (prognosis)۔ اس کا انحصار تقریباً تمام تر اس سرعت پر ہوتا ہے جس کے ساتھ علاج شروع کیا جائے اور ان سہولتوں پر جو فی الحقیقت کارگر علاج کے لئے ممکن الحصول ہوں۔ کرمائی مریضوں میں، جن میں تپشیں ۱۱۰ درجہ فارن ہائٹ سے متجاوز ہوں، انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ اگر تپش کو کم بھی کر دیا جائے تو بھی مریض، خاصاً عکس جیکہ وہ کمزور ہو گیا ہو، مہبوط (collapse) سے ہلاک ہو سکتا ہے۔

علاج۔ نثرینہ الحورات کی زیادہ شدید شکلوں میں علاج فوری ہر ناچاہی اور سرگرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ مریض کے کپڑے اتار کر اسے برہنہ کر کے ایک وارٹر پر دف (موم جامہ کی) پیادر پر بلکہ پسندیدہ تو یہ ہے کہ تاروں کے گڈیلے (wire mattress) پر رکھ دیا جائے اور پھر اسے برف کے بڑے بڑے ٹکڑوں سے خوب تھلا جائے یا اس پر برف جیسا ٹھنڈا (ice-cold) پانی بھیج کر کا جائے۔ علاج کے اثرات کو مضبوط رکھنے کی غرض سے ہر چند منٹوں کے فاصلہ سے مستقیماً تپش دیکھنی چاہئے۔ اگر زوردار تشنجات ہو رہے ہوں تو ٹھنڈا رو فام ٹنگھا کر انھیں روک دینا چاہئے، کیونکہ وہ مریض کی تپش کو اور بھی زیادہ بلند کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اگر تشنجا

کچھ بھی نمایاں ہو تو بہترین یہی ہے کہ بلاتاخیر نصف کھو لکر (venesect) ۱۵ سے ۲۰ اونس تک خون نکال دیا جائے۔ اس حقیقت کو ملحوظ رکھتے ہوئے کہ دماغی لیریا (cerebral malaria) کی موجودگی کو مستثنیٰ کرنا شاید ہی ممکن ہوتا ہے بہتر یہی ہے کہ ایک معمولیٰ مطلب تدبیر کے طور پر ۵ اگرین کوئین بائی ہائیڈرو کلورائیڈ (quinine bihydrochloride) کا درون دریدی استعمال کیا جائے۔ اگر خون زیادہ لزج معلوم ہو تو اسے ایک پائنٹ طبی مالح میں ترقیق کر کے دے سکتے ہیں۔ اگر باوجود این تدبیروں کے مستقیماً حرارت کم نہ ہو تو ایک پائنٹ برف زدہ پانی (iced water) کا مقننہ (enema) دیا جائے۔ لیکن اس میں ایک غرابی یہ ہے کہ اس سے مستقیماً تپش بہت دیر تک قابلِ اعتما نہیں رہتی۔ جب مستقیماً

تپش گر کر ۱۰۲ درجہ فارن ہائٹ پر آجائے تو برف لگانا موقوف کر کے مریض کو ایک خشک بستر پر لیٹا کر اس کی حالت کو بغور دیکھتے رہنا چاہئے۔ اگر تپش پھر سیلان اور ارتفاع ظاہر کرے تو اسے روکنے کے لئے برف کا علاج استعمال کرنا چاہئے، یا ہلکے کی حالتوں میں جن میں تپش کم ہو، بغیجیات جیسے کہ سٹریکنین (strychnine) دئے جائیں اور جلد پر گرم پانی کی بوتلیں لگائی جائیں۔ اگر طبعی یا قی سرایت کی کوئی شہادت موجود ملے تو کوہن سے علاج جاری رکھنا چاہئے، اور جیسے ہی کہ تقسیمیت کافی طور پر قائم ہو جائے مریض کو سرد آب دوسوا میں منتقل کر دینا چاہئے۔

حمی قرمز

(SCARLET FEVER)

قرمز

(scarlatina)

حمی قرمز ایک متعدی مرض ہے جس کی ممتاز خصوصیتیں یہ ہیں:- تپ بخراش ملق، چلد پر ایک شوخ سرخ رنگ کا ثوران، اور مریض پیچیدگیوں کا رجحان جنہیں گردوں کا التهاب حاد نہایت اہم ہے۔

بحث اسباب۔ عموماً قرمز یہ اس مرض کے کسی پہلے مریض سے ماخوذ ہوتا

ہے، راست تماس سے، زیادہ قربت سے، یا اس کتابوں، کاغذوں، اور دوسری چیزوں کے ذریعہ سے، جنکے ساتھ اس مرض کا قشر نہایت مضبوطی کے ساتھ چسکا رہتا ہے۔ ایسے وسائل کی وسالت سے وہ ملک کے میلوں فاصلہ پر منتقل ہو گیا،

یا ہفتوں اور ہینوں شست پڑا رہنے کے بعد کسی مناسب مرکز سرایت سے دوبارہ ہر پھر مرض کو اس کی مکمل صورت میں پیدا کر دیتا ہے۔ کبھی اس کی سرایت اس دودھ سے منتقل ہوتی ہے، جو غذا کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے، اور اگرچہ دودھ بعض اوقات دودھ کا (گوالے) یا اس کے سانسیوں کے جسم میں کے قریب کے تھن سے مل کر زندہ بیجا رہتا ہے، تاہم اغلب یہ ہے کہ وہ دودھ بہم پہنچانے والی گائے کے تھنوں یا یا لکھ (udder) کی مرضی حالت سے سرایت حاصل کرتا ہے۔ اب عام طور پر یقین کیا جاتا ہے کہ حلق اور ناک سے نکلنے والے اخراجات سرایت کے خاص حصے ہیں، اور نقشہ درجہ جو عرصہ دراز تک اس کا باعث سمجھی جاتی رہی ہے، انتشار مرض سے بہت کم نقلی رکھتی ہے۔

اس کی پیدائش میں صنف، پیشہ، اور عمرانی حیثیت کوئی اثر نہیں رکھتے، لیکن قرمز یہ میں مبتلا ہونے والوں کی بہت بڑی اکثریت چھوٹے بچوں کی ہوتی ہے۔ یہ بالغوں میں مقابلہ کیا ب ہے، اور نہایت چھوٹے بچے بڑے بچوں کی نسبت کم جس پذیر ہوتے ہیں۔ تاہم بوڑھے لوگ گاہے گاہے اس میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔ اور اس کا تحفظ ہمیشہ کامل نہیں ہوتا، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعض اشخاص پر اس کا دوسرا حمل بھی ہو جاتا ہے۔ نکلنے والے مریض، اور نفسی عورتیں، قرمز سے یا مخصوص جس پر معلوم ہوتی ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ زخم یا زخم خراب کیلئے داخلہ آسان کر دیتے ہیں۔ جراثیمی حالتوں میں یہ مرض اکثر خفیف ہوتا ہے اور اس کا طبع (rash) جزی اور گرم مدت کا ہوتا ہے، چنانچہ اسی وجہ سے قرمز کے ساتھ اس کا تعلق عرصہ دراز تک غلط سمجھا گیا۔ اب بھی یہ مشتبہ ہے کہ آیا ان میں سے بعض مالتیں کہیں اسٹریپٹوکائی (نبقات سبجیہ) کی سرایت کے باعث تو نہیں ہوتیں جس کا حقیقی حمی قرمز یہ سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

مرضی انتشاری قرمز یہ سے موت کے بعد اعضا کوئی خاص چیز نہیں ظاہر

کرتے۔ خبیث (malignant) حالتوں میں وہی تغیرات پائے جاتے ہیں ولاحظہ ہو صفحہ 22) جو اور تغیرات چشم والے اور عفونی (septic) امراض میں عام ہیں، یعنی

خون کی غیر معمولی سیالیت، نرم جگر اور طحال، مسملی جھلیوں پر خمی دھتے (petechial spots) اور پھپھروں کے قاعدوں کا رگڑی امستلا اور موتی (hypostatic congestion) بلور تین، تقریح (ulceration) یا تھج (suppuration) کی وہی حالتیں ظاہر کرتے ہیں جو دوران زندگی میں مشاہدہ میں اسکی تہیں۔
مئی قرمز کا قشرب غالباً ایک خون پاش بقبہ بسجھ (اسٹریپٹوکوکس) ہے۔ وہ تیلے تودے، جو اجسام ڈوٹھلے (Döhle's bodies) یا اجسام مشمولہ (inclusion bodies) کہلاتے ہیں اور کثیر الا شکل نواتی جسمیات ایبض (polymorphonuclear leucocytes) کے اندر دیکھے جاتے ہیں، غیر معمولی تعداد میں پائے جاتے ہیں۔

29

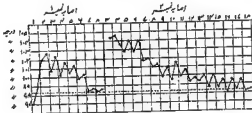
بہت سی پیچیدگیاں جو علق، کانوں، اور دوسرے حصوں کو آؤف کرتی ہیں، ثانوی عوارض ہیں، جو ریم آفرین عضویوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات اور محر۔ زمانہ حضانت دو، تین، یا چار دن اور شاذ چھ دن

نک کہ ہوتا ہے۔ علامت ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو لرزہ چڑھتا ہے یا قے ہوتے ہیں اور وہ مہمی در دسر (frontal headache) کی شکایت کرتا ہے، جسکے ساتھ سستی، پشت اور اعضا میں درد اور عدم اشتہا موجود ہوتے ہیں۔ تہش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ نک بلند ہو جاتی ہے، نبض نہایت سریع اور تنفس تیز ہو جاتا ہے۔ جلد ہی خراش طئی کی کچھ شکایت ہوتی ہے اور نکلنے میں درد معلوم ہوتا ہے۔

دوسرے دن (یعنے عموماً پہلی علامت سے بارہ اور تہش گھنٹوں کے درمیان، طفح (rash) نئی ہر ہوتا ہے۔ وہ پہلے سینے کے بالائی حصے پر گر دن کے سامنے اور جانبوں پر دیکھا جاتا ہے، لیکن جلد ہی شکم اور پشت پر اور پھر بالائی اور زیرین جوارح پر پھیل جاتا ہے۔ وہ چھوٹے چھوٹے سرخ و حصوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو مرکز میں شوخ رنگ کے، اکور کی جانب دھندلے اور اسقد گنجان ہوتے ہیں، ان کی نسبت پھیکے رنگ کی کوری تقریباً باہم مل جاتی ہیں بعض اوقات ان کی پیوستگی کامل ہوتی ہے، جس سے جلد کا رنگ کیسا تیز سرخ

ہو جاتا ہے۔ کبھی ٹوران زیادہ جلد اُجد اُجتا ہے اور دھبوں کے درمیان پھیکے رنگ کی جلد کے رقبے نظر آتے ہیں۔ سر، پیشانی اور گال عموماً گہرے اور کیسا نیت



تصویر ۲۔ قریزیہ میں پیش کی نوعیت

کے ساتھ سرخ ہوتے ہیں، اور طبع کی وہ نقطہ نما ترتیب نہیں ظاہر کرتے جو دوسری جگہ نظر آتی ہے۔ لیکن منہ کے گرد کی جلد پھیکے رنگ کی رہ جاتی ہے اور گالوں کے مقابلے میں شدید تضاد (contrast) ظاہر کرتی ہے (circum-oral pallor = گرد و بینی شحوب)۔ طبع کی کثرت کے ساتھ جلد قدر سے متورم ہو جاتی ہے۔ ٹوران رنگ کی گہرائی اور اپنے پھیلاؤ کے لحاظ سے بہت سی قسمیں ظاہر کرتا ہے۔ وہ محض پھیکے گلابی، یا گہرے نیلے اور خوانی رنگ کا ہو سکتا ہے۔ اور بعض شدید حالتوں میں بشور (papules) سطح سے اوپر ابھرے ہوئے ہو سکتے ہیں، بلکہ آبلے یا پیپ کے چھوٹے نقطے تک بنا سکتے ہیں، اور گلابے ماہے منٹے (petechiae) نمودار ہو جاتے ہیں۔ طبع اپنے پھیلاؤ میں نہایت محدود ہو کر صرف سینہ پر، یا جاگوں، کہنیوں یا آنحوں پر ٹپکتوں کی طرح واقع ہو سکتا ہے، اور یہ اکثر اوقات دوسرے محلوں میں، اور ان خفیف حالتوں میں ہوتا ہے جو بعض اوقات کھلے زخموں والے مریضوں میں دیکھی جاتی ہیں، جسکا تذکرہ ابھی کیا جا چکا ہے۔ طبع تیسرے یا چوتھے دن اپنی انتہا پر پہنچ کر چوتھے یا پنجویں یا چھٹے دن ڈھلنا شروع ہوتا ہے۔ سب عکروہ پارسخ سے دس دن تک جاری رہ سکتا ہے۔ طبع کے ڈھلنے

کے بعد نقشہ (desquamation) واقع ہوتا ہے یعنی بشرہ یا برجلہ (culis) کی اوپری
 آہیں اتر کر گر جاتی ہیں۔ یہ گردن کی جانبوں پر سپیدہ سبوسی (سبوسی نیا) ند فاس
 (flakes) کی صورت میں واقع ہوتا ہے، اور اس سے پہلے [جیسا کہ گیلگر (Caiger)
 نے بتلایا ہے] آپہن کی نوک جیسے نشیب یا گڑبے ظاہر ہوتے ہیں، جو ہر بشرہ کی
 چوٹی پر کے برآمدہ کے پھٹنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ اس قدر جلد کہ پھٹنے یا ساتوں
 دن واقع ہو سکتا ہے، جبکہ ابھی ثوران ٹانگوں پر بدستور نظر آتا ہے۔ لیکن اترنے
 والے سرحد کی مقدار اور ریزوں کی جسامت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ کبھی
 ہاتھوں یا پاؤں کی انگلیوں کے سروں پر یا ہتھیلیوں کی شکلیوں میں کسی قدر ہاتھوں
 سے نرآمد اور کچھ نہیں ہوتا۔ لیکن دوسری حالتوں میں برجلہ نسبت بڑے ند فاس
 (flakes) کی شکل میں اتر جاتی ہے اور شاڈ مشالوں میں ہاتھوں اور ہاتھ کی
 انگلیوں کے دستانہ نما سانچے پورے اتر کر نکل جاتے ہیں۔ نقشہ میں عام
 طور پر چار سے چھ ہفتے لگتے ہیں، لیکن ان خاص حالتوں میں نسبت بہت
 زیادہ طویل عرصہ درکار ہوتا ہے۔

30

ملق میں یہ دیکھا جاتا ہے کہ کہا (uvula) نرم تالو اور حلقوم (fauces) گہرے
 سرخ اور اکثر قدرے اذیاتی ہوتے ہیں۔ لوزین (tonsils) سرخ متوم خط دربیانی
 کے جانب اکبر سے ہوتے ہیں اور چرابوں (follicles) کے تشقح (پھولا ہوا) ہار یاوی
 یا زردی مائل اخراز سے بقیاعدہ طور پر ڈھکے ہوئے ہونے کی وجہ سے متعدد ذرہ نقطہ
 پیش کرتے ہیں۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ ان میں تصح پیدا ہو جائے یا غشیات
 (sloughs) بن جائیں۔ انفی مخاطی بھلی بھی ملہتب ہو جاتی ہے اور کچھ مخاطی اخراز خارج
 کرتی ہے تحت انگلی (submaxillary) اور عنقی (cervical) غد بڑہ کر الیم
 ہو جاتے ہیں۔ زبان پہلے سپید و بیز قرد سے خوب ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، لیکن چند روزہ
 میں یہ اس کی نوک سے قاعدہ تک صاف ہو کر نکل جاتا اور ایک شوخ سرخ رنگ
 کی کچی سطح چھوڑ دیتا ہے، جس پر عموماً فطری اشکل (fungiform) خلیات نمایاں
 ہوتے ہیں، جس سے ایک ایسا منظر پیدا ہو جاتا ہے جو اسٹرابیری نیاں (strawberry
 tongue) کے نام سے مشہور ہے۔

تپش اکثر زیادہ رہتی ہے اور پہلے دن ۱۰۴ یا ۱۰۵ اور جب تک پہنچ کر چند روز تک اسی لیول پر رہتی ہے بلکہ ممکن ہے کہ ۱۰۶ اور جب تک پہنچ جائے۔ اس کے ساتھ جلد تیزی کے ساتھ گرم اور عموماً خشک رہتی ہے لیکن ممکن ہے کہ پسینہ بکثرت آئے۔ نبض ۱۲۰، ۱۳۰، ۱۴۰ بلکہ ۱۶۰ تک بڑھ جاتی ہے۔ شدید حالتوں میں قوی ذہنی مسکرت پڑ جاتے ہیں، ہڈیاں بار بار ہوتی ہیں، بالخصوص شب کے وقت، اور غنودگی اور کوما طاری ہو جاتے ہیں۔ مرض چوتھے، پانچویں یا چھٹے دن اپنی شدت کو پہنچتا ہے اور پھر طبع کے ڈھلنے کے ساتھ تپش گرنا شروع ہوتی ہے اور عموماً بتدریج ہی لیکن بعض اوقات زیادہ ناگہانی طور پر کم ہو کر طبعی درجہ کو پہنچ جاتی ہے اور بتدریج نقیہ ہست قائم ہو جاتی ہے۔ ٹھنک حالتوں میں موت تقریباً پانچویں دن یا اس کے بعد خشکی سے یا ٹائیفائیڈی حالتوں (typhoid conditions) کے باعث واقع ہو سکتی ہے، جنکے ساتھ ہست ہریان (low delirium)، نیم سہ کوما (semi-coma) اور خشک بھوری زبان ہوتی ہے۔ یا موت اس سے بھی بعد میں پیچیدگیوں کے نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتی ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ یہ کثیر التعداد اور اہم ہیں۔ نہ صرف لوز تین، بلکہ نرم تالو اور کھانا تک کا اغاثا (sloughing) ممکن ہے۔ زیادہ تر تو جبرٹے کے نیچے کے اور گردن میں کے غدود بہت متورم، اور ان کے قرب وجوار کی تحت الجلدی بافت در ریختہ (infiltrated) ہو کر عضیل (brawny) اور متصلب (indurated) ہو جاتی ہے پھر جلد ایک سیاہی یا لیل سرخ رنگ اختیار کر لیتی ہے اور اس کے نیچے اغاثا (sloughing) واقع ہو جاتا ہے جو اسے ایک بڑے ماتحت رقبہ پر سے علیحدہ کر دیتا ہے۔ ایسی حالتیں اکثر فہلکس ہوتی ہیں

۱۔ اس مضمون پر بحث کرنے والے نے جو اعداد و فیصدی تعدادیں ظاہر کرتے ہیں، جو میڈل پالیٹن اسائنمنٹ بورڈ کے شفا خانوں میں ۲۱۰۰۶ مریضوں سے ۱۹۱۱ء میں حاصل ہوئیں۔

دورانِ فُتیریت میں بھی التهابِ غدہ (adenitis)، سادہ (۴، ۵) اور پیچیدہ (suppurative) (۱، ۲۳)، دونوں کے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ التهابِ حلق سے اور آدستہ کی نالی میں پھیلکر التهابِ اُذن (otitis) (۸، ۱۵) پیدا کر سکتا ہے جس سے طبل گوش (tympanum) کا پھوڑا، غشاءِ طبل کا انشقاق اور سیلانِ الاذن (otorrhea) پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ زندگی کے ابتدائی پانچ سالوں میں بہت عام طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قرمزیا کے دوران میں یہ چنداں اہم نہ معلوم ہو، لیکن ہینوں بلکہ برسوں بعد کے خطرناک یا ہلک سا سچ کی بنیاد ہوتا ہے، جن میں خلیہ (mastoid cells) کا تھج، التهابِ سحایا (meningitis)، خراج دماغ (abscess of the brain)، جانبی جوف یا وریہ و داجی کی علیقت (thrombosis of the lateral sinus or jugular vein) [جس کا نتیجہ پائیمیا یعنی تصبیح الدم ہوتا ہے]، اور جانبی جوف سے نرف، اور وجہی شکل یا قنوتہ (facial paralysis) بیان کئے جاسکتے ہیں۔ اُذن جانب کا ہر آئین تو بلا شبہ ہو ہی سکتا ہے، لیکن چھوٹے بچوں میں دونوں جانب کا التهابِ اُذن مستقل صمم و کم (deaf-mutism) کا سبب ہو سکتا ہے۔ دوسرے مقامی افسردہ بھی بطور عواقب واقع ہو سکتے ہیں، مثلاً قرمز کا اغشاء تحت الجلدی بافتوں میں پھوڑے، یا اکلثہ الفم (cancerum oris)۔ قرمزیا کے تعلق میں گردہ اکثر اکوف ہو جاتا ہے اور التهابِ گردہ (nephritis) اور البیومن بولیت (albuminuria) ذیل کے تین طریقوں سے واقع ہو سکتے ہیں: البیومن بولیت اکثر طبع اور ہجارت کے درجہ میں موجود ہوتی ہے۔ یہ مقدار میں ہتھوڑی اور مدت میں عارضی ہوتی ہے، اور غالباً اُسی طریقہ سے پیدا ہوتی ہے، جس طرح یہ دوسری سرایتوں کی شدید حالتوں میں ہوا کرتی ہے (۶، ۹، ۷)۔ دیکھ التهابِ گردہ (nephritis) (۲، ۳۸) بیماری کے آغاز سے دو سے تین یا چار ہفتوں تک پہلے بطور ایک عاقبہ (sequela) کے شناخت ہو سکتی ہے، جبکہ مریض بالکل نقیہ ہوتا ہے یا صرف نقشہ کی شکایت موجود ہو اس وقت یہ ایک جاڑے کے احساس، ارتقاعِ تبش اور گندے بھورے یا خون کے رنگ کے البیومینی بول کے ساتھ شروع ہوتی ہے، اور یہ سب بلا استسقا (dropsy) کے وقوع کے

رفع ہو جاتے ہیں۔ دوسری حالتوں میں پہلی چیز جو نظر آتی ہے، پاؤں اور چہرہ کا کچھ دم ہوتا ہے، اور پھر پیشاب سفیدار میں کم گہرے رنگ کا اور البیٹو مٹی ہوتا ہے، جس کے ساتھ دمی خون اور ذراتی، زجاجی (hyaline) اور سرطنی بیلانگس (casts) ہوتے ہیں۔ خفیف مالتوں میں شفا یابی عام ہے۔ مگر ممکن ہے کہ استسقا عمومی ہو کر حقیقہ، بارہ، یا اٹھارہ مہینوں کے بعد موت شدید ثانوی یا تہجدیوں کے ساتھ واقع ہو جائے (جو دوسری جگہ بیان کی جائیگی) (لاحظہ ہو التهاب - nephritis = گرہ)۔

شعبتی ذات الریہ (broncho-pneumonia) التهاب شعبت
(bronchitis) التهاب گرد قلبہ (pericarditis) اور التهاب درون قلبہ
(endocarditis) ہر حالت میں اور۔ سے کم۔ قیصری تک، اور ذات الریہ
التهاب حنجرہ (laryngitis) التهاب سحایا (meningitis) تسبیح الدم
(pyemia) دوار القس یا زفن (chorea) یرقان (jaundice) اور حقیقی التهاب
تسبیح غلوی (cervical cellulitis) اور بھی کثرت واقع ہوتے ہیں۔ ذات الریہ اور
شعبتی ذات الریہ یا ہلاکتوں کا سبب ہوتے ہیں۔ علق سے عفونی ماہے سانس
میں اندر لینے سے شعبتی ذات الریہ پیدا ہو سکتا ہے ذات الریہ (pleurisy) (۱۰۵۰)
بطور ایک عاقبہ کے واقع ہو سکتا ہے، اور اگر انصباب پیدا ہو جائے تو وہ جسلہ
بھی قحی بن سکتا ہے۔ جیسا کہ دوسری شدید تپوں میں ہوتا ہے، بعض اوقات
اتساع قلب (dilatation of the heart) واقع ہو جاتا ہے اور یہ نمک انقب
(heart-impulse) کی مگر بدل جانے سے شناخت ہو سکتا ہے۔ حمّی قمریہ کے
بعد ایک ماد التهاب مفاصل (acute general arthritis) جو رشی تپ
(rheumatic fever) سے ناقابل تمیز ہوتا ہے، اس قدر جلد پیدا ہو جاتا ہے
کہ جوڑا سچی وقت متورم ہو سکتے ہیں جبکہ ابھی طبع موجود ہے۔ اگرچہ عام طور
پر یہ قمری رشی وجع المفاصل (scarlittinal rheumatism) مشہور ہے
تاہم ممکن ہے کہ یہ ایک التهاب اغشیہ زلاہیہ (synovitis) ہو جو ادلی مرض
کے عفونی عضویوں کے بلاد اسطہ فعل کے باعث ہوتا ہے۔ یہ بہت سے جوڑوں کو

ماؤفہ کر سکتا ہے، مگر عموماً شدید نہیں ہوتا۔ اسکے ساتھ درون قلبی خسریہ (endocardial murmur) اور بعد میں مستقل صراعی مرض (valvular disease) ہو سکتا ہے۔ یہ اکثر قرمز کی مشتبہ حالت میں تشخیص کو یقینی بنانے کے لئے مفید ہوتا ہے۔ ابتدائی حالتوں میں جوڑوں میں پرپ پڑ جاتی ہے۔ خالطہ پزیر پورا (purpura fulminans) کی جو خوب ایک شاذ حالت ہے، تقریباً ایک چوتھائی شائع شدہ حالتیں حمی قرمز کے عاقبہ کے طور پر واقع ہوئی ہیں۔ قرمز سے ڈیفیئر یا کے بعض تعلقات آخر الذکر کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ (ملاحظہ ہو ڈیفیئر یا)۔

اقسام۔ معتدلات۔ ت کے قرمز یہ تکی معمولی شکلوں کے علاوہ جو بالآخر مسمیتاب ہو جاتی ہیں، ان میں ایسی حالتیں بھی ملتی ہیں جو قرمز فیضیہ (scarlatina maligna) کہلاتی ہیں۔ یہ شکل جو سمی قسم (toxic form) کے نام سے (جو چنداں منطقی نہیں) ابھی موسوم ہے، بیشتر ان حالتوں پر مشتمل ہے جن میں خراش خلق کے سوا سوائے اور کوئی دوسری پیچیدگی نہیں ہوتی اور جو مرض کی شدت کی وجہ سے پانچ یا چھ دن کے اندر تھلاک ثابت ہوتی ہیں۔ بعض اوقات مریض پر تشنجاہت اور ہبولا طاری ہو جاتے ہیں اور وہ اس سے پہلے کہ طبع کو تویاب ہوئے مبادقت ملے، بارہ یا چوبیس گھنٹے کے اندر ہی لغتہ اعلیٰ ہو جاتا ہے۔ دوسری حالتوں میں شدید لرزہ (دقتشیریدہ) اور استفرغ، ابتدا ہی سے شدید یا کبود طبع، تیز تپ اور غریان ہوتا ہے، اور مریض دو یا تین دن میں ہلاک ہو جاتا ہے۔

شدید خلقی علامات والی حالتیں ذبحی قرمز (scarlatina anginosa) کے نام سے موسوم کی جاتی ہیں۔ اسی سے قرمز (scarlatina ulcerosa) یا گیکر کی عفونی قسم (Caiger's septic form) تقریباً متناظر ہے، جس میں لگویم کے قروح ایک عفونی مرکز بنادیتے ہیں، جس سے نظام جسم مسموم ہو سکتا ہے۔ مخفی قرمز (latent scarlatina) کی اصطلاح میں وہ حالتیں شامل ہیں جن میں طبع اور خراش خلق اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ شناخت میں نہیں آتی، اور مرض صرف تقریباً استسقا سے لمبی (anasarca) کے وقوع سے پہچانا جاتا ہے۔ تشخیص۔ قرمز، بالبعد میں اس وقت جبکہ یہ مرض پھیلا ہوا معلوم ہو

خفیف تب اور غراش خلق کے وقوع سے پہچانا جاتا ہے، جسکے ایک دن کے بعد مخصوص نقطہ احمراری طغخ (punctate erythematous rash) ظاہر ہو۔ دوسرے تیز ظواہر جن سے تشخیص میں آنا قابل سکتی ہے جب ذیل ہیں: ایکسانی آغاز جسکے ساتھ اکثر کھٹے اور گرد لہنی غصوب ہوتا ہے، جو مترجہ کا نور سے تضاد ظاہر کرتا ہے۔ زبان کی حالت جو پہلے قرودار اور کنار سے پر سرخ بعد میں چکچی دار، اور بالآخر "اسلا بری" جیسی ہوتی ہے، اور ایمنی سوراخ اور ندنی تقشتر (pinhole & flake desquamation) ظاہر کرتی ہے (صفحہ 36 بھی ملاحظہ ہو)۔

ابتدائی درجہ میں جبکہ غراش خلق نمایاں تدریجاً منظر ہوتی ہے، حمی قرمز کو دُغصیر یا، انتہاب توزہ (tonsillitis)، انفلونزہ کی دُغجی شکل (anginous form of influenza) اور آتشکب ثاقوی سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ جب طغخ نمودار ہو گیا ہو تو حمی قرمز کو کھسرا، حمیرا (ملاحظہ ہو صفحہ 86) آتشکی شکلابی طغخ (syphilitic roseola)، ٹائفس اور ان "عضوتی" ("septic") طغخات سے تمیز کرنا چاہئے، جو حمی نفاسی (puerperal fever) اور دوسری عضوتی حالتوں میں واقع ہو سکتے ہیں۔ بالکل غیر اہم عضوتی مراکز جیسے کہ حصفہ (impetigo) قرمز یہ جیسٹلخ پیدا کر سکتے ہیں۔ مختلف دوائیں بھی حمی قرمز سے مشابہ طغخ پیدا کر سکتی ہیں، اور وہ کھفحات بھی ہیں جو قد اکی وجہ سے پیدا ہونے والے سموی اختلال کے ساتھ متلائم ہیں، یا گھوڑے کے مفصل کے اشتراک کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔

ایسی حالتوں میں جو غراش خلق یا خاص قسم کی زبان نہیں ہوتی، اور نہ قرمز یہ کائیلی ممر، لیکن ممکن ہے کہ جگہ بعد میں آتے جائے۔
 چچک کا گلابی طغخ اکثر ایسا شہیلہ اور کھتابے جو متاثر ہوتا ہے، یعنی غلبہ چہ سے اور رانوں کے قرب وجوار میں۔ اور اس کا رنگ نسبتاً زیادہ ارغوانی ہوتا ہے۔

پہلے چار دنوں میں کثیر الاحکال توانی سفید غلیوں میں تقریباً ہمیشہ دھلے کے کام چنار اجسام شمولہ (inclusion bodies) موجود ہوتے ہیں یہ اس مرض کیلئے

مخصوص نہیں ہیں، لیکن اگر یہ اس زمانہ میں غیر موجود ہوں تو قمرزید ہونے کا امکان نہیں ہو سکتا۔

انڈیا تمام حالتوں میں نہایت غیر یقینی ہوتا ہے۔ خفیف ترین حالتوں تک میں کلوی پیچیدہ گیاں خطرناک یا ٹھنک ہو سکتی ہیں۔ بایں ہمہ ہلاکت مختلف ہوتی ہے، بعض وبائیں بے انتہا خفیف ہوتی ہیں لیکن دوسری وباؤں میں ہلاکت کی تعداد ۳۰ یا ۴۰ فیصدی ہو سکتی ہے۔ ۱۹۱۳ء میں میسر اپالین بورڈ کے شفاخانوں میں ہلاکت ۴ فیصدی تھی اور ۱۹۱۵ء میں ۳۔۲ فیصدی تکین ہے کہ انفرادی حالتوں میں انڈیا کا تین تین مریض کے روزانہ تغیر حالت پر سے کرنا پڑے ہے۔ پیچیدہ سے خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ نہایت شدید ڈمبجہ (angina) اور شدید یا کبود طبع جو دیر سے قابو ہو، ناموافق ہیں، اور وہ حالتیں جن میں عسفی غد کا اختلاط (sloughing) ہو عموماً ٹھنک ثابت ہوتی ہیں۔ ڈاکٹر ویلیو ہنٹر (Dr. W. Hunter) بیان کرتا ہے کہ ابتدائی ڈمبجہ، التهاب تہ اور حلق، ناک اور کانوں کی پیچیدہ گیاں ان لوگوں میں جو پہلے ہی سے خراب دانتوں، متورم سوراخوں یا جو فیسیس (pyorrhoea alveolaris) (دہمی عفونت = oral sepsis) میں مبتلا ہوں، پست دوسروں کے جکے ذہن بالکل تندرست ہیں، زیادہ شدید ہوتی ہیں۔ حمی قمرزید کا علاج ان عورتوں میں جن کی ترجیحی حال ہی میں ہوئی ہو، زیادہ فیصدی ہلاکت ظاہر کرتا ہے۔

تختریزی مد ابریر قمرزید کا عرصہ آٹھ دن ہے۔ تقریب (منطقی) حتی الامکان انتہائی عجلت کے ساتھ عمل میں لانی چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۳)۔ چونکہ حموی شفاخانوں سے اپنے گھروں کو واپس جانے والے تیسرے مریضوں میں اپنے ان پہاڑی بہنوں میں جو اس وقت تک سرایت زدہ نہ تھے بکثرت منتقل کر دیے ہیں، لہذا ان نئے مبتلاؤں کے لئے واپسی مریضوں (return cases) کا نام تجویز کیا گیا ہے۔ اب یہ امر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ قمرزید (contagion) نقشہ زیرِ عمل کے نسبت زیادہ اکثر مطلق، ناک یا کان سے نکلنے والے افرازات کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے، لہذا آفرالذکر پر بھی اتنی ہی توجہ مبذول کرنی لازم ہے جتنی کہ

اول الذکر کی طرف کی جاتی ہے۔ اسی واسطے اگرچہ کسی مریض کو غیر محفوظ اشخاص کے ساتھ کم از کم چار سفتے گزر جانے تک ملنے بٹلنے کی اجازت نہیں دینی چاہئے، تاہم اگر کوئی خرابی اشخاص یا ناک یا کانوں سے کوئی اخراج پھر بھی جاری ہو تو اس عرصہ کو اور بھی بڑا دینا لازم ہے۔

آخری ازالہ سرایت یہ ہے کہ مریض گرم غسل کرے اور اپنے بال خوب دھو لے۔ اگر شفا خانے میں ہو تو گھر جانے سے پہلے کچھ عرصہ تک اسے دوسرے حاد مریضوں سے علیحدہ رکھنا چاہئے۔

حمی قرزیز کے لئے افراد کی حساسیت، "ٹک شف ڈک" ("Dick" test) سے حال ہی میں متعین کی گئی ہے۔ نوعی دم پاش تہیہ سمجیہ (specific haemolytic streptococcus) کے شمعی تقطر (filtrate) کے مرقعی محلول کا ۱۱ سے ۲۰ می سی ٹک درون آدمی (intradermal) انشرب کیا جاتا ہے، اور گرم کیا ہوا سیم بطور عیار (control) کام میں لایا جاتا ہے۔ سرخی کا ایک مقامی رقبہ، جو چار سے چھ گھنٹے تک میں شروع ہو کر جو بیس گھنٹوں میں درجہ انجم کو پہنچ جائے، مثبت قیاس ظاہر کرتا ہے۔ ابھی یہ کہنا پیش از وقت ہے کہ آیا اس قسم کے زیادہ بڑے انشربات حساس افراد کو منبع (immune) بنادیتے، جس طرح کہ ڈفھیہ بایں کا شف ٹک (Schick test) کرتا ہے۔

علاج۔ حمی قرزیز کا نوعی علاج (specific treatment) محض حال ہی کے سالوں میں ممکن ہوا ہے۔ قرزیز کے مریضوں سے کاشت کردہ بھقات سمجیہ (اسٹریپٹوکالائی) سے تیار کئے ہوئے خودی مینا (antitoxic sera) بیرون ملک میں تو کسی قدر عمومیت کے ساتھ استعمال کئے گئے ہیں اور کہا جاتا ہے کہ وہ اس مرض کے عمر میں خوشگوار تر سمیم پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن وہ ابھی بھی زیر تجربہ ہیں۔

اس سے قطع نظر، علاج اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جیسا کہ دوسری تہوں کا ہوتا ہے، یعنی خوب تر و صبح یا فتنہ مکروہ، بستر میں لیٹے رہنا (recumbent position)، ہلکی غذا، اور احتیاط کے ساتھ تیمارداری (nursing)۔ دوسروں کے مفاد کے لئے بیمار کی علیحدگی ناگزیر ہے۔ بدن کو روزانہ نیم گرم پانی سے اسفنج کیا جائے۔

سادہ مالحات (simple salines) کا اندرونی استعمال کیا جائے اور برف کے ٹکڑے
 چوس کر خراشِ حلق میں تخفیف کی جاسکتی ہے۔ اگر نوزمین بہت متورم اور افرار
 سے بہت ڈھکے ہوئے ہوں تو آئزالڈرک کو ٹریلنٹ (ٹساک) کی پھریر یوں
 (pledgets) سے نکال دیں اور ایسی ذریعہ سے دایخ سرائیت (disinfectant) یا
 قابض (astringent) محلولات لگادیں۔ فارملین (formalin) (۲۰۰ میں ۱) لاٹگر
 فری پریکلورائیڈ (liquor ferri perchloridi) (۱۶ ڈرام میں پانی ایک اونس)،
 ڈائلیوٹ ہائڈروکلورک ایسڈ (dilute hydrochloric acid) (۱۶ ڈرام ایک اونس
 میں) یا یوسال (eusol) یا آئزال (izal) اس طرح استعمال کئے جاسکتے ہیں، اور جب
 ناک ماؤت ہو تو ایسی ہی دوائیں مناسب طاقت کی اس میں پھپکاری کرنے کے لئے
 استعمال کی جاسکتی ہیں۔ اگر فمّی حقنوت (oral sepsis) کی حالت موجود ہو تو ابتدا ہی
 سے اس کا علاج دوائیاتِ حقنوت (antiseptics) سے کرنا چاہئے۔ گردن اور جھریلوں
 کے داویوں کے قریب وجوار کے درد اور دم کے لئے ٹنگیدات (hot fomentations)
 یا گرم پانی میں پھگو کر پھڑی ہوئی بوریک لینٹ (boric lint) (نسلاً بوریک) استعمال
 کرنی چاہئے۔ پیچیدگیوں کے لئے مخصوص علاج کی ضرورت ہوگی۔ پھیوڑوں کو ابتدا ہی
 میں کھول دینا چاہئے۔ التهابِ اذن (otitis) میں سینک سے اور منفذ گوش کے
 اندر آہستہ سے گرم پانی داخل کرنے سے درد میں تخفیف حاصل ہو سکتی ہے۔ اگر
 درمیانی گوش کے تشخص کی تشخیص ہوگئی ہو تو غشائے طبل (membrana tympani)
 میں حثکاف دینے کی ضرورت ہو سکتی ہے، اور منفذ گوش میں گرم پانی یا مرقی بیبال
 کانڈی (Condy's fluid) یا بوریک ایسڈ کے محلول (۲۰ میں ۱) سے آہستہ سے پھپکار
 لگاسکتے ہیں۔ التهابِ زلالان (synovitis) کے لئے سیلی سیلٹ آف سوڈیم
 (salicylate of sodium) یا ۱۰۔ اگرین کی مسادوں میں دینا چاہئے اور کلوروفارم
 (chloroform) کا یا بیلا ڈونلا (belladonna) کا مروح (liniment) مقامی طور پر
 استعمال کر سکتے ہیں۔ قمرزیمِ التهابِ گردہ (scariatal nephritis) کے علاج
 کے متعلق ایسکے بعد غور کیا جائے گا۔ (ملاحظہ ہو nephritis)۔ شدیداً انفائیڈیٹسوں
 میں، جبکہ ساتھ تیز کمزور قبض موجود ہو، ہائیجیات (stimulants) جیسے کہ براندی

اور ایونیا دینا چاہئے، اور این سٹی حالتوں کے لئے گارڈن (Gordon) کم از کم ۵۰ سی سی کی مقداروں میں ایک بیش گرفتہ مصل دایخ بنقات سمجیہ (polyvalent antistreptococic serum) کے استعمال کی سفارش کرتا ہے۔ جہاں تیز تپ کے ساتھ ہریان اور بچہ بینی موجود ہو سر یا جسم پر سردانہ (cold affusion) سے اکثر آرام حاصل ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ سردی کا تکشف التهاب گردہ (nephritis) کے وقوع میں ہوتا ہو، چنانچہ جب تک تقشیر جاری رہے اس سے خاص طور پر حفاظت کرنی چاہئے۔ وقتاً فوقتاً مالخ مکینات (saline laxatives) کے ذریعہ آنتوں کا آزادانہ فعل بھی جاری رکھنا چاہئے۔ جہاں طاقت آنے میں تاخیر ہو اکوئین (quinine) اور دوسرے مقویات (tonics) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

کھسرا (Measles)

(morbilli)

کھسرا ایک متعدی عمومی مرض ہے جو ایک تھلائی یا سرخ دانوں کے ٹوران اور تنفسی مخاطی جھلیوں کی نازلت (catarrh) سے میز ہے۔

بسمت اسباب۔ متبدل قوموں میں اس کا پھیلاؤ ایسے حالات

و ماحول کے تحت ہوتا ہے جو قمریہ کو متاثر کرنے والے حالات سے نہایت مماثل ہوتے ہیں۔ یہ ان وبائوں کے طور پر واقع ہوتا ہے جو بڑھوں کے نسبت زیادہ تر کم عمر والوں پر حملہ آور ہوتی ہیں، جس کی وجہ زیادہ تر یہ ہے کہ اس جماعت کے تقریباً تمام زیادہ عمر والے اراکین چھوٹی عمر میں اس مرض میں مبتلا ہو چکے ہیں اور اسی وجہ سے وہ دوسری دفعہ سرایت ہونے سے محفوظ ہوتے ہیں۔ لیکن نہایت چھوٹی عمر کے شیرخوار نسبت کم جس پذیر معلوم ہوتے ہیں اور جب وہ گرفتار مرض ہو جاتے ہیں تو کسی قدر

بڑے بچوں کے نسبت ان میں یہ مرض زیادہ خفیف شکل میں ہوتا ہے۔ یہ بڑے شہروں میں تقریباً مسلسل موجود رہتا ہے اور ایک مقام سے دوسرے مقام تک محدود حلقوں کی شکل میں پھیلنا رہتا ہے جو دفع ہو جاتے ہیں اور ان کی جگہ دوسرے حملے دوسرے مقامات پر پھوٹ پڑتے ہیں۔ لیکن جہاں اس کا داخلہ ایسی آبادیوں میں ہو جائے جن میں یہ مرض پہلے کبھی نہ آیا ہو یا جو سالہا سال تک اس سے بالکل پاک رہی ہوں وہاں پھر یہ ایک ہی بڑی اور ہلک دباؤ کی صورت میں آبادی کی اکثریت میں کم عمر اور بوڑھوں، سب پر کیساں طور پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہی حالت ۱۸۴۰ء میں جزائر فیرو (Faroe Islands) میں ہوئی۔

سرایت ایک نامعلوم قُشْب (virus) کے باعث ہوتی ہے جو غالباً ناک اور حلق کے افرازات میں موجود ہوتا ہے۔ تجربہ یہ مرض اس مار خند سے حاصل شدہ افراد کی تطعیم سے منتقل کر دیا گیا ہے۔ سرایت اس طرح مریض کے تناس سے، یا اس ہوا کے تناس سے پھیلیتی ہے جسے اس نے سرایت زدہ کر دیا ہو۔ قُشْب کی لڑوں، کھلونوں اور دوسری چیزوں سے بھی چپکا رہتا ہے، اگرچہ اتنی زیادہ مضبوطی کے ساتھ نہیں کہ جتنی مضبوطی سے قمرزیدہ کا قند یہ چپکا رہتا ہے۔ یہ طغ سے پہلے کے نازلتی درجہ (catarrhal stage) درجہ میں اور طغ کے جاری رہنے کے دوران میں خاص طور پر متعدی ہوتا ہے۔

مرضی تشربج۔ اس کا انحصار زیادہ تر اس پھیپہ دگی پر ہے جو ہلاکت

کا سبب ہوتی ہے کیونکہ وہ کمسر جس میں پھیپہ دگی موجود نہ ہو شاذ ہی ہلک ہوتا ہے۔ حنجروہ (larynx) اور قصبۃ الریہ (trachea) کی غشائے مخاطی کی سرخی مشاہدہ میں آتی ہے۔ طحال مستدل طور پر متورم ہوتی ہے۔ التهابیہ شعبتہ (bronchitis) اور ذات الریہ (pneumonia) کے اضرار کوئی خاص ظواہر نہیں پیش کرتے۔ لیکن ممکن ہے کہ کھنڈہ پٹیورامیں سیال اور غشائے پٹیورام کے نیچے مٹھے (petechiae) موجود ہوں۔ شعبتی غدود (bronchial glands) اکثر بڑھے ہوئے اور نرم ہوتے ہیں۔ بعض اوقات معاد لفاکھی (ileum) اور قولون

(colon) کی مخاطی جھلی میں اشتلاء (congestion) پایا جاتا ہے۔

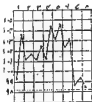
علامات اور محرک۔ دوسرے متعدی امراض کی طرح کھیرے کا زمانہ حشمت

34

بھی اختلاف پذیر ہوتا ہے، مگر وہ اکثر دس یا گیارہ دن پایا گیا ہے۔ مرض ارتفاح پیش اور نازلتی علامتوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ تھش شاید ۱۰-۱۲ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ بچہ کی بھوک ناکل ہو جاتی ہے، اس پر نشو و گی طاری ہوتی ہے اور وہ علیل سا سلوم ہوتا ہے لیکن ہے کہ پہلے ہی پا جاڑہ ہو یا بچوں میں تشنچ کے درجے ہوں۔ اس کے ساتھ ملتحہ (conjunctiva) سرخ اور متکسل (suffused) ہو جاتا ہے، آنکھوں سے پانی بہتا ہے، ناک سے مخاطی اخراج خارج ہوتا ہے اور شعبی اخراج کے باعث کھانسی ہوتی ہے۔ نازلتی علامتیں جاری رہتی ہیں، لیکن پیش عموماً پہلے دن کے بعد کم ہو جاتی ہے اور دوسرے دو ایک دن تک نیچے نیچول پر جاری رہ کر پھر دوبارہ بلند ہو جاتی ہے۔ کبھی اس ابتدائی زمانہ میں ایک نام نہاد طغ مندرہ (prodromal rash) ہوتا ہے، جو خرمزہ کے طغ کی طرح، یا شری (urticarial) یا حقیقی طغ کی طرح ہو سکتا ہے۔ وہ صرف چوبیس یا پچیس گھنٹے تک باقی رہتا ہے۔

مخصوص دوران نہایت عام طور پر چوتھے دن ظاہر ہو جاتا ہے لیکن وہ استنا جلد کہ تیسرے دن بھی ہو سکتا ہے۔ پہلے وہ چہرے، بالوں کی جڑوں، پیشانی اور کنپٹی میں یا کانوں کے پیچھے دیکھا جاتا ہے اور ازان بعد گردن، دھڑ اور جوارح میں پھیل جاتا ہے۔ وہ گلابی دھبوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو گول، بھڑکیا یا بے قاعدہ شکل کے، اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں اور باہم ملکر بے قاعدہ گردہ بناتے ہیں، جنکی شکل ممکن ہے کہ کسی قدر ہلالی ہو، اور جو جلد کا کچھ دو میانی رقبہ غیر متاثر چھوڑ دیتے ہیں۔ رنگ میں وہ خرمزہ کے طغ کے رنگ کے نسبت عموماً زیادہ سیاہی مائل سرخ یا زیادہ ارغوانی ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے ان میں فرق کرنا مشکل ہو جائے، بالخصوص جبکہ دھبے ہموار طور پر پھیلے ہوئے ہوں اور آپس میں ملے ہوئے نہ ہوں۔ کبھی کبھی دوران کے تاریک ترین حصے میں چنبد نشے (petechiae) واقع ہوتے ہیں، اور دوسری حالتوں میں بعض شور (papules) کے

مرکزوں میں چند آبلے بن سکتے ہیں۔ یہ طغ
چہرہ پر بالکل پوری طرح سے نکلتا ہے اور
اسے ایک دودھ سے دار (blotchy)
اور متوزن شکل کا بنا دیتا ہے، اور اگرچہ یہ اثران
پر نسبتاً کم کثرت کے ساتھ ہوتا ہے، تاہم
یہ پشت اور بازوؤں پر درزیں
(infiltration) کی مسلسل ٹیکٹیاں بنا سکتا
ہے۔ یہ اپنی زیادتی تک پہنچنے کے لئے ایک



تصویر ۳۔ کھسک میں پیش کی اذیت (جتنے اسٹرینڈل)
پذیر ہوتا ہے، اور زیادہ تر پہلے وہیں سے کھسکا
شروع کرتا ہے جہاں پہلے ظاہر ہوا تھا۔ یہ عموماً بھورے یا زردی بال بھورے رنگ
کی کچھ پتیلیاں (mottling) چھوڑ دیتا ہے، جو چند روز تک باقی رہتی ہیں، لیکن فٹے
(petechiae) اور بھی زیادہ نمایاں داغ باقی چھوڑتے ہیں۔ نیز اس کے بعد خفیف نقشہ ایک
سبوسی جھلکوں کی صورت میں واقع ہوتا ہے، لیکن اس کے کبھی ایسے بڑے ٹکڑے نہ فاسٹ
(flakes) جیسے ہوتے جیسے کہ قوزلہ میں دیکھے جاتے ہیں۔

اگر درجہ سندرہ (prodromal stage) میں پیش کم ہو جائے تو وہ طغ

کے ظہور کے ساتھ پھر ۱۰-۱۲ درجہ بلکہ اس سے بھی زیادہ تک بلند ہو جاتی ہے
اور دو تین یا چار دن میں درجہ اقم کو پہنچ کر طغ کا ڈھلنا شروع ہونے کے ساتھ ہی
عموماً کسی قدر ناگہانی طور پر کم ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ تقریباً چھتیس گھنٹوں میں
طبعی درجہ تک پہنچ جائے۔ نازلت (catarrh) ساتھ شوائب درجہ میں برابر جاری رہتی
ہے اور ممکن ہے کہ چھبسی جوفوں (frontal sinuses) میں پہنچ کر درد سر پیدا کر دے۔
کم و بیش عمومی التهاب شعبہ موجود ہوتا ہے، جو کھانسی، نفسیت مخاط

(expectoration of mucus) اور منتشر خرات (diffused rhonchi) سے

ظاہر ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ صخرہ بھی ماؤف ہو جائے، جو آواز کے بیٹھنے، کر وپی کھانسی
اور نیش اتھاتی مالتوں میں صرصری تنفس (stridulous breathing) سے ظاہر ہوتا ہے

لمح کے ٹھوس سے پہلے بھی مالا اکثر غیر لمبی سرخی، منتشر یا چکیتوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور تقریباً ہمیشہ وہ انسداد بھی جو فیلٹو کے یا کاپ بک کے (داخل Filatow's) (or Koplik's spots) کے نام سے مشہور ہیں۔ یہ چھوٹے، اٹھے ہوئے، سپید یا زرد و حیار رنگ کے (opal) نقطے ہوتے ہیں، جن کی جسامت ایک چھوٹی آپسین کے سر کے برابر ہوتی ہے اور جو عموماً ایک سرخی دار قاعدے پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ خدی مخاطی بجھتی پر، نیچے کے جبرے کے منوالک (premolar teeth) کے مقابل پہنچنا نظر آتے ہیں، اور اس سے کم حد تک دوسرے دانتوں کے مقابل۔ یہ ثوران سے دو یا تین دن پہلے ظاہر ہوتے ہیں۔ زبان عموماً فرو دار ہوتی ہے اور فطری اشکل کلیات (fungiform papillae) نمایاں ہوتے ہیں۔ تپ کے دفع ہو جانے کے بعد طبعی شہتا اور نیند کی واپسی عموماً سرعت کے ساتھ ہوتی ہے۔

ہر پیچیدہ گیاں اور عواقب^۱۔ اہم ترین پیچیدہ گیاں وہ ہیں جو اعضا

- 35 تنفس سے متعلق ہوتی ہیں اور کھرسے متعلق موتوں کی اکثریت انھیں کے باعث ہوتی ہے۔ پیچیدہ رول کا التهاب اکثر وقوع ہے اور عموماً اس التهاب شعبہ (bronchitis) کے پھیلنے سے منسوب کیا جاتا ہے جو اس مرض کی تمام حالتوں میں عام ہوتا ہے۔ لیکن یہ ذات الریہ (نمونہ) اپنے پھیلاؤ میں لٹکی (lobular) ہو سکتا ہے یا لٹکی (lobar)، اور ممکن ہے کہ یہ ایک حالت میں شعبتی ذات الریہ (broncho-pneumonia) (۱۹۱۹) کے مظاہر پیش کرے، اور دوسری حالت میں کروچی یا نیو سوکا کی ذات الریہ (croupous or pneumococcal pneumonia) کے مظاہر۔ التهاب حنجرو (laryngitis) (۲۱۶۱) اتنا شدید ہو سکتا ہے کہ اختناق (asphyxia) کا خطرہ پیدا کر دے اور اس کے ساتھ عملی کا بننا بھی ہو، رسی بعض حالتوں میں حقیقی ذہنی ہو سکتا ہے۔ دوسری حالتوں میں عضویات بریم ترا (pyogenic organisms) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ دوسری

۱۹۱۱ء کے ۱۴ مارچ کی فیصدی تعداد ظاہر کرتے ہیں۔
توسمین کے اندر دئے ہوئے اعداد میٹر اپائین اسٹلم پر ڈر کے شفا خانوں کے

پچھلے گدگیاں یہ ہیں۔ التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) (۱۱، ۲۳)، التهاب قزحیہ (keratitis) (۲۱) یا التهاب قزحیہ (iritis) التهاب انفسم (stomatitis) (۱۵، ۴۴) اور التهاب کفیفہ (parotitis) اوستا کی نالی کا التهاب، التهاب اذن (otitis) (۲) اسہال (diarrhoea) یا زحیر (dysentery) جوئی الشربہ چھوٹی یا بڑی آنت کے التهاب سموی (enteritis) کی وجہ سے ہوتے ہیں، البیوسین بولیت (albuminuria) (۳۳، ۳۴) اور زہری (intestinal hæmorrhage)۔ کبھی دہن کی انگریں واقع ہوتی ہے، جسے اکلہ انفسم یا قوما (cancerum oris or noma) کہتے ہیں (۱۹۳) اور قزح کی انگریں (gangrene of the vulva) جو شاذ تر ہوتی ہے، اس سے بھی قوما کہتے ہیں جو اقب کے ضمن میں بالخصوص ان جہوں کی مزمن التهابی حالتوں کو ذکر کیا جاسکتا ہے جو دورانِ مرض میں ماؤف ہوتے ہیں، مثلاً اعضائے تنفس کی مزمن نازلت (chronic catarrh) مزمن رمد (chronic ophthalmia) کھلائی نوزتین یا کھلائی قند، التهاب اذن مع اخراج مواد اور اس کے نتیجہ کے ملاحظہ ہو صفحہ 30) تدرن (tuberculosis) التهاب درون قلبہ (endocarditis) اور عام نقص تغذیہ (general malnutrition)۔

اقسام۔ کھسرا بلاتوران، اور کھسرا بلاتازلت بیان کئے گئے ہیں لیکن

یہ شہتہ ہے کہ آیا اول الذکر ہوتا بھی ہے، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر کی بعض حالتیں دراصل خفیرا (rubella) یا برسن کھسرا ہی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 38) بہر صورت یہ مرض خفیف ہوتا ہے۔ زیادہ شدید اور عجیب قسموں کی ایک مثال غزنی حصہ (haemorrhagic measles) ہے، جس میں مغالطی جھلیوں سے زہر ہوتا ہے، اور توران پر پٹوری (purpuric) ہو جاتا ہے۔ دوسری شدید قسموں کی متاخر خصوصیات حسب ذیل ہیں: شدید تپ، سیاہ یا کبود طبع جو اکثر ناقص المنہ ہوتا ہے، تیز اور کمزور نبض، انبطاح (prostration)، ہڈیاں، خشک بجوری زبان، اور عمومی ٹانفا لڑی حالت۔

تشخیص۔ قرمز یہ اور خفیرا کے ساتھ غلط ملکہ ہونے کا بہت امکان رہتا ہے

(ملاحظہ ہو صفحہ 36)۔ ٹائفوس میں طبع اتنا بشوری (papular) نہیں ہوتا، چہرہ کم ہی متاثر ہوتا ہے، طحال متورم ہوتی ہے، اور انفی یا ملتی نازلت نہیں موجود ہوتی۔ بعض اوقات چیچک کے ثوران کا ابتدائی درجہ کھسر کے ابتدائی درجہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ نازلت کی عدم موجودگی، اور درد سرا در دہشت، اور تھکی سرگڑشت چیچک کی تائید میں ہیں۔ وردی ثورات (roseolous eruptions) جو نوعی تپوں سے ملحدہ ہوں، کھسر سے مشابہ ہو سکتے ہیں، مگر وہ کھسر کی مخصوص تپ اور نازلت کی عدم موجودگی سے شناخت کئے جائیں گے۔ کاپ لک کے داغ (Koplik's spots) تشخیص میں کارآمد ہوتے ہیں، کیونکہ وہ دوسرے ثورانی امراض میں شاذ ہی ہوتے ہیں۔ انداز۔ یہ عموماً مساعد ہوتا ہے۔ ہلاکت بیشتر ۱ سے ۲ فیصدی تک ہوتی ہے اگرچہ کبھی کبھی نسبت نہایت شدید دبا میں بھی واقع ہوئی ہیں اور ریوی اور حنجری پیچیدگیوں کا غلبہ مرنوں کی فیصدی تعداد کو بہت کچھ بڑھا دیتا ہے۔ ان کے علاوہ جیست حالتیں شدید تپ، زیادہ کیود ثورات اور سریع الوقوع ہبوط (collapse) یا انبطاح (prostration) سے شناخت ہو سکتی ہیں۔

علاج۔ کھسر کے علاج قرمز کے علاج سے اصولاً مختلف نہیں۔ سچہ کو ایک مناسب گرمی میں رکھ دیا جائے، جو گرم اور خوب ترورج یافتہ ہو، ہوا کے تھوکنوں سے مبرا اور ایسا مبرا ہو کہ اُن بچوں کو سرایت نہ ہونے دے جاتک متاثر نہ ہوئے ہوں۔ ثوران کے نکلنے تک بیشتر میں شادینا چنداں ضروری نہیں۔ غذا، جیسی کہ دوسرے حوی خواض میں ہوتی ہے، ہلکی اور زود ہضم ہونی چاہئے۔ نازلت کا جو ابتدائی ہی سے موجود ہوتی ہے، مفعقات (expectorants) سے علاج کرنا چاہئے، جیسے کہ اسکوئل (squills) یا اسپیری کا کو آنا وائن (ipeccacuanha wine) یا کپاؤنڈ شیجر آف کیمفر (compound tincture of camphor) کی قلیل مقدار۔ حلقوم اور ناک کا داغ عفت علاج رنوی اور آڈنی دونوں قسم کی پیچیدگیوں کو روکنے کا کام دے سکتا ہے۔ مثلاً گلیسرین آف بورک ایسڈ (glycerin of boric acid) روزانہ تین یا چار بار حلق میں لگایا جائے، اور ناک میں ریسا رین (resorcin) ۱ فیصدی کے محلول کا رشاش (spray) کیا جائے یا پوٹاسیم پرمینگنیٹ

(potassium permanganate) کے ترقی محلول سے سچکاری لگائی جائے۔ اگر تپ تیز رہے تو اسے نیم گرم پانی کے استعمال سے گھٹایا جائے، اسٹیج کر کے یا ۱:۹۵۰ درجہ پر بغل میں تفریح کر کے، جسے ٹنڈ اپانی ڈالکر اور بھی زیادہ کم کیا جاسکتا ہے۔ پیش ۱:۵۰ درجہ جیسے ٹنڈائیوں پر شاید ہی زیادہ گھنٹوں تک رہتی ہے، لیکن مریض کو حتی الامکان ایسی نقصان رساں حالت سے بچانا مناسب ہے، اور ۰.۲ یا ۱.۰۳ درجہ پر بھی ٹنڈ سے پانی سے اسٹیج کرنے سے بہت کچھ آرام بلکہ ٹنڈ بھی حاصل کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۵)۔ طبیعت کی صرف نہایت شدید شکلوں میں ضرورت ہوتی ہے۔ تپ اترنے کے دو یا تین دن بعد عام طور پر سوجھ کو اٹھنے کی اجازت دی جاسکتی ہے، لیکن اسے اور ایک ہفتہ یا دس دن تک کمرے میں محدود رکھنا چاہئے، فقہیت کے دوران میں عام صحت کی خبر گیری کرنی چاہئے، اور آئرن (iron) یا مچھلی کے جگر کا تیل (cod-liver oil) دیا جاسکتا ہے، اور ساتھ ہی شاید سمندر کے کنارے یا دوسرے صحت بخش مقام پر تبدیل ہوا بھی کریں۔ ذات الریہ (ذموثیہ) اور اسہال کا علاج معمول طریقہ سے کیا جائے، اور کانوں سے اخراج مواد کا تدارک و اربع عفونت غسولات (antiseptic lotions) مثلاً پوٹاشیم پریسنگینٹ یا پورک ایسڈ سے بار بار دہو کر کریں۔

حمیرا

(Rubella)

(جرمن کھسرا) - (رٹلین) - (وروہ)

(Roseola) (Rötheln) (German measles)

یہ ایک حیا طغیہ (exanthem) ہے، جو بہت سے امور میں کھسرا اور قرمزہ دونوں سے مشابہت رکھتا ہے، لیکن بلاشبہ ان دونوں سے جداگانہ ہے۔ اس کے مطلق میں ابھی کوئی نوعی دقیق عضو یہ دریافت نہیں ہوا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ اتنا ساری نہیں بنتا کہ کھسرا ہے اور بہت کم ہے اسی طریقہ سے پھیلتا ہے، بالخصوص کسی ایسے شخص کے ساتھ قریبی ایستکان سے جو اس مرض میں مبتلا ہو۔ محدود حصے اس کا عام نتیجہ ہیں، اور نسبت زیادہ عمر کے بچے اور نو عمر بالغ آسانی سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ زمانہ حضانت اکثر سولہ یا سترہ دن ہوتا ہے اور اس سے

چند روز کم یا زیادہ ہو سکتا ہے۔ ایک درجہ مندرہ یا تو بالکل ہوتا ہی نہیں یا زیادہ سے زیادہ ثوران کے ظہور سے پہلے آدھے دن تک رہتا ہے۔ اور اس درجہ میں ہوائی ہونے کی مخالفتی جھلکیوں کی یا قحطہ کی خفیف نازلت ہوتی ہے۔ لیکن بعض حالتوں میں ثوران ہی مرض کی علامت کی پہلی دلالت ہوتا ہے۔ یہ متعدد گلابی رنگ کے دھبوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو گول یا بیضوی، سطح سے نہایت خفیف سے اُبھرے ہوئے، یکساں پھیلے ہوئے اور عموماً جدا جدا ہوتے ہیں اگرچہ بعض اوقات نہایت گھنچان طور پر بھی مرتب ہوتے ہیں۔ یہ دھبے مختلف جسامتوں کے ہوتے ہیں۔ جب چھوٹے اور گھنچان طور پر مرتب ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ یہ قرمز یا سرخ سے بہت مشابہت رکھتے ہوں۔ جب نسبت بڑے ہوں تو زیادہ تر کھسرا سے مشابہت ہوتی ہے لیکن یہ عموماً ملتقی (confluent) نہیں ہوتے اور ہلالی شکل نہیں اختیار کرتے۔ جلد میں خفیف خارش محسوس ہو سکتی ہے۔ ثوران زیادہ تر چہرے، دھڑ، بازوؤں اور ٹانگوں پر ہوتا ہے، اور پہلے بیشتر چہرے پر ظاہر ہو کر یہ سرعت دوسرے حصوں میں ہو جاتا ہے۔ یہ عموماً کھسرا کے نسبت کم مدت کا ہوتا ہے اور اکثر صرف دو دن تک اور کبھی تین یا چار دن تک قائم رہتا ہے۔ جیسا کہ کھسرا میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ اسکے چند دن بعد تک جلد کی رنگت کسی قدر متغیر رہے۔ نقشہ عموماً نہیں ہوتا اور بڑے ٹدھات (flakes) کی صورت میں تو کبھی نہیں ہوتا، بسے کہ قرمز یہ میں ہوتے ہیں۔ تالو اور حلقوم عموماً کسی قدر امتلا (injection) یا سرخی کے دھبے اور لکیریں ظاہر کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ نوزائین قدر سے متورم ہوں۔ طہات سرخی دار ہوتے ہیں اور عموماً خفیف کھانسی اور جھینکیں موجود ہوتی ہیں۔ گردن کی پشت پر قدالی

(occipital) 'مٹکی' (mastoid) اور 'مؤخر عنقی' (posterior cervical) خطوں کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے غدود لمعائیہ اکثر متورم اور اہیم ہوتے ہیں۔ یہ ورم دو یا تین ہفتوں تک قائم رہ سکتا ہے، لیکن تفتیح کبھی نہیں دیکھا گیا۔ حالتوں کی اکثریت میں تب بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اگر تب ہوتا ہے تو پیش درجہ طبعی سے صرف ۵ یا ۲ درجہ اوپر ہوتی ہے اور ایک، دو، یا زیادہ سے زیادہ تین دن تک قائم رہتی ہے، اور مختلف حالتوں میں نہایت اختلاف ظاہر کرتی ہے، لیکن اکثر تو ان کے نمایاں ہونے سے پہلے درجہ طبعی تک گر جاتی ہے۔ بہت سے مریضوں کو بیماری کا احساس مطلق نہیں ہوتا اور ان کی ہجوک آفرنگ بدستور قائم رہتی ہے۔ مذکورہ پچیدگیوں کے علاوہ اور کوئی پیچیدگی بالکل شافہ اور انداز نہایت مساعد ہوتا ہے۔

علاج۔ علاج اسی اصول پر جاری رکھنا چاہئے جو کھسر ا کے لئے درج کیا

گیا ہے۔ قرمزیا، کھسرا اور حمیرا کی تفریقی تشخیص۔ ابتدائی درجہ د۔

قرمزیا میں ابتداء ناگہانی ہوتی ہے اور پہلا درجہ جو پیش گھٹنے تک رہتا ہے۔ مثلی اور تھے موجود ہوتی ہے، مگر نازلت زیادہ نہیں ہوتی۔ کھسرا میں واضح نازلت اور طمخہ کا ابتلال (suffusion) طمخ سے تین سے زائد دن تک پہلے ہوتا ہے۔ حمیرا میں خفیف سی نازلت ہوتی ہے، جو صرف چند گھنٹوں تک قائم رہتی ہے۔

غددی التهاب (adenitis)۔ قرمزیا میں جیرے کے زادیوں کے پیچھے کے غدود قلعی طور پر ماؤف ہوتے ہیں اور بعض اوقات دوسرے خطوں میں بھی جیس پتہ یہ (palpable) ہو سکتے ہیں۔ کھسرا میں جیرے کے زادیوں کے نیچے خفیف ورم ہو سکتا ہے صرف کبھی کبھی پچھلے غدود متاثر ہوتے ہیں، اسی طرح جیسے کہ حمیرا میں۔ حمیرا میں پشت گردن کے غدود کی نمایاں اور مخصوص کھلائی ہوتی ہے۔

نوجیب طمخ۔ قرمزیا میں دقتاً بشور (papules) اور عام امرار (general erythema) ہو سکتا ہے۔ یہ اکثر بخشی سرخ رنگ کا ہوتا ہے۔ یہ اطراف پر چمکتی دار ہو سکتا ہے۔ بلکہ کچھ واضح ورم ہو سکتا ہے۔ کھسرا میں دھبے بڑے اور سرخ ہو سکتے ہیں اور خندار خاکوں والی معین چمکتیاں بنا سکتے ہیں۔ حمیرا میں کھسرا

کے نسبت دھتے زیادہ چھوٹے زیادہ گول اور زیادہ گلابی رنگ کے اور جدا جدا ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان کے باہم ملنے سے چکیتیاں بن جاتی ہیں۔

طغ کا پھیلاؤ۔ قرمز یہ میں پتھیلیاں، تنکے، اور چہرہ سرخ ہو جاتے ہیں، لیکن طغ سے ماؤں نہیں ہوتے۔ نمایاں گرد قحطی شحوب (circum-oral pallor) ہوتی ہوتا ہے۔ جلد الراس (scalp) بھی غیر متاثر رہ جاتی ہے۔ کھسر اور حمیرا میں تمام حصے ماؤں ہو سکتے ہیں اور گرد قحطی خط پر ہمیشہ عکس ہوتا ہے۔

تب قرمز یہ میں ارتقاع پیش نمایاں اور مضمین تیز ہوتی ہے۔ خواہش خلق نمایاں ہوتی ہے، تالو کا استلا شدید ہوتا ہے، اور با استنشاے عفوئی قسم کے عموما کوئی شعبتی نازلت (bronchial catarrh) نہیں موجود ہوتی نزلت سب (defervescence) کسی قدر تدریجی ہوتا ہے کھسر میں ارتقاع پیش واضح ہوتا ہے، یعنی اختلال (constitutional disturbance) بہت اور بلا عرض خلق ہوتا ہے۔ کاپ لک کے داغ (Koplik's spots) ۹۰ فیصدی سے اوپر حالات میں خد کی غشائے مخاطی پر موجود ہوتے ہیں۔ شعبی نازلت ایک معمولی خصوصیت ہوتی ہے، جو بڑھ کر اکثر شعبی رٹوئی التهاب (براؤنکوئیہ) پیدا کر دیتی ہے۔ حمیرا میں ارتقاع پیش خفیف اور بعض اوقات غیر موجود ہوتا ہے اور مضمین کو تند رجحان کا احساس ہوتا ہے۔ خواہش خلق اگر موجود ہوتی ہے تو نہایت خفیف ہی اور شعبی نازلت عموما غیر موجود ہوتی ہے۔

زبان۔ قرمز یہ میں زبان بہ سرعت تین درجے طے کرتی ہے۔ فردار مع سرخ کوڑوں کے، چکیتی دار، اور اسٹیری کی طرح۔ کھسر میں اس پر خوب تہ جی ہوتی ہے اور کبھی کبھی وہ چکیتی دار ہوتی ہے، لیکن متیشی طور پر اسٹیری کی طرح نہیں ہوتی۔ حمیرا میں خفیف فرو ہو سکتی ہے۔

طغ کے کھلانے کے بعد جلد۔ قرمز یہ میں جلد کسی قدر غیر متجانس، پاجھٹ دکھائے ہوئے چڑھے کی طرح، اور لون کی وجہ سے پیش زرد یا ہلکی نظر آتی ہے۔ نقشہ اپسین کے سوراخ اور ندفی قسم (pinhole-and-flake type) کا ہوتا ہے عموما اپسینی سوراخ ابتدا میں گردن پر بہترین دیکھے جاتے ہیں۔ نقشہ اکثر نہایت

افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھسرا میں میلی بھوری چٹیاں ہوتی ہیں۔ نقشہ باریک اور سبوسی (سبوسی جیسا) ہوتا ہے اور افراط کے ساتھ نہیں ہوتا۔ خمیرا میں چند روز تک ہلکا زردی مائل بھورا ٹون ہو سکتا ہے، لیکن یہ عام نہیں۔ نقشہ عموماً تقریباً غیر محسوس ہوتا ہے۔

پیشچک

(SMALL-POX)

جدری

(VARIOLA)

پیشچک ایک نوعی متعدی مرض ہے، جس میں ایک مخصوص قسم کا قاحلی (pustular) ثوران ہوتا ہے جو ایک قشرب (virus) کے باعث ہوتا ہے جو غالباً ورائے مخرد بینی (ultra-microscopic) ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض فقط تعدیہ (contagion) سے پیدا ہوتا

ہے جو بلاشبہ خاکسرا میت زدہ اشخاص کے گرد کے کرہ ہوائی میں سانس لینے سے ہوتا ہے۔ جب مریض شفا خانہ میں مجتمع ہوتے ہیں تو یقین کیا جاتا ہے کہ سرایت ہوائی عمل (aerial convection) سے کم از کم پاؤں سے تک واقع ہوتی ہے۔ یہ کہہ کر بستر، ادرہ و سری چیزوں سے بھی منتقل ہوتی ہے جو مریضوں کے تماس میں رہی ہوں اور اس کی تطہیر قاشحات (pustules) کے مافیہ کی وساطت سے بھی ہو سکتی ہے۔ لیکن مریض ثوران سے پہلے ہی ساری ہوتے ہیں، اور قشرب ان لوگوں کے اجسام تک سے خارج ہوتا ہے جو مرچکے میں مرض کی حساسیت تمام عروق اور

دونوں اصناف میں یکساں ہوتی ہے، بلکہ رحم کے اندر (in utero) جنین بھی اسے ماں سے حاصل کر سکتا ہے۔ لیکن حساسیت اس وقت اور زندگی کے پہلے سال میں بعد کے نسبت کم تر بیان کی جاتی ہے۔ کہتے ہیں کہ سفید اقوام کے نسبت جیسی اس سے متاثر ہونے کی زیادہ قابلیت رکھتے ہیں۔ عام طور پر یہ مرض ایک ہی شخص میں صرف ایک ہمار ہوتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی دوسرے اور تیسرے تعلقے بھی داغ ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسرا حمل پہلے کے نسبت اور بھی زیادہ شدید ہو، اگرچہ وہ عام طور پر نسبتہ ہلکا ہوتا ہے۔

اٹھارویں صدی کے اختتام پر ویکسی نیشن (vaccination) یعنی بدینہ رسانی کی ایجاد کے بعد سے اس مرض میں مبتلا ہونے کی قابلیت، اور نتیجتاً اس کی وباؤں کی تعداد اور شدت بڑی حد تک کم ہو گئی ہے۔ مثلاً گزشتہ صدی کے وسط میں اس ملک (یعنی انگلستان) میں چھپک سے سالانہ کئی ہزار موتیں ہوتی تھیں۔ (۲)۔ ۱۸۷۱ء میں فرانس اور پرتگیشیا کی جنگ کے زمانہ میں یورپ سے آئے والے چناہ گزیوں کے ساتھ داخل شدہ سرایت کے باعث اموات کی تعداد ۲۳۰۰۰ تھی، لیکن اس وقت سے اب تک برابر کمی ہوتی رہی ہے اور ۱۹۰۵ء سے موتوں کی تعداد ہمیشہ ہمیش سے نیچے رہی ہے۔ یہ اچھا نتیجہ بالخصوص بدینہ رسانی کی وجہ سے ہی نہیں ہو سکتا، کیونکہ اس صدی کے آغاز کے بعد سے بدینہ رسانی شدہ شیرخواروں کا تناسب پیدائشوں کی تعداد کے مقابلہ میں دراصل ۶۵ فیصدی سے ۴۳ فیصدی تک گھٹ گیا ہے۔ بلکہ یہ (اچھا نتیجہ) تشخیص کی ان طریقہ کاروں کے باعث ہے جو اس مرض کے واجب الاطلاع (notifiable) ہو جانے کے بعد سے میسر ہیں اور غالباً اس وجہ سے بھی کہ موجودہ زمانہ میں انگلستان میں یہ مرض ہلکے قسم کا ہوتا ہے۔

چھپک کا وائرس اپنی شدت میں نہایت مختلف ہوتی ہیں۔ نسبتہ ہلکی قسمیں (جو کبھی کبھی "جڈرئی کا ڈب" (alastim) کہلاتی ہیں) افریقہ اور امریکہ میں ہوتی ہیں، اور شدید تر قسمیں ایشیا اور یورپ میں۔ اس میں کوئی شبہ نہیں کہ ہلکی اور شدید قسمیں دراصل ایک ہی مرض ہیں، کیونکہ اگرچہ عموماً وہ اپنی انکیوبیت

نہیں بدلتا تاہم ایسی مثالیں درج ہوئی ہیں جن میں ہلکی قسم بڑھ کر شدید قسم بن گئی ہے۔
 چھبک کا خطرہ ہمیشہ ہمارے ساتھ ہے، اور جب یہ یاد کیا جاتا ہے کہ
 دسے زمین پر چھبک کی تقریباً دس لاکھ وارداتیں ہوتی ہیں، اور یہ کہ ہمارے وسیع
 تجارتی تعلقات کے ساتھ اس ملک میں چھبک کا داخل ہو جانا ایک امکان سے
 زندہ ہے، تو یہ قرین عقل ہو گا کہ تمام ممکن تحریری تدابیر اختیار کی جائیں، یعنی عام
 جدرین رسانی (لیکن ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱۱) اور صریح تشخیص، اطلاع رسانی
 (notification) اور سرایت زدہ اشخاص اور مقامات (contacts) کی علیحدگی اور
 آخر الذکر کی باز جدرین رسانی (re-vaccination)۔

قرصی تشربیح۔ زنی حالتوں میں مخصوص احشاء کے اندر مُصنبت
 (effused) خون جل سکتا ہے۔ قاسخوں (pustules) کے امتحان سے ظاہر ہوتا ہے
 کہ یہ عمل اور کی ٹیلیسی تہ کی بیش از موتیت (hyperaemia) کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔
 پھر برعلبد (cuticle) کی اوپری تہ عمیق تر تہوں سے اوپر ابھر کر آبلہ بنا دیتی ہے۔
 انجینی (umbilication) بعض اوقات ایک بال کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے،
 یا ایک پسینہ کے غدہ کا قناتہ کے اس مقام پر پھیلاؤ (distension) کے ٹرکنے سے،
 یا محض شبکہ مالپیگی (rete Malpighi) کے غلیظوں کے ایک ریشے کی صورت میں خون
 بنانے سے۔ ایسی طرح بنے ہوئے ریشوں کے بندہ و فاصلات بنا دیتے ہیں، جو آبلہ کو خالق
 (loculi) میں تقسیم کر دیتے ہیں۔ مرکزی بند یا قید (retinaculum) کے ٹوٹ جانے سے
 قاسخہ (pustule) افشاح کے آخری درجوں میں نصف کرہ کی بن جاتا ہے۔ اس طرح جو ندبات
 (scar) پیدا ہو جاتے ہیں ان کا اوپری یا گہرا ہونا اس حد پر منحصر ہے جس تک تشبیعی عمل
 بلکہ کی ٹیلیسی تہ کو ماؤف کرتا ہے۔ پیپ میں اور مختلف اعضا میں دقتیں شیعے
 (micrococci) ثانوی سرایتوں کے باعث پاٹے لگتے ہیں۔ دوران مرض میں بلکہ
 ہی کبدی خلیے سختی انحطاط کا طہر کرتے ہیں۔

علامات اور ممر۔ زائہ حسانت پانچ سے بیس دن تک مختلف ہو سکتا
 ہے، لیکن عموماً تقریباً بارہ دن ہوتا ہے۔ مرض بیشتر یکایک ایک نمایاں تشعیرہ

(rigor) یعنی لرزے اور جاڑے کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جیسے ساتھ شدید درد پرست، شدید درد سراور تے ہوتی ہے۔ پیش نمبر ۱.۲، ۱.۳، ۱.۴ درجہ تک چڑھ جاتی ہے، اور دوسرے دن اس سے بھی زیادہ بلند ہو سکتی ہے۔ مریض اکثر نہایت علیل ہوتا ہے، اپنا کام جاری رکھنے کے قابل نہیں ہوتا اور غالباً صاحب فراموش ہو جاتا ہے۔ عدم اشتہا (anorexia)، تشنگی، فرودار زبان، اتے، اور قبض بھی موجود ہوتے ہیں۔ تیسرے دن تشبیل ثوران نیکل آتا ہے، لیکن ابتدائی درجہ میں مریضوں کی کچھ بھلائی میں طفحانات (rashes) واقع ہوتے ہیں، جسے واقف ہونا تشخیصی اغراض کے لئے اہم ہے۔

ابتدائی ثورانات۔ یہ (۱) احمراری (erythematous) (۲)

نزفی (hemorrhagic) ہیں۔

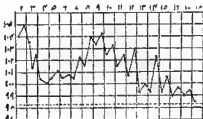
(۱) احمراری طفح نزفی طفح سے پہلے ظاہر ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ خفیف یا ترمیم شدہ چیچک میں وہ بے قاعدہ شکل کی پکیتوں کی صورت اختیار کرتا ہے، جو سرخیع الزوال ہوتی ہیں اور اپنی جگہ بدلتے رہنے کا رجحان رکھتی ہیں، اور سطح سے اوپر محسوس طور پر ابھری ہوئی نہیں ہوتیں۔ یہ طفح اکثر کھسرا سے مشابہت رکھنے والا سمجھا جاتا ہے، لیکن شاذ ہی چاند کے نیول سے اوپر چہرہ پر پھیلتا ہے۔ شدید چیچک میں احمرار جراح کی بیرونی سطحات اور دھڑ پر بڑے رقبے یا رقبے (plaques) بناتا ہے، جن کا رنگ شوخ اور جاشے خوب واضح ہوتے ہیں۔ زیادہ شاذ صورتوں میں ساری جسمانی سطح احمرار کی ایک مسلسل چادر سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، لیکن یہ جمی قمرزے کی طرح منقطع نہیں ہوتی۔

(۲) نزفی طفحانات سراپیت کا زیادہ شدید درجہ ظاہر کرتے ہیں۔

یہ خموں (flexures) کے لئے ایک خاص الف رکھتے ہیں اور ایک احمرار کی طرح شروع ہو سکتے ہیں۔ نہایت مخصوص و ممتاز طفحانات میں سے ایک "مثلث طفح" (triangular rash) ہے، جو شکم کے زیرین نصف میں ناف سے نیچے کے طرف واقع ہوتا ہے، چٹوں کو ڈھانکتا اور رانوں تک پھیل جاتا ہے۔ یہ ایک اٹلے مثلث

مسامی اساقین کی شکل کا ہوتا ہے جس کا قاعدہ ناف کے لیول کے قریب ہوتا ہے۔ یہ اکثر اوقات جنگلوں میں، اور بازوؤں اور دھڑ کے ہم پیلو حصوں پر ظاہر ہونے لگتا ہے۔ یہ پیلوٹوں (flanks) پر سے ہوتا ہوا نیچے کی چکیتوں تک پھیلتا ہے۔ یہ میچوٹے میچوٹے نرئی وجوہات یا خشوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو گھلانے کے بعد کچھ عرصہ تک بھورے یا زردی مائل بھورے سے داغ چھوڑ دیتے ہیں۔ یہ ابتدائی لفظیات عام طور پر دوسرے دن ظاہر ہوتے ہیں، اور تقریباً دو دن تک قائم رہتے ہیں۔ یہ بخاری خوران (papular eruption) کے ابتدائی درجے کے ساتھ ساتھ موجود رہتے ہیں، لیکن اس کے کال ٹیٹل سے پہلے ظاہر ہو جاتے ہیں۔

نرئی طبع کی دوسری شکل پریوٹو رائے جدری (purpura variolosa) ہے، جو مرض کی ایک نہایت شدید قسم ہے۔ دوسرے دن بلکہ پہلی علامت کے جوہر گھٹنوں کے اندر ہی ایک تقریباً بیکی شکل کا طبع ظاہر ہوتا ہے، اور اس کے بعد قلعہ ہی تحت الجملہ نرئی نکلتی ہے، کچھ تو نشی اور کچھ نسبتاً بڑی چکیتوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ چہرہ سرخ اور پتھو لالہ اور آنکھیں میٹل (suffused) ہوتی ہیں، مضراتی مادوں یا خون کی تہ ہو سکتی ہے، براز خون آمیز ہوتا ہے، اور قارورہ میں البیومن یا خون ہوتا ہے۔ ذہن کی حالت عموماً آخر کے قریب تک درست رہتی ہے، استثنائی طور پر زبان یا گودا کھینچا جاتا ہے۔ یہ حالتیں اکثر تین دن کے اندر بلکہ اس سے بھی پہلے تقریباً ہمیشہ قہر لگ جاتی ہیں۔



قصور ۲۰۰ سینچک میں تپش کی نوعیت (پہلیج اسٹریٹیل)

نوعی یا ماسکی ثوران (apcific or focal eruption)۔ یہ عام طور پر بیکار

کے تیسرے دن چہرے، پیشانی اور جلد اس پر چھوٹے سرخ، شور بکھر شروع ہوتا ہے اور بعد میں بھی سیرت، پشت، بازوؤں اور ہاتھوں پر اور بالآخر جسم کے زیریں حصے، ٹانگوں اور پاؤں پر ظاہر ہو جاتے ہیں۔ یہ شور قبل ہی ابھر آئے ہیں۔ یہ اسخت ہوتے ہیں اور انگلی سے چپونے پر گہرے پھیلے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس حالت کو بعض اوقات پچھڑے نما (shotty) کہتے ہیں۔ ان کے ٹھورے سے دوسرے دن کے اختتام پر مرکز

میں ایک چھوٹا آبلہ ظاہر ہوتا ہے جو ابتداً صاف و شفاف ہوتا ہے۔ جیسے جیسے وہ آئندہ دونوں کے دوران میں بڑا ہوتا جاتا ہے اس میں ایک مخصوص تغیر واقع ہوتا ہے۔ مرکز نشیب دار (چمکی ہوا) ہو جاتا ہے اور محیطی حصہ اس کے گرد ایک ابھرا ہوا حلقہ بنا دیتا ہے۔ اس عمل کو آبلہ کی نافیشی (umbilication) کہتے ہیں۔ اگر آبلہ میں سوراخ کر دیا جائے تو مشمولہ محصل کی صرف ایک خفیف مقدار خارج ہوگی، اور بقیہ کا احتباس ان فاصلات (septa) کی وجہ سے ہوتا ہے جو آبلہ کو جداگانہ

۴۰ کہقوں یا خانوں (loculi) میں تقسیم کر دیتے ہیں۔ آبلہ کی نافیشی کے وقوع کے ساتھ اس کے مافیہ تقریباً ہمزان طور پر غیر شفاف ہو جاتے ہیں، اور بالآخر تقریباً جیسے دن (مرض کے آٹھویں دن) وہ بالکل رنجی ہو جاتے ہیں۔ آبلہ کے اندر کے اس تغیر کے دوران میں گرد و پیش کی جلد گلابی ہو کر اس کے گرد ایک التہابی ڈالہ بنا دیتی ہے اور اگر کہیں بہت سے قاحات ہوں، مثلاً چہرے پر، تو اس سے بہت کچھ نرم پیدا ہو جاتا ہے، جو اکثر اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ چہرے کی شناخت بالکل ناممکن ہو جاتی ہے۔ جلد اس تنیدہ (tense) اور الیم (tender) ہو جاتی ہے اور اسے کیٹھلیا

بھی اسی سبب سے اکثر بہت متورم ہو جاتی ہیں۔ تقیج کا درجہ دو یا تین دن تک قائم رہتا ہے اور پھر قاحات بند رہنے خشک ہو جاتے ہیں، مرکز سے شروع ہو کر اور بالآخر ایک بھور یا سیاہی مائل بھور اکھرنڈ (scab) بنا کر جو کئی دنوں تک چپکا ہوا رہتا ہے۔ بعض اوقات اس بخفیف (desiccation) یعنی خشک ہونے سے پہلے آبلہ سے کچھ پیپ کا اخراج ہوتا ہے، اور خشک ہونے کے ساتھ ساتھ چہرے اور دوسرے حصوں کا نرم رنج ہو جاتا ہے۔ بالآخر کھرنڈ اتر کر

رگ جاتا ہے اور ایک تاریک سُرخ داغ باقی رہ جاتا ہے، جو پہلے تو عام سطح سے قدر سے اُپر اٹھا ہوا ہوتا ہے لیکن چند ہفتوں کے عرصہ میں ایک مستحضر سپیدند بہ (scar) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ قاشحات چہرہ پر اور ہاتھوں کی پشت پر نہایت کثرت کے ساتھ ملتے ہیں، لیکن دھڑ اور جسم کے ٹوٹکے ہوئے حصوں پر نسبت کم ہوتے ہیں۔ بہت سے لوگوں کا خیال ہے کہ وہ جیسے جو ابتدائی احماری (erythematous) یا ششی (petechial) طفحات کا مقام رہے ہیں تو ان کی کم قابلیت رکھتے ہیں۔ ثوران کے یہ تمام درجے پہلے چہرہ پر واقع ہوتے ہیں اور پھر ایک دن کے بعد دھڑ اور اطراف پر پھیلنے کے برعکس ان حصوں میں جفیس خراش پہنچائی گئی ہو (مثلاً پلیسٹریا آلمہ خیزا دیہ) لگا کر، بہ کثرت قاشحات بننے کا امکان ہوتا ہے۔ قاشحات جلد تک محدود نہیں رہتے بلکہ مخاطی بھلیوں پر بھی ہوتے ہیں۔ وہ بالخصوص دہن اور سخت اور نرم نالو پر واضح طور پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن بوجہ اس متواتر رطوبت کے جو ان کو پہنچتی رہتی ہے جلد پر کے قاشحات سے مختلف خطکیں پیش کرتے ہیں۔ وہ شاید ہی تکمیل یافتہ قاشحات کی صورت میں نمایاں ہوتے ہیں، بلکہ صرف رادی باستیوں جیسے ارتعافات (اُبھار) ہوتے ہیں، جو خراشیدہ ہوجانے کا امکان رکھتے ہیں اور اوپر ہی تآکلالت (erosions) یا قروح بنا دیتے ہیں۔ زبان پر عموماً تہ چڑھی ہوئی ہوتی ہے اور وہ کم و بیش قاشحات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ اس کا جرم شاید ہی مہذب ہوتا ہے۔ حنجرہ کا تفرج بلکہ گرد و غصرونی التہاب (perichondritis) بھی واقع ہو سکتا ہے، اور یہ عمل انفی غشائے مخاطی تک پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ درم اور کھرنڈ بجانے کے باعث سانس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔

عام حالات۔ خفیف حالتوں میں ثوران کے ظہور کے ساتھ

ابتدائی تب (primary fever) واقع ہو جاتی ہے اور تپش بالکل طبعی درجہ تک پہنچ سکتی ہے، چنانچہ ایسے مریض جو ابتدائی تین دنوں میں اپنے گھروں میں ٹھہرے رہے ہوں، جب اپنے طبیب کے پاس یا شفا خانہ جاتے ہیں تو ان کے

سارے جسم پر بشور کثرت ہوتے ہیں لیکن وہ نسبتاً آرام محسوس کرتے ہیں اور ان میں نہ صرف تپ بلکہ درد سر، درد کمر، اور عام کسلی بھی لمبوجو دہنیں ہوتی۔

لیکن جب دانے پھپ (اور ہو جاتے ہیں تو تپ از سر نو آ جاتی ہے، جو ثانوی یا عین تپ (secondary or septic fever) ہوتی ہے، اور جاڑے کے ساتھ چرمتی اور تین سے چھ یا آٹھ دن تک قائم رہتی ہے۔ تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اپنے صر میں بیشتر متغیر (remittent) ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ بے خوابی، درد سر اور تہیان، اور نبض ۱۰۰ سے ۱۲۰ تک ہوتی ہے۔ جب کھرنڈ خشک ہونے لگتے ہیں اور جلد کا درم کم ہو جاتا ہے تو یہ سب شکایتیں پھر رفع ہو جاتی ہیں۔ کھرنڈ اترنے کے ساتھ بعض مریضوں کے بال بلکے، اخن تک گر جاتے ہیں۔

۱۔ اقسام۔ چیچک کی بہت سی ذیلی قسمیں کی گئی ہیں۔ مندرجہ ذیل وہ اقسام ہیں جو موجودہ زمانہ میں عموماً تسلیم کی جاتی ہیں:۔ (الف) معمولی یا غیر متستی (discrete) چیچک، جس پر مندرجہ بالا بیان کا بیشتر اطلاق ہوتا ہے (ب) غیر متستی چیچک کی ایک خفیف شکل، جو بعض دباؤں کی تیز خصوصیت ہے، (ج) ملتی (confluent) چیچک، (د) جھیش (malignant) چیچک، جو جلدی پر مبنی (purpura variolosa) جس کا پہلے ذکر ہو چکا ہے، (ه) ترنی (hemorrhagic) چیچک (variola hemorrhagica pustulosa) ترنی قاحلی جلدی = (و) تریم شدہ چیچک، اور (ز) تطعیمی (inoculated) چیچک۔

(ب) مندرجہ ذیل، مرض کی اس نہایت خفیف شکل کی خصمیتات ہیں جو گذشتہ تین سال کے دوران میں ڈی لینڈز (Midlands) میں پھیلا تھا۔ ڈر بی شاکر میں ۲۰۰۰ وارواتوں میں کوئی موتیں نہیں ہوئیں، علامات مندرجہ نہایت خفیف اور بعض اوقات غیر موجود تھیں۔ ان کا آغاز متعقی (insidious) تھا اور دو دسر، دوران سر اور اعضا شکستہ موجود تھی۔ ارتقاع پیش ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ سے ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک تھا۔ سابقہ طبعیات یا ترفات نہ تھیں اور انتہائی اضطراح (prostration) بھی نہ تھا۔ ماسکی ٹوران (focal eruption) ہمیشہ

تیسرے دن کے اختتام پر نہیں بلکہ بعض اوقات ابتدائی تسخیم الدم (primary toxæmia) کے فوراً بعد ظاہر ہوا اور ایک تہائی حالتوں میں وہ اس قدر تباہ و خراب سے ہوا کہ ابتدائی تسخیم الدم کے اختتام کے بعد ایک سے چار دن کا فاصلہ چھوڑ کر تیزی (virulent) جیچک کے نسبت دانے زیادہ مچوٹے اور زیادہ اوپری طور پر واقع ہوتے تھے، اور ان کا ارتقاء سریع تر تھا۔ وہ کال طور پر قاححات نہ بنے تھے، بلکہ خشک ہو کر کپڑا کے دانوں کی طرح ہوتے تھے۔ آبلے یک خانگی (unilocular) تھے۔ عموماً ثانوی تپ نہیں ہوتی تھی۔

(ج) (confluent small-pox) وہ شکل ہے جس میں توران بکثرت اور عام علالت متناظراً شدید ہوتی ہے۔ ابتدائی تپ نیز ہوتی ہے اور طبع کے ظاہر ہونے کے ساتھ تپش خفیف حالتوں کی طرح گر کر طبعی درجہ پر نہیں آتی۔ طبع جلد حتیٰ کہ تقریباً دوسرے دن ظاہر ہو جاتا ہے اور نہایت کثرت کے ساتھ نمودار ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قاححات چہرہ پر، جو سب سے زیادہ مآؤف ہوتا ہے، گنگان ہوتے ہیں، جلد بے انتہا متورم ہوتی ہے، اور درجہ تپش میں کئی قاححات باہم مل کر بے قاعدہ اور کم و بیش وسیع پیپ دار آبلے بنادیتے ہیں۔ ناک معلق اور حنجرہ کی مخاطی جھلیوں کی مآؤفیت نسبت بہت زیادہ ہمیشہ پائی جاتی ہے اور شدید ہوتی ہے۔ ثانوی تپ بھی تیز ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ بے انتہا اسطلاح تیز تپش، اور ہڈیاں اور کوماموجود ہوتے ہیں۔ پیچیدگیاں اکثر ہوتی ہیں اور زیادہ خطرناک ہوتی ہیں اور ہلاکت زیادہ ہوتی ہے۔ موت خشکی (exhaustion) یا شدید تپ (hyperpyrexia) یا تپخیم الدم (pyæmia) سے واقع ہوتی ہے۔

(د) خبیث جیچک (malignant small-pox) یا جلدی پڑھوا (purpura variolosa) جس میں ابتدائی اثر مائیس گھنٹوں کے اندر جلد میں نرف ہوتے ہیں، بیان ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 89) ایک دوسری قسم میں (e) نرفی رجحان بعد میں ظاہر ہوتا ہے۔ نوعی توران ظاہر ہو جاتا ہے اور پھر نرف بشوں کے اندر، یا اور بھی بعد قاححات کے اندر یا قاححات کے درمیان کی جلد کے اندر واقع ہوتا ہے۔

نٹسے (petechiae) اکثر پہلے اطراف زیرین پر واقع ہوتے ہیں۔ مخاطی جھلیاں بھی نزلات سے، یا غشائی چکیتوں سے مائل ہوتی ہیں اور ناک، پیچھے پھڑوں، گردوں یا رتھ سے جریان خون (bleeding) واقع ہوتا ہے۔ یہ حالتیں زیادہ تر تھلک ہوتی ہیں۔

(۵) ترمیم شدہ چیچک (modified small-pox) جو اکثر شدید ری نا (varioid) کہلاتی ہے، ان اشخاص میں ہوتی ہے جو جدرین رسانیہ ہیں لیکن جن میں یہ محدود طبیعت دراصل کم جدرین رسانی کی وجہ سے، یا مروز زمانہ سے اس کے اثر کے زوال کے باعث، نامکمل ہوتی ہے۔ اس کے اور پہلے بیان کی ہوئی غیر متقی چیچک (discrete variola) کی خفیف شکل کے درمیان کوئی واضح خط امتیاز نہیں قائم کیا جاسکتا۔ بعض اوقات ابتدائی تپ شدید ہوتی ہے، جس میں پیش بلند درجہ کی ہوتی ہے لیکن یہ مختصر عرصہ کی ہوتی ہے۔ ثانوی تپ نہایت خفیف ہوتی ہے، اور نوران محض نامکمل طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ اس میں عموماً شفا ہو جاتی ہے۔

(۶) جب چیچک کی قطعیم کی جائے (inoculated) تو دوسرے دن مقام علیہ پر ایک چھپسی (pimple) اٹھ اُتی ہے۔ یہ نہایہ ہو کر ایک آلبیہ قاحہ بن جاتی ہے۔ پھر مریض کو لرزہ چڑھتا ہے، اور بغلی غد و ستورم ہو کر کچھ تپ ہو جاتی ہے اور تقریباً گیارہویں دن چیچک کا معمولی نوران ظاہر ہو کر اپنے مدارج طے کرتا ہے۔ یہ عموماً خفیف ہوتا ہے، لیکن مرض متعدی اور کبھی کبھی تھلک ہوتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب بیشتر حسب ذیل ہوتے ہیں: پھوڑے

اور سرخبادہ (erysipelas)، التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) اور بعض اوقات تفتیحی التهاب قرنہ (suppurative keratitis) سے آنکھ کا آٹلاف۔ مزمن التهاب اذن (chronic otitis)، اور کان کی ہڈیوں کی بوسیدگی (caries)۔ نظام تنفسی میں التهاب شعبہ (bronchitis)، شعبنی ذات الریہ (broncho-pneumonia) اور ذات السنب (pleurisy)، اور متذکرہ بالا تغیرات حفرہ عصبی نظام میں ذیل کے عوارض واقع ہو سکتے ہیں: فالج نصفی (hemiplegia)، غالباً شریانی علیقت (arterial thrombosis)، یا التهاب دماغ (encephalitis) کی وجہ سے، التهاب

نخاع (myelitis) مختلف شکلوں میں، کبھی کبھی صلابت منتشرہ (desseminated sclerosis) اور التهاب اعصاب کثیرہ (multiple neuritis)۔

تشخیص۔ اس پر درجہ مرض کے لحاظ سے بہترین طور پر غور کیا جاسکتا ہے۔

۱۱۔ قبل الثوران درجہ (pre-eruptive stage) میں سر اور پشت میں شدید درد اور غصے ساتھ (جو چیچک کی امتیازی خصوصیتیں ہیں) لرزے کے وقوع سے انفلوئنزا، حادہ ریشیتہ (acute rheumatism)، درد کمر (lumbago) یا دوسرے حادہ امراض کا گمان ہو سکتا ہے۔ (۲) ابتدائی ثورانی درجہ (eruptive stage): ظلم کے زیریں جھتوں اور چٹوؤں میں منشی ثورات نہایت ممتاز خصوصیات ہیں لیکن جب نزفات زیادہ عمومی (جذری پر پیورا، purpura variolosa) ہوں تو پریپیورا (purpura)، عفونتہ الدم (septicæmia) اور نشوں (petechiæ) کے دوسرے اسباب (مثلاً مٹی قرمز یا اور غذائی سمیت) سے تفریق ضروری ہے۔

۱۲۔ حمزری ثوران کی قرمز یا اور کھسرا سے قریبی مشابہت ہو سکتی ہے۔ چیچک کا قرمز یا ثوران منقطہ (punctate) نہیں ہوتا اور اس کے ساتھ طلق کا التهاب بھی نہیں ہوتا۔

۱۳۔ حصبہ نما (morbilliform) ثوران کھسرا کے ثوران کی طرح ابھرا ہوا نہیں ہوتا اور چہرے پر شانازی ہوتا ہے۔ بعض اوقات آنشک بھی ویسا ہی ثوران پیش کرتی ہے

۱۴۔ بخوری درجہ کا نوعی ثوران، جو پہلے چہرہ پر نمودار ہوتا ہے اور اکثر دو دو تین تین کے گرد ہوں میں مجتمع ہوتا ہے، بخوری احمرار (papular erythema)، مثلاً بخوری کھسرا کے طغ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ (۳) آبل دار درجہ میں چیچک کو بخوری

۱۵۔ (chicken pox) سے (جسکا بیان آگے صفحہ ۴۵ پر ہے) اور داء الفطاع (pemphigus) سے متفرق کرنا چاہئے۔ (۵) قانچی درجہ میں وہ قانچی ایکڑ میا (pustular eczema) سے مشابہ ہو سکتی ہے۔ (۶) گھرنڈ بننے کے درجہ میں وہ موزن ایکڑ میا یا سکنی التهاب جلد (exfoliative dermatitis) سے مشابہ ہو سکتی ہے۔

۱۶۔ بالآخر اس امکان پر بھی غور کرنا ضروری ہے کہ کسی شخص کے نہایت حالی ہی میں چیچک سے پیدا ہو گئے ہوں اور اس سے ممکن ہے کہ خاندان کے دوسرے اراکین

میں ایک مہم جادو عارضہ کی نوعیت کا پتہ چل جائے۔ مریض کی تازہ سرگزشت کی تفتیش بھی بہ احتیاط کرنی چاہئے۔

انذار کا انحصار جدرین رسانی پر ہے۔ تقریباً دو تہ نام (شخص) جن پر جدرین رسانی کے بعد پہلے چند سالوں میں حملہ ہوا ہے، شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ بڑے برسوں میں کسی تحفظی عمل کا پتہ چلانا مشکل ہوتا ہے۔ پیشگی نثری قسم ہمیشہ ہلاک ہوتی ہے۔ معمولی مستحق چھچک کے مریضوں میں سے تقریباً ایک تہائی، اور غیر ملحق چھچک کے مریضوں میں سے ۵ سے ۱۰ فیصدی تک مر جاتے ہیں۔ تصبیح کی زیادتی طاقت کی سب سے زیادہ یقینی علامت ہے۔ نہایت خفیف وباؤں کی موجودگی بھی یاد رکھنی چاہئے۔

علاج عام اصول علاج وہی ہیں جو پہلے بیان کئے ہوئے ساری امراض کے لئے درج کئے گئے ہیں۔ مریض کو دو کمروں کی محافظت کے خیال سے علیحدہ رکھنا چاہئے۔ اُسے ایک بہت ہوادار کمرے میں بستر پر رہنا چاہئے، اور دودھ اور زود ہضم غذا کی وافر مقدار، اور نثرنگی بچھانے کے لئے ٹھنڈک پہنچانے والے مشروبات لینا چاہئے۔

جب چھچک ہلاک ہوتی ہے تو موت نہایت عام طور پر دانوں کے تصبیح کے باعث ثانوی نپ کے درجہ میں واقع ہوتی ہے۔ ۱۹۱۷ء میں قاہرہ کے ڈریئر (Dreyer) نے جو طریقہ ایجاد کیا ہے وہ شدید چھچک کے لئے بہترین علاج ہے۔ سارے جسم کی جلد پر روزانہ ۳ یا ۵ فیصدی پیرینگینٹ کا محلول ایک بار لگا دیا جاتا ہے۔ اگر جلد زیادہ حس پذیر ہو تو ۱۰ فیصدی طاقت کا محلول استعمال کریں۔ ملحق چھچک کی حالتوں میں بہترین یہ ہے کہ مریض کو پیرینگینٹ کے مغسل میں، جو جسمانی درجہ پیش پر ہوا یا ٹھنڈے کے لئے روزانہ دو بار رکھ دیا جائے۔ اگر یہ علاج جلد شروع کیا جائے تو یہ یقینی عمل کو کم کر دیتا، قروح (bed-sores) کے بننے اور عام عفونت کو روکتا، مریض کے آرام کو بڑھاتا، اور تہوار واروں کی ستر کے خطرے کو کم کر دیتا ہے۔ نیند لانے کے لئے افیون دی جاسکتی ہے۔ زیادہ

شدید حالتوں میں ہتھیجات (stimulants) آزادانہ طور پر دئے جائیں۔
 اگر ایکس جڈرین نارسانیدہ (unvaccinated) شخص چیچک کے خطرے
 میں آگیا ہو تو اس کی جڈرین ترقی فی الفور کر دینی چاہئے، کیونکہ یہ یقینی ہے کہ اس
 کارروائی سے مرض میں سیندرتزم کی جاسکتی ہے۔

جڈرین رسانی

(VACCINATION)

چیچک کی روک تھام - تطعیم (inoculation) اور جڈرین رسانی (vaccination)۔
 اس مشاہدے کے چیچک جب دو اہلہ کے مافیہد کی تحت انوکھ تطعیم
 سے منتقل کی گئی، ایک ایسا حملہ پیدا کر دیا جو اس حملہ کے نسبت جو قدر سے منتقل
 ہو خفیف تر تھا، اس مرض کی زیادہ خطرناک قسموں سے افراد کی حفاظت کے ذریعہ
 کے طور پر تطعیم کے استعمال کا رواج پیدا کر دیا۔ لیڈی میری ورتلی مانیگو (Lady
 Mary Wortley Montagu) نے اٹھارہویں صدی کے اوائل میں اس طریقہ کو
 انگلستان میں رائج کیا، اور ان کی مثال کی وسیع طور پر تقلید کی گئی۔ لیکن اس
 کارروائی میں ایک خطرناک نقصان موجود تھا۔ تطعیم کے ذریعہ سے داخل کی ہوئی
 چیچک، اگرچہ وہ خفیف ہوتی تھی، متعدد تھی، اور اس طرح انتشار مرض
 میں بلاشبہ مدد ملتی تھی۔ اس کا نتیجہ یہ ہوا کہ تطعیم بڑی سمجھی جانے لگی اور بالآخر
 اس کی جگہ جڈرین رسانی (vaccination) یعنی گاؤ چیچک (vaccinia or cow-
 pox) کی تطعیم نے لے لی، جسے پہلے ۱۷۹۶ء میں جینئر (Jenner) نے استعمال کیا۔
 اسے یہ تجربہ کرنے کا خیال اُن واقعات پر سے ہوا، جو شیر خانوں میں عرصہ
 دراز تک مشاہدہ میں آچکے تھے، یعنی یہ کہ گائیں تخفیف اور بالکھ کے ایک
 تاحی مرض میں مبتلا ہونے کی قابلیت رکھتی ہیں، جو اکثر اوقات اتفاقی طور پر

اُن کا دودھ دوشنے والے مردوں اور عورتوں میں منتقل ہو جاتا ہے اور یہ کہ یہ اشخاص بعد میں نقد یہ کئے ذریعہ یا تطعیم کے ذریعہ (جو اس زمانہ میں رائج تھی) چیچک سے حس پذیر رہتے ہیں۔ اسکے برعکس یہ مشاہدہ میں آیا کہ جن لوگوں کو چیچک نکل چکی تھی ان کو گایوں سے یہ مرض نہیں لگتا تھا۔ جیسے نئے مریضوں میں گائے چیچک کی تطعیم کی جس سے اُس کے مخصوص و مہلک اثرات پیدا ہو گئے۔ اور پھر اسے یہ معلوم ہوا کہ ان میں سے بعض مریض چیچک کے قشب سے حس ناپذیر تھے جس سے دوسرے جدرین نارسانیدہ اشخاص میں تمثیلی جدری پیدا ہو گئی۔ اس وقت سے اب تک چیچک سے محفوظ رکھنے میں جدرین رسائی کی قوت و افادت سے بہت کچھ ثابت ہو چکی ہے اور چونکہ دہرا ناپہاں میرے لئے غیر ضروری ہے۔

گائے چیچک آلوں کے مشہور لیمف (lymph) کی وساطت سے ایک آدمی سے دوسرے آدمی میں بار بار منتقل کی جاسکتی ہے اور ایسا کرنے میں لیمف کی مرض دو بارہ پیدا کرنے کی قوت اور چیچک سے محفوظ رکھنے کی قوت میں کوئی بڑی نمایاں کمی نہیں ہوتی۔ یہ بازو بازو جدرین رسائی ابتدائی زمانہ میں عام طور پر مستعمل تھی، اور کبھی کبھی اس سے آتشک اور دوسرے امراض بھی منتقل ہو جاتے تھے۔ اسی کا نتیجہ ہے کہ اب اس کی جگہ ایسے لیمف کے استعمال نے لے لی ہے، جو براہ راست ایک ایسے پچھڑے سے حاصل کیا جاتا ہے جس میں چیچک کے قشب کی تطعیم پہلے سے کر لی گئی ہو۔ اس لیمف کی ترویج میں کوپ مین (Copeman) کے یہ بتلادینے سے بہت آسانی ہو گئی کہ کیمیا کی طور پر خاص کلیسیرین کے ۵ فیصدی محلول آبی کے ساتھ گائے وزن چھ حصوں کے ساتھ پچھڑے کے لیمف یا آبلے کے گودے کا ایک حصہ خوب ملا دینے اور ازاں بعد اس آمیزے کو استعمال سے پہلے چند ہفتوں تک روشنی سے محفوظ کر دہ مہربند شعری انجوبات میں مذکور رکھنے سے کوئی نبقات بھیجہ (اسٹریٹو کاساکی) یا نبقات عنقود (اسٹائلو کاساکی) جو لیمف کے اندر موجود ہوں [بلکہ اگر ٹیوبرکل بیسی لائی (عصبیات درتیدہ) داخل کر دے جائیں تو وہ بھی] بالکل تلف ہو جاتے ہیں۔ پچھڑے کے کلیسیرین آمیز لیمف (glycerinated calf lymph) کا استعمال ۱۸۹۵ء کے قانون جدرین رسائی (Vaccination Act) میں جائز تسلیم

کر لی گیا۔

شریعیہ جدیرین رسانی۔ علیہ کے لئے جو حصہ منتخب کیا جاتا ہے وہ عموماً

بائیں بازو کی بیرونی جانب، عضلہ دالید (deltoid muscle) کی مٹھا کے قریب کا ہوتا ہے۔ جلد پہلے اچھی طرح دھو کر عقیقہ بنالی جاتی اور بائیں ہاتھ سے تان لی جاتی ہے۔ جدیرین کچھ کا لگا کر یا کھرج کر داخل کی جاسکتی ہے۔ اگر اول الذکر طریقہ سے داخل کی جاتی ہے تو وہ عقیقہ نشتر (lancet) جو ششہی انبوہ سے لیف زدہ کر لیا جاتا ہے، تین چار یا پانچ مقامات پر، جو لے سے لے اچھٹک کے فاصلہ پر جوتے ہیں، ترچھے رخ میں داخل کیا جاتا ہے، تاکہ لیف کا داخل ممکن ہو تو خون نکالنے بغیر یقینی طور پر ہو جائے اگر جلد بہین آخر الذکر طریقہ سے (یعنی کھرج کر) داخل کی جاتی ہے تو منجملہ مقامات کی جلد ایک عقیقہ نشتر سے دو یا تین سمتوں میں کھرج دی جاتی ہے، کچھ خون نکلا ہو تو اسے پوشیدہ دیا جاوے اور لیف کو مسل کر اندر داخل کر دیا جاتا ہے یا پہلے ہر مقام پر لیف کا ایک ایک قطرہ رکھ کر جلد کو اس میں سے کھرج دیا جاتا ہے۔ لیف خشک ہو جانے کے بعد ان نشانات پر کلوڈین (collodion) لگا دیا جاتا ہے، لیکن بعد میں جب آبلہ اٹھ آئے تو نسل بورک (borie lint) کی ایک گڈی لگا دی جی چلتی ہے۔

انگلستان کے قانون کے رو سے لازم ہے کہ تمام بچوں کی جدیرین رسانی چھ مہینے کی عمر سے پہلے کرانی چاہئے، یا ششہا راس کے کہ والدین میں سے کوئی ایک یہ طبی صداقت نامہ پیش کر دے کہ بچہ یہ علیہ کرانے کے نا قابل ہے یا اپنے شہری ایتقان کا ایک قانونی بیان پیش کرے کہ اس کا والد کو وہ بچہ کی صحت کے لئے مضرت خیال کرتا ہے۔ یہ بتلادینا ضروری ہے کہ آج کل اس امر کے متعلق کچھ چیک کی روک تھام کے لئے جدیرین رسانی کو کیونکر استعمال کرنا چاہئے، دور آئیں ہیں۔ ایک رائے شیر خواروں کی جدیرین رسانی کی اہمیت پر اصرار کرتی ہے، اور ساتھ ہی اس پر بھی کہ حتی الامکان وقتاً فوقتاً باز جبہ رین رسانی (re-vaccination) کی جائے اور یہ کہ جو افراد چھک کے کسی مریض سے متما س ہوئے ہوں ان کی جدیرین رسانی کی جائے۔ دوسری رائے شیر خواروں کی جدیرین

رسانی کو اس وقت تک غیر اجماع سمجھتی ہے جب تک کہ متکاسین (contacts) کی جدرین رسانی عمل میں لائی جا رہی ہو۔ اول الذکر اسے زیادہ وسیع طور پر انتیبا ر کی گئی ہے، اور اس کا اختیار کرنا محفوظ تر ہے۔

انسان میں جدرین رسانی۔ جب سکا کو چھچک کے آبلے سے نکلنے

ہوئے لف کی تطہیم انسانی جلد کے نیچے کی جاتی ہے تو دوسرے یا تیسرے دن کے اختتام تک کچھ نہیں ہوتا، اور پھر مقام تطہیم پر ایک بشرہ (papule) نمودار ہو جاتا ہے۔ یہ جسامت میں بڑھتا ہے اور چوتھے یا پانچویں دن ایک آبلہ بن جاتا ہے جو بڑا ہو کر ایک گول پتھار (bleb) بنا دیتا ہے، جو پھیلائی مرکز میں کسی قدر نشیب دار اور رنگ میں پیچیکا راوی ہوتا ہے۔ آنسو یا نوں دن اس کے مابینہ پیپ دار ہونا شروع ہوتے ہیں، اور اس کے گرد التهاب کا ایک گلابی منطقتہ بن جاتا ہے۔ آبلہ زیادہ غیر شفاف بن جاتا ہے، سرخی و وسعت میں بڑھتی ہے، اور اس کے ساتھ صلابت (induration) بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ منسلکہ لکھی خد و متورم اور الیم ہو جاتے ہیں، اور اس وقت خفیف درجہ کا بخار اور کسندگی (malaise) موجود ہوتی ہے۔ تقریباً دسویں یا گیارہویں دن قاسحہ (pustule) خشک ہونا شروع ہوتا ہے، اور آئندہ چند دنوں میں ایک بھورا کھرنڈ (scab) بن جاتا ہے۔ گرد و پیش کا التهاب دفع ہو جاتا ہے، اور تقریباً تیسرے ہفتے کے اختتام پر پھچکا آرتا جاتا ہے اور ایک نشیب دار، گڑھے دار اور مستقل ندبہ (scar) رہ جاتا ہے۔

حالتوں کی بڑی اکثریت میں جدرین رسانی کامل طور پر بے ضرر طریقہ عمل ہے، لیکن کبھی اتفاقی حادثات بھی مشاہدہ میں آتے ہیں۔ جدرین رسانی کے زخم پر سرخیبادہ (erysipelas) کا حملہ اسی طرح ہو سکتا ہے جس طرح کہ دوسرے زخموں میں اتفاقی سرایت کی وجہ سے، اور گنگرین نہایت شاذ صورتوں میں واقع ہوتی ہے۔ اب اس میں بھی شبہ نہیں ہو سکتا کہ انسانی جدرین لف سے آتشک مثلث ہو سکتی ہے، گو وہ برہنہ آنکھ سے بالکل صاف اور خون سے ہٹا نظر آئے۔ لیکن پھچکے کے لف کے استعمال سے یہ خطرہ بلاشبہ دور ہو گیا ہے۔ اگر انسانی

رشتہ کام میں لایا جائے تو یہ معلوم ہوتا چاہئے کہ اس کو ہم پہنچانے والا بچہ مرض کے ہر خطرہ سے بُتر سے اور تندرست والدین سے پیدا ہوا ہے۔ اس کے برعکس یہ علیحدہ اُن بچوں پر بالکل نہیں کرنا چاہئے جن کا جسمانی تقدیر خراب ہو یا جو ایک کورینا (eczematous) یا دوسرے خورانات میں مبتلا ہوں، یا سستیا اور دباؤی زمانوں کے، جبکہ چیچک کے خطرہ کے مقابلہ میں موجودہ خرابی صحت میں زیادتی کا امکان ہر لحاظ سے بے حقیقت ہو سکتا ہے۔

ذرا ت صحت کی تمام اطلاع کی رو سے اُن ۳۶۶۶۸۹۷ ابتدائی جد رین رسانیوں میں سے جو ۱۹۱۱ء کے عرصہ میں ہوئیں، اور اُن کے عداقت ناجبات موت جد رین رسانی سے متعلق تھے۔ یہ تمام موتیں جد رین رسانی کے باعث نہیں تھیں۔ بعض حالتوں میں جد رین رسانی کا عمل موت سے تھوڑے عرصہ پہلے کیا گیا تھا، جو دوسرے امراض، مثلاً کہسرا، شعلیتی ذات الریہ وغیرہ کے باعث واقع ہوئی۔

بعض اوقات خاطمی کا و چیچک (aberrant vaccinia) کی وارداتیں مشاہدے میں آتی ہیں۔ دودھ دھونے والوں کے ہاتھوں پر دودھ دھونے وقت تطہیم واقع ہو سکتی ہے، اور کوف کے دیکھے ہوئے ایک مریض میں قرینہ (cornea) میں تطہیم ہو جانے سے ایک آنکھ اندھی ہو گئی۔ بازوؤں پر معمولی جد رین رسانی کے بعد انفرادی حالتوں میں ثانوی چیچک تلوں، زبان، نوزتیں، پپوٹوں وغیرہ پر ہوتا بیان کی گئی ہے۔

اعادہ جد رین رسانی (revaccination)۔ پہلی جد رین رسانی

کس حد تک کارگر ہوئی ہے اس کا اندازہ عموماً ندبات (scars) کی تعداد اور گہرائی سے کیا جاتا ہے، اور دباؤی زمانوں میں ہلکے حالتوں میں ندبات کی تعداد اور ہلکے وارداتوں کی فیصدی تعداد کے درمیان ایک معکوس نسبت ظاہر ہوتی ہے، یعنی چار ندبوں والی حالتوں میں ہلاکت سب سے کم، ایک ندب والوں میں اس سے زیادہ اور سب سے زیادہ اُن میں تھی جن کا جد رین رسانی نہ ہوتا۔ بیان تو

کیا گیا لیکن جن میں کوئی نمایاں ندبہ بالکل موجود نہ تھا۔ لیکن بہرحال جدرینِ رسائی کا اثر محفوظ صرف ایک محدود مدت تک قائم رہتا ہے، جو غالباً بارہ سے پندرہ سال تک ہوتا ہے۔ اس طرح یہ قرین مصلحت ہے کہ ہر شخص کی جدرینِ رسائی پھر پچیس یا اسی سال کے بلوغ میں کی جائے، اور اس کے بعد اگر چھپک (revaccination) کے نتائج اس اثر کے کم ہونے کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل ناکامیاب ہو، یا محض بخوڑی سی مقامی خراش پیدا کر دے، یا ممکن ہے کہ وہ ایک مثیلی آبلہ پیدا کر دے۔

موتیاسیتلا یا کنکر چھتر

(Chicken-pox)

جدیری

(varicella)

جدیری، موتیاسیتلا یا کنکر چھتر ایک نوعی ساری مرض ہے، جو آبلوں کے ایک ٹوران سے ممتاز ہے۔ یہ عموماً بچوں میں ہوتا ہے، لیکن شیرخواروں اور بالغوں پر بھی حملہ آور ہو سکتا ہے۔ اس کا تعدیہ ہوا سے یا کپڑوں سے منتقل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ آبلوں کی پیپ اور کھرنڈوں سے بھی، کیونکہ اس کی تطہیم کامیابی کے ساتھ کی گئی ہے۔ ایک حملہ ساعت پیدا کر دیتا ہے، کیونکہ دوسرا حملہ اسی شخص میں بالکل شاذ ہوتا۔ گو یہ اکثر چھپک کے ساتھ غلط طوط کر دیا گیا ہے (یعنی غلطی سے اسے چھپک سمجھ لیا گیا ہے) لیکن یقیناً یہ ایک مختلف مرض ہے: جدرینِ رسائی (جدیری موتیاسیتلا) سے نہیں محفوظ رکھتی، نہ جدیری چھپک سے۔ جدیری اور نملہ نطاتی (herpes zoster) کا ایتلاف (ساتھ ہونا) اکثر مشاہدہ میں آیا ہے

لیکن ان کے درمیان کا تعلق اتنا کم غیر واضح ہے۔ زمانہ حضانت تقریباً دو ہفتہ ہے لیکن اتنا کم کہ دس دن یا اتنا طویل کہ انیس دن ہو سکتا ہے۔ دوران پہلے گلابی رنگ کے وجوں یا شور پر مشتمل ہوتا ہے جن پر بارہ یا چوبیس گھنٹوں میں آبلے بجاتے ہیں۔ یہ عموماً تینید (tense)، نیم کروئی، اور قطر میں پٹ سے لے کر انچ تک ہوتے ہیں۔ ان کے اندر کا سیال پہلے صاف اور بے رنگ ہوتا ہے، لیکن جلد ہی اوپر پتھر کے رنگ کا یا دودھ جیسا ہو جاتا ہے اور پھر ہلکا سا سرخ کر ایک زرد یا سمورا کھرنڈ بن جاتا ہے جو چند روز تک چپکار رہتا ہے اور پھر خفہ ہو جاتا ہے اور پھر ایک گلابی داغ باقی رہ جاتا ہے۔ کامل طور پر بنا ہوا آبلہ ایک انتہائی منطقتہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جو آبلہ کے خشک ہونے پر دفع ہو جاتا ہے۔ یہ آبلے چھبک کی نسبت زیادہ اوپری اور کم خانہ دار ہوتے ہیں۔ بعض آبلوں کے بعد منحنضہ دگرگتے دار ماند بے (cicatrices) باقی رہ جاتے ہیں لیکن ان کی تعداد کبھی زیادہ نہیں ہوتی۔

مولہ کا زمانہ عمومی قاتل سے ظاہر ہوتا ہے جو عموماً نہایت خفیف ہوتا ہے ایک بھیلہ ہوا یا چمکتی دار ارموار (erythema) اصلی لٹخ سے پہلے نکل سکتا ہے لیکن یہ طبع چوبیس گھنٹے کے اندر ظاہر ہوتا ہے۔ یہ سب سے پہلے سینہ پر نمودار ہوتا ہے اور نہایت عام طور پر وہیں دیکھا جاتا ہے، لیکن چہرہ، دھڑا، اور حواس بھی ہونے لگتے ہیں۔ یہ دھبے زیادہ کثیر التعداد نہیں ہوتے، لیکن ابتدائی طور کے بعد تازہ دھبے دو یا تین دن تک رہتے رہتے ہیں اور عموماً یہ تعداد میں پچاس سے ۲۰۰ تک ہوتے ہیں۔ چند آبلے دہن، تالو اور لبوں کی مخاطی جھلی پر بھی بیٹتے ہیں آبلوں سے پہلے جو کچھ تب ہوتی ہے وہ چند گھنٹوں یا دو تین دن تک جاری رہتی ہے اور عموماً ۱۰-۱۲ درجہ سے اوپر نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ ۱۰-۱۲ درجہ تک پہنچ جائے گردن کے لمبی غد بڑھے ہوئے ہو سکتے ہیں۔ موت نہایت شاذ واقع ہوتی ہے لیکن نیتہیت ہمیشہ سریع نہیں ہوتی۔

گنگرینہتی جدیری (varicella gangrenosa) میں بعض آبلے جانت میں بڑھکر، متفحج ہو کر سرخی مائل بخور سے یا کالے کھرنڈ بنا دیتے ہیں، جبکہ نیچے جلد کا اعتمات پیدا ہو جاتا ہے، اور بالآخر یہ دور قروح چھوڑ دیتے ہیں، جن کی

کورس صاف کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔ بچہ بہت بیمار ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ موت واقع ہو جائے۔ جہابی جلدیری (varicella bullosa) میں معمولی آبلوں کے علاوہ بڑے بڑے جہایات (bullae) بھی پائے جاتے ہیں۔

ایسی وارداتیں مندرج ہوئی ہیں جن میں قانچوں کے اندر اور گردا گرد نیز جلد کے دوسرے مقامات پر اتزف واقع ہوا ہے، اور ناک، داس، مہبل (vagina) اور صفا ستیم سے خون کا میلان، اور مصلی جھلیوں کے نیچے نمشے (petechiae) پائے گئے۔ ان میں سے بیشتر حالتیں بالآخر تھلک ثابت ہوئیں۔

جدیری کا علاج۔ بچوں کو ملحدہ کر دینا چاہیے، لیکن بستر پر رہنے کی اکثر ضرورت نہیں ہوتی۔ صرف اتنی ہی ضرورت ہوتی ہے کہ غذا ہلکی دی جائے اور آنتوں پر توجہ دی جائے۔

چیچک اور موتیاسیتلا کی تفریقی تشخیص۔ بعض اوقات

موتیاسیتلا کو ترمیم شدہ چیچک سے شناخت کرنا مشکل ہوتا ہے اور آخر الذکر کی وباؤں کے زمانہ میں موتیاسیتلا کو واجب الاطلاع قرار دینا مناسب معلوم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴) انا کہ چیچک کی کوئی واردات انفرادی سے نظر انداز نہ ہو جائے۔ چونکہ ان دونوں حالتوں کی تفریقی تشخیص تپوں کی تشخیص میں ایک نہایت اہم امر ہوتی ہے، لہذا یہاں اس پر کسی قدر تفصیل کے ساتھ بحث کی گئی ہے۔ نیز ملاحظہ ہو چیچک کی تشخیص (صفحہ ۴۱)۔ سب سے پہلے مریض کا معائنہ خوب اچھی روشنی میں کرنا چاہئے اور مریض کے کپڑے اتر دیا کر اور ڈھانکنے کے لئے ایک کمبل استعمال کر کے اس کی جلد کا جتنا زیادہ حصہ ممکن ہو بیک وقت دیکھنا چاہئے۔

ڈان کلین (Wanklyn) (۲) کا رائے ہے کہ سریری کا مظاہرہ کے چار تہائی اہم گروہ حسب ذیل ہیں:-

(۱) انبطاح (prostration)۔ یہ عموماً چیچک کی ایک قابلِ امتداد

امارت (sign) ہوتا ہے جیسا کہ اس پر طبع کی گئی ہے۔ اگر طبع بکثرت موجود اور اس سے پہلے انطباع یا نکل غیر موجود ہو تو یہ چھپک کے بہت خلاف ہے۔

(۲) طبع کا پھیلاؤ سب سے زیادہ اہم ہے۔ بکلیک میلارڈ

(Killick Millard) (۳) حسب ذیل لکھتا ہے: "دراستہ اور گردن کو نظر انداز کر دے۔ (۲) باقی ماندہ جسم کو (الف) دھڑ اور (ب) جوارح میں تقسیم کر دے۔ پھر اگر بہ احتیاط شمار کرنے پر اضرار (دانے) جوارح پر زیادہ کثیر التعداد ہوں تو مرض تقریباً یقینی طور پر چھپک ہے۔ لیکن اگر دانے دھڑ پر زیادہ کثیر التعداد ہوں تو مرض تقریباً یقینی طور پر موٹیاسیتلا ہے۔ یہ سچ ہے کہ چند حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں اضرار دانے اتقریباً مساوی طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اور اس ضمن سے کہ اگر کوئی غلطی بھی ہو تو اس کے نتائج نسبتاً زیادہ خطرناک نہیں، یعنی یہ کہ گو مرض موٹیاسیتلا ہی ہو مگر پھر بھی اس پر چھپک ہی ہونے کا شبہ کیا جائے بجائے اس کے کہ اصل کے برعکس سمجھا جائے۔ اس طریق شناخت میں اتنا اضافہ کر دینا بہتر ہے کہ سرینوں اور شانوں کو بھی جوارح کا حصہ شمار کر لیا جائے، اگرچہ میں یقین کرتا ہوں کہ اگر اس طریق شناخت سے صحیح نتائج اخذ کرنا مقصود ہو تو ان غلطیوں کو دھڑ کے ساتھ شمار کرنا چاہئے"

(۳) تجزیہ یا جلد کے اندر گہرائی تجدیری میں بثور اوپری ہوتے ہیں اور چھپک میں گہرے جلد کے زیادہ اہم حصوں جیسے کہ بٹوں، سینہ یا پہلوؤں، پر واقع ہونے والے اضرار پر غور کرنا یا مخصوص مفید ہے۔ جلد کے اندر اضافی گہرائی ایسے مقامات پر زیادہ آسانی کے ساتھ محسوس ہو جاتی ہے اور انگلی اور انگوٹھے کے درمیان جلد کا ایک ڈھیلا ڈھراؤ ٹٹول کر پھیلانے سے۔

(۴) بتنگلی۔ اس سے یہ مراد ہے کہ چھپک کا طبع ایک معین شرح

سے ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ تجدیری (varicella) کے بثور چند گھنٹوں کے اندر آبلے بجاتے ہیں، اور یہ نقص (vesiculation) جو بیس اور زیادہ سے زیادہ آرٹائیس گھنٹوں میں اتمام کو پہنچتا ہے اور ان کے مایہ گندے رنگ کے ہوتے ہیں اور شانہ ہی حقیقتہً ری می یا پیپ وار ہوتے ہیں۔ آغاز طبع کے بعد

سے دو یا تین دن میں دانے خشک ہو جاتے ہیں چھپک میں شور کا قطعہ بہ ادیتا ط امتحان کرنے پر عموماً اڑتا نہیں گھسنوں کے بغیر نظر آتا ہے۔ وہ پھیل پر پہنچنے سے پہلے اور چار روز قبل تک ہے۔ شدید چھپک میں تقریباً تمام دانے متفجّر ہو جاتے ہیں لیکن یہ تغیر طغ کے چھ دن تک پھیل کو نہیں پہنچتا۔ ترمیم شدہ چھپک میں نسبتاً تھوڑے دانے ہی قائم رہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سارا طغ واقعی یا نیم قائم درجہ میں دب جائے۔ اگر طغ شوری ہے اور تین یا چار دن تک ایسا ہی رہے تو وہ چھپک نہیں ہو سکتی چھپک کی نثرنی حالت کی تشخیص اکثر شوری طغ کے نمودار ہونے سے ہو جاتی ہے۔ یہ الفاظ دیگر اس کا اعادہ یوں کیا جاسکتا ہے کہ چھپک کا طغ نمایاں ہو کر پختہ ہوتا ہے۔

دوسرے خصائص جو گزشتہ زمانہ میں چھپک کو جدیری سے تمیز کرنے میں کام میں لائے جاتے تھے وہ اب عام طور پر اس مقصد کے لئے بہت کم مفید سمجھے جاتے ہیں۔ وہ حسب ذیل ہیں: چھپک میں دانے پھترے جیسے (shotty) ہوتے ہیں اُن میں نافثنی (umbilication) ہوتی ہے اور متعدد خانے (multiloculation) ہوتے ہیں، یہ دانے پھیلیوں، نکوؤں یا ناؤں پر ہوتے ہیں۔ ایک معین رقبہ میں اُن کا نمونہ ہوتا ہے، لیکن جدیری میں دانے کسی مخصوص رقبے میں نکلوں کی صورت میں (in crops) نمودار ہوتے ہیں۔

کن پھیڑ (لکاف)

(Mumps)

نوعی التهاب کفیفہ

(specific parotitis)

کن پھیڑ ایک نوعی متعدی مرض ہے جس کا اصلی ضررندہ کفیفہ (parotid gland) کا التهاب ہے۔

یہ بیشتر بچوں اور نوجوانوں میں ہوتا ہے۔ کم عمر شیر خوار، نیز زیادہ عمر والے لوگ زیادہ شاذ مہلک ہوتے ہیں۔ اُنات کے نسبت ذکور زیادہ حس پذیر ہوتے ہیں۔ اس کا کوئی دقیق عضو یہ شناخت نہیں ہوا ہے، لیکن معلوم ہوتا ہے کہ اس کا قشب التهاب رمد التهاب (poliomyelitis) کے قشب کی طرح تغیر پذیر ہے، اور مرض ذہن گنبد سے حاصل شدہ مصل کا اشتراک بندر کے غدہ کفہ میں کرنے سے ایسے علامات پیدا ہوئے ہیں جن کا کن پھیلا کے علامات سے مقابلہ کیا جاسکتا ہے۔

علامات۔ زائد حسانت چودہ سے پچیس دن تک ہے اور بیشتر اوتار نہیں، مہس، یا اکیس دن ہوتا ہے۔ ابتداً مرض ایک یا دو دن تک کسی قدر کسلندی سے ظاہر ہو سکتی ہے، لیکن اکثر پہلی علامت ایک جانب کے جڑ سے اور گال میں درد اور سختی کا احساس ہوتی ہے۔ پھر گین گوش (lobule of the ear) کے عین نیچے دم ہو جاتا ہے، جس سے وہ باہر کے طرف ہٹ جاتی ہے، اور جڑ سے اور زائدہ کفہ کے درمیان کا قشب پُر ہو جاتا ہے۔ پھر دم اور نیچے کو جڑ سے کے قشر (ramus) کے نیچے پھیلا کر تحت اللسانی (sublingual) و تحت لکڑ (submaxillary) غدہ کو مآؤف کر سکتا ہے۔ ایک یا دو دن کے بعد دوسرے جانب کے غدہ مآؤف ہو کر سارے جڑ سے کے گرد ایک جانب سے دوسرے جانب تک، ایک حلقہ سا بنا دیتے ہیں۔ یہ دم پھیکے رنگ کا، چمکدار، قوام میں گندھے ہوئے آٹے جیسا (doughy) اور تھوڑے سے الیم ہوتا ہے۔ لیکن تنج شاذ ہی ہوتا ہے۔ اندر کی طرف لوزمین اور علقوم کسی قدر متورم ہوتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دانت بڑی مشکل سے جھدائے جاسکتے ہیں اور نصف انج یا اس کے قریب سے زائد نہیں جھد ہو سکتے۔ چبانے اور نگلنے میں بہت درد ہوتا ہے، جڑ سے کی حرکت میں دشواری درد (darting pain) ہوتا ہے، جو کچھ عرصہ تک رہتا ہے۔ افزا رقی طبعی، یا بڑھا ہوا، یا گھٹا ہوا ہو سکتا ہے۔ بخار معتدل درجہ کا ہوتا ہے اور عیش اکثر ۱۰۲ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ خون میں لمفی خلیوں (lymphocytes) کی اضافہ اور مطلق زیادتی ہو جاتی ہے اور یہ حالت چودہ دن تک قائم رہتی ہے۔ دم

سات سے دس دن تک رہتا اور بہت سی جگہ کم ہو جاتا ہے اور مرض عموماً تین ہفتوں کے اندر بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی اس غذا کے ادیر کی جلد متفشر (desquamated) ہو جاتی ہے۔ کن پھیر کی ایسی حالتیں بھی بیان کی گئی ہیں جن میں صرف تحت انگلی غذا مٹاؤں ہوئے ہیں۔

پیچیدگیاں۔ بعض اوقات کن پھیر کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عین اس

وقت جبکہ التهاب کفیفہ کم ہو رہا ہے یعنی تقریباً ساتویں یا آٹھویں دن التهاب خصیہ (orchitis) واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ التهاب اس سے پہلے یا بعد میں بھی ہو سکتا ہے، بلکہ ممکن ہے کہ التهاب کفیفہ سے پہلے ہو جائے۔ یہ ۲۰ تا ۳۰ فی صدی ذکور مریضوں میں ہوتا ہے اور لڑکوں کے نسبت بالغوں میں زیادہ عام ہے۔ یہ عمل پہلے برنج (epididymis) میں شروع ہو کر خصیہ متورم ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبقتہ غدہ یہ (tunica vaginalis) کے اندر انصباب (effusion) اور صفحہ (scrotum) کا اڈیا واقع ہو جائے۔ اس کے ساتھ در اور الیٹ اور تپش کی زیادتی ہوتی ہے، جو ۱۰-۱۲ اور جب تک پہنچ سکتی ہے اور شاذ صورتوں میں نہ بیان ہوا ہو جاتا ہے۔ یہ التهاب چند روز میں کم ہو جاتا ہے لیکن ممکن ہے کہ اس کے بعد مستقل ذبول ہو جائے۔ اور بھی زیادہ شاذ و نادر ہوا جاتی ہے التهاب خصیہ متورم ہے۔ عورتوں میں پرستان مہتب ہو سکتی ہیں (التهاب پرستان = mastitis) یا بیرونی تناسلی اعضا متورم ہو جاتے ہیں، اور شاذ صورتوں میں بیضیں (ovaries) الیم ہوتے ہیں۔ التهاب پرستان لڑکوں میں بھی دیکھا گیا ہے۔ التهاب بالقراس (pancreatitis) بھی مرقوم ہے، جو عموماً پہلے مہتہ کے آخر میں واقع ہو کر دو سے سات دن تک قائم رہتا ہے۔ لیکن اس کا، التهاب کفیفہ سے پہلے ہونا بھی معلوم ہوا ہے۔ وہ برصہ (epigastrium) اور بائیں مرائی خطے (hypochondrium) میں درد الیٹ اور ورم سے اور ارتفاع حرارت، متلی، تھک، اور کبھی اہمال، یا براز کے ساتھ چربا خارج ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ سریع الزوال ذیابیطس بھی بیان کی گئی ہے۔ التهاب مہتہ (meningitis) التهاب عصب بصری (optic neuritis) التهاب

اورن (otitis) التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) بصلی شلل (bulbar paralysis)، التهاب درون قلبہ (endocarditis) اور التهاب گردہ (nephritis) اس کے شاذ و نادر امراض ہیں۔

نکس پھیپھڑوں میں منتشر مکی تعبیر ریتی غد کی برن جو فیزیکی یا نفسی بابت کی مصلی اور نادی التهابی در زیر مش ہے۔

تشخیص میں کوئی وقت نہیں پیش آتی اور انداز مساعد ہوتا ہے۔

علاج۔ مریض کو ایک کمرے میں رہنا چاہیے۔ یقین کیا جاتا ہے کہ بستر پر لیٹے رہنے سے پیچیدگیاں پیدا ہونے کی قابلیت کم ہو جاتی ہے، بالخصوص مردوں میں التهاب خفیہ کے متعلق۔ غذا منع شکل میں دینی چاہئے۔ مقامی طور پر تنکید (fomentation) اور انیون اور پلا ڈونا (belladonna) کے متاد سے عموماً آرام معلوم ہوتا ہے۔ اور ایک دافع عفونت غسل فنی (mouth-wash) کا جس میں بورک ایسڈ شامل ہو، بار بار استعمال کرنا چاہئے۔ داخلی طور پر پوٹاشیم سائٹریٹ (potassium citrate) یا پوٹاشیم ایسیٹاٹ (ammonium acetate) کی خفیف مقداریں مریض کے لئے فائدہ بخش ہو سکتی ہیں۔

کالی کھانسی

(Whooping-cough)

سعال دیکھی۔ شہقہ

(pertussis)

کالی کھانسی ایک مرض ہے جسکی متمیز خصوصیت ایک مخصوص قسم کی تشنجی کھانسی ہے، جسکے بعد ایک لمبا کھینچا ہوا شہق (inspiration) تقریباً مسدود و مزار

کے راستہ سے گل میں آتا ہے جس سے ایک مرغی کی آواز (crowing noise) یا چوپ (whoop) پیدا ہو جاتی ہے۔

یہ ایک شدید بیماری ہوتی ہے جس میں عام طور پر کسی قدر قریبی تماس کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی بظاہر کپڑوں اور کبھی یقینی طور پر بساق (sputum) سے منتقل ہوتی ہے۔ بچے اس سے بہت جیس پذیر ہو جاتے ہیں اور بیشتر اشخاص کو یہ مرض اول عمر میں ہوتا ہے، لیکن بالکل شاذ طور پر اسکا بالغوں پر بھی حملہ ہوتا ہے۔ امراض طفلیہ (exanthems) کے نسبت اس کا دو سراحطہ ایک ہی مریض میں اور بھی زیادہ شاذ ہے۔ یہ ایک اور آٹھ سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہے اور لڑکوں کے نسبت لڑکیاں اس میں زیادہ مبتلا ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ یہ دبائی صورتوں میں واقع ہو کر قتی ہے، لیکن اس امر کی زیادہ شہادت موجود نہیں ہے کہ آب و ہوا یا موسم اس کی وبا کا باعث ہوتا ہے۔ اکثر مشاہدہ کیا گیا ہے کہ کالی کھانسی کی وبا کھسر کی وبا کے بعد فی الفور واقع ہوتی ہے۔

امراضیات - ۱۹۰۶ء میں بورڈے (Bordet) اور گینگو

(Gengou) نے ایک عقیدہ بیان کیا جو تقریباً عقیدہ انفلوئنزا (bacillus influenzae) کی جراثیم کے برابر لیکن اس سے نسبتاً کم اور زیادہ موٹا اور خالص کاشت میں کسی قدر مشابہت رکھنے والا تھا۔ اسے انہوں نے مرض کے ابتدائی درجوں میں اس نزع مخاط کے اندر بہترین طور پر دیکھا جو نسبتاً چھوٹی نالیوں کے اندر سے بذریعہ نفث خارج ہوا تھا اور اس میں وہ تقریباً خالص کاشت کی صورت میں تھا۔ لیکن وہ اکثر دوسرے انفلوئنزا عصیوں کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ وہ اب میلیس پریش (R. pertussis) کہا جاتا ہے۔ نیتھ مریضوں کا مفصل رموی اس عقیدہ کا الزام کرتا ہے اور اس کے ساتھ شش کی تعامل کا انحراف ظاہر کرتا ہے۔ اس سے تیار کردہ ہندریات اس مرض کے عمر پر مفید اثر ظاہر کرتی ہیں (Freeman)۔ اگرچہ کھانسی اس اخراج کے باعث ہوتی چاہئے جو عضو یوں سے پیدا ہو جاتا ہے، تاہم چوپ (whoop) کی توجیہ اس قدر آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے کہ وہ ہزار

کے تشنجی انداد سے پیدا ہوا کرتی ہے، لیکن اس کی تو جیسے غائبانہ احوال العورت (cords) کے انفعالی تقریب (passive approximation) سے آیا جیسا کہ ایک شہیق (inspiration) واقع ہوتا ہو آزادانہ نہ کھلنے سے ہو جائے گی۔

کالی کھانسی کی مرضی تشریح اس کی پیچیدگیوں یا مخصوص شعبتی اعتبار سے درج ذیل کو نمونہ کی مرضی تشریح ہے۔ جنوری اور شعبتی اغشیہ منطیہ منشی اور شعبتی غدہ متورم ہوتے ہیں۔

علامات۔ زمانہ حضات کو یاد دس دن ہے۔ اس کے حدود چار سے چودہ

دن تک ہیں۔ پہلا درجہ شعبتی نازلت (bronchial catarrh) کا ہے جو معمولی نزلہ سے ہمیشہ قابل شناخت نہیں ہوتا کھانسی اور کافی بڑے پتوں میں نفث (expectoration) ہوتا ہے اور سینہ میں چند غرغرات (rhonchi) اور خفیف ارتفاع پیش لیکن بعض اوقات کھانسی کے ساتھ زفری سہی کی غیر معمولی تکرار ہوتی ہے جو شبہ پیدا کر سکتی ہے۔ یہ ابتدائی التباب شعبہ سات سے دس دن تک جاری رہتا ہے اور پھر کم و بیش مریخ برزخیت سے شعبتی درجہ (whooping stage) بنیاد ہوتا ہے۔ البتہ اگر کھانسی کے بعد شاید ایک لمبا کھینچا ہوا شہیق (inspiration) ہوتا ہے اور پھر ایک ایسی ہوپ (whoop) جس میں غلطی کا احتمال نہیں ہو سکتا۔ لیکن خود کھانسی سہی ویسی ہی مخصوص ہوتی ہے جیسی کہ ہوپ لیکن ہے کہ پہلے بظاہر اچھا ہو اور کھلونوں سے کھیل رہا ہو جبکہ وہ یکایک ٹھہر جاتا ہے، ایک لمحہ کے لئے کھیرایا ہوا معلوم ہوتا ہے اور پھر شاید اپنی ماں یا دایہ کے طرف دوڑے۔ ایک مختصر سی کھانسی ہوتی ہے، ایک بعد یکے بعد دیگرے کئی بار کھانسی آتی ہے اور دینا میں کوئی شہیق (inspiration) نہیں ہوتا، ہر متوالی (یہ میں آنیوالی) کھانسی نسبت کم بے شور اور زیادہ گھسی ہوئی (stifled) ہوتی جاتی ہے یہاں تک کہ سات یا دس دنوں کے دوران میں کھانسیوں کی تعداد بڑھ کر چند ہزار یا بیس ہزار جی سامی تک پہنچ جاتی ہے۔ پھر ایک لمبا کھینچا ہوا شہیق ایک پُر شور جنوی آواز کے ساتھ ہو مکمل ہے جسے ”ہوپ“ (whoop) کہتے ہیں۔ اس کے بعد مختصر کھانسیوں کا ایک دوسرا دور ہ

ایک دوسری جوپ کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ اور یہ سلسلہ ایک یا دو بار اور نسبت کم شدت اور کم شور کے ساتھ واقع ہو سکتا ہے، یہاں تک کہ بالآخر تھوڑا لوجہ اور مخاط بذریعہ نفث خارج ہو تب یہ یاخے ہو جاتی ہے۔ کھانسنے کی سماعی کے دوران میں چہرہ خون سے مستلی یا ازرق (cyanosed) اور متورم ہو جاتا ہے۔ آنکھیں سر سے نکلی پڑتی ہیں، زبان منہ سے باہر نکل جاتی ہے، خون آلود رہتی تمام ہتھوڑوں میں کھانسا جاتا ہے، اور شہیق سے بھی اُس وقت تک کوئی آرام نہیں ہوتا جب تک کہ بالآخر مخاط نفث کے ذریعہ خارج نہ ہو جائے یا دورہ موقوف نہ ہو جائے۔ اس عرصہ کے دوران میں بچہ اس مطلقاً ناقابل ضبط محکوس فعل سے بالکل بے بس ہو جاتا ہے۔ بستر میں لیٹا ہوا بچہ جب کھانسی کے حملے کی آمد آمد محسوس کرتا ہے تو وہ اپنے کھانسنے کی کٹوری کو پکڑ کر اپنے منہ کے نیچے رکھ لیتا ہے اور دوسرے چند خانیوں میں کھانسی سے بالکل بے بس، اور گرد و پیش میں جو کچھ ہو رہا ہے اُس سے بے خبر ہو جاتا ہے۔ کھانسنے کی کوششوں کے دوران میں تنفس میں جو مزاحمت پیش آتی ہے اُس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بیشتر اوقات نزفات (hemorrhages) واقع ہوتے ہیں۔ ناک دہن یا مسوڑھوں سے جریان خون ہوتا ہے تحت الملتحمہ گدہ (subconjunctival) (petechiae) اور پناہیت شاذ حالتوں میں دماغی نزف (cerebral hemorrhage) واقع ہو جاتا ہے سینہ کے اندر خون کی دھیمی میں متواتر مزاحمتوں کے باعث کچھ عرصہ کے بعد چہرہ اکثر ایک پھولا پھرا ہوا منظر اختیار کر لیتا ہے۔ کھانسی کے دوران میں نیچے کے کٹڑوں (انسان شنایا incisor teeth) کے دباؤ سے بعض اوقات بجا مالسان (frænum linguae) پر ایک چھوٹا قرعہ بن جاتا ہے۔ کھانسی کے دورے اکثر ناگہانی معلوم ہوتے ہیں، لیکن اگر بچہ روتا ہے یا غصہ میں آتا ہے، یا اگر بچہ کو جھیرا بھی جائے، مثلاً اُس وقت جبکہ امتحان سینہ کے لئے دایہ کیلے سے اناہنا شروع کرتی ہے، تو دورے ہمیشہ شروع ہو جاتے ہیں۔ صلی دن اور رات دونوں میں ہوتے ہیں اور یہ عموماً دیکھا گیا ہے کہ دن کے دوسرے بارہ گھنٹوں کے نسبت شب کے اوقات میں ۶ بجے شام اور ۶ بجے صبح کے درمیان، زیادہ تر ہوتے ہیں۔ ایوی لینا ہسپتال

(Evelina hospital) کے بیمار بچوں کے دارالمرضی (ward) کے مشاہدات سے اس کی تصدیق نہیں ہوئی۔ دوروں کی تعداد جو جیسا کہ اوپر بتلایا گیا ہے تین یا چار اصلی مہینوں (whoops) پر مشتمل ہوتے ہیں، چوبیس گھنٹوں میں ایک سے ساٹھ تک ہوتی ہے، لیکن چالیس گھنٹوں سے زائد نہایت شاذ ہوتے ہیں، اور بہت سی حالتیں چوبیس گھنٹوں میں کبھی تیس تک نہیں پہنچتیں۔ وقتوں کے دوران میں ممکن ہے کہ بچہ بالکل اچھا ہو، اور میتھک کہ کوئی پیچیدگی نہ ہو اسے تپ نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ اس کی بھوک بھی اچھی ہو اور تپ سے جو کچھ نقصان ہوتا ہے بچہ اس کی تلافی طلب کر لیتا ہے، اور قاعدہ ہے کہ تپ سب دوروں میں نہیں ہوتا بلکہ ان کا نسبتہ خفیف تعداد ہی میں ہوتا ہے۔ کالی کھانسی کو یہ دو سرادج مختلف عرصے (اکثر تین سے چھ ہفتوں) تک جاری رہتا ہے، لیکن بعض اوقات وہ تین ماہ یا زائد تک رہتا ہے۔ حملوں کا اثر بتدریج کم جوتا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ بالکل موقوف ہو جاتے ہیں، یا جون جون وہ کم ہوتے ہیں ان کے ساتھ سادہ کھانسی کے حملے ہو سکتے ہیں جن کے بعد چوبیس نہیں ہوتی اور یہ کھانسی چند ہفتوں تک جاری رہ سکتی ہے۔ موت دوروں سے براہ راست شاذ ہی ہوتی ہے۔ مگر کبھی کبھی وہ مرنار کے طویل اسناد سے یا دائمی نرف کے باعث اس طرح واقع ہو سکتی ہے۔

لیکن دوسری پیچیدگیاں اور عواقب واقع ہوتے ہیں، جو کالی کھانسی کو ایک شدید بلکہ خطرناک شکایت بنا دیتے ہیں۔ اول الذکر جماعت میں التهاب شعبتہ (bronchitis) شمار کیا جاسکتا ہے، جو ممکن ہے کہ شروع سے آخرب تک جاری رہے، اور شعبتی ذات الریہ (broncho-pneumonia) (۱۹۱۵ء کے ایم۔ اے۔ فی ہسپتالوں کی ۸۸۹ وارداتوں کے، ۴۷۱ فیصدی) جو متفرق (remittent) قسم کی بلند تپ، ٹھنکی لفظات (crepitant rales) یا آمیت (dulness) کی چلیکتیوں اور آمیتی تنفس (tubular breathing) سے، اور کھانسی کے درمیان وقتوں میں مسلسل ٹھہر (dyspnoea) سے ظاہر ہوتا ہے۔ شعبتی ذات الریہ کے دوران میں ہو پ اکثر (۷۰٪) ہمیشہ) غیر موجود ہوتی ہے، اور اسی طرح

اُس وقت بھی غیر موجود ہوتی ہے جبکہ دوسری کوئی عموماً پیچیدگی پیدا ہو جائے۔ التهاب
الاذن (otitis) (۶۵۲) قرمز یہ اور کھسرا کے نسبت کمتر ہوتا ہے۔ عموماً تشنج
(۲۶۹) بعض اوقات واقع ہوتے ہیں، یا تو دونوں کے بلا واسطہ نتیجہ کے طور پر، یا
نسبتہ کم عام طور پر دماغی نزف (cerebral haemorrhage) یا علقیت (thrombosis)
کی یا ممکن ہے کہ ذات المرہہ (دونیہ) کی علامت کے طور پر۔ کبھی کبھی شعبتی التهاب
(bronchitis) نفاخ (emphysema) اور شعبتی تمدد (bronchiectasis) مع
گرد شکلی اسباب (clubbing of the fingers) واقع ہوتے ہیں۔ کالی کھانسی
اور تدرن (tuberculosis) کے درمیان کوئی تعلق نہیں معلوم ہوتا۔

تشخیص۔ اس کا انحصار خاص کر ہوپ (whoop) پر، کھانسی کی ارتعاشی

نوعیت پر، اور اُس باقاعدگی پر ہوتا ہے جو مرض کے مہر میں نازل ہوتی درجہ سے ارتعاشی
درجہ تک ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شعبتی غد کی کان سے ایسی کھانسی پیدا ہو جائے
جو کسی قدر ہوپ کی کھانسی سے مشابہ ہو، لیکن اُس میں سرایت کی سرگزشت
اور ہوپ (whoop) نہ ہوگی۔ حریف برآں تشنج کے ایسے دوسرے امراض کے علامات
بھی موجود ہو سکتے ہیں جن کو کالی کھانسی سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ کالی کھانسی میں
خون کے سفید غلیظات فی مکعب می میٹر ۱۵۰۰ سے ۳۰۰۰ تک بڑھ جاتے ہیں، اور
تقریبی شمار (differential count) میں ۴۰ فیصدی اکثر الاضطلال نواتی غلیظوں کے
مقابلہ میں منفی غلیظات (لمفوسائٹس) ۶۰ فیصدی ہوتے ہیں۔ چند ایو سین پسند غلیظے
(eosinophils) بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ تغیرات بالکل ابتدائی میں واقع ہونے
ہیں اور تشخیص میں کارآمد ہیں (H. T. Ashby)۔ عصبیہ پیرٹس (B. pertussis)
کی کاشت سے یقینی تشخیص کی جا سکتی ہے۔ یہ نازل ہوتی درجہ میں ۵ فیصدی دوسرے
کے درجہ میں ۵ فیصدی اور پانچ ہفتوں کے بعد صرف ۹ یا ۱۰ فیصدی حالتوں میں
پایا گیا ہے۔

انذار کا اندازہ پیچیدگیوں کی شدت پر سے کیا جاتا ہے۔
علاج۔ بچہ کو ایک گرم لیکن خوب ہوادار کمرے میں رکھنا چاہئے لیکن

ایک غیر پیچیدہ حالت میں بستر میں ٹٹا رکھنے کی ضرورت نہیں۔ ٹوپ کے ذریعے روکنے کے لئے مختلف الاقسام ادویہ استعمال کیے گئے ہیں۔ ان کے ذریعے سے ممکن ہے کہ بیماری کی مدت اور شدت کم ہو جائے۔ سیلاؤن (belladonna) پتھر کی شکل میں بہت مستعمل ہے، جسکے ۲ یا ۲ قطرے دو سال عمر والے بچے کو دن میں تین بار، اور زیادہ عمر والے بچوں کو نسبت بڑی مقدار میں دیا جاسکتی ہیں۔ پانچ یا چھ سال کے بچے میں یہ خوراک احتیاط کے ساتھ ۱۰ سے ۱۵ قطرے تک بڑھائی جاسکتی ہے۔ ڈائلکیوٹ (مُرتق) (ہڈروسائٹک ایسڈ) (dilute hydrocyanic acid) (۱ سے ۲ قطرے تک)، کلورل (chloral) (۲ سے ۵ گرین تک)، پوٹاسیم بروائیڈ (potassium bromide) (۲ سے ۵ گرین تک)، ہڈرورویک ایسڈ (hydrobromic acid) (۳ سے ۱۰ قطرے تک)، اینٹی پائیرن (antipyrin) (۲ سے ۵ گرین تک)، اور بروموفارم (bromoform) (۳ سے ۵ قطرے تک) روعن بادام اور شہاب ٹراکٹکنت یا سیخ عربی میں ملا کر دئے گئے ہیں حال ہی میں بنزیل بنزیوایٹ (benzyl benzoate) نہایت کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ یہ ایک قوی دافع تشنج (antispasmodic) دوا ہے۔ ۲ فیصدی طاقت کا محلول معمولی استعمال کیا جاتا ہے اور اس کی مقدار خوراک ۵ سے ۴ قطرے تک پانی کے اندر دن میں تین یا چار بار ہے، جس کا انحصار مریض کی عمر اور حملہ کی شدت پر ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ بنزیل ڈی ہائیڈ (benzaldehyde) ۱ سے ۵ فیصدی کی تغیر پذیر مقدار میں شال کیا جاسکتا ہے اور یہ اثر کو بڑھا دیتا ہے۔ جہاں کھانسی طبع میں گڑبڑی ہونے سے پیدا ہوتی ہو، لوزہ لسانی (lingual tonsil) پر پنچسہ آف ایوڈین (tincture of iodine) کی کچھ بڑی لگانے سے آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔ مریض کے کمرے کو تھانے کے لئے مختلف دافع عفونت بخارات (antiseptic vapours) استعمال کیے گئے ہیں، جیسے کہ کاربولک ایسڈ (carbolic acid) یا کر یا سوٹ (creosote)۔

پیچیدگیوں کا علاج، ادویہ اور عام انتظام دونوں کے لحاظ سے اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جس طرح سے کہ ہو بہا سے ملحدہ ان کا تدارک کیا جاتا

ہے (ملاحظہ ہو براؤن کا ٹکس اور براؤن کو نوئیہ)۔

غدی بخار

(GLANDULAR FEVER)

یہ شکایت ایچسے فیفر (Pfeiffer) پارک ویسٹ (Park West)، ڈاکٹر
 ویلیمز (Dawson Williams)، اور روسول نے بیان کی ہے، عمیق عنقی اور
 دوسرے یعنی غدد کے التهابی درم اور تب پر مشتمل ہوتی ہے۔ یہ وبائی مسورتوں میں
 واقع ہو سکتی ہے، بلاشبہ ساری ہے، اور بالخصوص چودہ سال سے نیچے کی عمر کے
 بچوں کو متاثر کرتی ہے۔ اس کا زمانہ حضانہ پانچ سے سات دن تک ہوتا ہے۔
 مریض یکایک گردن کی کرختگی، نکلنے کی وقت، ہموغی غل میں مبتلا ہو جاتا ہے، اور
 ساتھ ہی حلقہ اشتہا (anorexia) اور شاید تھوہتی ہے۔ معلقوم (fauces) اکثر
 سرخ ہوتا ہے، مگر اس میں دوسری کوئی شکایت نہیں ہوتی۔ درد کے دوسرے یا
 تیسرے دن عنقی غدد اور عموماً منسلقہ عضلہ (sternomastoid muscle) کے
 نیچے اور اس کے اگلے کنارے کے برابر کے غدد بڑھنے ہوئے اور اَلیم یا لے جاتے
 ہیں۔ دوسرے ایک یا دو دن میں دوسری جانب کے غدد اور موخر عنقی، بغلی اور
 کج رخ ران کے غدد بھی موقوف ہو سکتے ہیں۔ عمومی درد شکم اور اَلیمیت موجود ہوتی ہے
 اور جگر، طحال، اور ماسار بھی غدد بڑھنے ہوئے ہو سکتے ہیں۔ دوسرے پانچ دن کے بعد غدد
 چھوٹے ہوتا شروع ہوتے ہیں اور ان میں تسخیم نہیں ہوتا۔ تپش تیسرے دن
 ۱۰۴ اور جب تک پہنچ سکتی ہے اور جب تک غدد بڑھے ہوئے رہتے ہیں وہ بلند
 رہتی ہے۔ قبض اکثر تکلیف دہ ہوتا ہے۔ عموماً یہ مرض بلا پیچیدگیوں کے رشح
 ہو جاتا ہے، لیکن فیصدی حالتوں میں زنی التهاب (hemorrhagic
 nephritis) واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ قلت الدم (anemia) کی وجہ

سے نقیہ ہتھیت میں تاخیر ہو۔ اس مرض کی جراثیمیات (bacteriology) سیر دست منفی ہے۔ لیکن ... ۱۸۰ یا زیادہ کثرت غلیات میٹا (leucoeytosis) مع لسانی خلیوں کی زیادتی کے ایک عجیب تغیر ہے گو یہ اکثر عارضی ہوتا ہے۔

تشخیص - خد بہ سرعت بڑھ جاتے ہیں اور قلت الدم موجود نہیں

ہوتی۔ باوجود بلند پیش کے بعضی اختلال (constitutional disturbance) عموماً خفیف ہوتا ہے۔ یہ آخر الذکر خامہ اس مرض کو پیش رویت (leukremia) سے متمیز کرنے میں مدد ہوتا ہے۔ یہ مرض اکثر التهاب لوزہ (tonsillitis) کن بھیڑ (mumps) حاد نڈرتی غدی التهاب (acute tuberculous adenitis) یا حاد مرضی امیگن (acute Hodgkin's disease) (۱۲) تشخیص کر لیا جاتا ہے۔

علاج - آرام، سادہ غذا، پارہ (mercury) کی خفیف مقداروں یا اسات (salines) اور دورانی نقیہ ہتھیت میں لوہے کی تجویزات (preparations of iron) کے استعمال پر مشتمل ہے۔

عقوبۃ الدم

(SEPTICÆMIA)

عقوبۃ الدم کی تعریف ایک ایسی حالت کے طور پر کی جاسکتی ہے جس میں دقیق عضویہ دوران کرنے والے خون میں پیچکر اس کے ذریعہ سارے جسم میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ اکثر ایک وریہ سے غیر عفونی طریقہ سے نکالے ہوئے خون سے جراثیمی کا شعل تیار کی جاسکتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸۷)۔ لیکن اس کا اختصار جراثیم کی اس تعداد پر ہے جو خون کے اندر دوران کر رہی ہو اور یہ استنباط کرنا خالی از خطر نہیں کہ چونکہ کاشت منفی ہے لہذا عقوبۃ الدم موجود نہیں ہے۔ ساتھ ہی اس اصطلاح

کو کسی ماسک (focus) مثلاً کسی دانت کی جڑ کے گرد کے پھوڑے سے چند اسٹریپٹوکوکائی کی اتفاقی ملتحدگی کے لئے استعمال نہیں کرنا چاہئے جو جوئے خون کے اندر بیکر غالباً نصف ہو چکا ہیں۔ بہت سی نوعی سرایتیں عمر مرض کی بالکل ابتدا ہی میں عنونتہ الدم پیدا کر دیتی ہیں اور ایسی وجہ سے ایسا ہوتا ہے کہ وہ سرایت جسم کے مختلف حصوں میں پھیل کر اس مرض کے لئے مخصوص یا میز ہوتی ہے۔ مثلاً تپ ہو یہ کی مختلف سرایتوں، دماغی سنجائی تپ (cerebrospinal fever)، نیو ماسکائی ذات الریه وغیرہ میں نوعی جراثیم کی کاشت خون سے تیار کی جاسکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں اس حالت کو ٹائفا ئڈ، سٹیکو کاکائی یا نیو ماسکائی عنونتہ الدم کہتے ہیں جب عنونتہ الدم کی اصطلاح بطور خود استعمال کی جاتی ہے تو وہ عموماً جوئے خون پر اسٹریپٹوکوکائی اسٹیفیلوکوکائی، یا دوسرے ریم زرا (pyogenic) جراثیم کا علاظہ ہر کرتی ہے، جو کسی ابتدائی ماسک، مثلاً عنونتی زخم، عنونتی رحم، یا خراج ناکدہ دودید (appendix abscess) سے آتے ہیں۔

علامات تپجہ الدم (pyemia) کے علامات سے بہت مشابہ ہوتے ہیں
 ارتفاع تپش نہایت ابتدائی امارتوں میں سے ایک امارت ہے، اور ممکن ہے کہ یہ تشعیر یہ کے ساتھ ہو۔ اس کے ساتھ ہی زبان فرور دار ہوتی ہے، اور عدم اشتہا شاید تپ، انبطاح (prostration)، کمزوری، اور بالآخر ٹائفا ئڈ کی حالت (typhoid state) کی تمام کیفیتیں موجود ہو جاتی ہیں، جیسے کہ نہیان، ذہول (stupor)، خشک بھوری زبان، چہرے کی پھکی رنگت اور جوارح کا رعشہ (tremor)۔ بعض اوقات دست آنے لگتے ہیں اور بعض اوقات جلد پر احمرار (erythema) کی چمکیاں یا نیسے (petechiae) اور ممکن ہے کہ آلتہاب گردہ (nephritis) بھی موجود ہو۔ ان علامات کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے اور ہر ملک حالتوں میں دو تین دن سے لیکر آٹھ یا دس دن تک ہو سکتی ہے نسبتاً خفیف حالتیں نسبتاً بہت طویل عرصہ کے بعد شفا یاب ہو سکتی ہیں۔ موت کے بعد وہ مائیں پائی جاتی ہیں جو پہلے بیان ہو چکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۲)۔

علاج اگر ممکن ہو تو ایک مصل (serum) استعمال کیا جائے جو مصنوعی

کی اس قسم سے تیار کیا گیا ہو جو مریض کے سرایت رسال عضو کے قسم سے متناظر ہو۔
 اور نہ ایک یا ایویٹنٹ انٹی اسٹرپٹوککس سیرم (polyvalent antistrepto-
 coccus serum) آزمایا جائے۔ بڈرینات (vaccines) بھی استعمال کئے جاسکتے
 ہیں۔ ایک ایسے عطی (donor) سے جو اس مخصوص عضو کے خلاف منیع کر لیا
 گیا ہو مصفا یا نقل الدم (blood transfusion) بھی کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا
 ہے۔ حسب ضرورت جراحی تدابیر بھی عمل میں لائی جائیں۔

سپیرمییا (گندیگی خون)

(SAPREMIA)

31

اس حالت کے عام علامات عفونہ الدم کے علامات سے مماثل ہوتے ہیں۔
 یہ ایک تسم الدم (toxemia) ہے جو خون میں اُن زہریلی اشیاء، سوسم یا ٹوئینس (ptomaines)
 کے دوران کے باعث ہوتا ہے، جو متضرر بافتوں (necrosed tissues) پر جراثیم کا عمل ہونے سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور سپیرمییا (sapremia) عفونہ الدم
 (septicemia) سے اس حقیقت میں اختلاف رکھتا ہے کہ عضو کے مقامی ضرر تک
 محدود رہتے ہیں اور خون کے اندر نہیں داخل ہوتے۔ سوسم کے منبع کی علیحدگی کے لئے
 معمولی مقامی علاج کے بعد فوراً اصلاح پائی جاتی ہے، کیونکہ پھر خون میں مزید سوسم
 نہیں داخل ہوتے اور جو سوسم وہاں پہلے سے موجود تھے وہ بول میں یا دوسرے طور
 پر خارج کر دیئے جاتے ہیں۔ سپیرمییا (sapremia) وضع عمل کے بعد عفونہ الدم
 (uterine sepsis) کی پیچیدگیوں میں سے ایک پیچیدگی ہے۔

تقیج الدم

(PYEMIA)

مختلف حصوں یا اعضاء میں پھوڑوں کا ہنا جو تقیج الدم (pyemia) کا نتیجہ

خاصہ جسم کے کسی حصے میں ایک اتفاقی یا جراحی کٹے ہوئے زخم کا یا ایب کے اجتماع کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ اس زمانہ سے پہلے جبکہ لارڈ اسٹر نے دافع عفونت (ربیعہ) نامے علاج کو تقریباً عام طور پر رائج کیا تفصیح الدم شفاخانوں کے جراحی دارالمنی کے نئے تک بڑی طاقتور لیکن وہ ایسے افراد سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جن سے بعض اوقات طبیب کو واسطہ پڑتا ہے (جیسے کہ مغالطی سطحات کے تقرحات) اور جو دافع عفونت معاہدہ شفاخانہ نہیں ہوتے۔

تفصیح الدم (pyæmia) کا نام اس خیال سے پیدا ہو گیا کہ پیپ در اصل ابتدائی ضرر کے مقام سے جوئے خون میں ثانوی پھوڑوں کے مقام تک منتقل ہوتی ہے پھوڑے جو اس مرض کا تمیز علامہ ہیں دراصل انعام (infarction) یا دافعت عروق کی اس سدادیت (embolism) کا نتیجہ ہوتے ہیں جو علقہ (thrombus) کے حصوں یا قوطل (debris) سے واقع اور پیدا ہو جاتی ہے (لاحظہ ہو سدادیت (embolism)) جس سے نہ صرف انسداد عروق بلکہ التهاب و تفصیح بھی واقع ہو جاتے ہیں۔ تفصیح الدم کے ساتھ عام دموی سرایت عفونت الدم = septicæmia) ممکن ہے کہ موجود ہو یا نہ ہو۔ ابتدائی سرایت خیز مرکز کے محل وقوع سے جوئے خون کی سمت کی بنا پر کسی حد تک اس امر کی تعیین ہوتی ہے کہ پھوڑے کن اعضا میں واقع ہونگے جیسا کہ ذیل میں درج ہے: (۱) جہاں ضرر محیطی نظامی دوران خون میں واقع ہو، مثلاً حاد عظمی تہی التهاب (acute osteomyelitis) میں وہاں پھوڑے یا عفونی مضاعفات (septic infarcts) اولاً شش میں واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعض دقیق سدادات (emboli) ریوی دوران خون میں سے گزر جانے میں کامیاب ہوں گے، جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلہ قلب اور دوسرے احشائے مزید پھوڑے پائے جاسکتے ہیں (۲) جہاں ابتدائی مرکز سرایت شش میں ہو، مثلاً مزمن شعبنی تہہ (chronic bronchiectasis) میں یا قلب میں ہو مثلاً ساری التهاب بطائہ قلب (infective endocarditis) میں وہاں پھوڑے یا مضاعفات (infarcts) دماغ میں یا نظامی دوران خون کے دوسرے اعضا میں واقع ہونگے۔ (۳) بابی تفصیح الدم (portal pyæmia) میں ابتدائی ضرر ان حصوں کے تفریح کی کوئی شکل ہوتا ہے

جو اپنا خون ورید بانی (portal vein) کے اندر رسانی کرتے ہیں، مثلاً زائیدہ دود یہ کا پھوڑا (appendix abscess) اور ثانوی پھوڑے جگر کے اندر بنتے ہیں، لیتیجی التهاب ورید بانی (suppurative pylephlebitis) کے ساتھ یا اس کے بغیر (خلاخلہ pylephlebitis)۔

بحث اسباب۔ اتفاقی یا جراحی زخموں کے علاوہ، وہ اضرار جو جسم کو

تفصیح الہمی سرایت کا مورد بناتے ہیں حسب ذیل ہیں۔ راج پھوڑے (carbuncles)، جل (boils)، آنت کا تقریح زائیدہ دود یہ کا تقریح (التهابہ تقریح: appendicitis)، ناسور (fistula)، سوزاک (gonorrhoea) قدامی وریدوں (prostatic veins) کی عضوئی علقیت (septic thrombosis) التهاب اُذن وسطی (otitis media)، اور رحمی سطح کا بعد الولادت (post-partum) کشف۔ یقین کیا جاتا ہے کہ کثرتِ شراب نوشی، ایسی عام حالتیں جیسے کہ مرض برائٹ (Bright's disease) اور حیاتِ حاد تفصیح الہم کے وقوع کی استعداد پیدا کرتے ہیں۔ ابتدائی مرکز سرایت کا دریافت کرنا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا۔

علامات۔ یہ مرض اکثر ناگہانی طور پر ایک لمبیل تشغیر کے ساتھ شروع

ہوتا ہے، جس کے بعد براقرط پسینہ آتا ہے اور مہبوط (collapse) ہو جاتا ہے، پیش بلند ہو جاتی ہے، اور دورانِ تنہ میں روزانہ ایک یا دو یا تین تشغیر برے ہوتے دہتے ہیں لیکن ان میں اکثر کوئی باقاعدگی نہیں پائی جاتی۔ عدم اشتہا، تشنگی، اور خشکیِ زبان، تشویش، اتبلا ح (prostration)، سرخ تنفس، اور لاغری بھی موجود ہوتے ہیں۔ چہرہ عموماً پیچکا پیلا بلکہ نمایاں طور پر یرقانی (jaundiced) ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بول میں کسی قدر صفراوی لون (bile pigment) موجود ہو۔ سطحی بھی اکثر موجود ہوتی ہے اور امہالی بھی بعض اوقات ہو جاتا ہے۔ کثرتِ غلیات میض (leucocytosis) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ تشغیر سے پانچ یا چھ دن کے بعد موقوف ہو جائیں لیکن متوقف (intermittent) یا متعثر (remittent) رہے۔

باری رہتی ہے۔ کبھی کبھی سریع الزوال احقراری یکیتیاں جسم کے مختلف حصوں میں ہوجاتی
 ہیں۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے مقامی اثرات مختلف ہوتے ہیں اور علامات میں بھی انہیں
 کے لحاظ سے اختلاف پایا جاتا ہے۔ جب پھیپھڑے ثانوی پھوڑوں کا مقام ہوتے ہیں
 (جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے) تو تنفس تیز ہوجاتا ہے اساتھ ہی سامنے پیٹھ میں تنفس
 (supplementary breathing) اور قاعوں پر ہوا کم داخل ہوتا ہے اور شاید
 تیز چھٹے ہوئے نغضات (crackling râles) ہوتے ہیں، یا احمیت (dullness)
 اینیبسی تنفس (tubular breathing) یعنی زریوی تنفس (pulsatory)
 consolidation یا پٹیورائی سیال (pleural fluid) کے دوسرے علامات
 موجود ہوتے ہیں۔ التهاب گرد قلب (pericarditis) یا التهاب باریطون
 (peritonitis) اپنے اپنے مخصوص علامات سے ظاہر ہونگے ان حالتوں کی مدت
 اکثر بالکل مختصر ہوتی ہے، یعنی چھ سے دس دن تک کی تاخلفائی حالت طاری
 ہوجاتی ہے جسکے ساتھ انتطاح (prostration)، ذہول (stupor) ہڈیاں خشک
 بھوری زبان اور تیز تعیف تبض ہوتی ہے، اور موت واقع ہوجاتی ہے۔

مزمین حالتوں میں، جہاں احشاء بکچ جاتے ہیں اور پھوڑے مفاصل
 میں بنتے ہیں، آخر الذکر متورم، ایسہ اور گرم ہوجاتے ہیں۔ جو اس کا جسم کی سطح
 پر ایسہ نقطے نمودار ہو کر ان کے نیچے جلد ہی پھوڑے بنجاتے ہیں، جن میں پستلی
 ناسد دست یہ پ اور نامکمل طور پر نمونیا فٹہ متحدیدی دیواریں ہوتی ہیں۔ کئی ہفتوں
 یا ہفتوں تک تازہ پھوڑے وقتاً فوقتاً بنتے رہتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مریض
 بالآخر شفا یاب ہوجائے بعض اوقات جساتہ مفاصل (ankylosis of joints)
 کے ساتھ، یا دیر پا جسم الدم (toxemia) سے موت واقع ہو سکتی ہے۔ دوسری
 حالتوں میں ممکن ہے کہ ثانوی اثرات کے مخصوص محل وقوع کی وجہ سے ملائیں ترسیرا فٹہ
 ہوجائیں۔ اس تفصیح الدم میں جو التهاب اذن کی وجہ سے ثانوی ہوتا ہے پھیپھڑے
 ماؤف ہوجاتے ہیں، یا ممکن ہے کہ ذات الجنب (pleurisy) یا تفصیح صدر
 (empyema) ہوجائے اور جرم شش تقریباً غیر ماؤف رہے۔ اگر التهاب
 صحایا (meningitis) ہوجائے تو دماغی ملائیں دوسری ملائوں کو بڑی حد تک

و حاکم لیسکی۔

تشخیص۔ کسی زخم کے علاج کے دوران میں قشریروں اور بہ کثرت

پسیمیوں کا آنا، اور اسکے بعد ہبوط (collapse) اور ٹانفا ٹڈی حالت کا طاری ہونا در آنحالیکہ زخم تھے ایک نامزد رست **طکّل** اختیار کر لی ہو عضونہ الدم (septicæmia) اور قلعج الدم (pyæmia) کا مضمون و نیز خافہ ہے۔ جہاں یہ علامتیں بلا کسی بیانی زخم کے واقع ہوں یہی تشخیص صریح ہو سکتی ہے اور اولی ضرر کی جیسو کرنی پڑے گی ابو ممکن ہے کہ التهاب اذن اور کان سے اخراج مواد ناک کا مرض معوی تقریح یا شکلی قلعج ثابت ہو۔ آخر الذکر دو حالتوں میں اضرار غالباً باقی دوران خون تک محدود ہونگے (ملاحظہ ہو قلعجی التهاب و رید انباب **suppurative pylophlebitis**) بعض اوقات قشریروں سے ایسی باقاعہ گی کے ساتھ واقع ہوتے ہیں کہ طیریا سے مشابہ ہوتے ہیں۔ کونین کی بے اثری ایک مستحب ضرر کی موجودگی اور خون میں طیریا کی طینیات کی عدم موجودگی یہ سب قلعج الدم کی تائید میں ہونگے۔ جبیش التهاب درون قلبہ (malignant endocarditis) کی شناخت عموماً ایک قلبی خریبہ (cardiac murmur) کی موجودگی سے ہو جاتی ہے لیکن ریوی مصرعوں کے درون قلبہ کا التهاب (endocarditis of the pulmonary valves) بھی اس قلعج الدم سے پیدا ہو سکتا ہے جو کسی قلعجی ضرر سے ثانوی طور پر واقع ہو گیا ہو۔

آخری درجوں میں قلعج الدم تپ معویہ (enteric fever) سے قریبی طور پر مشابہ ہو سکتا ہے، بالخصوص اگر کوئی صریح ضرر ایسا موجود نہ ہو جو اول الذکر کی طرف دلالت کرے۔ لیکن قشریروں سے تپ معویہ میں شاذ ہوتے ہیں۔ بالآخر ریشٹ (rheumatism) سے مشابہ جوڑوں کے دردوں سے جوڑ پکی یا امراض (miscarriage) کے چند ہی ہفتوں کے اندر واقع ہوں ہمیشہ قلعج الدم کا شبہ پیدا ہونا چاہیے۔ اس مرض میں ہرچہ یہ کہ وہ باؤف ہوتا ہے، التهاب کا طرز ہوتا ہے، در آنحالیکہ ریشٹ (رومازم) میں دو اکثر ایک جوڑے دوسرے جوڑے میں مشکل ہوتے رہتے ہیں اور ان جوڑوں میں جو پہلے باؤف ہوئے تھے پھر عود کر سکے ہیں۔

علاج۔ یہ تشائی اقسام میں تقریباً یاس انگیز ہے لیکن ان قسموں میں جن میں
 التهاب زلالی (synovitis) اور جلدی خراج (cutaneous abscesses) ہوں،
 چند ان نامید کن نہیں پالیو لیٹ آنتی اسٹریپٹوکالک سیرم (polyvalent
 antistreptococcal serum) کا شراب بہت سی حالتوں میں نہایت مفید ثابت
 ہوا ہے اور اسے یقیناً آزمانا چاہئے۔ اگر اس سے کامیابی نہ ہو، یا اسکے ساتھ ہی ساتھ
 کوئین (ہگرین) یا سوڈیم سلفو کاربولیٹ (sodium sulphocarbolate) (۱۰-
 گرین) ہر دو تھے گھنٹے دینا چاہئے بہر صورت غذا اور ہتھکڑیاں آزادانہ طور پر دے جائیں۔
 اگر اتنی ضرورت تک رسائی ہو سکے تو اس کا جراحی تدابیر اس طرح کرنا چاہئے کہ آزادانہ
 سیلیٹ (free drainage) اور عدم عفونت (asepsis) حاصل ہو جائیں۔ اور ثانوی
 پھوڑوں کو جہاں کہیں رسائی ہو سکے کھول دینا چاہئے۔

سرخبادہ

(ERYSIPELAS)

(St. Anthony's Fire, The Rose)

سرخابہ ایک نوعی متعدی مرض ہے جو التهاب جلد کی ایک مخصوص شکل ہے
 میگز ہے اور اسٹریپٹوکوکس پالیو جینس (streptococcus pyogenes) کے حملہ
 سے پیدا ہوتا ہے۔

53 بحث اسباب۔ سرخابہ کا عام ترین سبب محرک (determining
 cause) کسی زخم کی موجودگی ہے خواہ یہ اتفاقی ہوا یا علیحدہ کا نتیجہ ہو۔ اور سرائیت
 بلاشبہ اس انشقاقی سطح کی راہ سے واقع ہو کر گرد و پیش کی جلد میں پھیل جاتی ہے۔
 گو یہ بعض اوقات برعکس ہر بلا کسی زخم کے پیدا ہو جائے تاہم ایسی حالتوں

میں مموماً پایا جاسکے گا کہ ایک خفیف کھر پنچ (scratch) یا ایک خراشیدہ پھنسی (pimple) یا پلک کا کوئی دوسرا تہایت خفیف ضرر موجود ہے۔

یہ شیر خوار بچوں اور چالیس سال سے اوپر والوں کو دوسروں کے نسبت زیادہ ماؤف کرتا ہے۔ مرد اور عورت اس کی استعداد تقریباً مساوی طور پر رکھتے ہیں۔ بعض ذاتی حالتیں اس استعداد کو بڑھاتی ہیں۔ جبکہ اور گردوں کا نرسن مرض، نرسن الکھلیست (chronic alcoholism)، اور ناکافی غذا سے نقصان (malnutrition)، ممکن ہے کہ سردی، اور علوب موسم، ہجوم و گنجان (overcrowding) خراب تر ویج (bad ventilation)، تنجاست، اور خراب غذا اور پانی بھی اسی طرح عمل کریں۔ ممکن ہے کہ کوئی شخصی رجحان بھی موجود ہو، کیونکہ یہ مرض اکثر ایک ہی شخص میں مکرر ہو جاتا ہے۔ بہر حال اس سے ماہل شدہ متاعبت سرعہ الزوال ہوتی ہے۔

امراضیات۔ ماؤف شدہ حصے کی جلد کے فروغی و تنجانی سے ظاہر ہوتا ہے کہ جلد اور سخت الجھدی ساختیں متورم، آؤیائی اور بڑھے ذرات پسیدہ غلیظوں سے پڑے ہوتی ہیں، جو آدمہ کی بالائی تہوں میں لمبائی عروق کو قریبی طور پر محصور اور پکڑ دیتے ہیں۔ مرض اور فی لمفی فضاؤں کے ذریعہ سے پھیلتا ہے۔ وہ اکثر ان خطوط پر سد و یا سوتوف ہو جاتا ہے، جہاں جلد ماتحت حصوں کے ساتھ قریبی طور پر چپکی ہوئی ہوتی ہے، مثلاً پوپارٹ کے رباط (Poupart's ligament) اور عرف مرتقی (crest of ilium) کے برابر برابر۔

مرض کے بڑھتے ہوئے ماسیجے پر، نیز مرکزی حصوں کی جلد کے عمیق تر حصوں میں لمفی عروق اور لمفی فضاؤں میں انٹر پٹو کا کافی ذبقات سمجھائیے جاتے ہیں۔ اور خرگوش اور انسانوں میں کاشتوں سے کاریائی کے ساتھ تعلیم کی گئی ہے۔

علامات۔ چوٹ اور جراحی علیہ سے قطع نظر سرخاؤہ نہایت عام طور پر چہرہ پر علاؤ ہوتا ہے اور مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق خاص طور پر اسی خط پر ہوتا ہے۔ اس مرض کا زمانہ حضانہ غالباً چند ہی دن، ایسے نرسن سے چھ

اور بعض مثالوں میں نسبت بہت زیادہ طویل ہوتا ہے۔ حملہ عموماً باڑے یا قشعریرے، اور ایسی کبلند ذی (malaise) کے ساتھ ہوتا ہے، جیسی کہ عموماً نوعی تپوں کے آغاز کے ساتھ ہوا کرتا ہے، یعنی درد سر، عدم اشتہا، فرو دار زبان اور عام اعضا شکنی۔ چند گھنٹوں کے اندر ایک سرخ، ایلم ذہبتہ (spot) چہرے کے کسی حصے، ناک کے پہلو، اندرونی گوشہ چشم (ماق) (inner canthus of the eye) یا بیرونی گوشہ پر ظاہر ہوتا ہے۔ اگرچہ کہ کوئی ضرر موجود ہو تو یہ ذہبتہ اُس سے بھی شروع ہو سکتا ہے اور اکثر یہ کسی ایک ذہبتہ، ناک، دہن، یا بیرونی گوشہ کی غشائے مخاطی اور جلد کے مقام اتصال پر شروع ہو سکتا ہے۔ یہ دانیا ذہبتہ بڑھ جاتا ہے اور جلد شوخ سرخ، ستورم اور نہایت ایلم جہتی ہے اور دہانے سے اس میں کسی قدر گڑھا پڑ جاتا ہے۔ لیکن یہ کالہتاب چہرہ کے ایک جانب محدود رہتا ہے لیکن زیادہ اکثر وہ دونوں جانبوں کو نافذ کرتا ہے اور لیکن یہ کہ جلد لڑاس تک پھیل جاتا ہے۔ یہ مختلف صورت کے ساتھ پھیلتا ہے، بڑھتی ہوئی کورنیاں اور پردہ واضح (sharply defined) دہیز اور جلد سے اور پائشی ہوئی ہوتی ہے، اور سامنے اس جلد کے نیچے جو ابھی سرخ نہیں ہوئی ہے زبان جیسے چھوٹے ابھار محسوس ہو سکتے ہیں۔ لیکن یہ کہ تین چار یا پانچ دن میں سارا چہرہ اس طرح ڈھلک جاتا ہے۔ عروج مرض میں چہرہ ایک عجیب منظر پیش کرتا ہے۔ یہ بے حد ستورم ہوتا ہے اور اس کی رنگت شوخ یا سیاہی مائل سرخ ہوتی ہے۔ پتھوٹے چھوٹے چھکٹون جیسے نظر آتے ہیں۔ عموماً اُن کے درمیان سے کچھ مخاط آمیز ترشہ رسیا رہتی ہے۔ کان موٹے اور بہت بڑے ہو جاتے ہیں اور مریض بالکل بیچان میں نہیں آتا۔ جلد لڑاس ستورم اور پھولی ہوئی ہوتی ہے۔ اکثر گالوں یا پتھوٹوں پر آبلے بن جاتے ہیں، جن میں زرد مصلی قیمی (sero-purulent) یا مٹی سیال موجود ہوتا ہے، اور لیکن یہ کہ یہ پھوٹ جاتیں اور زرد کھرنڈرہ جاتیں جو مریض کو اور بھی بد شکل بنا دیتے ہیں۔ گردہ پیش کے معنی غدد بڑھتے ہوئے اور انیم ہوئے ہیں، اور لیکن یہ کہ وہ جلد کے ظاہری التهاب کے آغاز سے پہلے ہی اس طرح نافذ ہوں۔

اس مرض کے ساتھ عموماً تپ تیز ہوتی ہے۔ عموماً تپش ابتدا ہی سے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ بلند ہو کر میسرے یا چوتھے دن ۱۰۵ یا ۱۰۶ کے اتم درجہ

کو پہنچ جاتی ہے۔ تقریباً چھ دن کسی قدر یکا یک کم ہونے کا رجحان رکھتی ہے، لیکن اگر التهاب جلد جاری رہا تو وہ بلند قائم رہ سکتی ہے یا ممکن ہے کہ مقامی مرض کے کسی تازہ حملہ کے ساتھ پھر اور بلند ہو جائے۔ فی الحقیقت اس کا انحصار زیادہ تر جلد کے التهاب پر ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں، شاید زیادہ اکثر اس وقت جب کہ سرخابہ وسیع نہیں ہوتا، ممکن ہے کہ پیش ۱۰-۲ درجے سے اوپر نہ چڑھے۔ نبض تیز اور متلی اور تعداد میں ۱۰۰ سے ۱۲۰ تک یا زائد ہوتی ہے۔ زبان ایک دبیز سفید قرو سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ بول بھلہ میں قلیل ہوتا ہے، اور بہت سی حالتوں میں اس میں کسی قدر امینون بھی ہوتا ہے، جو چند روز تک موجود رہ سکتا ہے۔ التهابی حالت غشائے مخاطی پر بھی حملہ آور ہوتی ہے۔ تالو، حلقوم، لوزین اور بعض اوقات منجھری غشائے مخاطی سرخ اور متورم ہو سکتی ہے اور ممکن ہے کہ تنفس اور نگلنے میں دقتیں پیدا کر دے۔ خون کثرتِ نعیات بیضا (leucocytosis) ظاہر کرتا ہے۔ شدید حالتوں میں ہڈیاں عام ہوتا ہے اور یہ عموماً دہیمی زبری (low muttering) قسم کا ہوتا ہے، اور کوما بھی بعد میں ہو سکتا ہے۔ جبکہ التهاب ابھی ایک جانب بڑھ رہا ہے، ممکن ہے کہ وہ پہلے ماؤف شدہ مقامات پر گھٹنا شروع کر دے۔ پھر یہ تھمری حاشیہ (receding edge) نسبت کم واضح ہو جاتا ہے اور بڑھتے ہوئے حاشیہ کے مقابل میں، رنگ اور ارتفاع دونوں کے لحاظ سے بتدریج تندرست جلد کے ساتھ مل جاتا ہے۔ ورم، البیت اور دانے سے تقریر (pitting on pressure) یہ سب باری باری سے سارے ماؤف شدہ رقبہ پر گھٹ جاتے ہیں۔ رنگ کسی قدر ہیکٹا پڑ جاتا ہے، لیکن وہ زیادہ تر ایک بھوری جھلک میں تبدیل ہو جاتا ہے اور اب مزہ بڑھنے کے بڑے اور موٹے موٹے گھلے آئنا شروع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ عمل چند روز لے۔ جلد اس کے سرخابہ کے بعد بال بھی جلد کے ساتھ ساتھ یا کسی قدر بعد میں گر جاتے ہیں۔

موت خستگی (exhaustion) کے باعث واقع ہو جاتی ہے، جس کے ساتھ ہڈیاں اور کوہا ہوتا ہے، بالخصوص بڑے سے مرلےوں، عادی شہر، بخاروں، اور زمین حشائی میں والوں میں۔ جو پیچیدگیوں کے باعث بھی واقع ہو سکتی ہے۔

پیچیدگیوں اور عواقب۔ جلد کے نیچے پھوڑے بن سکتے ہیں، یا تھید

جلد اغشاء یافتہ ہو کر لمبی غد کا تغلب (induration) یا شاذ طور پر تفتیح واقع ہو سکتا ہے۔ جنسری اذیا اختناق پیدا کر سکتا ہے۔ ذات الرہہ، نمونیسہ اور ذات الجنب (پیکورسی) ایسی پیچیدگیوں ہیں جو بعض اوقات واقع ہو جاتی ہیں، اور التهاب پارٹون (peritonitis) اور التهاب درون قلبہ (endocarditis) کا اندراج بھی ہوا ہے۔ سرخابہ کے تغلب میں اکثر اوقات تفتیح الدم (pyæmia) اور التهاب حایا (meningitis) بیان کئے گئے ہیں، لیکن یہ دونوں بذاتہ سرخابہ کے راست نتیجہ کے طور پر شاذ ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اول الذکر اس نوعی التهاب سے پہلے کے زخم سے پیدا ہو جائے۔ آخر الذکر اس وقت واقع ہو سکتا ہے جبکہ ابتدائی ضرر کسٹھجہ (fracture of the skull) ہو، یا جبکہ سرایت منجر (orbit) سے اندر کو پھیل گئی ہو۔ جلد الراس کے سرخابہ میں ہڈیاں شدید یا مانیسانی اور اختیاطات (delusions) کے ساتھ ہو سکتا ہے، لیکن خود ہڈیاں التهاب سمایا کی تشخیص کے لئے کافی نہیں ہو سکتا۔ ذہنی اختلال بھی ایک عاقبہ کے طور پر ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ یہ بھی سرخابہ (facial erysipelas)، احمرار (erythema)،

حاد ایزیا (acute eczema)، نملہ منطقی (herpes zoster)، جو فیسیزی خراج (alveolar abscess)، بلکہ کن پھیپہ (mumps) کے ساتھ خلط طہ ہو سکتا ہے۔ احمرار (ایریٹھما) سرخ چکیوں کی صورت میں ہوتا ہے، جو عموماً دو یا تین کی تعداد میں ہوتی ہیں اور نسبت بہت کم انجری ہوئی ہوتی ہیں اور ان کے ساتھ تپ نمایاں نہیں ہوتی۔ حاد ایزیا اور نملہ (ہرپیس) کے آبے نمیز ہوتے ہیں اور نملہ ایک جائیخ اور عصب پنجم کے پھیلاؤ کے رقبوں میں سے کسی ایک رقبہ

محدود ہوتا ہے۔ سرخاؤ کے مزید مخصوص خصائص حسب ذیل ہیں:- سرخی کا پھیلنا جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اقم سرخی ہمیشہ فقط آغاز سے فاصلہ پر ہوتی ہے۔ التهاب میں کان کا بھی پھیلا ہوا ہونا۔ بڑھتے ہوئے منطقہ میں جلد کی بہت زیادہ ایسیت۔ انداز۔ یہ اگرچہ بیشتر حالتوں میں امید افزا ہے لیکن ماؤف شدہ سطح کی وسعت کے لحاظ سے خطرناک ہوتا ہے۔ اور یہ بڑھتے مریضوں، مزمن حشاشی، الکھلیت (alcoholism) اور نقص تغذیہ (malnutrition) کے مریضوں میں اکثر ہلکا ہوتا ہے۔

علاج چونکہ سرایت جلد کی بعض فضاؤں کی راہ سے پھیلتی ہے لہذا یہاں فضاؤں کو متنبہ کرنے سے روکنا جاسکتا ہے۔ اس کو عمل میں لانے کا یہ طریقہ ہے کہ پھیلتی ہوئی کورکے باہر رحمہ پائڈریکلوڈین (non-flexible collodion) کا مٹاد ایک منطقہ کی صورت میں کر دیا جائے۔ جب کلوڈین سپر جاسے تو مٹاد مکرر کر دینا چاہئے۔ بعض اوقات اینٹی اسٹریپٹوکوکس سیرم (antistreptococcus serum) کو روزانہ ایک یا دو بار، ۱۵ تا ۲۰ سی۔ سی کی مقداروں میں تحت الجلدی اسٹراب کے طور پر استعمال کرنے کے بعد عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اسٹریپٹوکوکس سے گھوڑے کی سترائز تقطیع (inoculation) کر کے اسے شمع بنالینے کے بعد یہ سیرم (مصل) اس سے حاصل کیا جاتا ہے (لاحظہ ہو ڈفنٹی یا اینٹی ٹاکسین، صفحہ 70)۔ جہاں تب غیر معمولی طور پر ٹوالت کھینچنے یا بلند ہو تو نیم گرم یا سرد سفیج کا استعمال (sponging) کرنا چاہئے۔ غذا اعلیٰ ازود ہضم اور مغذی ہونی چاہئے، جیسی کہ دوسری حویاتوں میں ہوتی ہے، اور بیشتر حالتوں میں الکھلی، پورٹ وائن (port-wine) یا برانڈی کی شکل میں دیا جاسکتا ہے۔

رثمتی تب

(RHEUMATIC FEVER)

حاد اور تحت الحاد رثمتہ

(acute and subacute rheumatism)

رثمتی تب ایک عمومی مرض ہے، جس میں مفاصل کا یا قلب اور اس کی جھلیوں کا، یا دونوں کا ایک ساتھ مادہ التهاب ہوتا ہے۔ رثمتی عوارض جن میں حاد (acute) اور تحت الحاد (subacute) رثمتہ اور داء الرقص (زقن chorea) شامل ہیں، بچوں کے لئے ایک نہایت شدید خطرہ کا خدشہ رکھتے ہیں، کیونکہ قلب میں مضرت پیدا کر دینے کا باعث ہوتے ہیں۔ جسمانی عیوب والوں کے ایل۔ سی۔ سی مدارس (L.C.C. Schools for the physically defective) میں تقریباً

علیٰ روائزم (rheumatism = رثمتہ) اور روماتزم (rheumatic) کی اصطلاحوں کا استعمال عام اور لمبی کتابوں دونوں نے بلا امتیاز فرید بہت سے ایسے عوارض کے لئے کیا ہے جنہیں مفاصل یا درد یا سردی متعلق ہوتے ہیں۔ شاید آخر الذکر کے لئے اس کا استعمال زیادہ صحیح ہے، کیونکہ یہ نام ایک ایسے لفظ (péw) رثمتہ سے ماخوذ ہے جسکے معنی میں بہتتا ہونا ہے اور یہ کٹار (katappéw) (catarrh) سے نازل کے لفظ کے ساتھ ملتا ہوا ہے۔ لیکن زیادہ مناسب یہ تھا ہے کہ ان اصطلاحات کو صرف اسی مرض کے ساتھ جو آب بیان کیا جا رہا ہے، اور ان حالتوں کے ساتھ جو غالباً اس سے ملتی جلتی ہیں، محدود رکھا جائے۔

نصف موتیں اسی سبب سے ہوتی ہیں، اور جو فی الحال بچ گئے ہیں ان میں سے بہت سے بڑے ہو جانے پر مرنے سے زیادہ بہتر نہیں ہوتے۔

بحث اسباب۔ اس میں کوئی شبہ نہیں ہو سکتا کہ ریشمہ ایک دقیق

عضو ہے (micro-organism) کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اور اس عضو یہ کو، جسے پائٹن (Poynton) اور پین (Paine) نے ایک ڈپلو کاکس (diplococcus) (نقشہ زوجی) اور بیٹن (Beaton) اور اینلی واکر (Ainley Walker) نے جوڑیوں میں یا چھوٹی زنجیروں کی شکل میں واقع ہونے والے اسٹریپٹوکاکس کے طور پر بیان کیا ہے، بہتوں نے اس مرض کا سبب تسلیم کر لیا ہے۔ ہنگامہ حالتوں میں یہ خون، مصرع قلب، اگر قلبہ (pericardium) اور لوز تین (tonsils) سے ملحدہ کر کے نکالا گیا ہے مصنوعی واسطوں پر اس کی کاشت کی جاسکتی ہے۔ اور کاشتوں کی تطہیر سے ایسے اضرار (lesions) پیدا کئے گئے ہیں جو ریشمہ کے اجزاء سے مشابہ ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے برخلاف بہت سے قابل مشاہدین اس عضو کو ملحدہ کرنے میں ناکام بھی رہے ہیں۔

یہ مرض دونوں مشغولوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچا اس سال کی عمر کے بعد اور شیرخواروں میں نہایت شاذ ہے۔ بہت لوگوں کا خیال ہے کہ بیکے وقوع کار جھان موروثی ہوتا ہے۔ چند حالتوں میں یہ مرض متعدی پایا گیا ہے، بزرگ اور رطوبت عموماً اسکے محرک اسباب سمجھے جاتے ہیں، اکثر متعدد حالتوں کی تحلیل سے اور پیش اور موسموں کے ساتھ ان کے تعلقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ مرض بلند پیش، دھوپ کے اوقات، اور کچھ حد تک رطوبت اور مشرقی ہواؤں کے تناسب کے لحاظ سے کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن زیادہ بارش کے زمانوں میں حقیقتہً کم ہوتا ہے۔ لندن میں یہ موسم بہار اور فصل خزاں میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ مدارین (tropics) میں یہ شاذ ہوتا ہے۔ داء الرقص (chorea) ریشمی تپ (scarlatina) کے منطہ ہر میں سے ایک منطہ ہے یہ قرمز (scarlatina) کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے۔

اغلب ہے کہ ریشمی قشب حالتوں کی اکثریت میں ناک یا حلق کی راہ سے جسم میں داخل ہوتا ہے، اور لوز تین اس مرض کا عام ترین اولی مرکز ہوتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ ٹھنک حالتوں میں مفصل کے اندر ایک گندلا زلاب

(synovia) موجود پایا جاتا ہے، جسکے ساتھ فائبرین (fibrin) کے ٹکڑے بھی ہوتے ہیں۔ پسیدہ جلتے موجود ہوتے ہیں، لیکن پرسیدہ ریشمی کبھی نہیں ہوتا۔ خود غشاء زلابی عروقی اور لف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جیسا کہ اکثر دیکھا جاتا ہے، اس مرض میں سریع تخفیف ہو جاتی ہے، اور جب ایسا ہوتا ہے تو زلابی تغیرات غالباً اس سے نسبتہ خفیف تہ ہوتے ہیں۔ وتری غلافوں میں خیر شفاف مصل اور سبزی مائل زرد لف پایا جاتا ہے۔ مدداری پیچیدگیوں کی حالتوں میں وہ مزید اضرار نظر آتے ہیں جو کہ التهاب عضلہ قلب (myocarditis)، التهاب درون قلبہ (endocarditis)، گرد قلبہ (pericarditis) اور ذات الجنب (pleurisy) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ جہاں شدید ارتفاع تبش (hyperpyrexia) موت کا سبب ہوتا ہے، وہاں ایسے خفیف تغیرات کے علاوہ جو مفصل میں شناخت ہو سکتے ہیں، کوئی دوسرے اضرار کا موجود ہونا لازمی نہیں۔ پیچیدگی سے بیشتر مستی ہوتے ہیں اور دوسرے اضرار کا بھی ہی حال ہوتا ہے۔ اس موضوع پر کئی کئی سوسائٹی (clinical society) نے اپنی رپورٹ میں جوچوبیس مائیس شدید ارتفاع کی درج کی تھیں، ان میں سے دو میں التهاب سحایا (meningitis) موجود پایا گیا تھا۔ ریشمی تپ کی بعض حالتوں میں جن میں پرچوریا (purpura) بھی موجود تھا، آنت میں نہایت مستی اور اکدم (ecchymosed) مخاطی جھلی پائی گئی۔

علامات۔ بعض حالتوں میں ریشمی تپ التهاب لوزی کے علاوہ کے بعد فالور واقع ہو جاتی ہے۔ دوسری حالتوں میں اکثر ایک یا زائد حلقوں کی مابقی سرگزشت طبعی ہے۔ اور لوز تین کی کلانی نظر آتی ہے، یا ان میں عسق طاقے (crypts) پائے جاتے ہیں، یا انھیں دبانی سے پیچ خارج ہوتی ہے، یا غدورہ (adenoid) موجود ہو سکتا ہے۔ ریشمی کی پہلی علامتیں متعدد مفصلوں کے التهاب (multiple

arthritis یا زلزلہ التهاب (synovitis) کی ہو سکتی ہیں، اور یہ اضرار اس وجہ سے سرخ ہوتے ہیں کہ یہ دردناک ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ارتعاش پیش (pyrexia) موجود ہوتا ہے۔ اور دوسری حالتوں میں پہلا ضرر قلب کے مصراعوں، عضلہ یا دماغ والی تھلی کا التهاب ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ بالکل مخفی اور غیر محسوس ہو (تحت الحاد غیرتہ) (subacute rheumatism)۔ پہلی حالت بالعموم میں نسبتاً زیادہ عام ہوتی ہے اور دوسری حالت بچوں کی وارداتوں کا بڑا تناسب بناتی ہے۔ لیکن التهاب قلب (carditis) پہلے گردہ کی ایک پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے اور دوسرے گردہ میں مفصل عوارض کسی یا دوسرے مرحلہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔

ممکن ہے کہ مفصل بالکل ناگہانی طور پر مآلوف ہو جائیں۔ اکثر پہلے گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے اور پھر گھٹنے پر، اور بعض حالتوں میں کلائی یا شانے پر حملہ پہلے خواہ کسی بھی مفصل پر جو مرض قبل ہی جسم کے دوسرے مفصل میں پھیل جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شانہ، گھٹنے، کلائی، اور کلائی مفصل (phalangeal joints) کو گھٹنے، گھٹنے، شانے، اور پاؤں کی انگلیوں کے جوڑ ایک ہی وقت میں یا ایک بعد دیگرے ملہتب ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی قوی مفصل (sterno-clavicular joint) بلکہ فقری (vertebral) اور ضلعی فقری (costo-vertebral) مفصل تک بلاشبہ مآلوف ہو سکتے ہیں۔ لیکن مرض کی وسعت بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک حالت میں ممکن ہے کہ صرف دو یا تین جوڑ ہی ملہتب ہوں، اور دوسری میں بہت سے جوڑ۔ اور یہی تپ کہ ایک اہم علامت وہ طریقہ ہے جس سے بعض ملہتب مفصل میلہتبے ہو جاتے ہیں، اور ساتھ ہی دوسرے مآلوف ہو جاتے ہیں، اور یہ آخر الذکر اچھے ہو جاتے ہیں لیکن تازہ مفصل جتنا ہو جاتے ہیں یا وہ پہلے مآلوف ہوئے تھے پھر ملہتب ہو جاتے ہیں۔

وہ مفصل جس پر ریتی تپ کا حملہ ہوا ہے سوزم، سرخ اگر کم، چھوٹے سے الیم، اور دردناک ہوتا ہے۔ ورم گھٹنے میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے (جہاں انصباب (effusion) آسانی شناخت کیا جاسکتا ہے) نیز گھٹنے، کلائی، اور ہاتھ کی انگلیوں کے جوڑوں میں رنگ بیشتر شوخ گلابی ہوتا ہے نہ کہ دیسیا یا سرخ جیسا کہ قمر (gout) اور بعض بلدی امراض (erythemas) میں ہوتا ہے، یہ شاخ

ہی سارے دم پر ہوتا ہے اور عکسوں کی طرح ہو سکتا ہے۔ اہمیت (tenderness) بعض اوقات انتہائی درجہ کی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ اگر مہتر پر خفیف سا جھٹکا لگے یا جوڑ کو کسی بیدھنگے طریقہ سے ہاتھ لگایا جائے تو شدید درد پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ خود درد و دھکے دفع ہو جانے کے بعد بھی قائم رہ سکتا ہے۔ نشانے، کھلے اور کھپنے کے جوڑوں میں درد اور اہمیت ہی ریشیت کے خاص مظاہر ہوتے ہیں، کیونکہ خفیف سا دم عموماً آسانی سے شناخت میں نہیں آتا، اور خرمی عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔

حالتوں کی بڑی اکثریت میں زُلابی التهاب (synovitis) مابقی التهاب کی کوئی امارت چھوڑے بغیر رفع ہو جاتا ہے، لیکن کبھی کبھی، بالخصوص اس وقت جبکہ مفصل پر متواتر حملہ ہو چکا ہو، مستقل تغیرات نظر آسکتے ہیں، جنکے ساتھ عضلات کی لاغری (wasting) بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تغیرات ریشیتی گرہوں (rheumatic nodules) کے ساتھ مولف ہو سکتے ہیں، اور ریشیت آسا التهاب مفصل (rheumatoid arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ بعض اوقات ریشیت سب میں انصافات غضروفی (synchondroses) بھی باؤف ہو جاتے ہیں۔ اس میں شبہ نہیں کہ بعض مفصل کے قریب کے آوند کی پوششیں اکثر ملتبہ ہو جاتی ہیں، بالخصوص ان کی جو کھلائیوں اور ٹخنوں کے قریب ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سرخی کا، جو پشت پا اور پشت دست پر پھیل جاتی ہے، کچھ حصہ انہیں کے التهاب کی وجہ سے ہو۔

متعدد مفصل کے اس التهاب کے ساتھ ہمیشہ کسی قدر ارتقاع پیش (pyrexia) بھی متلازم ہوتا ہے۔ یہ اپنی شدت اور مدت دونوں میں تغیر پذیر ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ ۱۰۲ درجہ فارن ہائیٹ سے زائد بلند نہیں ہوتا، کسی قدر بے تادگی کے ساتھ کم و بیش ہوتا رہتا ہے اور بیشتر مفصل کے التهاب کے ساتھ رفع ہو جاتا ہے۔ اگر سیلیسیلٹس (salicylates) زدے جائیں تو یہ نو یا دس دن تک جاری رہ سکتا ہے، لیکن اکثر جلد تر ختم ہو جاتا ہے، اور اگر مغصلی التهاب کا کوئی ٹکس (recurrence) ہو تو اس کے ساتھ اس کا ٹکس بھی ہوتا ہے۔ نیز یہ

قلب کے اضران یا مخصوص التهاب گرد قلبہ (pericarditis) سے، اور ذاتِ الجنب (پلیورسی) سے متاثر ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات بڑی بلندی تک پہنچ کر ایک خطرناک بیچیدگی (hyperpyrexia) شدید ارتقاعِ پیش (بجھتا ہے، جکڑت پیسینہ آنا، ریشمیتہ کا معجز خاصہ ہے۔ پیسینہ ایک مخصوص ترش بُور کھتا ہے، لیکن اس کا قاتل ہمیشہ ہی قوی تر شئی نہیں ہوتا بلکہ متعادل (neutral) بھی ہو سکتا ہے۔ یہ پیسینہ اکثر آن صاف آبلوں میں دیکھا جاسکتا ہے، جو پیسینہ کے مسامات کے دھنوں پر ہو جاتے ہیں، اور جن کو جاذبِ رسیہ (sudamina) کہتے ہیں۔ جب ان آبلوں میں پیسپ کا ایک نقطہ موجود ہو اور یہ ایک عکلائی بالیزرے (arcola) سے محصور ہوں تو ان کو دُھنیتہ (miliaria) کہتے ہیں۔ اس تپ کے ساتھ عموماً زیادہ دماغی احتمال نہیں ہوتا، اور غیر پیچیدہ ریشمی تپ میں نمایاں ایک نمایاں خاصہ نہیں ہوتا، نہ زبان عموماً بڑی، چوڑی، الجلی، اور ایک دبیز، پسید یا بالائی جیسے فرو سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ اشتہا خراب ہوتی ہے اور آنٹوں میں قبض ہوتا ہے، بول مقدار میں کم، اگر بے رنگ کا (high coloured) اور ترش شئی ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اس میں البیوسوں کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

التهابِ مفاصل کے ساتھ شروع ہونی والی ریشمی تپ کی حالتوں کے ایک بڑے تناسب (ایک تہائی اور نصف کے درمیان) میں قلب بعد میں متاثر ہو کر ذیل اضران میں سے کسی ایک یا زائد ضرر سے ماؤف پایا جاتا ہے۔ التهابِ درونِ قلبہ (endocarditis)، التهابِ گردِ قلبہ (pericarditis)، التهابِ عضلہ قلب (myocarditis)، التهابِ دروں قلبہ تقریباً ہمیشہ مصرا عوں میں، اور بائیں جانب کے مصرا عوں میں شروع ہوتا ہے۔ اس کا وقوع بعض اوقات تپ کی کسی قدر زیادتی سے، یا قلب کے تیز فعل سے، یا حامد و دئی قلب (acute heart-block) سے متاثر ہوتا ہے۔ لیکن بیشتر حالتوں میں یہ صرف استعمال سے ظاہر ہوتا ہے، جبکہ ایک نرم جُرو (soft bruit) قلب کے پہلے صوت کو ڈھانکتا ہے یا اس کی جگہ پر، یا تو اس کے مقام پر یا قاعدے کے مقام پر، اور طی رجبے میں سُسنائی دے سکتا ہے، لیکن اغلب یہ ہے کہ جب یہ خریہ (murmur) اس کے مقام پر پایا

جائے تو فی الحقیقت یہ التهاب درون قلب کے باعث ہوتا ہے، اور اس وجہ سے نہیں ہوتا کہ التهاب عضلہ قلب واقع ہو کر عضلہ قلب کو کمزور کر کے مائٹریل والو (regurgitation) سے رجوع ہو۔ (mitral valve =) میں سے (خون کی) بازگروی ہونے دیتا ہے۔ بہر حال ممکن ہے کہ یہ تحریر دور ان مرض میں غائب ہو جائے، یا نقیصہ تپ کے زمانہ میں بدستور قائم رہے۔ دوسرے طبعی امارات کا بیان عا د التهاب درون قلب کے تحت دیا گیا ہے (صفحہ 829)۔ مریض اکثر عظیم الدم (anaemic) ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔ مستثنیٰ طور پر ریشمی طے کے بعد چند ہی مہینوں میں نسایاں فشل قلب (heart-failure) نمودار ہو جاتا ہے نیز التهاب گرو قلبہ (pericarditis)، التهاب درون قلب کے ساتھ ہو سکتا ہے، لیکن نسبت بہت کم واقع ہوتا ہے۔ اس کے آغاز کے ساتھ موضوعی علامات (subjective symptoms) جیسے کہ پیش قلبی درد (præcordial pain) یا پیش قلبی تکلیف (præcordial distress) مقامی الیٹیت، تیز حرکت قلب، اور کبھی کبھی شدید ارتفاع قشر، نسبت زیادہ اکثر پائے جاتے ہیں۔ صوتی فریک (friction sound) عموماً اولین طبعی امارت ہوتی ہے، اور اس کے بعد جلد ہی انصباب کی وجہ سے پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اصمیت اوپر کے طرف پہلی جن الاضلاع فضاء تک، بائیں سرپستان کے ایک انچ یا زائد باہر تک، اور خلیہ وسطی سے دائیں طرف ڈیڑھ انچ تک پھیل جائے۔ لیکن یہ انصباب فرک یا رگڑ (rub) کا جاری رہنا روکنے کے لئے اس وقت تک شاذ ہی کافی ہوتا ہے کہ جب تک کہ التهاب جاری رہے۔ جب ریشمی میں قلب ماؤف ہوتا ہے تو التهاب عضلہ قلب (myocarditis) غالباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ غالباً اسی کی وجہ سے ورزش کے بعد سانس پھول جاتی ہے اور ٹھکان ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہی اس مرض کی سب سے پہلی علامت ہو۔ التهاب عضلہ قلب مختلف قلبی یہ نظمیوں کا اور کبھی کبھی عا د اتساع قلب (acute dilatation of the heart) کا سبب ہو سکتا ہے۔

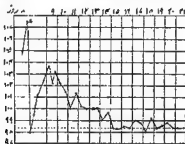
جب قلب شدید طور پر ماؤف ہوتا ہے تو ذات السجنب

(pleurisy) اکثر دیکھا جاتا ہے اور غامض التهاب گرد قلبہ (pericarditis) کے ساتھ۔ ایک رگڑ (صوت فرکی) شنائی دیتی ہے اور ممکن ہے کہ درد بھی موجود ہو۔ جب یہ شنائی پلئوٹرا اور گرد قلبی پلئوٹرا کے درمیان واقع ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ پلئوٹرائی اور گرد قلبی فریک (pleuro-pericardial friction) موجود ہو (لاحظہ ہو صفحہ 195)۔ عموماً استنا کافی ارتشاح (exudation) نہیں ہوتا کہ جس سے بزل (tapping) کی ضرورت پیش آئے۔ لیکن کبھی کبھی وہ بکثرت ہوتا ہے اور بائیں قاعدہ پر ایسے طبعی الماریات پیدا کر دیتا ہے جو بائیں پیچھے سے پر ایک گرد قلبی انصباب کے دباؤ سے مشابہ ہوتے ہیں یعنی آواز میں کمی، حلیلی غریب (vesicular murmur) کی کمی، یا کمزور بلند مقام (high-pitched) طبیعتی تنفس (bronchial breathing)۔ کبھی کبھی بچوں میں سادریوی اڈیمیا (acute pulmonary oedema) اور طبیعتی التهاب شش (broncho-pneumonia) واقع ہو جاتے ہیں (Poynton) یا التهاب پنجرہ (laryngitis)، وریدی طلیقت (venous thrombosis) التهاب گردہ (nephritis) اور التهاب سحایا (meningitis) شاذ واقع ہونیوالی چیزیں ہیں۔

جوارسیہ (sudamina) اور دضینہ (miliuria) کے علاوہ (جو پہلے بیان کیے گئے ہیں) بشرتی (urticaria) اور احمرار (erythema) کے مختلف اقسام واقع ہو سکتے ہیں، بالخصوص احمرار کثیر الاشکال (E. multiforme) بے شرتہ کے ساتھ احمرار کربجی (E. nodosum) بھی پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ اسٹریٹو کاکل بداد کا ہو (لاحظہ ہو صفحہ 909)۔ کبھی کبھی ان میں ایک پریٹوٹرائی ٹوران (purpuric eruption) دڑتے کہ پریٹوٹرا ہوتا ہے (peliosis rheumatica)۔ طبیعتی کلاحتہ یہ بیشتر پاؤں، انگوٹوں، اور ٹانگوں کے زیرین حصوں پر ایک کم بیش مسلسل شوخ شوخ توران کے طور پر ظاہر ہوتی ہے، جو کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے سرخ نشے (petechiae) سے بنتا ہے، جو دبانے سے غائب نہیں ہوتے۔ یہ عموماً چند دن تک رہ کر جب دفع ہوتے ہیں تو بھورے یا زرد دھبے چھوڑ جاتے ہیں۔ بعض اوقات یہ پریٹوٹرائی دھبے بہت زیادہ بڑے اور زیادہ عام طور پر منتشر ہوتے ہیں۔

لیک نہایت خطرناک، لیکن خوش قسمتی سے سنا زنجیرگی شدید ارتفاع پیش (hyperpyrexia) ہے۔ ان درجہ حرارتوں کی کچھ تعداد میں پہلے کچھ احتیاط حاصل ہو جاتا ہے۔ مفاصل کے درد کسی قدر دفعہ جاتے رہتے ہیں اور پسینہ آنا موقوف ہو جاتا ہے۔ مریض کو بیچینی ہو جاتی ہے، اور چند گھنٹوں کے بعد وہ زیادہ بولنے لگتا ہے بلکہ اسے ہڈیاں ہو جاتی ہے۔ پیش جو پہلے شاید ۱۰۰ درجہ سے بھی نیچے تھی اب ۱۰۵ یا ۱۰۶ درجہ تک چڑھتی ہوئی پائی جاتی ہے، اور اگر اسے کم کرنے کے لئے فوری تدابیر نہ اختیار کئے جائیں تو وہ ہر گز ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱ درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ ہڈیاں ابتداً معتدل طور پر غامض ہوتا ہے، عضلات میں جھٹکے (twitching) پیدا ہو جاتے ہیں، اور آنکھیں حرکت کرتی رہتی ہیں۔ مگر جب کہ مریض بستر سے باہر اٹھنے کی کوشش کرے چہرہ عموماً سیاہی مال سرخ، اور زبان خشک اور لرزاں ہوتی ہے۔ جب پیش ۱۰۷ درجہ سے بڑھتا رہتا ہو جاتی ہے تو مریض نیم مہسوت (semi-comatose)، بلکہ بالکل مہسوت ہو جاتا ہے۔ یہ ایسی حالت ہے جو پیش ۱۱۰ درجہ پہنچنے پر ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔

تقلیل پیش کے لئے مناسب علاج اختیار کرنے پر اکثر شفا ہو جاتی ہے، ورنہ نفس زیادہ تیز اور غیر عموماً، چہرہ زیادہ سیاہی مال اور اذرق (livid) ہوتا ہے، اور نبض تیز اور کمزور ہو جاتی ہے، سینہ میں گھٹات (rales) جمع ہو جاتے ہیں، اور شدید ارتفاع پیش کے آثار کے آغاز کے بعد اکثر بارہ یا چوبیس گھنٹے کے اندر موت اس حالت کا خاتمہ کر دیتی ہے۔



جہز

شفا پائی

عکس ۷۔ مرثی صہ میں شدید ارتفاع پیش

بچوں میں رثیتہ۔ یہ ہر لحاظ سے دیسے ہی ہو سکتی ہے جیسی کہ پہلے بیان ہو چکی ہے۔ لیکن کثیر التعداد حالتوں میں گو بچوں میں قلبی ضرر کی شہادت موجود ملتی ہے مگر باوجود اسکے بیماری کی، یا در تغلیع پیش کی، یا مفاصل کے متورم ہونے کی یا کسی ایسی چیز کی مرگہ نہ ہونے کی جاتی جو ایسے مہم دروں سے زائد ہو جن میں شاید لالہ یا لیلہ کی یا درد ہائے نمو (growing pains) ہوتے ہیں اور جن کی وجہ سے بچہ کو اپنے بستر میں رہنے تک کی ضرورت پیش نہیں آتی۔ یہ قلبی ضرر متذکرہ بالا امراض میں سے کوئی ایک ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ جب یہ ابتدائی شناخت میں آئے تو ترقی یافتہ درجہ میں ملے بعض اوقات ایک بچہ میں جو رثیتہ کی منفعلی قسم کے علا میں مبتلا ہو ایک سرسجائی یا ناقصی ضرر موجود رہا ہے جو موجودہ رُلابی التهاب (synovitis) پر منحصر نہیں ہوتا، لیکن جس میں مابقی رُلابی التهاب کی کوئی سرگزشت نہیں ملتی۔ دار الرقص (chorea) اور چیتی تب کے تعلقات پر بعد میں بحث کی جائے گی (ملاحظہ ہو دار الرقص) لیکن وہ بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے اور قلبی امراض کے ساتھ واقع ہوتا ہے، جنکے ساتھ متذکرہ ذیل تحت ابجلی کی گزائیں ہوتی ہیں، اور بعض اوقات رُلابی التهاب بھی ہوتا ہے اور دوسرے اوقات میں نہیں ہوتا۔ اگر وہ ایک ایسے بچے میں واقع ہو جس میں رثیتہ کی کوئی مابقی شہادت نہ ہو تو التهاب درون قلبیہ یا مفاصل کا وہ بعض اوقات اُسکے بعد واقع ہوگا۔

تحت ابجلدی گزائیں (subcutaneous nodules) بھی بالفلوں کے نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور وہ مفاصل کے قرب وجوار میں، اور دوسرے مقامات پر غلگی جیود (bony ridges) اور بھاروں پر ملتی ہیں۔ وہ جلد کے نیچے آزادانہ طور پر اور اپنے نیچے کی لینی ساختوں پر کسی قدر حرکت پذیر ہوتی ہیں، اور کچلے فافاؤں سے غلینوں (fibroblasts = یعنی نابضات) اور چند عروق سے بنتی ہیں۔ وہ ایک تیز پذیر عرصے تک موجود رہتی ہیں اور ممکن ہے کہ چند مہنتوں میں غائب ہو جائیں۔

رثیتہ تب کا مخر۔ اگر علاج دیکھا جائے تو مفاصل کے علامات دس سے

چودہ روز تک جاری رہ کر پھر دفع ہو جاتے ہیں اگر سالیسیلیٹس (salicylates) سے علاج کیا جائے تو درود اور تب اکثر ایک ہفتہ کے اندر جاتے رہتے ہیں۔ لیکن بہر حال رثیتہ

نکس (relapse) کا بڑا رجحان رکھتی ہے اور دو دنوں سے بیکر دو ہفتوں کے غیر حموی اور غیر وجعی وقفے کے بعد مفاصل ٹھیک اسی طریقے سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالتوں میں غیر حموی زمانوں میں بھی عضویئے مفاصل میں بدتور وجود رہتے ہوں (Realtic)۔ ایسے نکس کی حالت میں بھی مریض کو قلب کے متعلق اور شدید ارتقاع پیش (hyperpyrexia) کے متعلق بالکل ویسے ہی خطرات کا اندیشہ ہوتا ہے جن کا خطرہ پہلے حملے میں تھا۔ ممکن ہے کہ اسکے بعد، نمایاں ارتقاع پیش کے ساتھ یا اس کے بغیر ایک دوسرا نکس (relapse) واقع ہو جائے یا اب ایک جوڑ کے اور پھر دوسرے جوڑ کے بمقادہ عوارض پیدا ہو جائیں۔ کبھی کبھی ایک جوڑ میں ہفتوں یا ہفتوں تک التهاب کے قائم رہنے سے شغلیالی میں تاخیر ہو جاتی ہے، درد، دُرم، اور اگر نمایاں علامات ہوتے ہیں اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جبائر (splints) اور مقامی علاج سے کرنا پڑتا ہے۔

قیحیت میں تاخیر ہونے کا ایک دوسرا سبب پہلے ہی بیان کیا گیا ہے۔ یعنی التهاب درون قلب (endocarditis) کی سریع ترقی، جس سے مریض ریشہ سے گذر کر نمایاں قلبی مرض میں مبتلا ہو جاتا ہے، جسکے ساتھ اور طی یا لبطنی (mitral) مرض کے طریقات (murmurs) اور نفل پذیر عضلہ قلب موجود ہوتے ہیں۔

حلا کے دوران میں موت بالخصوص صدری پیچیدگیوں سے واقع ہو جاتی ہے، بالخصوص جبکہ التهاب درون قلب، التهاب گرد قلب، اور ایک یا دوسری جانب پلیورائی انصباب ساتھ ساتھ واقع ہو جائے اور شاذ حالتوں میں شدید ارتقاع عوارض

تکفیف۔ اس میں عموماً کوئی وقت نہیں پیش آتی۔ درد اُسے مفاصل کا یکایک وقوع اور اُن کی سرخی اور دُرم، تب اور پسینہ کی کثرت، یہ سب بیشتر فیصلہ کن ہوتے ہیں، بالخصوص اگر یہ ایسے نوعمر اشخاص میں ہوں جو پہلے اچھی صحت کی حالت میں تھے یا جن میں اس کے برعکس ریشہ تب کی یا مریض قلب کی باسقی مرگشت موجود ہو۔ ایسے حاد التهاب رما د ارتقاع مقدماتی (acute anterior poliomyelitis) سے تیز کرنا چاہئے جس میں کہ در و صرف حرکت کرنے پر ہوتا ہے اور مفاصل میں انصباب نہیں ہوتا، اور رگبی جھٹکا (knee-jerk) غائب ہوتا ہے۔

جہاں صرف ایک جوڑاؤں ہو سادہ عظمیٰ لٹی التهاب (acute osteomyelitis) کا خیال کرنا چاہئے۔ اس میں بشمول (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ اہمیت بہت زیادہ ہوتی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ ہڈی پر دباؤ ڈالا جائے۔ حادثہ تقطیع الذم (acute pyemia) یعنی لٹی التهاب مفعلی (suppurative arthritis) کے ساتھ قلیل الوقوع ہوتا ہے اور عموماً سرائیٹ کوئی مہینہ مرکز ہو رہتا ہے جیسے کہ وضع قریب کے بعد مضمون قریب مفاصل نافذ ہوتے ہیں تو ان کے تندرست ہونے کے لئے طویل عرصہ درکار ہوتا ہے۔ سوزاکی رابانی التهاب (gonococcal synovitis) بھی رفتی تپ کے نسبت زیادہ دیر پا ہوتا ہے اور اس کے ساتھ قلبی پیچیدگیاں شاذ ہی ہوتی ہیں اور التهاب بالخصوص رداؤں (fasciae) کو نافذ کرنے کے کار حجام رکھتا ہے۔ لیکن ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ یہ مردوں اور عورتوں میں نعلنی سے آسانی ریشہ سمجھ لیا جائے، تاوقتیکہ دریافت کرنے پر اخراج مواد (discharge) کی موجودگی کی تصدیق نہ ہو جائے یا مریض اس کا اعتراف نہ کرے۔ حادثہ کثیر مفعلی التهاب (acute multiple arthritis) بھی بہت سی نوعی سرائیٹوں مثلاً تپ مہویہ، زحیرہ اور نیو مہوکا کی سرائیٹوں (pneumococcal infections)، حمی ناکسہ (relapsing fever) وغیرہ میں واقع ہو سکتا ہے۔ مریض میں سلی سیلیس کے قتال کا ظہور ریشہ کی قوی شہادت ہے۔ نقرس (gout) سے تشخیص کرنے کا طریقہ اس مریض کے بیان میں درج کیا جائے گا۔

ریشہ کی تشخیص ایک ایسے سچ میں جسے کثیر مفعلی التهاب نہ ہو چکا ہو، غرض مطلق قلبی ضرر، سخت اسکلرٹی گرگول یا دارا نقص کی شناخت پر اور نیز اس استنباط پر جو شاید ہمیشہ حق بجانب نہیں ہوتا، منحصر ہوتی ہے کہ ان کا سبب مزور ریشہ کی سرائیٹ ہی ہوگی۔ اندازاً روادار ریشہ کی شرح ہائکت تھوڑی ہی ہے۔ سب سے زیادہ خطرے کا عنصر اس کے ساتھ واقع ہونی والی قلبی سرائیٹ اور نادر الوقوع شدید ارتقاع پیش سے ہو سکتے۔ اول الذکر پر بعد میں غور کیا جائے گا (صفحہ 322)۔ شدید ارتقاع پیش کے خطرے کا انحصار اس درجہ پیش پر ہے جو تہریدی تدابیر اختیار کرنے سے پہلے موجود تھلہ بہر حال آئندہ قلبی مرض کا امکان پیش نظر رکھنا چاہئے۔

تحریر۔ اہم ترین امر یہ ہے کہ سرائیٹ کے تمام ممکنہ مفعول کا علاج کیا جائے۔

اس من میں ناک، جوفوں (sinuses) اور ملق کا احتیاط کے ساتھ استمکان کرنا چاہئے، بالخصوص بچوں میں، اور بالغوں میں ذہانی سرایت بالخصوص کلاش کرنی چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو توتیرین اور ندودہ (adenoids) کو نکالنا چاہئے۔ چکنی مٹی کی زمین عموماً ریشیتہ کی اسبقت استعداد پیدا کر دینے والی سمجھی جاتی ہے، اور دریائی وادیوں کے طبیعی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ ریشیتی بچوں کو اپنا لباس، اگر وہ تر ہو جائے، بدل ڈالنا چاہئے (نیز ملاحظہ ہو مرض قلب کی تحریر، صفحہ 347)۔

بچاسی بچوں میں جن میں مخمکف ریشیتی منقب ہر موجود تھے، لوزہ برآری (tonsillectomy) کا عمل انجام دینے کے بعد اس عمل کے اہم اعداد و شمار کا بیان شایع کیا گیا ہے (۶)۔ بیشتر حالتوں میں لوزہ تین ایک سے زائد بار مستورم اور تمام حالتوں میں لوزہ یعنی غد بڑے ہو گئے تھے۔ لوزہ برآری کے عمل کے بعد ان بچوں کی حالت کے متعلق باوجود ساڑھے تین سال تک خبر رکھی گئی۔ ۵۹ فیصدی حالتوں میں لوزہ یعنی غد جس نا پذیر (impalpable) ہو گئے، ان حالتوں میں سے جن میں ریشیتی تب ہو گئی تھی، ۸۸ فیصدی میں نکس نہیں واقع ہوا۔ دوا القرض سے متعلق ۵۰ فیصدی حالتوں میں نکس نہیں ہوا۔ التهاب عضلہ (myositis) اور درد مفاصل کے لحاظ سے، ۵۹ فیصدی حالتوں میں مرض کا اعادہ نہیں ہوا۔ چند حالتوں میں لوزہ تین کو کمال طور پر تاراج کرنے کے لئے ایک دوسرے عمل کی ضرورت پیش آئی۔ اسٹارلنگ (Starling) (۷) کو پینتیس مریضوں میں بنائیت مائل نتائج حاصل ہوئے۔

اس بیان سے نتائج ذیل مستنبط کئے جاسکتے ہیں:۔ ریشیتی بچوں میں جب لوزہ غد بڑے ہو گئے ہوں، عمل انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزہ تین کا کمال اخراج کرنا مناسب ہے۔ یہ عمل عموماً سرایت کے رفع ہو جانے کے بعد انجام دینا چاہئے لیکن ریشیتہ اور دوا القرض کے غیر حوی عملوں میں عمل فی الفور کر دینا چاہئے۔

علاج۔ ریشیتہ کی خفیف حالتوں کے کارگر علاج کے لئے بھی، اتاد قنیکہ کوئی مثالی سرایت موجود رہے، بستر میں کئی آرام بالکل ضروری ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 347)۔ شدید حالتوں میں مریض کو خاموش لیٹے رہنے کے سوائے کوئی چارہ کار نہیں۔ مفاصل کو چوٹ کے ہر خطرے سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات ایک غلطیہ (cradle) کے ذریعہ

بستر ہی لباس کو جو ارج سے اوپر اٹھادینا مناسب ہوتا ہے۔ اور ان کے گرد روئی پٹیٹ دینے سے درد میں کچھ تسکین پیدا کی جاسکتی ہے۔ شدید حالتوں میں روئی پر تھوڑی مسکن دوا (anodyne) جیسے کہ بیلاڈونا (belladonna) یا مروخ افیون (opium) (liniment) پھیر کر سکتے ہیں، یا میتھیل سیلیسلیٹ (methyl salicylate) (دوشر گرین یا مصنوعی اردغن) مفصل پر لگا کر اسے گنا پڑ پڑاٹھو سے ڈھانک دیا جائے۔ گذشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی غذا سمجھی کے ساتھ تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر ایک زیادہ متنوع غذا (جیسی کہ دوسری حموی حالتوں میں دی جاتی ہے) کی اجازت دینا بہت بہتر ہے۔

اب جو دوا تقریباً دنیا بھر میں متعل ہے وہ سوڈیم سیلیسلیٹ (sodium salicylate) ہے، اور بعض اوقات سیلیسین (salicin) یا سیلیسیک ایسڈ استعمال کیا جاتا ہے۔ جب مریض کامل طور پر ان میں سے کسی ایک دوا کے زیر اثر آجاتا ہے تو درد غائب ہو جاتا ہے، مفصل کی سرخی اور ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور حسیں دوبارہ تین درجے گر جاتی ہے یا ممکن ہے کہ طبعی درجہ پر ہی آجائے۔ اگر آب اس دوا کو کم یا موقوف کر دیا جائے تو اس کا نہایت امکان ہے کہ درد پھر عود کر آئیں، لیکن اگر اس کی مقدار استعمال جاری رکھی جائے تو ریشہ سے اس وقت سے علاء ضعیف یا بی ہو جاتی ہے۔ لیکن اس دوا اور غذا دونوں کے ذریعہ سے علاج دس یا زائد دن تک جاری رکھنا پڑے گا۔ جن کے اختتام پر ان میں احتیاط کے ساتھ کچھ کمی یا رعایت کی جاسکتی ہے۔ سیلیسیک ایسڈ یا اس کے سوڈیم کے نمک کی موثر معقاد ۲۰ گریں ہے، اور سیلیسین کی حدود ۱۰۰ گریں، جسے ابتدائی چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں ہر چار یا پانچ گھنٹے کے وقفے سے دینا چاہئے۔ لیکن کم شدہ حالتوں میں نسبتہ کم معقاد کافی ہو سکتی ہے۔ بعض لمبے پہلے چار یا پانچ گھنٹوں تک نسبتہ کم معقاد ہر گھنٹہ دیتے ہیں اور پھر ہر دوسرے گھنٹہ دیتے رہتے ہیں۔ اگر حمل نہایت شدید ہو تو پہلے دن کے لئے ۲۰ گریں کی معقاد ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دے دینا مناسب ہو سکتا ہے۔ اگر بہت زیادہ معقاد دی جاتی ہے تو سرلیں درد سرا بہرے بن، ٹھنڈا (tinnitus aurium) اور غصیف ہڈیاں کی شکایت میں مبتلا ہو جاتا ہے، لیکن جب یہ دوا موقوف کر دی جاتی ہے تو یہ سب موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس سے قے اُست

یا غیر متعظم منض، البیٹومن بولیت، رماٹ (epistaxis) اور دم بولیت (haematuria) بھی واقع ہو گئے ہیں۔ عام طور پر یہ ابتدائی تسمی علامات دردوں کی تخفیف کے ساتھ ہی نمودار ہو جاتے ہیں۔ لیکن جوں ہی ایسا ہودا کی مقدار کا توازن گھٹا کر دن بھر میں بار بار یا تین بار کر دینا چاہئے، اور اسی شرح سے اُسے آخری درد دیا آخری غیر طبعی پیش سے پانچ یا چھ دن گذر جانے تک بیماری رکھنا چاہئے اور پھر اس دوا کو بالکل موقوف کر سکتے ہیں۔ جب دودھ کی غذا دی جائے تو اُسے عموماً اس زمانہ کے قریب نشات دار (farinaceous) غذا کی آمیزش کے ساتھ مقدار میں زیادہ کر دینا چاہئے، اور پھر چند روز کے بعد گوشت کی بخنی (meat broth) پھللی اور بالآخر گوشت دیا جاتا ہے۔

رہنمیت پر این تینوں زیر بحث دواؤں کے جو اثرات ہوتے ہیں ان میں کوئی اہم فرق نہیں ہوتا۔ سوڈیم کاترک عام طور پر پسند کیا جاتا ہے اور اُسے اکثر سوڈیم بانی کاربونیٹ کی سادی مقدار کے ساتھ ملا کر دیتے ہیں۔ بعض اوقات یہ دواؤں چند اس موثر نہیں ہوتیں، اور درد تخفیف شدہ شکل میں جاری رہتے ہیں یا گس (relapse) بار بار ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ سیلی سیلیٹ آف کیوینین (salicylate of quinine) (۲ تا ۴ گرین) مفید ہو، یا قدیم قلعوی علاج (alkaline treatment) دینا کیا جاسکتا ہے، یعنی پوٹاشیم بانی کاربونیٹ (potassium bicarbonate) یا پوٹاشیم آئیسیٹیٹ (potassium acetate)۔ ہر گرین ہر چوتھے گھنٹے، یا پوٹاشیم بانی کاربونیٹ کیوینین کے ساتھ بعض اوقات حادثہ رہتے کے دردوں پر سیلی سیلیٹ آف کیوینین کے لئے مرکبات، جیسے کہ سیلال (salol) سالوفین (salophen) اور آسپیرین سیلی سیلیٹ آف کیوینین (acetyl salicylic acid) (آسپیرین = aspirin) کسی قدر اثر رکھتے ہیں۔ آخر الذکر کا ۱۰ یا ۱۵ گرین کا مقداروں میں کھینٹے (cachet) لینے برشمارہ کے اندر بکثرت استعمال ہوتا ہے۔

فی الحال یہ معلوم نہیں ہے کہ سیلی سیلیٹس کیونکر عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا خیال ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے بلکہ یہ بھی بتلایا گیا ہے کہ متغایہ پیش اور مغاسل کے اردوں کو دور کرنے میں یہ خرابی ہے کہ اس سے سرایت قلب کی ترقی کی ایک دالمت مفقود ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کسی قدر ارتغایہ پیش سرایت کے مقابلہ

کے لئے ایک فائدہ بخش حفاظت کا کام دیتا ہے۔

قلبی پیچیدگیوں کا علاج اور امراض قلب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ ایک ضروری امر یہ ہے کہ مریض کو کئی ہفتوں، یا دو تین ہفتوں تک بستر میں پر آرام و سکون رکھ کر مسرعات (valves) یا عضلات قلب کو شغلیاب ہونے کا موقعہ دینا چاہئے۔

شدید ارتعاش تپش (hyperpyrexia) کا علاج فوری ہونا چاہئے اور مستعدی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ وہ یہ ہے کہ جب کبھی تپش ۱۰۵ اور چارن انٹ سے اوپر بڑھتی ہوئی پائی جائے تو سردی ڈبیریداکا بیرونی استعمال کیا جائے۔ سیلی سیلک اینڈ اور دوسرے دافعات تپ (antipyretics) تپش کو کافی سرعت کے ساتھ نہیں کم کرتے، اور اُسے کم کرنے کا بہترین طریقہ، جیسا کہ فریڈرکس پائوٹس نے (heat-stroke) کے تحت بیان کیا گیا ہے (صفحہ ۲۷) یہ ہے کہ برف کے ٹکڑے لگائے جائیں۔

الفلوینزا

(INFLUENZA)

یہ اصطلاح، جو اکثر ہر نفی نازلت کے لئے غلط استعمال کی جاتی ہے، اُس مادہ عمومی مرض کا نام ہے جو گذشتہ زمانوں میں اکثر سارسے یورپ پر ایک وبا کے طور پر پھیل گیا تھا، لیکن یہ ۱۹۱۸ء کے شدید حملہ کے بعد سے ۱۹۱۹ء کے موسم سرما تک (جبکہ یہ پھر نمودار ہو گیا)۔ ہمارے درمیان علی طور پر ناپید تھا۔ اس مرتبہ یہ گذشتہ مئی میں ابتداً پنجاب میں ظاہر ہوا۔ اکتوبر میں یہ سینٹ پیٹر برگ میں ظاہر ہوا اور قبل ہی اس کا حملہ آسٹریا، جرمنی، فرانس، انگلستان، اور یورپ کے دوسرے ممالک، نیز ریاستہائے متحدہ امریکہ پر ہو گیا۔ چند ہفتوں کے بعد یہ ہندوستان، آسٹریا، نیوزی لینڈ، باسٹل افریقہ، اور جنوبی امریکہ میں منتقل ہو گیا۔ یہ مرض پھر بار بار جزائر برطانیہ میں پھوٹ پڑا اور چند سال سے شاذ ہی کلی طور پر غیر موجود رہا ہے۔ گذشتہ وبا کے عظیم جو سب سے پہلے ہسپانیہ میں ظاہر ہوئی، انگلستان میں تین ہفتوں کی شکل میں پھوٹ پڑی۔ یہ پہلا اور طاقت کے لحاظ سے

خفیف ترین علامت اور جولائی ۱۹۱۸ء میں، دوسرا اور شدید ترین نومبر ۱۹۱۸ء میں اور تیسرا فوری اور مارتھ ۱۹۱۹ء میں واقع ہوا۔ انفلونزا کا یہ غیر متناہتہ ہے کہ اگرچہ بچے اور بوڑھے عموماً جانبر ہو جاتے ہیں لیکن یہ مرض بیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان بالخصوص ہلکا ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ انفلونزا کا تحقیقی و بائی علامہ ہمیشہ اپنی اُس غیر معمولی سرعت

کے باعث میسر رہا ہے، جس سے آبادی اور خاص کر گنجان آبادی والے شہروں پر اُس کا حملہ ہوا ہے۔ ایک ہی وقت میں، یا چند ہی روز کے اندر سیکڑوں پر حملہ ہو گیا، اور دوسرے حالات کے علاوہ اس کی وجہ سے یہ خیال پیدا ہو گیا کہ اس مرض کا تقدیر ایک انسان سے دوسرے انسان کو نہیں ہوتا بلکہ یہ ہوا کے ذریعہ سے ایک ہی وقت میں بہت سے لوگوں میں منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ خاصہ ۱۹۱۸ء میں خاص طور پر نمایاں پایا گیا۔ لیکن اب اس کا کافی طور پر تصدیق ہو چکی ہے کہ جو حملہ کتنا ہی ناگہانی ہو یہ مرض انسانی اختلاط سے پھیلتا ہے۔ ۱۹۱۸ء میں پیفٹر (Pfeiffer) نے ایک دقیق حصیہ دریافت کیا، جو انفلونزا کے مریضوں کے بُساق (sputum) میں اور نسیہ کم عام طور پر اُن کے خون میں کسی نہ کسی وقت موجود رہتا ہے۔ اسے بیسیلیس انفلونزائی (bacillus influenzae) کہتے ہیں اور یہ اب سے کچھ پہلے تک عام طور پر انفلونزا کا سبب سمجھا گیا تھا۔ یہ ایک چھوٹا ڈنڈا ہے، جو لمبائی میں دو اعلیٰ چوڑائی میں ۰.۰۰۲۰۰۰ سے زائد نہیں ہوتا۔ یہ توستہ گرام (Gram's stain) سے غیر رنگوں رہتا ہے، اور ہیم گلوبن یا خون موجود رکھنے والے واسطوں پر بہترین طور پر لگتا ہے۔ نوٹیاں انفلونزا کا ۹۸ فیصدی حالتوں میں یہ حصیہ بعد اوقات کاشت کیا گیا ہے۔ لیکن یہ دوسرے امراض سے ہلاک شدہ اشخاص کے ایک نسبتاً کم تناسب میں بھی تقاضی غلطی کے مختلف حصوں میں موجود ہوتا ہے (۸)۔

لیکن اب اس امر کی شہادت مل رہی ہے (۹) کہ اس مرض کا سبب ایک قطا غلڑ (filter-passing) دقیق عضو یہ ہے، جو معمولی زکام پیدا کرنے والے عضو سے مماثل ہوتا ہے۔ یہ ابتداء مرض میں مریضوں کے اُلنی افزادات سے اُس وقت مائل ہو جاتا ہے جبکہ حصیہ انفلونزا اکثر غیر موجود ہوتا ہے، اور اس عضو سے کاشت سے

انفلوئنزا پیدا کر لیا گیا ہے۔ اس کا نام بیکٹیریم نیومونیشیس (bacterium pneumosintes) رکھا گیا ہے۔ غالباً عقیقۃ انفلوئنزا اس مرض میں مختلف تنفسی پیچیدگیاں پیدا کر کے ایک اہم ٹیکنیٹائی جسدیتا ہے۔ سرایت بساق (sputum) یا رتی (saliva) کے ان قطیروں (droplets) کو سانس میں اندر لینے سے واقع ہو جاتی ہے، جو کھانسنے یا بولنے کے دوران میں باہر نکل کر ہوا میں مل جاتے ہیں۔ انفلوئنزا کا ایک ملکہ مرضیوں کو کم از کم چند ہفتوں کے لئے دوسرے حملہ سے محفوظ کر دیتا ہے، لیکن یہ اکثالی مسامت دائمی نہیں ہوتی۔ مگر کثرت و بایں تقریباً ۲۰ فیصدی مریضوں کو مابقی حملہ ہو چکا تھا۔

۹۲

فرضی التشریح۔ انفلوئنزا ایک عفونۃ الدم (septicemia) ہے، جیسا کہ

دموی کاشتوں سے اعداد التباہ گردہ (acute nephritis) کے غلبہ اور شش کے اندکے تغیرات سے ظاہر ہوتا ہے۔ آغزالہ ذکر کے مظاہر نہایت مختلف ہوتے ہیں، البتہ اب قصبہ (tracheitis) التهاب شعبہ (bronchitis) اور التهاب شعبہ (bronchiolitis) ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پھیپھڑوں میں بے انتہا استلاک (congestion) نرزی اذریا، یا منتثر نرزی بلا تجمد (consolidation) موجود ہو، یا اسکے برعکس جامد نرزی رقبے پائے جائیں جو یا تو ایک پورے نمونہ کو ماؤف کرتے ہوں یا نغمات (infarcts) کی طرح چمکتیوں کی صورت میں ہوں، ممکن ہے کہ شعبی ریوی التهاب (برا کوٹونیہ) یا متعدد پھوڑے، عموماً چھوٹے اور مجتمع یا حقیقی ٹنگرین موجود ہوں۔ ممکن ہے کہ ہبوط (collapse) کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبے موجود ہوں یا ضخیم ہبوط (massive collapse) ہو۔ گرد شعبی التهاب (peribronchitis) اور شکلی نفاخ (interstitial emphysema) نیز ذات الجنب (پیٹورسی) انصباب کے ساتھ یا بلا انصباب موجود ہو سکتا ہے۔ شعبی غد ملتہب ہوتے ہیں۔ بیشتر حالتوں میں دندی جوف (sphenoidal sinuses) اور دوسرے شعبیں ہوائی جوف (accessory air sinuses) سرایت زدہ ہوتے ہیں۔ جسمانی سرایت کا اتالی مرکز غالباً آفنی بلعوم (nasopharynx) میں واقع ہوتا ہے۔ گردوں میں خون کی زیادتی پائی جاتی ہے، ورنہ وہ معمولی حالت میں نظر آتے ہیں، ملاحظہ ہو حاد التهاب گردہ (acute nephritis)۔

علامات۔ زمانہ حضانت اڑتالیس گھنٹے سے ذرا کم عرصہ سے نیکر پانچ دن

تک کا ہوتا ہے۔ انفلوئنزا کے نظام میں بے انتہا اختلاف پایا جاتا ہے۔ کثیر التعداد مالتوں میں علامات ایک مادی عمومی مرض کیے ہوتے ہیں، اور جسم کے کسی ایک عضو یا نظام میں مخصوص اور متعین نہیں ہوتے۔ ایسے سادہ قسم (simple type) یا سادہ عمومی قسم (simple febrile type) کہہ سکتے ہیں۔

مرض یکایک شدید جہی اور سرد، آنکھوں کے پیچھے درد عضلی درد اور کمر، سانس، پینڈلیوں اور جسم کے دوسرے حصوں کے عضلات کے دردوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ قشعرہ (rigors) اکثر غیر موجود ہوتا ہے، لیکن تپش چند ہی گھنٹوں میں ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجے تک بلند ہو جاتی ہے۔ تپ کے دوسرے لوازم موجود ہوتے ہیں، مثلاً تیز نبض، تشنگی، اور قارور کی مقدار میں کمی اور اس کی گہری رنگت۔ زبان بھلجی (flabby)، لرزاں، دندانہ دار، اور دبیز پدید قروسے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ حلقوم اور نوز تین سرخ، اور سانس بودار ہوتی ہے۔ تکسیر کا پھوٹنا خاصہ عام ہوتا ہے۔ جلد عموماً خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات پسینہ بکثرت آتا ہے۔ طحال بعض اوقات کسی قدر بڑی ہوتی ہے۔ مریض نہایت بیمار، بچہ بے خواب، منبطح (prostrate) اور پست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسرے کوئی علامات ظاہر نہ ہوں، اور تپش چوبیس یا پچیس، یا اڑتالیس گھنٹوں میں اُسی سرعت کے ساتھ کم ہو جاتی ہے کہ جس سرعت سے بلند ہوئی تھی۔ لیکن تپش کے گرنے کے بعد کچھ عرصہ تک اعضاء شکنی جاری رہتی ہے، اور انبطاح (prostration) کا جو احساس شروع سے موجود رہتا ہے وہ تپ کے بعد چند روز تک بدستور موجود رہتا ہے۔ لیکن تسلیم کرنا چاہیے کہ اس گردہ کی مالتوں کے نمز اور مدت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔ اور یہ کہ اگر کہ بعض مالتوں میں تپ بند درجہ تک پہنچتی ہے، قلیل مدت کی ہوتی ہے اور تیزی کے ساتھ کم ہو جاتی ہے، تاہم دوسری مالتوں میں ان کا نمز زیادہ طویل ہوتا ہے اور تپش زیادہ مدتی طور پر کم ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان کا دوسرے عمومی امراض، مثلاً تپ بخرد، کے ساتھ غلط طے کر دیا جانا ممکن ہو جاتا ہے۔ یہ ہر حال کس (relapse) واقع ہو سکتا ہے۔

مرض کی ذات الروی (نونیائی) قسم میں (جیسی کہ ان مریضوں کی تقریباً ۲۰

فیصدی تعداد میں ظاہر ہوئی جو ۱۸۹۹ء کی وبا کے دوران میں اتنے بیمار تھے کہ انڈر شٹ (Aldershot) کے شفاخانہ میں داخل کئے گئے تھے) آغاز ہی میں وہی خصائص ظاہر ہوتے

ہیں، یعنی تب، درد سر، اعضاء خشکی، اور احتیاج، لیکن سیکلہ جی یہ دیکھا جاتا ہے کہ تنفسی خطہ بہت باؤف ہے۔ سرخ تنفس، درد سینہ اور تکلیف دہ کھانسی موجود ہوتی ہے۔ سینہ کے امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سانسے چند منتشر خرخرات (rhonchi) اور پیچھے چند تھکات (crepitations) کے سوائے کوئی امارت موجود نہ ہو۔ یا سختی ذات الریه (lobar pneumonia) کے علامات سے مشابہ علامات موجود ہو سکتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ ہر ایک لفظات (rales) سائی دیں اور تجمد (consolidation) کی کوئی امارت بالکل موجود نہ ہو یا ممکن ہے کہ شش کے ایک حصے میں تجمد ظاہر ہو اور دوسرے روز اسی جگہ خوبصورت خور (vesicular murmur) ظاہر ہو لیکن شش کے ایک دوسرے حصے میں تجمد ظاہر ہو۔ یا سہیل کے امارات موجود ہوں۔ شش کے تجمد کی وسعت سے اندازہ کا بالکل اندازہ نہیں کیا جاسکتا۔ بئاق (sputum) چھنی اور کثیر المقدار یا خون آلود پیکٹ (tenacious) جھگڑا اور کسی قدر خفیل المقدار ہو سکتا ہے۔ نہایت خطرناک حالتوں میں چہرہ پر ایک کھال داغی جھلک کا مذاق (heliotrope cyanosis) پایا جاتا ہے جو مشرقی خون میں آکسیجن کی نمایاں کمی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ نو نیائی مریضوں کی غالب تعداد میں التهاب گردہ واقع ہوتا ہے۔ عموماً اوڈیا نہیں موجود ہوتا لیکن قارورہ میں البیومین اور سبائٹک (casts) ہوتے ہیں۔ آٹھی ناز است مع استکمال خفیات (auffusion of conjunctivae) کبھی کبھی انفلوئنزائی حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، لیکن عام طور پر اسے اور سی و دو تون قسمیں ان کے بغیر ہوتی ہیں۔

63

تھکمی قسم کمتر واقع ہوتی ہے، لیکن مختلف دباؤں میں تغیر پذیر ہوتی ہے۔ بعض کو درجہ کم، اسہال، آٹھ اور کبھی کبھی یرقان ہو جاتا ہے۔ تپش اکثر شدید بالائے ۱۰۰ کے نسبت کم جلد ہوتی ہے۔

یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ تنفسی اور معدی صوی علامات دونوں اصلی مرض کا جزو ہونے کے بجائے اس کی پیچیدہ نمایاں اور نتائج ہوں، جیسے این دونوں میں سے کسی ایک نظام کے نمایاں طور پر باؤف ہونے سے پہلے تب اور درد چند دنوں سے موجود ہو سکتے ہیں۔ دوسرے نظامات بھی زیادہ اکثر ثانوی طور پر یا دوران مرض میں تاخیر کے ساتھ باؤف ہوتے ہیں۔ مہض اوقات آڈیو بیٹینی (auriculo-ventricular) یا جونی آڈیو

(sino-auricular) قلبی مسدودی (heart block) کے باعث نبض غیر منظم یا ذوالقعر (intermittent) ہوتی ہے اور غشیائی حملے (syncopal attacks) ہو سکتے ہیں۔ سرعت ضربات قلب (tachycardia) بھی واقع ہو سکتی ہے اور ممکن ہے کہ قلب میں تشاع کے آثار نمایاں ہوں۔ بعض اوقات مختلف مغالطی سطحوں سے نرفات دیکھنے میں آتے ہیں۔

عصبی نظام اکثر متاثر ہو جاتا ہے۔ شدید حالتوں میں ہڈیان کے ساتھ ابتدائی درجوں میں غنودگی طاری ہو جاتی ہے۔ ان کے بعد حیوانی، دیر پا و جمع العصب، یا عضلی درد ہو سکتے ہیں۔ وارداتوں کے ایک بڑے تناسب میں، اور عصبی نظام میں علامات کی کسی مخصوص مقامیت کے بدون جو اس کی ویر پاکیزہ دوری، جسمانی اور دماغی صحت کی ناقابلیت اور بہت سی ذہنی پستی ہوتی ہے جو حملہ کے آغاز کے بعد مہینوں تک قائم رہتی ہے۔ حملہ شدت کے زمانہ میں یا کسی قدر بعد حملہ میں کبھی کبھی ثورات ہو جاتے ہیں۔ یہ زیادہ تر گلابی رنگ کے دھبوں، یا گھسرا، اقرز (اور کارنیٹینا) یا بشری (urticaria) کے طعنت کی طرح اجزائی (erythematous) طعنت کی شکل میں ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صلعہ (alopecia) واقع ہو جائے۔ اس کے علاوہ شاذ ہی ایسا کوئی مقامی التهاب ہے جو ایک یا دوسری حالت میں انفکونز کے نتیجہ کے طور پر نمایاں ہوتا ہو۔ مثلاً التهاب اذن (otitis) جو خاصہ عام ہے، التهاب بیضیہ (orchitis)، التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis)، التهاب عضلہ (myositis)، التهاب وریدی (phlebitis)، التهاب کفیفہ (parotitis)، التهاب گرد قلبیہ (pericarditis)، التهاب سحایا (meningitis)، التهاب دماغ، التهاب سفاح (myelitis)، التهاب ملتحمہ (conjunctivitis)، التهاب قرنیہ (keratitis)، التهاب مفصل (arthritis) اور التهاب غدہ لمفیہ (lymphadenitis)۔ عضلی عصبی عوارض میں، جن کا ایک تذکرہ نہیں کیا گیا، فقدان ذائقہ و اور ذہنی انہدام (mental breakdown) ہیں۔ آخر الذکر کرمانچولیا (melancholia) یا اختلالی جنون (delusional insanity) کی شکل میں ہوتا ہے۔

دوران مرض میں جلد ہی خون میں کثیر الا شکل نواتی پیدا خلیتے ظاہر ہوتے ہیں۔ اس کے بعد قلت خلیات، سفید (leucopenia) واقع ہو جاتی ہے، جس کے ساتھ کثیر الا شکل نواتی خلیوں کی کمی اور لمفی خلیوں کی اضافی زیادتی ہوتی ہے (۱-۱۰)۔ اگر غنودگی طاری ہو جائے

نوکثرت نلیات برفا (leucocytosis) ہوتی ہے جس میں کثیر الاشکال نواتی غلیظوں کی بہت بڑی زیادتی واقع ہو جاتی ہے۔ نوئیہ کی نرنفی نوعیت حیضات دومیہ (blood-platelets) کی تشکیل کے ساتھ ستلازم ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۴۲) جو مشاہدے میں آئی ہے۔

تشخیص۔ انفلونزا جو متوقع پیش کرتا ہے اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کسی مرض

کے ابتدائی ایام میں انفلونزا تشخیص کر لیا جاتا ہے، جسکے بعد ممکن ہے کہ اس حالت کی مزید واقعت فی الحقیقت کوئی دوسری عمومی شکایت، مثلاً نوئیہ اور بالخصوص تب محرقہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۷) نکلا کر دے۔ انفلونزا کے خاص میز ملاقات اس کا نہایت ناگہانی آغاز انتہائی درد اور تھوڑے عرصے کی تب ہیں۔ لیکن بعض ضعیف حالتیں ایسی ہوتی ہیں جنکی تشخیص صرف علی ہر د (process of exclusion) سے اور بعد میں پیدا ہونے والی پستی سے یہاں اس کا یہ حید کیوں اور نتائج سے ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ریوی یا طبیعی اضرار کی حالتوں میں سبات (sputum) کے اندر فیفر کے حصیے کو دیکھنے کا موقع ملے۔

انتذار۔ موت صرف مریضوں کی تھوڑی تعداد ہی میں واقع ہوتی ہے۔ نوئیائی حالت میں زراق (cyanosis) ہمیشہ ایک بڑی امانت ہے اور اگر ایسی حالت میں پیش دفعہ کم ہو جائے تو وہ تقریباً یاس انگیز ہوتی ہے۔

تحریر۔ اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ ایک مخزن جڈر (stock vaccine) کی (جس میں ۱۰۰ ملین حصیات انفلونزائہ ملین اسٹریپٹوکوکائی اور ۲۰۰ ملین نیٹوکوکائی موجود ہوں) حفظ ماقدمی تعلیم (prophylactic inoculation) انفلونزا کے حملہ کو روک دیتی ہے۔ انفلونزا کے مریضوں کے جلد بیمار داروں کے لئے ضروری ہے کہ آپ رواں (butter muslin) کی کئی تہوں کا چہرہ پوش پہنیں۔ گزشتہ وباء میں گجنان آبادی والے مقامات میں رہنے والوں نے ایسے چہرہ پوش پہنے تو وہ کارگر ثابت ہوئے۔ کوئین کا فعال حفظ ماقدم کے لئے اچھا ثابت نہیں ہوا۔ گلیگ کا پیرافین اور ویکسین کا آمیزہ (Glegg's paraffin & vaseline mixture) کو کلام کے لئے اس قدر کارگر ہے

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۷) تاکہ میں چمکانا انفلونزا کی وبا کے دوران میں قابل آزمائش ہے علاج۔ مریض کو لازم ہے کہ فوراً بستر میں لیٹ جائے اور اپنی قوت کو محفوظ

رکھے۔ ابتدائی درجوں میں شدید دردوں کے علاج کی ضرورت ہوتی ہے، اور ان کا تدارک سوڈیم سلی سلیٹ (sodium salicylate) (۱-۱۰ گرام ہر چوتھے یا چھٹے گھنٹے)، ایسپرین (aspirin) (۱-۲ گرام)، یا فینا سیٹین (phenacetin) (۲-۴ گرام) سے کیا جاسکتا ہے۔ چونکہ بیماری کے بعد سخت انہطاح (prostration) ہونے کا رجحان ہوتا ہے، لہذا ضروری ہے کہ یہ دوائیں احتیاط کے ساتھ دی جائیں۔ ان کے بجائے ملاحات (salines) (پوٹاشیم سائٹریٹ۔ ۱ یا ۵ گرام، یا لاکٹو گلیوسائیڈ (نصف اونس) ابتدائی درجوں میں دئے جائیں، اور اگر شعبی پتھیدگی زیادہ موجود ہو تو ان کے ساتھ ایسے منہشات (expectorants) شامل کر دئے جائیں جیسے کہ ایکوئٹیم کاربوئیٹ متاد گرن، یا پچھو آف سیٹنگاٹ، تا اذ رام۔ زرقاق (cyanosis) کی حالتوں میں آکسیجن کا علائق مسلسل دینا ضروری ہے (ایکے دینے کا طریقہ ملاحظہ ہو صفحہ 234)۔ جب تپ جاتی رہے تو اکثر ایک متوی جیبہ (tonic regimen) دیا جاتا ہے۔ کیونین اور نکس و امینکا بالخصوص فائدہ بخش ہوتے ہیں، اور بوڑھے مریضوں میں پھبتات (stimulants) کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

مرض کے مقامی مظاہر کا معالجہ بھی اسی طرح ضروری ہے جس طرح کہ دوسری حالتوں میں ان کے پیدا ہونے پر کیا جاتا ہے۔

تپ خدقی

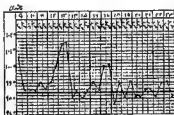
(TRENCH FEVER)

یورپ کی جنگ عظیم کے دوران میں ایک قسم کا حوی مرض دیکھنے میں آیا، جو ابتداً تقریباً صرف خندقوں سے واپس آئیے والے اشخاص میں لیکن بعد میں محاذ جنگ کے پھلے حصہ میں بھی دیکھا گیا۔ اس مرض میں نئے خصائص پائے گئے اور یہ پہلے درج شدہ ہر قسم کے امراض سے بالکل مختلف تھا۔

بحث اسباب تپ خدقی کا قیض تجربہ [مکنی (McNee)] رینشا

(Renshaw) در برنٹ (Brunt) نے ایک مرض کے خون کے اردن و ردی اور شراب سے دوسرے اشخاص میں منتقل کیا۔ نسبتہ حال ہی میں قلعی طو پر ثابت ہو گیا ہے کہ یہ مرض جوڑوں (lice) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ مریضوں کو کافی ہوئی جوڑوں کو تندرست آدمیوں کو کاٹنے دینے سے، نیز سرایت زدہ جوڑوں کا برازاؤں کی جگہ میں لٹنے سے یہ مرض منتقل کیا گیا ہے۔ اس امر کی عمدہ شہادت موجود ہے کہ تب خندنی کا قریب ایک دقیق عضو یہ ہے، جو ڈیڑھ کاس کی طرح دو دو کی جوڑوں میں بڑھتا ہے جس کا ناپ ۴۳۔ ۴۴۔ ۴۵ تا ۱۵ ملل ہوتا ہے اور جو جسم ریکیٹسیا (Rickettsia body) کہلاتا ہے۔ اگرچہ ان اجسام کا مریض میں لڑنا مشکل ہوتا ہے، یہ جوں کے جسم میں عین اس وقت ظاہر ہوتے ہیں جبکہ وہ اپنے نہایت سرایت رساں درجہ میں ہوتی ہے، یعنی ایک سرایت زدہ مریض کو کاٹنے کے بعد پانچویں سے آٹھویں دن تک۔

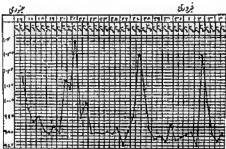
علامات۔ زمانہ حساسیت پانچ سے تیس دن تک کا ہوتا ہے۔ مگر مرض کسی قدر ناگہانی طور پر ہوتا ہے اور مریض در در سر پھٹکے، بعض اوقات تعین مقلد (nystagmus) لرزہ اور پشت اور ٹانگوں کے دردوں میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی ٹپ سے تپ ہوتی ہے۔ قمرطاس پیش (temperature chart) تین میٹر و مقصور قسموں کے ہوتے ہیں۔ (۱) تب کا ایک منفرد مختصر دورہ جس سے یہ حالت انفلوئنزا جیسی معلوم ہوتی ہے (مثلاً) اسے اس مرض کی مختصر شکل کہتے ہیں۔



شکل ۶۔ تب خندنی کا قمرطاس پیش

م. ک
ش. عام

تپش پہلے ایک یا دو دنوں میں ۱۰۲ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے اور مغض تقریباً ۱۰۰ فی وقیعہ ہوتی ہے۔ یہ تپ تین یا چار یا زائد دنوں تک جاری رہتی ہے اور تپش بعض اوقات دفعہ اور بعض اوقات زیادہ تندی کی طور پر کم ہوتی ہے، اور اس صورت میں اس کے یکساں تنزل میں ایک خفیف سار تفلع جو شام کو ہوتا ہے شامل ہوتا ہے۔ اس تپ کے دوران میں دوسری کوئی ایسی سرریاتی حالت نہیں موجود ہوتی جس سے یہ مرض تیز گیا جاسکے پرشت اور ٹانگوں میں جو موضع درد ہوتے ہیں، کسی قدر اہمیت، اور تپش ساتوں (shins) پر جلدی بیش حسیت ہوتی ہے، لیکن دیتے نہیں ہوتے اور نہ امہال۔ مگر کسی قدر قبض موجود ہوتا ہے۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ تپش کے طبی درجہ تک اتر جانے کے بعد سرینس بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ (۲) قسم ناکس (relapsing type) مرض کو ویسا ہی علامہ ہوتا ہے جیسا کہ ابھی بیان ہو چکا ہے۔ تین یا چار دن کے وقفے کے بعد اس پر انہیں علامتوں کا حملہ ہوتا ہے اور تپش پھر بلند ہو جاتی ہے، گو اتنی زیادہ بلند نہیں ہوتی جتنی کہ ابتدائی تپ میں تھی (ملاحظہ ہو صفحہ ۵)۔ بعض اوقات اس منکس کے بعد مرض ختم ہو جاتا ہے۔ دوسری حالتوں میں پہلے منکس کے خاتمہ کے تین یا چار دن کے بعد دوسرا منکس، بلکہ تیسرا یا چوتھا منکس تک واقع ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۷)۔



شکل ۷۔ تپ خندی کا قیاس تپش۔

ص۔ صبح۔ ش۔ شام

بعض حالتوں میں نگس ایسے باقاعدہ حاصلوں پر نہیں واقع ہوتے، یا ممکن ہے کہ اُن کے دہیانا کسی قدر بے قاعدہ پیش ہو جائے۔ دیکھا گیا ہے کہ جب نگس متواتر ہوتے ہیں تو اولیٰ تب اُن حالتوں کی نسبت جن میں نگس نہ ہو یا صرف ایک نگس ہو، کم شدید اور کم طوالت پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ نگسات میں پیش یا پس یا اثر نالیس نگسوں سے زیادہ مکے لئے درجہ طبیعی سے اور نیو، چنانچہ اگر پیش ناپائی نہ چلائے تو ممکن ہے کہ نگس نظر انداز ہو جائے۔ (۳) طویل ابتدائی تب والی قسم جس سے یہ حالت تب محرقہ کی حالت سے مشابہ معلوم ہوتی ہے۔ لیکن علامتیں ویسی ہی ہوتی ہیں جیسی کہ دوسری قسموں میں۔

یہ مرض چھ یا سات ہفتوں تک جاری رہ سکتا ہے اور ہلکا نہیں ہوتا۔ مرعرت ضربات قلب (tachycardia) اکثر نمودار ہو جاتی ہے اور یہ مرض سپاہیوں میں جہدی علامت (effort-syndrome) کا ایک معمولی سبب ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ تب اُسے محرقہ کا خارج کرنا ضروری ہے اور اس غرض سے استراق طریقہ شناخت (agglutination test) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ طیر یا اورنجی ناکہ (relapsing fever) کی شناخت خون کے استخوان سے کی جاسکتی ہے۔ اس مرض کی مختصر شکل انفلوئنزا کے ساتھ باسانی خلط ملط ہو سکتی ہے۔ جو اس مرض کی عدم موجودگی پر دلالت کرتے ہیں اور جن کو رینکن (Rankin) اور ہنٹ نے بیان کیا ہے وہ یہ ہیں: نازلت غیر موجود ہوتی ہے، مرض بہت ہمار نہیں ہوتا، درد سر شدید نہیں ہوتا، کوئی پیچیدگی نہیں ہوتی، اکثر سبید خلیوں کی کثرت (leucocytosis) پائی جاتی ہے اور ضمیر کا حصیہ چسپا ہوتا۔

علاج۔ یہ صرف انہیں عام اصول پر کیا جاسکتا ہے جو دوسرے حیات

کے لئے ہیں۔ کینین (quinine) اور اسپیرین (aspirin) دی گئی ہے، اور سوڈیم سلیٹ (sodium salicylate) دروں کو دور کر سکتا ہے۔ کہتے ہیں کہ سال ورسان (salvarsan) بیکار ہے۔

ڈیپتھیریا

(diphtheria)

ڈیپتھیریا جو ڈیپتھیریا سے کہلاتے ہوئے چڑے یا چڑے کے نثرے سے، اور غرض ایک حادہ سادہ مرض ہے جس کا اصلی سریر یا مقامہ سطحی بافتوں کا ایک عجیب التهاب ہے جو ایک نام نہاد جھلی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ عموماً دہن، بلعوم، ناک، یا حنجرے کو، نسبتاً زیادہ طور پر کسی دوسری مقامی جھلی (سطحہ conjunctiva) یا ہنسل (vagina) کو یا خراشیدہ جلد کو یا کسی زخم کی سطح کو آؤں کرتا ہے۔

ڈیپتھیریا کا نوعی دقیق عضو یہ وہ عضو ہے جسے کلیئیس (Klebs) اور لوفلر (Loeffler) نے بیان کیا۔ یہ ایک چھوٹا ڈنڈا ہے لیکن مختلف حالات میں طول میں ۲۵ ملٹر سے لیکر ۱ ملٹر تک مختلف ہوتا ہے، چنانچہ اس کی جموٹی، متوسط، اور لمبی قسمیں بیان کی گئی ہیں۔ یہ غیریدہ اور اکثر ایک برس پر گزر شکل ہوتا ہے۔ یہ غیر متحرک ہوتا ہے اور بندہ اسے نہیں پیدا کرتا۔ یہ انیلین صبغت (aniline dyes) سے طریقہ کار سے اور لوفلر کے متعلقین لیسو (Loeffler's methylene blue) سے رنگ قبول کر لیتا اور رنگ دار نظر آتا ہے۔ یہ عضو ڈیپتھیریا یا زیادہ تر ڈیپتھیریا کی جھلی کی گہری ہتوں میں پایا جاتا ہے، لیکن قلیل تعداد میں بعض غذا، جگر، طحال اور گردوں میں بھی موجود ہو سکتا ہے۔

بحث اسباب۔ ڈیپتھیریا متعدی مرض ہے اور یہ بلا واسطہ (جیسے کہ بوسہ لینے میں) یا بذریعہ قطیرات رقیق (جو کھانسنے یا بونسنے سے ہوا میں آجاتے ہیں) نیز کپڑوں اور دوسری اشیاء سے منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ عضو خشک ہونے پر بھی زندہ رہتا ہے اور بیمار کے کمرے کی گرد و غبار میں پایا گیا ہے اور اس امر کی تہات موجود ہے کہ بعض اوقات یہ ہولے لگ کے دود و درازت فاصلوں پر منتقل ہو سکتا ہے۔ دودھ کی مرایت کا ایک مشہور ذریعہ ہے، لیکن انسانی لودگی کی وجہ سے ہے کہ گایوں کے کسی مرض کے پاش گنداب (water sewage) اور دوریوئی گیس (sewer gas) کا ذریعہ مرایت ہونا معلوم ہے۔

ڈیپتھیریا کا حامل (diphtheria carrier) بھی تعدیہ کا ایک منبع ہے نتیجہ حالاتوں کے یا جسے مریضی علامت کے بعد ایک یا دو ہینوں تک اور چند صورتوں میں مبین یا چار ماہ تک ٹھہرے مریض کے نام پر پایا جاتا ہے (convalescent carriers = نتیجہ حال)۔ ڈیپتھیریا کے مریض کے تماس والے اشخاص میں سے ۲۰ فیصدی تمامی حامل (contact carriers) بنتے ہیں (لاحظہ ہوں صفحات 12, 81) لیکن ہمارے کے آخری نمونوں میں چھٹے اکثر اپنی نشیبت کو چکے ہیں اور حال کسی حالت میں بھی لاشی طور پر

تعدید کا حاملی منیع نہیں ہوتا۔ بالٹیمور (Baltimore) کے مدرس کے پچوں میں سے، افسیدی میں ڈفٹیہریڈ کے عیسے پائے گئے، انکو تندرست حاملوں (healthy carriers) کے زمرہ میں سمجھا گیا، کیونکہ ان میں سے صرف ایک قلیل تعداد کو کبھی ڈفٹیہریڈ کے کسی مریض سے تماس ہونے کا اتفاق ہوا تھا۔ ان تندرست حاملوں کی غالب تعداد میں عیسے بلا کسی علاج کے چند ہفتوں میں غائب ہو گئے۔ یہ عیسے غیر نشیبی (non-virulent) تھے، اور جب انکی تطہیر پانچ تندرست اشخاص کے حلق میں کی گئی تو یہ ویسے ہی لازمی غیر نشیبی رہے، نشیبیت کا امتحان گنئی لگ میں تطہیم کر کے کیا جاسکتا ہے اور ان تجربات سے یہ قرین معلومت معلوم ہوتا ہے کہ ڈفٹیہریڈ کے حاملوں کی علیحدگی اور مباحث کے متعلق فیصلہ کرنے سے پہلے یہ امتحان کر لینا چاہئے۔

بعض اوقات کھسرا اور ترمز یہ کی حالتوں میں ڈفٹیہریڈ ایک پیچیدگی کے طور پر واقع ہوتا ہے، ہم یہی شغفانوں میں ہر ایک تقریباً افسیدی حالتوں میں)۔ یہ شہری اشخاص کے نسبت دیہاتی اشخاص میں زیادہ کثیر وقوع ہے، بالخصوص دیہاتی اشخاص کے زیادہ کھلے ہوئے حصوں میں۔ یہ دونوں صنفوں کے اوپر عمر کے اشخاص کو مافی کرتا ہے، لیکن بچوں میں دس یا بارہ سال کی عمر تک خاص طور پر کثیر وقوع ہے۔ اس کا کم مدت اکثر براہ دور نہیں ہوتا ہے۔

امراضیات۔ ڈفٹیہریڈ کا میز و مخصوص الہابی نیز فشا کا ذب (false membrane)

کا ہنلہ۔ یہ اوپری بانوس کے تختہ (necrosis) اور فائبرین اور سپید غلیظوں کے ارتخاض کا مشترک نتیجہ ہوتا ہے۔ وہ جھلی جو سرخلی کے قاعدے سے آگے تھیں پھٹی، گروئی جھلی (croupous membrane) کہلاتی ہے، اور بلا جریان خون باسانی کھینچ کر نکالی جاسکتی ہے۔ ڈفٹیہریڈ میں قصبت الریہ میں یہی حالت ہوتی ہے۔ یہاں یہ شامکر فائبرین اور سپید غلیظوں سے بنتی ہے اور سطح سے ڈھیلی چسکی ہوتی ہے۔ ایک برعکس طوعوم میں طبقاتی مرحلہ (stratified epithelium) اور تحت الرطبی باقصدالی بافت (sub-epi-thelial connective tissue) دونوں فائبرین سے درہرختہ ہو جاتے ہیں، اور

تختہ واقع ہو کر ایک رمادیائل سپید یا سپید بن جاتی ہے، جو گہری بافتوں سے مضبوطی کے ساتھ چسکی ہوتی ہوتی ہے۔ اسی کو ڈفٹیہریڈی جھلی (diphtheritic membrane) کہتے ہیں۔ اسے علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے، اور اس کی علیحدگی کے بعد ایک ٹوٹی سطح باقی رہ جاتی ہے۔ جو ٹے نشبات میں ارتخار رچی ہوتا ہے۔ پھیپھڑے اکثر ٹھنکی التهاب شش (lobular pneumonia) اور کبھی کبھی نزفات بھی ظاہر کرتے ہیں۔

ڈفٹیہریڈ کے سم کا شدید اثر: (۱) دوران خون پر یہ ہوتا ہے کہ فشا رموی

کم ہو جاتا ہے، خون کا ارتکاز ہو جاتا ہے اور ہموگلوبین کی فیصدی مقدار بہت بڑھ جاتی ہے۔ ملازم بائیکلکریٹک کی فضاؤں میں چلا جاتا ہے۔ ہتھک عاملوں میں کسے گروہوں (suprarenals) کے غلیظات خون پاشیدگی (chromatolysis) گذر کر تپ (Harding) (۲) عجمی ریشوں پر یہ ہوتا ہے کہ ٹیسیسی غلاف پارہ پارہ ہو جاتا ہے اور سوراخوں کا انشقاق واقع ہو جاتا ہے۔ شمع کے قرن مقدم کے غلیظوں کا انحطاط بھی بیان کیا گیا ہے شمع اولاً اعصاب پر مقامی طور پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس سے اس امر کی توجہ ہوتی ہے کہ ملقوی دُفْتِخیر یا (faucial diphtheria) کے ساتھ ٹانگوں کا شکل کیوں اس قدر عام طور پر موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح زخم کے دُفْتِخیر یا میں شکل ان عضلات کو مٹاؤں کر دیتا ہے جو زخم کے قرب و جوار میں ہوتے ہیں (Walshe)۔ لیکن ہے کہ وہ کرازی شمع اور قشہ آب ترسی کی طرح اعصاب پر سے گذر کر مرکزی عصبی نظام کو چلا جاتا ہو۔

یہ امر حیرت انگیز ہے کہ حنجری دُفْتِخیر یا (laryngeal diphtheria) میں یہ بھی عمل بہت نمایاں نہیں ہوتا۔ غالباً ایسا اس وجہ سے ہوتا ہے کہ جھلی "گرد پی" نوعیت کی ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سمیات باسانی جذب نہیں ہوتے۔ مختلف اعضا کے تغیرات ان سمیات کے اثرات سے منسوب کیے جاسکتے ہیں جو جسم کے اندر دور ان کرتے رہتے ہیں۔ لیکن ہے کہ قلب پھیکے زرد رنگ کا، نرم اور خستہ ہو۔ اس کے عضلی ریشے سمائی ورم (cloudy swelling) اور شحمی تغیرات ظاہر کرتے ہیں اور ان میں خون کی وعاء باری (extravasation) ہو جاتی ہے۔ گردوں کے مختلف انجیسیات (convoluted tubules) شحمی انحطاط ظاہر کرتے ہیں اور بہت سے مقامات میں مرحلہ غشاء سے قاعدہ سے ملحدہ ہو جاتا ہے۔

دُفْتِخیر یا جھلی کی اور پری تہوں میں اکثر اسٹریپٹوکوکائی اور اسٹیفٹوکوکائی موجود ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ثانوی بیکٹیریائی اضراس پیدا کر دیتے ہیں۔

علامات و عمر۔ حضانت دوسرے چاروں تک ہوتی ہے (حدود ایک

تا چھ دن)۔
ملقوی دُفْتِخیر یا (faucial diphtheria)۔ یہ مرض اگر چہ عمومی ہوتا ہے

لیکن غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے۔ عموماً کلسندی، عدم اشتہاء، اور درد سر موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ منگی، قے، یا لرزہ بھی ہو۔ مطلق کی غراش کی حکایت بلند ہی ہو جاتی ہے اور وہ ملتہب نظر آتا ہے۔ بخورے ہی عرصہ کے اندر اس ملتہب سطح پر بالائی جیسے پسیدہ جاؤ کی ایک یا زائد پکیٹیاں بن جاتی ہیں۔ پانچ رتبے دیے ہیں جہاں ڈیفیئر یا میں ایسی پکیٹیاں دونوں یا تینوں پر مفلحوم کے استوائوں کے درمیان بن جاتی ہیں یعنی نوز تین کے اوپر (۲) لہاۃ (uvula) پر (۱) نرم تالور پر دونوں جانب (۲) ایک ایک تیز خاصہ ہے کہ کسی خاص رتبے میں ایک سے زائد پکیٹیاں کبھی نہیں ہوتی، لیکن ایک ہی وقت میں ایسے کئی رتبے ماؤف ہو سکتے ہیں۔ یہ پکیٹیاں فٹائے مغالطی کی سطح سے اوپر اٹھی ہوئی ہوتی ہے، اور اس کی کوری متاثر ہوتی ہے۔ اس کا رنگ چمکدار سپید، نیلگوں، زرد یا مادہ ہو سکتا ہے۔ التهاب مطلق کے ساتھ ساتھ جیڑے کے زادیہ کے لغوی غد کی کلانی ہو جاتی ہے اور وہ اندر کے انفراد کے لحاظ سے ہمیشہ ایک یا دونوں جانب پر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ بعض اوقات تیشلی جھلی سے پہلے ایک ادلی مغالطی افزا ہوتا ہے کبھی کبھی شدید حالتوں میں گنگرین ہو جاتی ہے۔

ڈیفیئر یا کی پیش بنایت تقریباً یہ ہوتی ہے اور کوئی متین قمر پر نہیں جاری رہتی۔ ممکن ہے کہ وہ ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ اور جب تک چڑھ جائے لیکن اکثر سارے دوران مرض میں نسبتاً بہت کم ہوتی ہے۔ بغیر کمزور ہوتی ہے، خون کا دباؤ گر جاتا ہے، اور بعض مغلطی درد اور کمزور ہو جاتا ہے۔ اشتہاء جاتی رہتی ہے، اور مطلق کی حالت کی وجہ سے کھانا مشکل اور دردناک ہو جاتا ہے۔ مریضوں کے ایک بڑے تناسب میں، جس کا تخمینہ مختلف طور پر ۲۵ تا ۶۰ فیصدی کیا گیا ہے، بول البیومینی ہو جاتا ہے اور یہ، جیسا کہ قمرز یہ میں ہوتا ہے، بیماری کے بعد نہیں بلکہ مطلق کی علامتوں کی شدت کے دوران میں واقع ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں نوعی التهاب متعلقہ مغالطی جھلیوں میں پھیل جاتا ہے، یعنی ناک اور غواڑا کی نالی [جس سے التهاب اُذن وسطی (otitis media) پیدا ہو جاتا ہے] اور منجھور اور تنفسی راہوں کی جھلیوں میں۔ شدید حالتیں کثرتی قسم کی ہو سکتی ہیں، جن میں رفاف (epistaxis)، مطلق سے جریان خون اور تحت الجھلی کا کم (ecchymoses) ہو سکتے ہیں۔ غیر پیچیدہ حالتوں میں نہایت (asthenia) خون کا دباؤ گر جانے اور دور ارنی خون کے قفل (failure) کی وجہ سے موت بعض اوقات غیر معمولی طور پر دقت واقع ہو جاتی

ہے۔ کبھی کبھی طبعی امالت سے اسلئے قلب شناخت کیا جاسکتا ہے، اور قلبی مسدودی (heart block) سے بھی تیز کمزور اور غیر منظم یا مست پڑ جاتی ہے۔ اس طرح سے اس کا وقوع دوسرے، تیسرے، یا چوتھے دن، یا اور بعد میں ہو سکتا ہے۔

68

انفی ڈفْتِیَریا (nasal diphtheria) یا تو تنہا واقع ہو سکتا ہے، یا حلقوم سے بلا واسطہ پھیلاؤ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس سے انفی تنفس میں کم و بیش مزاحمت ہو جاتی ہے، مخاطی جلی متورم ہوتی ہے، اور نھنوں سے ایک مخاطی قہی یا پتلا پھیکا بھورا مخاط اسے افزائش بخرا جنھ (alse) اور منقل بالائی لب میں سرخی اور سحاج (excoriation) پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن بے کہیں افزائش خون کی ایک لکیری پائی جائے، یا رفاف قطعی طور پر واقع ہو۔ حنجری ڈفْتِیَریا (laryngeal diphtheria) انتہا ہمنجرہ کے علامات پیش کرتا ہے، اور تسد (obstruction)، جو متورم مخاطی جلی کی وجہ سے ہوتا ہے، ڈفْتِیَریائی غشاء کے ذنب کی موجودگی کے باعث بڑھ جاتا ہے۔ یہ بالوں میں شاذ ہوتا ہے۔

پہلا درجہ ایک بلند نچاسی یا رستی سعال (brassy cough) سے اور گرفت میٹھی ہوئی آواز سے ظاہر ہوتا ہے اور زیادہ سے زیادہ دو دن تک جاری رہتا ہے۔

دوسرے درجہ میں وقت تنفس کے ساتھ کھانسی اور بے صوتی (opsonia) موجود ہوتی ہے۔ مزمار کی تنگی کی وجہ سے فشر ضرہ (stridor) نمودار ہو جاتا ہے جو دوران تنفس میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جوں جوں کراؤٹ بڑھتی جاتی ہے فوق الترقوی (supra-clavicular)، فوق القفسی (supra-sternal) میں اناضلاعی فضا میں ہر شہیق کے ساتھ اندر کھینچ جاتی ہیں اور شیرخواروں اور نوجوانوں میں جھکی ہڈیاں نرم اور پھلکار ہوتی ہیں، عظم القفس کا زیرین سرا، یا نیچے کی تین چار ہڈیاں اندر کھینچ جاتی ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہوا کو مزمار کی راہ سے کھینچنے والوں کے اندر داخل ہونے میں کس حد تک مزاحمت پیش آتی ہے۔ تسد کے خفیف درجے تو بلا زیادہ تغیر کے چند روز تک قائم رہ سکتے ہیں، لیکن زیادہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ حالت بتدریج یا عکس قرار میں ہو جاتی ہے چہرہ، جو پہلے مستحیا ہوا ہوتا ہے اور جب کے ساتھ آنکھوں میں چمک پائی جاتی ہے، ازرق (cyanosed) ہو جاتا ہے۔ بچہ بے چین ہوتا ہے اور اپنا ہاتھ منہ یا مقلق پر رکھ لیتا ہے۔ گویا کراؤٹ کو نکال لینے کے لئے۔ لیکن بے کھانسی روکی (husky)

ہو، اور وقتاً فوقتاً زمار کا تشنجی انسداد ہوتا ہو، جس میں شدید شہیتی جدوجہد ہو کر زراق
اتہائی درجہ کو پہنچ جاتا ہے۔

تیسرے اختناقی درجے (asphyxial stage) میں، جو صرف چند گھنٹوں
تک رہتا ہے، نبض نسبتہ کمزور اور تنفسی قہ وجہ کم ہو جاتی ہے۔ چلہ کود، اطراف سرد،
ذہنی قوی کند ہو جاتے ہیں اور فہول (stupor) طاری ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات موت
سے پہلے صحتج ہوتے ہیں۔

قاعدہ ہے کہ جھڑی ذفقیریا میں مرض حنجرہ میں محدود نہیں رہتا بلکہ قضیتہ الریہ
اور شعبات تک پھیل کر اذل الذکر کے اندر ایک مسلسل جھلی بنا دیتا ہے جو متوسط جسامت
والے اور نسبتہ چھوٹے شعبات میں بتدریج متغیر ہو کر ایک بڑی افراز بن جاتی ہے۔ یہ بیرونی
حاصلات قدرتا وقت تنفس کو بڑھا دیتے ہیں، اگر یہ طبعی املاک کی مدد سے اُن کی موجودگی
شناخت کر لینا ہمیشہ آسان نہیں۔ وافتہ یہ ہے کہ ایک کانیا ب علیہ قضیبہ شکافی
(tracheotomy) کے بعد شعبات کے تشعب (bifurcation) کے مقام پر یا اُس کے
نیچے خلطک مخاطی آزاد جھلی کی ڈاٹ سے گزراوٹ ہو جانے کے باعث موت کا واقع
ہو جانا شاذ نہیں ہے (Biernacki)۔ عموماً سینہ میں ایک بلند اور عجمی (stridulous)
آواز سنائی دیتا ہے، جو زمار کے مقام پر گزراوٹ ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن
بچے کہ وہ جا بجا مخاطی غلظات (mucous rales) کے ساتھ مخلوط ہو، اور شعبی التهاب
فشل (برا کو نوئیا) کے باعث، جو پھیپھڑے کے اندر ذفقیریا کے پھیل جانے کا استقار
کثیر الوقوع نتیجہ ہے، آئینیسی تنفس (tubular breathing) کے قطعات بھی مل سکتے ہیں۔
حنجرہ ذفقیریا اکثر آؤتی ہوتا ہے، اگرچہ اُس کے ساتھ عموماً حلق کی کچھ نازات
موجود ہوتی ہے، لیکن یہ غلطوی (faucial) اور آنفی ذفقیریا کے ساتھ بھی ہو سکتی ہے۔

بیچیدگیوں اور حواقب بیچیدگیوں نامک مختلف حصوں میں مرض کی

توسیمات ہیں، جن کا بیان ہو چکا ہے۔ ذات الجنب (پٹیورسی) ذات الریہ (نویہ) کے
غلط توسیم کے اندر درج کردہ فیصدی اعداد ایم۔ اے۔ بی شفا نزل کے سال ۱۹۱۹ء کے ۸۴ مخصوص
سے ماخوذ ہیں۔

ساتھ (۱۲۹-) یا شعبی التهاب تشیش (برنکو نوئیہ) (۱۶۰-) کے ساتھ ہو سکتی ہے۔ البیوس من بولیت (۲۳۱۳۰-) ایک علامت کے نسبت شاذ ہی زیادہ ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی ممکن ہے کہ ایک متعین التهاب گردہ (nephritis) (۱۶۹-) ایک عاتقہ کے طور پر جاری رہے یا واقع ہو۔ یعنی خدد متعین اور متعین ہو سکتے ہیں، یا ان میں اغشا (sloughing) واقع ہو سکتا ہے اور ان کی ایسی حالت کا وقوع عملی قرمزہ میں جس تو اتر کے ساتھ ہوتا ہے اُس کے تقریباً ایک ثلث تو اتر کے ساتھ ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ دربرہ حاد میں نقیض (۱۶۲-)، نقیضیت میں ساوہ التهاب خدد (simple adenitis) (۲۳۱۶-) اور شعبی التهاب خدد (suppurative adenitis) (۱۶۳-) پایا گیا۔

ڈفٹھیئر یا کا اہم ترین نتیجہ محیطی اعصاب کی ماؤفیت ہے جس کا نتیجہ ڈفٹھیئر یا شل (diphtherial paralysis) ہوتا ہے (۱۶۲-)۔ یہ پہلے نرم تاو میں ظاہر ہوتا ہے۔ ظاہری شغالیائی کے چند روز یا ایک ہفتے یا کئی ہفتوں کے بعد دیکھنے میں آتا ہے کہ بچہ ایک انضی جونکار وار (twanging) آواز کے ساتھ (ضعفنا کر) بولتا ہے، اور جب وہ بیانات کو نکلتا ہے تو ان کی متورڑی مقدار ناک سے واپس نکل آتی ہے۔ یہ نقائص نرم تاو کے خلل کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو دہن اور ناک کے درمیانی راستہ کو سد و در کرنے میں (جیسا کہ اُسے بولنے اور نکلنے میں کرنا چاہئے) ناکام رہتا ہے۔ اسکے متورڑے ہی عرصہ بعد بچہ کی ٹانگیں کمزور پائی جاتی ہیں اور وہ کسی فاصل تک چل نہیں سکتا، یا متورڑی دیر تک کھڑا رہنے کے بعد اسکے گھٹنے جواب دیدیتے ہیں۔ گھٹنے کا جھٹکا (knee jerk) بالکل ابتداء ہی میں مفقود ہو جاتا ہے۔ نسبت زیادہ بڑے بچوں اور بالغوں میں دیکھا جاتا ہے کہ عضلہ دریدہ (ciliary muscle) کے شل کے باعث قریبی اشیاء کے لئے آنکھ کی توفیق کا نفل (failure) ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ آنکھ کے بڑوںی عضلات (extrinsic muscles) بھی ماؤف ہو کر نفل (strabismus) یا بھینکا پن (squint) پیدا کر دیں۔ بہت سی حالتوں میں شل اس درجہ سے آگے نہیں بڑھتا اور چند ہی ہفتوں میں عضلات کی طاقت کامل طور پر عود کر آتی ہے۔ دوسری حالتوں میں سارے جسم کا عضلی نظام ماؤف ہو سکتا ہے یعنی بستر پر بے حرکت پڑا رہتا ہے، مین الاضلاع عضلات (intercostal muscles) یا ڈایا غرام کے شل کی وجہ سے تنفس مشکل ہو جاتا ہے، اور نکلنے کی ناقابلیت کی وجہ سے منہ کی راہ سے دی ہوئی غذا واپس آ جاتی ہے۔ ڈایا غرام

کے شلل کے بعد اکثر زیرین کھنوں میں ہٹو طالر یہ (collapse of lungs) ہو جاتا ہے ولاحظہ ہوں عصب حجابی کے اضراس بعض اوقات حنجری عضلات بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایک عضل یا بہت سے عضلے یا سب اس طرح سے ممکن ہے کہ ایک ہی جبل الصوت کا شلل ہو، یا عضلات متعده کا شلل، یا تمام عضلات کا شلل ہو، اور ساتھ ہی اجمال الصوت کی وضع جسمى (cadaveric) ہو۔ آخری صورت میں آواز با نکل جاتی رہتی ہے اور دوسری صورتوں میں اس میں مختلف طور پر ترمیم ہو جاتی ہے (لاحظہ ہو شلل حنجرو)۔

حسی علامات واقع ہو سکتے ہیں، لیکن بچوں میں اکثر ان کی شناخت نہیں ہوتی۔ وہ سن پن کے احساس، یا نکل (formication) یا واضح عدم حسیت پر شلل ہوتے ہیں، جو بالخصوص اطراف میں ہوتی ہے۔ نہایت کم حقیقی شلل اور شاید طور پر سریع الزوال عضلی تشنج کے ساتھ عدم ارتساق (ataxy) مشاہدہ میں آیا ہے۔ بعض اوقات عضلات یا عصبی تنے دبائے پرائیم ہوتے ہیں۔ شدید حالتوں میں برقی تعلقات کم ہو جاتے ہیں، اور کچھ عضلی فوول پیدا ہو جاتا ہے۔ شفایابی عموماً تین یا چار مہینوں میں واقع ہو جاتی ہے، اور شلل کبھی شاذ و نادر ہی مزمن ہو جاتا ہے۔ لیکن ہلاکت بعض اوقات ڈایا فرام کے شلل سے (جس کے ساتھ طبیعتی نالیوں میں افراد کا بد ریج بڑھتا ہوا اجتماع ہو جاتا ہے)، اور بعض اوقات قلبی شلل سے واقع ہو جاتی ہے، جو کمزور، غیر منظم یا ذوالفترو (intermittent)، عموماً نیز لیکن بعض اوقات سست نبض سے ظاہر ہوتا ہے، جس کے ساتھ قیہ اور مذاق (cyanosis) بھی ہوتا ہے۔

جی ہوتا ہے۔ **حنجری خفص** - حلقوی ڈنٹیری (faucial diphtheria)۔ اس کے اہم خصائص

یہ ہیں: غیر محسوس آغاز مرض، میٹر جلی، جو پہلے بیان ہو چکی ہے۔ نسبتہ خفیف ارتفاع تپش۔ گھٹا ہوا خون کا واؤ اور کمزور نبض۔ ایسٹو میں بولیت شلل کا حملہ۔ تشخص صرف حصہ ماؤف کے افرازات سے کلیس لافلر کے عصیہ کی جرثومیاتی کاشت سے یقینی طور پر متعین کی جاسکتی ہے۔ یہ عموماً نرم روئی کے پنچا سے (swab) سے کی جاتی ہے جو ایک تار کے ٹکڑے کے سر سے پر لگا ہوتا ہے۔ یہ پنچا رطلووم یا لوزہ پر پھیر کر آلودہ کر لینے کے بعد شیشہ یا دھات کی عتیم ٹی میں رکھ کر کاشت کے لئے جرثومیاتی معمل کو بھیج دیا جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ بعض اوقات حلق سے کلیس لافلر کے عصیہ کے ساتھ اور اس سے

ملنے دہمی، دونوں طرح سے معصیتوں کی کاشت حاصل ہو جاتی ہے، جو اس سے قریبی مشابہت تو رکھتے ہیں، لیکن معصیت ڈفتھیریا کے برعکس گھنی پگ کے لئے قنشی (virulent) نہیں ہوتے۔ ان میں سے اہم ترین معصیت ہاف سن (Hofmann's bacillus) ہے، جو اکثر پایا جاتا ہے۔ یہ طول میں تقریباً ۲ ملکر اور عموماً جوڑیوں میں مرتب ہو سکتا ہے۔ یہ ذودہ اور گلکوز کے واسطوں (milk & glucose media) میں قلی پیدا کر دیتا ہے اور ترشہ نہیں پیدا کرتا۔

بحرانی التهاب لوزہ (follicular tonsillitis) میں اکثر چھوٹی چھوٹی زرد ڈائمنڈ کی جاتی ہیں۔ یہ باسانی نکالی جاسکتی ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ افزا کی پسید ڈائمن بھی ہوں جو بعینہ ڈفتھیریا کی بناؤ کی طرح ہوتی ہیں۔ اکثر ایک ہی رقبے میں کئی ڈائمن ہوتی ہیں، اسکے برعکس ڈفتھیریا میں ایک ہی جگہ ہوتی ہے۔ تپش عموماً بلند ہوتی ہے۔ ڈسٹرکٹ (Vincent's angina) (جس کا بیان امرائن معلق کے تحت دیا گیا ہے) کی جعلی ڈفتھیریا کی جھلی سے مشابہت رکھتی ہے۔

قرمز (scarlatina) میں لوزہ میں سوزم، اور ایک لزج مخاط آسا افزا سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں جو اکثر زرد ہوتا ہے۔ ایک متعین پسیدہ جگہ کی موجودگی اس امر پر دلائل دے گی کہ ڈفتھیریا بھی ایک پیچیدگی کی طرح موجود ہے۔ التهاب حلق کے نہایت ابتدائی درجوں میں، بہت کم کہ ایک مرض کا طغ یا دوسرے کی مصلیٰ نظر نہ آجائے، بلا کاشتوں کی مدد کے تشخیص کا فیصلہ نامکن ہوتا ہے۔ انفلوئنزا، خراش معلق (herpes) اور ثانوی آتشک کو بھی اس سے تمیز کرنا چاہئے۔

70 حنجری ڈفتھیریا۔ اگر معلق یا آئنی ڈفتھیریا بھی ساتھ ہی موجود ہو تو تشخیص نسبتاً زیادہ آسان ہوگی۔ اسے نازلی التهاب حنجرہ سے تمیز کرنا چاہئے، جو سادہ التهاب ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ کھسکا پیش خیمہ ہو۔ سریریائی لحاظ سے ان دونوں میں تمیز کرنا اکثر غیر ممکن ہوتا ہے، چنانچہ جلد سے جلد موقع پر ایک سچا رابا لیٹا چلے۔ محفوظ ترین طریقہ تو یہی ہے کہ مرض کو ڈفتھیریا کی حالت فرض کر لیا جائے، تاؤ نشک اس کے خلاف ثابت نہو جائے۔ حنجری ڈفتھیریا کو ذیل کی حالتوں سے بھی تمیز کرنا چاہئے۔ (الف) سجزہ کے نیچے کی رکاوٹ، جیسے کہ طبعی التهاب شش (برا کو فونیر) جس میں پسلیاں اندر کھینچ آتی ہوں لیکن بے صوتی (aphonia) نہو۔ اور برٹے ہوئے

خند دکار باؤ (ب) (abscess) (ج) (اذیہائے خمار) (œdema of the glottis) جو عفونہ (sepsis) ، التهاب مکررہ و بشرنی (urticaria) اور دوسری مختلف حالتوں کے باعث ہوتا ہے۔

انڈا رے مانع حیات مصل (antitoxic serum) کے ذریعہ علاج کا رواج ۱۸۹۳ء میں ہونے کے بعد سے ذوقشیریا سے واقع ہونے والی ہلاکت میں بہت کمی ہوئی ہے۔ میرٹھ اپالٹن انسائلم بورڈ کے شفاخانوں میں ۱۸۹۱ء، ۱۸۹۲ء، ۱۸۹۳ء کے دوران میں اموات کی تعداد ۲۰ فیصد تھی۔ ۱۹۱۳ء سے لیکر ۱۹۱۵ء کے عرصہ میں اس کا اوسط ۱۱.۵ فیصد رہا۔ اگر علاج میں ایک دن یا آدھے دن کی تاخیر کی جائے تو شفا یابی کا امکان کم ہو جاتا ہے۔ جھلی کا وسیع ٹکڑا، مرض کا ناک تک پھیل جانا، طاقت کا جلد جواب دیدینا، کمزور نبض اور نزفات، یہ سب یا اس انگیزانہ اور کہتے ہیں۔ بخجری ذوقشیریا زیادہ مہلک ہوتا ہے کیونکہ اگر بخجری مزاحمت قبضہ شکافی کے عہد سے زور کی جا سکتی ہے، تاہم شش میں مرض کی توسیع سے قحطی ششی التهاب (purulent bronchitis) یا ششی التهاب شش (broneho-pneumonia) ہو جانے سے موت کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ ضد سم (antitoxin) کے استعمال سے ان حالتوں میں بھی ہلاکت بہت کم ہو گئی ہے۔ ذوقشیریا کی التهاب عصب (diphtherial neuritis) سے عموماً شفا ہو جاتی ہے، لیکن کبھی کبھی ڈایا فرام کے خلسے کے باعث یہ التهاب مہلک ہوتا ہے۔

شکر مرے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ خود مریض کے اچھا ہوجانے کے بعد عرصہ دراز تک غصیے معلق میں موجود رہ سکتے ہیں، اور اسی وجہ سے تعدیہ کا خطرہ باقی رہتا ہے۔ عموماً ذوقشیریا کے مریض کو، جب تک کہ اس کے مطلق یا ناک کے اخراجات سے غصیوں کی کاشت مائل ہوتا موقوف نہ ہو جائے اور دوسروں کے تماس سے ملحدہ رکھا جاتا ہے بعض اوقات مریض کے غصیوں سے متراہونے سے پہلے کئی ہفتوں کا عرصہ گزر جاتا ہے۔ لیکن ۵ فیصد میں وہ (غصیے) جھلی کے ساتھ ساتھ ہی غائب ہو جاتے ہیں یا یہی تعداد میں جو ۵ فیصد سے زائد نہیں ہوتی وہ ایک ماہ تک موجود رہتے ہیں، اور ایسی تعداد میں جو ایک یا دو فیصد سے زائد نہیں ہوتی وہ تین ماہ تک موجود رہتے ہیں (Ledingham & Arkwright) ان مہلک مریض کا علاج اسی طرح پر کیا جاسکتا ہے جیسا کہ دماغی شغاعی تپ کے تحت میں بیان کیا گیا ہے۔

جڈریناٹ (vaccines) سے بھی امید افزا نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

تحریر کی دوسری تدبیریں حسب ذیل ہیں :- دودھ کی رسد کے متعلق احتیاط رکھنا۔ جس پندیرہ بچوں کی علحدگی با داروں میں دقتاً قوتاً حلق سے پیچا رہے ہیں۔ میل کا حفظ مائع دمی اشرب۔

اس میں شک نہیں کہ تحریر کا اہم ترین طریقہ امتحان جنگ (Schiek test) ہے (۱) یہ امتحان اس امر کی تعین کے لئے کیا جاتا ہے کہ آیا افراد میں ڈفٹیریائی سرایت کی جس پندیری موجود ہے یا نہیں۔ ڈفٹیریائی سم (diphtheria toxin) کی ایک خفیف مقدار کا اس اقل مقدار کا جو ایک ۰.۰۵ گرم وزن کے حسنی پگ کے لئے ہلک ہو پچھ ۱۱ حصہ ۱۲۔ کعب منشی میسرعی (لح میں) ذروں آدمی اشرب کیا جاتا ہے، تحت الجلد نہیں کیا جاتا۔ سوئیوار ایک قطرہ کی ہوتی ہے تقریباً متوازیاً جلد کے گرم کے اندر گزاری جاتی ہے۔ دس منٹ تک ۵ درجہ تک گرم کئے ہوئے سم (toxin) کا ایک عیاری اشرب (control injection) مقابل بازو میں کیا جاتا ہے۔ ایک مثبت تعال، جس کے یہ سمٹے ہیں کہ وہ فرد جس پندیر ہے، سرخی کے ایک پیرا سونی ریتے سے ظاہر ہوتا ہے، جو قطر میں اتنا ۲ منشی میسر ہوتا ہے، اور جبکہ ساتھ جلد کی خفیف سی درزیش (infiltration) بھی موجود ہوتی ہے۔ یہ تقریباً چوبیس گھنٹوں میں ظاہر ہوتا ہے، اور چار یا پانچ دنوں میں اقم حد کو پہنچ جاتا ہے۔ کا ذب تعاللات (pseudo-reactions)، جو خاصے عام ہیں، نسبتہ جلد ظاہر ہو جاتے ہیں، اور ان میں سرخی کا رقبہ چنداں واضح السحدہ نہیں ہوتا۔

اس امتحان سے شیر خوار بچے منج (immune) پائے جاتے ہیں، اور ڈفٹیریائے کے جس پندیر اشخاص کی فیصدی تعداد دو اور پانچ سالوں کی عمر کے درمیان سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ یہ زمانہ اس زمانہ عمر سے مطابقت رکھتا ہے، جس میں سرری ڈفٹیری کا حادثہ سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

جس پندیر اشخاص میں فاعلی تمنیع (active immunisation) کامیابی کے ساتھ عمل میں لائی گئی ہے، اور یہ اس وقت جبکہ کسی مقام پر ڈفٹیریائے پھیلنا ہو رہا ہو طبیبوں، ترسوں، تیمارداروں، اور بچوں کی حالت میں مفید ہو سکتی ہے۔ علاج۔ ڈفٹیریائے کے مشخص ہوتے ہی فی الفور، بلکہ اگر جرثومیاقتی امتحان سے

بشہ کی تصدیق ہو جانے کا بہت غالب گمان ہو تو اس سے پہلے بھی دفتھییریا کے مایع سیرت مصل (diphtheria antitoxin serum) کا اشتراک کر دینا چاہئے۔

مصل تیار کرنے کے طریقے اپنے تفصیلات میں کسی قدر مختلف ہوتے ہیں لیکن ان کا اصول ایک ہی ہے۔ دفتھییریا کے مصل کے سیال کاشت (culture fluid) کی (جو خود عضو سے سے تیار کر لیا جاتا ہے) بڑھتی ہوئی مقداروں کے متواتر اشتراکات پہنچا کر ایک حیوان مثلاً گھوڑے کو بندریج ضعیف بنایا جاتا ہے۔ آخر کار جبکہ یہ حیوان دفتھییریا کے زہر سے کامل طور پر غیر حس پذیر بن جاتا ہے تو اس کے مصل دومی میں ایسی قوت پائی جاتی ہے جو ان دفتھییریا کی کاشتوں کے اثر کی قوت کو روکتی ہے جبکہ حیوانات میں تعلیم کی جائے۔ چنانچہ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس مصل میں ایک ایسی شے (ضد سم = antitoxin) موجود ہے، جو دفتھییریا کے مصلیت کے سم کی مضادات (antagonisation) کر دیتی ہے۔

جانوروں پر تجربہ کر کے اس مصل کو معیاری (standardised) بنایا جاتا ہے۔ آپرلک (Ehrlich) کی امتیاز کردہ ایکائی وہ مقدار ہے جو سم (toxin) کی تھلک خوراک کی سو گنا مقدار میں ملانے پر ایک ۲۵ گرام وزن والے گھبراہٹ کو چار دن کے اندر مرنے سے محفوظ رکھتی ہے۔ ابتدائی مقدار جو ضروری ہوتی ہے مرض کی شدت کے لحاظ سے ۲۰۰۰ سے ۱۲۰۰۰ ایکائیوں تک ہے۔ ۲۰۰۰ ایکائیاں ۲۰ کعبہ سنٹی میٹر مصل کے اندر پائی جاتی ہیں۔ بعد کے دودنوں کے دوران میں اس مقدار کو ۲۰ تا ۲۰۰ گھنٹے کے وقفوں سے کرر دیا جاسکتا ہے، اور مقدار کا اندازہ شدت مرض کے لحاظ سے کرنا چاہئے نہ کہ مریض کی عمر پر سے۔ اشتراک دافع عفونت احتیاطوں کے ساتھ کو کھ کی جلد سے نیچے یا عضلہ وسیود اعظم (vastus externus) کے اندر کرنا چاہئے (J. D. Rolleston & Macleod)۔ اس کا اثر اکثر چند ہی گھنٹوں میں یا تو تیش کے گر جانے سے یا کم از کم علامات کی ترقی کے ترک جانے سے ظاہر ہوتا ہے۔ بعض اوقات اشتراکات کے بعد ایک شری (urticarial) یا حبیبہ نما (morbilliform) طبع پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی جوڑوں میں درد ہو جاتا ہے۔ یہ ضد سم کی وجہ سے نہیں بلکہ گھوڑے کے اس مصل کے باعث ہوتا ہے جس میں ضد سم شامل ہوتا ہے۔ یہ عموماً اشتراک کے بعد سات تا بارہ دنوں میں خود اترتا ہے۔

عام علاج تقویت بخشش اور پیچ ہونا چاہئے۔ مریض کو بستر پر لٹا رکھنا چاہئے اور سیال غذا انھوڑی مقداروں میں بار بار دینی چاہئے۔ تپ اکثر اس قدر زیادہ نہیں ہوتی کہ خاص توجہ کی ضرورت ہو۔ لیکن اگر قلب کا اتساع (dilatation) واقع ہو جائے اور مریض کمزور ہو تو شیجر آف ڈیجیٹالس (tincture of digitalis) دیا جاسکتا ہے۔ شراب انگوری اور برانڈی کی ضرورت ابتدا سے ہوگی اور شدید حالتوں میں انھیں بکثرت دینا چاہئے۔ حیوانات پر کئے ہوئے جدید تجربات سے ظاہر ہوتا ہے کہ دوران خون کے فشل (circulatory failure) میں جو شدید شتم الدم (toxæmia) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، نقل الدم (transfusion) نفع بخش ہو سکتا ہے (Harding)۔

مقامی دوا میں کچھ تو مخففات (palliatives) اور کچھ دافع عفونت ادویہ (antiseptics) کے طور پر استعمال کی جاتی ہیں۔ اگر حلق میں درد ہو تو مریض کو برف چوسنے کو دی جائے۔ دوائیں لگانے کا ایک مفید ترین طریقہ پچکاری سے وجود دینے کا ہے۔ مریض کو پریٹ جاتا ہے پچکاری تقریباً اس نوزہ (tonsil) تک داخل کر دی جاتی ہے جو پریٹ ہوتا ہے اور سیال ایک فٹری میں جمع کر لیا جاتا ہے۔ بورک ایسڈ کا (خیم سیر شدہ محلول) یا یوٹسول (eusol) کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔ جہاں پچکاری لگنا مشکل ہو، پچارے سے بھی کام لیا جاسکتا ہے، اور اس طرح پوٹاشیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) (ایک اونس میں ۲ گرین) فارملین (formaline) (۲۰۰ میں ۱ حصہ) چینوسال (chinosol) (۶۰۰ میں ۱) شیجر آف فیرک کلورائیڈ (tincture of ferric chloride) (۱ اونس میں ۱ ڈرام) کاربولک ایسڈ (carbolic acid) (۱ اونس میں ۲ گرین) بورو گلیسرائیڈ (boroglyceride) کے محلولات ہر چوتھے گھنٹے ایک برش سے لگائے جاسکتے ہیں۔ کسی قدر توی تر محلول میں یہ برشاش (spray) کے طور پر استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ برشاش کے ٹپک نہایت کارآمد محلول کا نسخہ حسب ذیل ہے۔ کاربولک ایسڈ ۲ گرین، آئیوڈین ٹینینٹ ۲ ڈرام، ٹیکسی فائڈ اسپرٹ ۱ ڈرام، پانی ۱۲ اونس تک۔

جب ناک کی مخاطی جھلی ماؤف ہو گئی ہو تو بدبودار اور خراش آور اخراجات کے خارج کر دینے کے لئے نتھنوں کو ایسے مرقق دافع سرامت (disinfectant) محلول سے پچکاری لگا کر دھو دینا چاہئے، جیسے کہ پوٹاشیم پرمینگنیٹ اور کاربولک ایسڈ، یا

انہیں انفی نطول (nasal douche) سے پہنچا دینا چاہئے۔

حجری ڈفٹیریا میں مریض کو ایک رطوبت سے سیر شدہ ہوا کے اندر رکھنا چاہئے۔ ایک چھوٹے کمرے کے اندر ایک منظر السوال (bronchitis kettle) دکھائی دینا استعمال کرنا کافی ہوگا، جس میں سے نکلنے والی بھاپ کمرہ کو بھر دے گی۔ بعض اوقات گرم غسل سے بھی بڑا آرام ملتا ہے۔ اگر چند گھنٹوں کے اندر مریض کی حالت میں اصلاح نظر نہ آئے تو داخل انبوبہ (intubation) یا قصبہ شکنی (tracheotomy) کا عملہ انجام دینا چاہئے، اور اگر سینہ اندر کو کھینچ رہا ہو، مگر مریض پر مزید دگی طاری ہو اور اندر (cyanosed) ہو رہا ہو، یا اگر اس کی پیشانی سرد اور عرقان (clammy) ہو تو یہ عملہ فی الفور کر دینا چاہئے۔ حنجرہ یا قصبہ الہیہ کے اندر انبوبہ جب قدر جلد داخل کیا جائے گا کامیابی کا امکان اسی قدر زیادہ ہوگا۔ اور اگر اس کا اندیشہ ہو کہ رکاوٹ بڑھ جائے گی تو علیہ ایسے وقت میں کر دینا چاہئے جبکہ بچہ ابھی قوی ہو اور اس کا رنگ اچھا ہو۔ عموماً ڈفٹیریا میں قصبہ شکنی کو داخل انبوبہ کے علیہ پر ترجیح دی جاتی ہے، آخر الذکر میں خون نہیں نکلتا اور اگر وہ ناکام ثابت ہو تو اس کے بعد قصبہ شکنی کا عملہ کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اس کے انجام دینے میں خاص بھارت کی ضرورت ہوتی ہے اور اس خطرہ کا امکان ہوتا ہے کہ کہیں بھلی قصبہ کے اندر نہ چلی جائے۔ علیہ کے بعد تقریباً ہمیشہ کسی قدر اصلاح نظر آتی ہے۔ بچہ آزادی کے ساتھ اور گہری سانس لیتا ہے اور سکون کے ساتھ سوتا ہے۔ لیکن شعبی التهاب (براؤنکونیہ) کا خطرہ پھر بھی باقی رہتا ہے اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے خشک مخاط کی ایک ڈاٹ سے رکاوٹ نسبت نیچے واقع ہو جانا ممکن ہے۔ اس سے بچنے کے لئے بھاپ استعمال کرنی چاہئے، اور اگر آکسیجن دی جائے تو اسے پانی میں سے گزانا چاہئے۔ اگر رکاوٹ واقع ہو جائے تو قصبہ شکنی کے انبوبہ میں سے سوڈیم بائی کاربونیٹ (۱۔۱ گریں ایک اونس پانی میں) کا رشتاں دوران شریں میں کرنے سے ممکن ہے کہ ڈاٹ ڈیصلی ہو کر کھانسی سے اوپر آکر نکل جائے۔ آخری درجہ میں چارہ کا یہ ہے کہ چٹا نیچے گزار کر ڈاٹ کو پکڑنے کی کوشش کی جائے (Biernaeki)۔ حجری ضرر خواہ اولی ہونا تو ڈفٹیریا کا شدید سم ہر حال دینا چاہئے۔ داخلی طور پر رستائات (expectorants)

جیسے کہ ایونیا یا اپسی کا کیوٹا تھوڑی مقداروں میں آزمائے جاسکتے ہیں۔ انہوں نے قصبہ ششکافی (tracheotomy tube) اکثر ایک سے چار دن تک میں نکالایا جاسکتا ہے۔

اگر ڈمپھیر یا ٹی ٹیٹل کے کوئی امراض ہوں تو مریض کو لٹائے نہ کھنا چاہئے۔ زیادہ شدید حالتوں میں، جہاں نگلنا مشکل ہو جائے، غذا انفی آئیو (nasal tube) سے پہنچانی پڑے گی۔ ان حالتوں میں قش و ذرا ان خون (circulatory failure) کا بھی خاص خطرہ ہوتا ہے۔ اگر ششکافی امراض دوران نقیہ ہست میں بھی باقی رہیں تو مریض کو تریج اٹھنے کی اجازت اس وقت دینی چاہئے جبکہ قلب کی طرف سے کوئی ششکافی نہ ہو۔

کیلے اکثر سترنین (strychnine) تھوڑی خوراکوں میں تجویز کی جاتی ہے۔ بعد میں عضلات کے لئے ماش اور بجلی استعمال کی جاسکتی ہے۔ عضلات علما ہمیشہ اپنا فضل پوری طور پر واپس حاصل کر لیتے ہیں۔ ڈایا فرامی ٹیٹل میں آکسیجن سانس کے ذریعہ اندر لی جاسکتی ہے۔

بقی ریوی سرائیں

(PNEUMOCOCCAL INFECTIONS)

اسٹرن برگ (Sternberg) نے ابتدائی طریق کے اندر ایک عضویہ دریافت کیا، اور ازال بعد فرامیکل (Fraenkel) نے اسی کو حاد یعنی ذات الریہ (acute lobar pneumonia) کے مسبب عامل کے طور پر تسلیم کیا اور اس کا نام پنونیائی ونبقہ (diplococcus pneumonia) رکھ دیا۔ اسی کا دوسرا نام نیزک نماد ونبقہ (diplococcus lanceolatus) ہے، اور اسے زیادہ عام طور پر نیٹو مو کا کس (pneumococcus) دریوی ببقہ کہتے ہیں۔ یہ بیضوی، گرم ثبوت بنتے ہوتے ہیں، جو قطر میں تقریباً اعلیٰ ہوتے ہیں، اور اکثر جوڑوں میں یا پانچ یا چھ کی چھوٹی چھوٹی زنجیروں میں متحد ہوتے ہیں۔ ہر ببقہ ایک نیزک اور یکساں مادے کے میتر مالہ یا کیسہ سے کھرا ہوا ہوتا ہے۔

پیشانی جسم کے بہت سے اعضا اور حقوں کے ماد اور شدید التهابات کا سبب ہوتا ہے اور خاص کر عاد الخمتی (acute lohar) یا کرونز پنومونیا (croupous pneumonia) کے تغیر میں مشہور ہے جس کا کہ یہ ہر با۔ و فیصدی حالتوں میں سبب ہوتا ہے لیکن یہ دوسرے اعضا پر بھی حملہ آور ہوتا ہے۔ مثلاً نیو موکا کی ذات المجنب (pneumococcal pleurisy) ، قلع صدر (empyema) ، التهاب باریطون (peritonitis) ، التهاب سینہ (meningitis) ، التهاب مفاصل (arthritis) ، التهاب معاد (enteritis) ، التهاب دروں قلبہ (endocarditis) ، التهاب گرد قلبہ (pericarditis) ، التهاب گریز (nephritis) ، التهاب دروں رحمہ (endometritis) ، اور تحت الجلدی دروں غظمی اور دروں شانی (intravisceral) پھیوٹسے بھی ہوتے ہیں۔ یہ کسی قدر نیو موکا کی مراثیوں کا نمونہ خاصہ ہے کہ مصلی سیال کے داخلہ تشاح کے بعد پیپ کی تکوین نسبت دیر سے ہوتی ہے۔ یہ پیپ بھی جب بن جاتی ہے تو اکثر نیچے نشین ہو جاتی ہے اور اوپر مصلی سیال کی ایک خاص صاف تہ رہ جاتی ہے۔

چار قسم کے نیو موکا کا علمی و کئے گئے ہیں، جو حکلیاتی اور کاشت کے لحاظ سے ایک دوسرے سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن جدا گانہ حیاتیاتی خصائص رکھتے ہیں۔ قسم اول اور دوم اس ملک (انگلستان) اور امریکہ میں نمونہ کی کچھ وارداتوں کا سبب ہیں، اور ایسے ضد ضدیات (anti-sera) تیار کر لئے گئے ہیں جو ان کے مبالغہ میں کامیابی کے ساتھ استعمال میں لائے گئے ہیں۔ قسم سوم شدید حالتوں میں پائی جاتی ہے، اور اس کا متناظر ضد مصل بیکار ہے۔ چوتھی قسم آن نیو موکا کا ہے، یہ مشابہ ہوتی ہے جو معمولی طور پر دہن میں ہوتے ہیں۔ اس کی قضیت ادنی درجہ کی ہوتی ہے اور اس سے پیدا ہونے والا نمونہ نہایت خفیف درجہ کا ہوتا ہے۔

اس میں شک نہیں کہ بہت سی ایسی حالتوں میں جن میں ایک شدید مقامی ضرر (جیسے کہ التهاب شش) مرض کا مخصوص منظر ہوتا ہے، یہ عضو خون کے اندر پائے جاتے ہیں، اور حقیقتہً ایک نیو موکا کی قسم الدم (pneumococcal septicemia) موجود ہوتا ہے۔ اور شاید طور پر چند ایسی وارداتیں بھی مندرجہ فوق ہیں، جن میں ایسا عمومی قسم الدم بلا کسی مقامی التهاب کے ہلکا ہو گیا ہے۔ لیکن

نہایت غالب تعداد کی حالتوں میں مقامی مرض ہی نمایاں ہوتا ہے اور بہت سی وجوہات کی بنا پر یہ پسندیدہ معلوم ہوتا ہے کہ ان امراض کو جو یہ جداگانہ اعضاء کے اندر پیدا کر دیتا ہے انہیں بابوں کے تحت بیان کیا جائے جو ان اعضاء کے امراض کے لئے مختص کر دئے گئے ہیں۔
 اس طرح پر قارئین کو نمونیہ (ذات الریہ)، براگو نمونیہ (شعبی انتہاب شش)، نیوموکا کی انتہاب شعبہ (pneumococcal bronchitis)، نیوموکا کی انتہاب باریطون (pneumococcal peritonitis)، نیوموکا کی انتہاب سحایا (pneumococcal meningitis)، نیوموکا کی انتہاب مفاصل (pneumococcal arthritis) اور انتہاب گردہ (nephritis) کے بیانات ان کے مناسب مقامات پر ملیں گے۔

گانوکا کی سرایتیں

(GONOCOCCAL INFECTIONS)

نروانی اور مردانہ اعضاء میں تناسل کا مادہ انتہاب، جسے سوزاک (gonorrhoea) کہتے ہیں، ایک ساری مرض ہے جس کا دقیق عضو یا مائکرو کاکس گنوری (micrococcus gonorrhoeae) دقیق بقیہ سوزاک یا گانوکاکس (gonococcus) ہے۔ یہ بقیات سوزاک اس پیپ میں پائے جاتے ہیں جو بھری ابول سے خارج ہوتی ہے اور زیادہ تر سپید خلیوں کے اندر مشمول ہوتے ہیں۔ یہ طریقہ گرام (Gram's method) سے بیرنگ ہو جاتے ہیں۔

مرض کا ممر، جو نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے، پانچ منوانوں کے تحت تقسیم کیا جاسکتا ہے۔

(۱) اولی مرکز مرض (primary focus) - سرایت عام طور پر راست تناسل سے ہوتی ہے اور مرد میں اکثر بھری ابول کو، اور عورت میں بھری ابول، یعنی قنال (cervical canal) اور کسی قدر کمی کے ساتھ وایسل (vagina) کو، مؤثر کرتی ہے۔ نروانی اعضاء میں تناسل کا سوزاک نوزائیدہ بچے میں گانوکا کی انتہاب چشمہ (gonococcal conjunctivitis)

اور دوسرے اعضاء پر جسم کا سیر حاصل ہوتا ہے۔

(۲) مقامی انتشار کا رقبہ۔ سرایت یعنی عروق کی راہ سے اولی مرکز مرض کے قرب و جوار کے راستوں اور اعضا تک پھیل کر آرہی تکتہ (inguinal bubo) (بڈ) ، التهاب عویصلات منویہ (vesiculitis) ، التهاب بڑ بیج (epididymitis) ، التهاب تہ (orchitis) ، التهاب مثانہ (cystitis) ، التهاب غدہ قدامیہ (prostatitis) ، التهاب حوض گردہ (pyelitis) ، التهاب درون رحمہ (endometritis) ، التهاب انبوبہ (salpingitis) ، حوضی خلوی التهاب (pelvic cellulitis) اور التهاب باربیون پیدا کر سکتی ہے۔

(۳) گٹھ جو کا کی (سوزا کی) تسخم الدم (gonococcal septicaemia) یعنی خون کی عام سرایت یا مرکزی اصرار کے۔ یہ ایک نادر حالت ہے اور اس لحاظ سے گٹھ جو کا کس اسٹیفلوکوکس سے مشابہت رکھتا ہے جو شاذ ذی فاعل تسخم الدم پیدا کرتا ہے۔ سرورجی گٹھ جو کا کی سرایت (metastatic gonococcal infection) یا مرکزی مفعولہ (focal sepsis) اولی مرکز سے سرایت جسم کے دوسرے حصوں میں جیسے خون کے ذریعہ سے پھیلتی ہے۔ شہید حالتوں میں خون کی عام سرایت (تسخم الدم) بھی ہوتی ہے، جیسی کہ گٹھ جو کا کی مفصلی التهاب (gonococcal arthritis) یا گٹھ جو کا کی التهاب عیصلہ (gonococcal endocarditis) میں (جو خمیشت التهاب وروں قلبہ malignant endocarditis) کی ایک شکل ہے) پائی جاسکتی ہے۔ تاہم بیشتر حالتوں میں سرورجی (metastatic) سرایت کے ساتھ تسخم الدم نہیں ہوتا۔

اس تسخم کی عام ترین سرایت نام ہنا دسوزا کی آرٹھریٹ (gonorrhoeal rheumatism) ہے، جس میں التهاب مفصل (arthritis) یعنی التهاب (fibrositis) و تری زلالی التهاب (teno-synovitis) ، التهاب دُر بکی (bursitis) ، التهاب عضلہ (myositis) اور گرد عصبی التهاب (peri-neuritis) شامل ہیں۔ التهاب گرد غظمہ (periostitis) اور عظمی لٹی التهاب (osteo-myelitis) شاذ ہوتے ہیں۔ سرورجی سرایت سے آنکھ کا ماؤن ہو جانا غیر عام نہیں، اور اس کے خاص اضرار التهاب قزحیہ (iritis) اور التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) ہیں۔ اغلب ہے کہ جملہ مریض

(mitral disease) کی بعض سادہ حالتیں سوزاک کے ثانوی اثر سے ہوتی ہیں۔ گھٹا کی ذات الجنب (gonococcal pleurisy) بھی ہوتا ہے۔

سوزاکی ریشمہ (gonorrhoeal rheumatism) بوجہ اس مشابہت

کے جوہ مادہ ریشمہ کے ساتھ رکھتی ہے۔ ہذا گانہ نظر کی مستحق ہے۔ وہ مجبوری البول سے، غریج مواد کے آغاز سے چودہ دن یا تین یا چار ہفتوں کے وقفہ سے اور بعض اوقات اس وقت، جبکہ ابھی مواد قحی ہے، اور زیادہ اکثر سیالان مزمن (gleet) کے درجہ مابعد کے دوران میں شروع ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ مفصل کے اندر مصلیٰ انقباض، اس کے گرد کی بافتوں میں وریش اور اڈیا، اور شدید حالتوں میں نفعیج، کڑیوں کا ناکل (erosion)، مفصل کا فساد تفسیہ (disorganisation)، اور جساء (ankylosis) ہوتا ہے۔ غشائے زلابی اور اعضاء حالتوں میں ماؤف ہوتی ہے، اور حصاری یعنی بافتیں بالخصوص اور ابتداؤ تحت الحاد (subacute) قسموں میں ماؤف ہوتی ہیں۔

امراضیات۔ گھٹا کو کس (سوزاکی نمط) اکثر طہب مفصل کے سیال میں،

اور جب اوتار ماؤف ہوں تو ان کی پوششوں میں پایا گیا ہے۔ اگر قفعیج واقع ہو تو کم آفرین عضو سے (pyogenic organisms) بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ زیادہ مزمن حالتوں میں نمط سوزاک (گھٹا کو کس) نہیں موجود ہوتا۔ لیکن ہے کہ وہ مفصل کے گوشوں میں ڈبایا دیکھا جوار ہتھارہ دوسری رائے یہ ہے کہ یہ التهاب گھٹا کی شتم (gonococcal toxin) کے باعث ہوتا ہے۔

علامات۔ سوزاکی ریشمہ کی حاد شکلوں میں ابتدا کو کئی جوڑ درد اور دم سے

ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مرض اکثر کچھ عرصے کے بعد صرف ایک ہی مقام کو متخص کرتا ہے جو کہ ہنسی، گھٹنا، ٹخنہ، کھالی، یا پاؤں ہو سکتا ہے۔ وہاں ہنایت وسیع سرخی اور اس کے ساتھ دم، درد اور کمیئت ہوتی ہے۔ اکثر یہ سرخی جوڑ سے بہت آگے اوپر تک پھیل جاتی

ہے اور باقیوں ایک مختصر حد تک در رنجت ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی دروزش پر حقیقتہً پھوڑے کا دھوکا ہو جائے، نیز یہ نسبت ریشمی تپ کے فقرس (gout) سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ خفیف ترین حرکت سے درد نہایت شدید ہوتا ہے۔ تپ زیادہ بلند نہیں ہوتی۔ یہ التهاب ہر طرف پھیل کر کم ہوتا ہے، اور اس کے بعد معتد بہ مسخیت (اکڑا) باقی رہ جاتی ہے۔ لیکن اکثر جوڑوں میں پھیل نہیں پیدا ہوتی۔ قلبی پیچیدگیاں صرف کبھی کبھی ہی دیکھنے میں آتی ہیں۔ این۔ سی۔ ڈیوئیس کولی (N. C. Davies-Colley) سٹونی نے بیان کیا کہ گھاناو کا کی التهاب منفصل کی شکل عورتوں میں بھی اسی طرح عام ہے جس طرح مردوں میں۔ دوسری نسبت کمر عادیاً تحت اسکا دھاتوں میں خفیف ریشمی تپ کے ساتھ مشابہت بعض خصوص میں زیادہ قریبی ہوتی ہے۔ مفصل سٹورم ہوتے ہیں لیکن اتنے سرخ نہیں ہوتے اور کمر عموماً کے ساتھ در رنجت ہوتے ہیں۔ اکثر پوداؤں (fasciae) میں بہت درد ہوتا ہے، بالخصوص تلوے کی (انحصی: plantar) رداریں، اور ممکن ہے کہ اونٹار کی پوششیں بھی ماؤف ہو جائیں۔ حالتوں کے کچھ تناسب میں التهاب فقرات (spondylitis) واقع ہوتا ہے۔ جیسا کہ زیادہ حالتوں میں ہوتا ہے، التهاب دیر پا چنے کا رجحان رکھتا ہے اور اس طرح آسانی سے رخ نہیں ہوتا اور پھر عود نہیں کرتا جیسا کہ معمولی ریشمی تپ میں ہوتا ہے۔ یہ دو تین یا زیادہ مہنتوں تک جاری رہ کر بہت کچھ اکڑا جک لیفی حجابہ (fibrous ankylosis) پھوڑ جاتا ہے۔

تشخیص۔ اس مرض کے غلطی سے ریشمی تپ سمجھ جانے کا بہت امکان ہوتا ہے

تاؤٹیک یہ دریافت نہ ہو جائے کہ مہال سے مواد خارج ہوتا ہے یا جینک کہ چند مفصل میں التهاب جاری رہتے سے ہمیں مرض کی نوعیت کا شہ نہ ہو جائے۔ ممکن ہے کہ گزشتہ سطحوں کی سرگزشت سے یہ مشابہت اور بھی بڑھ جائے، کیونکہ گزشتہ تپ کی طرح گھاناو کی زلابی التهاب (gonococcal synovitis) خود طویل وقتوں کے بعد گزرتا ہے واقع ہونا، تاہم تازہ سرائیت ہو جانے پر اس کے دوسرے مقلے اکثر واقع ہو جاتے ہیں۔ مرض کی زیادہ مادہ انگلیں سرخبادہ (erysipelas)، ضرکج یا مادہ فقرس سے قریبی مشابہت رکھ سکتی ہیں۔ مریض کی عمر اور التهاب کی جائے وقوع اکثر آغوا ذکر کو خارج کر دیتی۔

سوزاک کے بعد التهاب نرالی متعدد (multiple synovitis) کا ایک بہترین نمونہ (pyæmia) ہو سکتا ہے۔ لیکن اس حالت میں قشریہ (rigors) اور ایسی خطرناک پیچیدگیوں جیسے کہ التهاب گرد قلبہ (pericarditis) اور ذات الریہ، یا ذات الجنب، کی وجہ سے مرض عموماً زیادہ شدید ہوتا ہے۔

۱۵ سال کی عمر تک کے بچوں کے عام نرخی ہسلی التهاب (valve-vaginitis) کی ایک تحقیقات سے ظاہر ہوا ہے کہ ۳۶ فیصدی سوزاکی ہوتے ہیں، اور ۶۴ فیصدی غیر نوعی (non-specific) اور اسٹیفلوکاکس کی وجہ سے (29)۔

علاج بلاشبہ مناسب ہی ہے کہ مجرئی ابول کے اخراج مواد کا متی الامکان جلد سے جلد تدارک کیا جائے۔ التهاب مفاصل کے لئے قلیات (alkalies) اور آیوڈائنڈ آف پوٹاشیم بکثرت متعل ہیں اور آخر الذکر پوری خوراکوں میں لیکن غالباً یہ بہتر ہے کہ عمدہ غذا کی اخراط کے ساتھ کالڈیورائل اور لوہا یا سکونا (cirichona) دیئے جائیں۔ جدرنی علاج (vaccine treatment) بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ مریض کے مواد سے گائوکاکس (نبقہ سوزاک) کی کاشت کے بعد خود از خود رینت (autogenous vaccines) حاصل کئے جاتے ہیں اور ان کا امشراب بار بار کیا جاسکتا ہے لیکن شغلیابی کے لئے اکثر ایلچے یا چھہ ہفتوں کی مدت درکار ہوتی ہے۔ مخزنی جدرنی است (stock-vaccines) متعدد مختلف سلوں (strains) سے تیار کئے جاتے ہیں، نہ کہ خود مریض کے عضویوں سے حال ہی میں حساس کردہ (sensitised) اور سم بودہ (detoxicated) جدریات استعمال میں لائے گئے ہیں۔ اول الذکر ایک جدرین (vaccine) اور ضد سوزاکی مصل (antigonococcal serum) کا آمیزہ ہوتا ہے۔ آخر الذکر ایک جدرین ہے جس کے قشرب (virus) کو یا تو عضویوں پر کا سنگ سوڈا کا عمل کر کے، یا مصنوعی واسطوں پر جسم کے باہر طویل کاشت کر کے تخفیف یا فستہ (attenuated) بنایا جاتا ہے۔ مقامی طور پر مفاصل پر آیوڈین لگا سکتے ہیں۔ عاداتوں میں جارحہ کو پلاسٹراف پیرس کے جبریرہ (splint) کے ذریعہ سے بالکل بے حرکت رکھنا چاہئے۔ اور سنگن ضادات، یا مخصوص کمپاؤنڈز کیوری آکٹمنٹ (compound

mercury ointment) مع ایکسٹراکٹ آف بیلادونا (extract of belladonna) کے استعمال کر سکتے ہیں۔ التهاب کم ہوتے ہی تثبیت (fixation) کے رجحان کا تدارک فرک (friction)، مالش (massage) (مالش) اور حسرت جھول (passive movements) سے کرنا چاہئے۔

ٹائفس تب

(TYPHUS FEVER)

تب زندانی (Jail Fever)

طائفہ ٹائفس (typhus Exanthematicus)

ٹائفس تب ایک عارضی متعدی مرض ہے جو دو یا تین ہفتے جاری رہتا ہے اور جلد کا ایک تمثیلی ثوران پیدا کر دیتا ہے۔

بحث اسباب۔ ٹائفس بیشتر ہاؤں کی صورت میں ہوتا ہے جو ممکن

ہے کہ چند ہینڈل تک جاری رہ کر پھر تدریج کم ہو جائیں یہ دہائیں عموماً بڑے شہروں، محبوسوں، اور میدان جنگ کی فوجوں میں پھوٹ پڑتی ہیں۔ اب یہ انگلستان میں شاذ ہے، لیکن حالیہ جنگ یورپ کے ابتدائی حصے میں سرینا میں، اور جرمنی کے جنگی محبوسوں میں اس کا زور د شور و سیح طور پر رہا (Wittenberg) مدہ مرض جیسا امریکہ میں پرل کا مرض (Brill's disease) کہتے ہیں، اگر ٹائفس سے متاثر نہیں تو کم از کم اس کی ایک قسم ضرور ہے۔

یہ ہر عمر کے اشخاص اور ذکور و اناث پر مساوی طور پر حملہ آور ہوتا ہے۔ وہ لوگ جو پہلے ایک حملے سے گزر چکے ہیں، بہ استثنائے شاذ اور سرے سے حملے محفوظ رہتے ہیں۔ یہ مرض موسم یا فصل سے متاثر نہیں ہوتا مگر جہاں تک کہ ان کا تعلق از دھام سے ہے ان کا اثر ضرور پڑتا ہے۔ لیکن یہ مبتدل اور سرد آب و ہواؤں میں محدود ہوتا ہے اور بالخصوص قحط زدہ رقبوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔

ٹیونس (Tunis) میں پاسچر انشیوٹ کے نکولی (Nicolle) اور کانسیل (Conseil) نے ثابت کر دیا ہے کہ اس کی سرایت بدن کی جوڑوں (body lice) سے منتقل ہوتی ہے۔ انھوں نے بندہ وں میں ہائمنس کے مریضوں کے خون سے کامیابی کے ساتھ تطہیم کی بچھریلے بندہ وں کو جوڑوں سے کٹا کر دوسروں میں یہ مرض پیدا کیا۔ وائلڈر (Wilder) میکسیکو (Mexico) میں ہائمنس کا مطالعہ کر کے اس ریلے کی تصدیق کرتا ہے اور اس کا یقین ہے کہ یہ قشرب اس حشر کے اندر نکال کر رہتا ہے۔ اس وقت تک جنگ کے مختلف میدانوں کے تجربہ کی بنا پر اب اس میں کوئی شک باقی نہیں رہا ہے کہ مرض کے حدوث کا انحصار بالکل ان حالات پر ہے جو سیرت زدہ جہانی جوڑوں کی موجودگی میں اور انھیں ایک شخص سے دوسرے شخص میں منتقل کرنے میں مدد ہوتے ہیں اس طرح یہ مرض گرم آب و ہواؤں میں گرما کے گرم ہینوں میں، جبکہ تپش جوڑوں کو مارنے کے لئے کافی بلند ہو جاتی ہے، کئی طور پر نسبت و نابود ہو جاتا ہے۔ یہ بہت مشکوک معلوم ہوتا ہے کہ آیا ایسے عوامل ایسے کہ جو دم و تحجانی یا افلاس افراد میں سرایت کی استعداد پیدا کر سکتے ہیں، بااستثنا اور اس کے کہ یہ حالات جوڑوں کی موجودگی کے ساتھ ملازم ہوتے ہیں۔ مرض کا سبب اب ایک عنصر یہ خیال کیا جاتا ہے جو ریکٹیشیا پروزاکی (Rickettsia prowazeki) کے نام سے موسوم ہے۔ یہ سرایت زدہ جوڑوں میں اور انسانی اضرار کے اندر پایا گیا ہے اور بافتوں کی پلازما کی کشتوں میں اگایا گیا ہے۔ خون دار میں یہ صحیفات دمو یہ (blood-platelets) کے ساتھ قریبی طور پر متلازم معلوم ہوتا ہے۔ ایک انسانی مریض سے حاصل کردہ صحیفات کے اشتراکات سے یہ مرض گینی گوں میں پیدا ہو گیا ہے۔ مزید برآں سرایت رساں صحیفات کا انسانی جوڑوں میں رودانہ اشتراک کرنے سے ان حشرات میں ریکٹیشیا کی وافر ابیدگی پیدا ہو گئی انسانی سرایت بجائے اسکے کہ ان حشرات کے کاٹنے سے براہ راست ہو زیادہ اغلب یہ ہے کہ جلد

کی خرابی دیکھیں گیوں میں اسے جوڑوں کے برازات کے اندر ملے جانے سے واقع ہوتی ہے۔

مرضی تشریح

ہیں جیسے کہ شدید تپ کے میٹرخصائص کرنجی موت (rigor mortis) ناکمل ہوتی ہے، تحلیل جملہ شروع ہو جاتی ہے، اور بعد الہیات تغیر لون (discoloration) بہت ہوتا ہے۔ خون معمول سے زیادہ مائع ہوتا ہے، اور اس کی ترویب (coagulation) برعزت لیکن ناکمل طور پر ہوتی ہے۔ ارادی عضلات نرم اور خستہ ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں انحطاط ترینکر (Zenker's degeneration) واقع ہو جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 22)۔ قلب کی عضلی بافت بھی نرم ہو جاتی ہے، اور اس میں شحمی یا ذراتی انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کے قاعدے سے رکودی امتلاء (hypostatic congestion) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ یہ سیاہ شرف یا ارغوانی امتلاء ہے، اور خستہ ہوتے ہیں، اور تراشنے پر ان سے خون اور مصل نکلتا ہے، اور ان کی سطح غموئیسائی بھگتہ (pneumonic hepatisation) جیسی ذراتی نہیں ہوتی۔ لیکن بعض حالتوں میں یہ آخری حالت بھی موجود ہوتی ہے۔ طحال اور جگر نرم اور کسی قدر بڑھ چکے ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ سطح پر گڑم (ecchymoses) ظاہر کریں۔ گردے اکثر نرم اور بڑے ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اوقات وہ بالکل طبعی پائے جاتے ہیں۔ جگر اور گردوں کی کھانی سمجائی ورم (cloudy swelling) اور متغیبتی انحطاط (parenchymatous degeneration) کے ساتھ متلازم ہوتی ہے۔ میترائٹر امیڈ کے وجہ سے اور دماغ اور اعشار کی گرہیں ہیں۔ یہ عروق شریک کے درجہ سلی خلیوں سے بنتی ہیں، جو خلیات اکمل (phagocytes) کے طور پر عمل کر کے پھر تخریر زدہ (necrosed) ہو کر معنی خلیات (lymphocytes) اور پلازما خلیات سے محصور ہو جاتے ہیں۔

علامات اور نمزہ زمانہ حذانت اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بیشتر حالتوں

میں وہ پانچ تبارہ یا چودہ دن ہوتا ہے۔ مرض دوسری بہت سی تہوں کی طرح در درمہ عدم اٹھنا، اور بیماری کے ایک عام احساس، اور شاید کسی قدر جاڑے یا حقیقی تخریر

کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ درد سرا ابتدا و نہایت شدید ہوتا ہے، اور دوسری آن پتوں کے نسبت، جن کے ساتھ اس مرض کے خلط طوط ہو جانے کا امکان ہے، زیادہ شدید ہوتا ہے۔ بہت کمزوری بھی ایک نمایاں علامت ہوتی ہے اور گھٹنے کا جھٹکا تقریباً ہمیشہ جلد ہی مفقود ہو جاتا ہے۔ شدید حالتوں میں تیز قشر برے کے ساتھ متلی یا تھے بھی ہوتی ہے۔ بعد کے دو یا تین دنوں میں جبکہ مرض کو میٹر کرتے والی کوئی چیز نہیں ہوتی، شدید تب کے تمام علامات جلد پیدا ہو جاتے ہیں۔ پیش ۱۰۲ یا ۱۰۴ درجہ تک ہو جاتی ہے مین اور نفیس بھی اسی تناسب سے تیز ہو جاتے ہیں۔ زبان خرد دار ہوتی ہے، درد سر جاری رہتا ہے، چہرہ سرخ تنہا ہوا اور آنکھیں سرخ اور متل (suffused) ہوتی ہیں، پشت و جوارح میں درد ہوتا ہے، اسبہ تہا جاتی رہتی ہے، قارورہ تیز رنگ کا اور قلیل المقدار ہوتا ہے اور قبض بھی پایا جاتا ہے۔ تیسرے یا چوتھے دن لگ بھگ ریش عام طور پر اس قدر بڑھا جاتا ہے کہ آنتیں بھرتی ہو جاتی ہیں اور کھانا پانی نہیں چوتھے یا پانچویں دن بعض اوقات تیسرے ہی دن اور کبھی چوتھے بلکہ ساتویں دن انفس کو میٹر ثوران یا شہوتی طغ (mulberry rash) ظاہر ہو جاتا ہے۔ پیشکم و سینہ پر اور پشت دست اور کلاہیوں پر نکلتا ہے، اور دو یا تین دن کے عرصہ میں دھڑا اور شاید بازوؤں اور ٹانگوں کو بھی ڈھانک لیتا ہے۔ چہرہ اور گردن بیشتر نیچے رہتے ہیں۔ طغ کے دو حصے ہوتے ہیں۔ ایک حصہ تاریک سرخ پیتھوں کا جو دہانے سے غائب ہو جاتی ہیں، اور سطح پر کوئی اٹھار نہیں بناتیں یا سستے زیر ادمی (subcuticular) کہتے ہیں۔ دوسرا حصہ ایسا طغ ہوتا ہے جو کثیر المقدار نسبت پھیکی نسبت سیاہ تر گلابی یا سرخ اُبجروں یا بُجور پر مشتمل ہوتا ہے، جن کی جسامت ۳ ملی میٹر قطر کے اندر اندر ہوتی ہے۔ یہ سطح پر بمقاعدگی کے ساتھ، ایک دوسرے سے ملتا پڑھتا کے فاصلوں پر منتشر ہوتے ہیں۔ یہ ابتدا و دہانے سے غائب ہو جاتے ہیں، لیکن ایک دو دن کے بعد دیا دہ سیاہ رنگ کے ہو جاتے ہیں اور ازاں جہان میں سے بعض خون کی دھندلکی کی وجہ سے جو انگلی کے دباؤ کے نیچے بدستور قائم رہتی ہے، منشی (petechial) ہو جاتے ہیں۔ یہ طغ بندریج دوسرے ہفتے کے دوران میں مڑھ جاتا ہے اور اس کے خاتمہ پر عموماً غائب ہو چکا ہوتا ہے۔ شاذ حالات میں اس شہوتی طغ سے پہلے ایک منتشر سرخ طغ، یا وردیہ (roseola) نمودار ہوتا ہے جو خرمز یہ کے ثوران سے غیر مشابہ نہیں ہوتا۔ لیکن یہ شہوتی طغ کے نمودار ہونے سے پہلے بالکل غائب

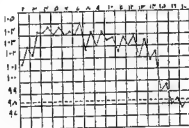
ہو جاتا ہے۔

نوران کے نوبیاب ہو جانے کے وقت تک، یعنی پہلے ہفتہ کے خاتمہ پر تپ ترقی کر چکی ہوتی ہے۔ مریض بستر پر نشیبت کے بل لیٹا ہوا رہتا ہے، اس کے بشرہ سے سستی اگرائی اور طاہرہت ظاہر ہوتی ہے، چہرہ سرخ ہوتا ہے، طعنتا متلی (injected) اور تیلیاں سکڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ لبوں اور زبان میں ابتدا مریض ہی سے رعشہ ہوتا ہے۔ تپش، نبض اور تنفس ملا شبہ طبعی سے اور بڑھتے ہیں۔ زبان پر قرہ پہلے سے موجود رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض اب بھی درد سر کی شکایت کرے، لیکن وہ بیشتر یے پروا (apathetic) اور بے ہوش (listless) پڑا رہتا ہے اور اسے صرف رات کے وقت ہرزگی نہیاں (rambling) (delirium) ہوتا ہے۔ دوسرے ہفتہ میں علامات میں شدت ہو جاتی ہے۔ گواہ درد سر کی شکایت موجود نہیں رہتی تاہم نہیاں دن رات مسلسل جاری رہتا ہے۔ اور گویا عموماً دھیمہ اور بربری نہیاں (low & muttering delirium) ہوتا ہے، تاہم بعض اوقات شور و غلب کے ساتھ اور بے ربط ہوتا ہے، چنانچہ ممکن ہے کہ مریض تند اور غضبناک ہو جائے، بستر سے چمک کر اٹھ بیٹھے بلکہ کھینچی سے یا سر کو دپڑے سے۔ لیکن زیادہ اکثر اس کی عقلی کمزوری انتہائی درجے کی ہوتی ہے، وہ بستر میں پسینی کی حالت میں پڑا رہتا ہے، اور اس میں اتنی سکت نہیں رہتی کہ خود اٹھ سکے یا کڑوٹ لے سکے۔ جوارج میں لرزہ ہوتا ہے اور نفخ و تڑکی (subsultus tendinarius) دیکھا جاتا ہے۔ بعد میں مریض پر مکمل کوٹا حالت طاری ہو جاتی ہے، براز نامعلوم طور پر خارج ہو جاتا ہے، اور اعتبارس وول کی وجہ سے مشانہ پھول جاتا ہے۔ نبض تیز ہو کر ۱۱۰، ۱۲۰ یا زائد ہو جاتی ہے، اور مرض کی ترقی کے ساتھ زیادہ کمزور اور صغیر ہوتی جاتی ہے۔ نبض ذو ضربتین (dicrotic) ہوتی ہے، اور شدید حالتوں میں غیر منتظم اور ذوالنفسہ (intermittent) ہو سکتی ہے۔ اصوات قلب کمزور ہوتے ہیں، اور خراب ترین حالتوں میں صووت اول تقریباً غیر سموع اور نبض غیر محسوس ہوتی ہے۔ تنفس تیز ہو کر فی منٹ تیس یا چالیس تک پہنچ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ سینہ پر کچھ شعبی التهابی غرغرات (bronchitic rhonchi) موجود پائے جائیں۔ آخری درجوں میں عموماً پھیپھڑے کے قاعدوں تک استسار (congestion) کے آثار موجود ہوتے ہیں، یعنی سینہ کے قاعدے سے تین یا چار انگشت کی چوڑائی تک اجمیت

(cullness) ، اصوات تنفس کی کمی ، اور اُسی رقبے پر لفظات (râles) موجود ہوتے ہیں ، لیکن تر قوہ (clavicle) ہڈیوں کے نیچے اصوات تنفس بھائی پائے جاتے ہیں ۔ زبان جو آغا ز مرض میں فرد دار ہوتی ہے ، قبلہ ہی خشک ، بھوری اور در زدار ہو جاتی ہے ۔ زبان ، دانتوں اور لبوں پر سرخ (sordes) یعنی میل کی ایک بھوری یا سیاہ پٹری جمع جاتی ہے ۔ اس میں اکثر قبض موجود ہوتا ہے ، لیکن اہمال کا ہونا بھی ممکن ہے ، اور دونوں حالتوں میں بائیں عموماً سیاہ ہوتی ہیں ۔ قارورہ سیاہ اور قلیل المقدار رہتا ہے ، کلورائیڈز کی مقدار گھٹ کر بہت کم ہو جاتی ہے ، اور بہت سی حالتوں میں اور خاص کر بیماری کے خاتمہ کے قریب ، البیومن کی نہایت خفیف سی مقدار آنے لگتی ہے ۔ ان اکتشافات کے ساتھ متناظر طور پر نصف سے زائد حالتوں میں خون میں یوریا (urea) کی زیادتی ہو جاتی ہے ۔ عصبی مائل حال ہی میں بول دمویت (uræmia) سے متسوب کئے گئے ہیں ۔ خون کے امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ سترخ جسمیات تعداد میں کسی قدر کم ہوتی ہیں ، لیکن ثلیات بیضا (leucocytosis) بہت خفیف سی اور اُس کے ساتھ لمفی خلیوں (لمفوسائٹس) ایک انسانی زیادتی اور کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) جسمیات کی کمی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں ملاحظہ ہوں) خون (عصبی علامتوں کے ساتھ دماغی نخرانی مائل میں ایسے تغیرات ہوتے ہیں جسے انتہا پکایا (meningitis) ظاہر ہوتا ہے ۔ یہ مائل صاف یا گدلا ، یا شدید حالتوں میں زرد بلکہ مڑوب بھی ہو سکتا ہے ۔ شدید فطوی تعالیٰ موجود ہوتا ہے ۔

ابتدائی ارتقاع پیش کے بعد اکثر تیسرے یا چوتھے دن ایک خفیف سافترہ (remission) پایا جاتا ہے جس کے بعد پھر طبع کے خودار ہونے کے ساتھ پیش بہت بلند ہو جاتی ہے ۔ پھر یہ مرتفع رہ کر پہلے ہفتہ کے اختتام کے قریب ۱۰۵ ، ۱۰۴ ، ۱۰۵ ، بلکہ ۱۰۸ درجہ تک پہنچ جاتی ہے ۔ چند روز تک پیش اسی بول پر رہتی ہے ، اور شاید اس میں خفیف سے سحرگاہی فترات پائے جاتے ہیں ، لیکن دوسرے ہفتے میں پیش عموماً کسی قدر کم رہتی ہے اور اسکے اختتام کے قریب زیادہ قطعی سحرگاہی فترات ظاہر ہوتے ہیں اور بالآخر ، ان حالتوں میں جو شغایاب ہو جاتی ہیں پیش میں سریع نزول واقع ہو جاتا ہے ، جو اس مرض کا بخران (crisis) ہے ۔ حالتوں کی اکثریت میں یہ دوسرے ہفتہ کے اختتام کے قریب ، یا تیرہویں سے لیکر سولہویں دن تک واقع ہوتا ہے (فصل ۸) اور پیش

چوبیس سے نیکر پچتیس گھنٹوں تک میں چار یا پانچ درجہ گر کر ١٠.٢ درجہ یا ممکن ہے کہ اس سے



تصویر ٨۔ ٲا نفس تپ کے ایک مساویہ کی پیش۔

بھی بلند درجہ سے گر کر ٩.٩ یا ٩.٩ درجہ تک آجائے۔ بعض حالتوں میں تپش کا نزول زیادہ تدریجی ہوتا ہے (lysis = خفیل)۔ مساعق ہی تپش اور تنفس آہستہ تر ہو جاتے ہیں اور بحران کے ساتھ مریض کی حالت میں تغیر کے دوسرے علامات کا نمودار ہونا بھی عام ہے مثلاً بکثرت پسینہ آنا یا اہمال کا حملہ۔ اس وقت سے مریض کی حالت میں سرعت کے ساتھ اصلاح چوتی جاتی ہے۔ وہ جلد ہی ہوش میں آ جاتا ہے، زبان صاف ہو جاتی ہے، چہرے کی تاریک رنگت جاتی رہتی ہے اور بجائے خشکی کے اشدہا پیدا ہو جاتی ہے۔ نتیجہ تپش عملاً طویل ہوتی ہے اسراع القلب (tachycardia) کا خفیف سا زور لگنے پر بھی پیدا ہو جانا ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ اکثر مریض کے بہت سے بال گر جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ بالکل گنجا ہو جائے۔ نتیجہ تپش مکمل ہونے سے پہلے باعموم تین ہفتے گزر جاتے ہیں۔

لیکن اکثر اختتام مرض ناموافق ہوتا ہے۔ جملہ حالتوں میں موت عموماً دوسرے ہفتہ کے خاتمہ پر فیشل قلب (cardiac failure) سے، یا استلا و تشش یا ذات الریہ سے، یا بڑھنے ہوئے کو اسے واقع ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی اس سے پہلے سرلیع ارتفاع تپش ہو جاتا ہے۔

پیچید گیاں اور عواقب حسب ذیل ہیں۔ ذات الریہ اور شعبتی ذات الریہ جو

اکثر دوسرے سختے کے دوران میں شروع ہو کر زائد نقیہیت میں جاری رہتے ہیں اور شفا یابی میں تاخیر پیدا کر دیتے ہیں، اور بعض اوقات یہاں تک نوبت پہنچتی ہے کہ ٹنکریں ہو جاتی ہیں۔ جودع الغر اش (bed sores) - انگشتاے پاکی البیتیت (tender toes) - پاؤں کی انگلیوں، ناک، یا زائد خارجی اعضاءے متاثر (pudenda) کی گنگریں جو شاید سدادیت کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ مفاسل کا قتیق التهاب آذن وسطی (otitis media) - نکفی (parotid)، تحت انفکی (submaxillary) اور تحت اللسانی (sublingual) غدہ کا التهاب و قتیق چہرے کا سرخا دہ، التهاب غلوی (cellulitis) اور تحت الجلد بھروسے ممکن ہے کہ دریدہ نخدی (femoral vein) کی علیقت (thrombosis) اور اس کی وجہ سے ٹانگ کا اذیا واقع ہو جائے، لیکن ایسا اس مرض میں معمولی تپ کی نسبت کم واقع ہوتا ہے۔ چند سالوں میں بعد الممات استخوان پر التهاب سمایا (meningitis) پایا گیا ہے، اور کبھی کبھی گردے کے مرض اور البیومن بولیت (albuminuria) کے ساتھ اجویا تو پرنے ہوتے ہیں یا خود تپ ٹائفنس سے پیدا ہو جاتے ہیں (یوریمیائی کشنج uræmic convulsions) واقع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ دور این نقیہیت میں سکیتہ کے حملے (syncopal attacks) مع قلبی حرکات (cardiac bruits) کے واقع ہوں جو عضلہ قلب کے ماؤف ہونے کی طرف اشارہ کرتے ہیں جو رنج کے در وادہ البیتیت سے التهاب اعصاب صحیلی (peripheral neuritis) ظاہر ہوتا ہے۔ اور ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں۔

تشخیص - تا وقتیکہ یہ معلوم نہ ہو کہ مرض معروض تعدیہ میں آچکا ہے یا یہ ہو سکتا ہے کہ آغاز مرض میں اس مرض کو دوسری عمومی بیماریوں سے تمیز کرنا غیر ممکن ہو جب دوران نمودار ہو گیا ہو تو وہ غلطی سے کسرا (measles) سمجھا جا سکتا ہے، لیکن کسرا کا طبع پہلے چہرے پر جلد اللراس کے قریب نکلتا ہے۔ اس کے دانے زیادہ شوخ سرخ رنگ کے، زیادہ اُبھرے ہوئے، شکل میں زیادہ بے قاعدہ، اور شاید ہلانی شکلوں میں منتشر ہوتے ہیں، اور ان کے نمودار ہونے سے پہلے نازلت (catarrh) ہوتی ہے۔ اسے حاو التهاب سمایا (acute meningitis) اور حاو ذوات الریه (acute pneumonia) سے تمیز کرنے کے لئے دوران کافی ہونا چاہئے، جسے ٹائفنس اس وجہ سے غلط طے ہو سکتا ہے

کہ اس کی بعض حالتوں میں دماغی علامتیں اور بعض میں تنفسی وقت اور کبھی دیت (lividity) نمایاں ہوتی ہے۔ لیکن نوات لریہ کی شناخت اس کے طبی امارات سے ہو جانی چاہیے، مگر یہ بلاشبہ ممکن ہے کہ وہ ٹائفوس سے ثانوی طور پر پیدا ہو گیا ہو۔ ابتدائی درجوں میں ٹائفوس غلطی سے مسموم تپ (enteric fever) سمجھا جاسکتا ہے۔ ٹائفوس کے شورٹائٹ (تپ محرقہ) کے شور سے متاثر ہو سکتے ہیں، لیکن چونکہ وہ جلد ظاہر ہو جاتے اور پیش باز و دُوں پر واضح ہوتے ہیں اس لئے غلطی کا انداد ہو جاتا ہے نیز اگر عمومی چتیاں (general mottling) نمایاں ہوں اور وہ نشے (petechiae) موجود ہوں جو بدن کے درجوں میں ہوتے ہیں تو اس سے بھی غلطیوں کا ازالہ ہو جاتا ہے۔ دوسرے تقریبی امور یہ ہیں کہ ٹائفوس میں مریض کا حملہ زیادہ دفعہ ہوتا ہے۔ ان غیر بستہ (loose) مٹکے شور تپ جیسی (pea-soup) بدبودار اجابتوں کے برعکس جو اکثر تپ محرقہ میں ہوتی ہیں، ٹائفوس میں اہمال نہیں ہوتا۔ ٹائفوس میں خہزل (stupor) اور ہذیان ابتدا ہی سے ہو جاتا ہے۔ نیز ٹائفوس بہ سرعت پھیلتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک ہی خاندان کے بہت سے افراد لیکن ایک ہی وقت میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ استثنائی طور پر طبیعت التهاب دروں قلبہ (malignant endocarditis) جس میں قشیری ثورات (petechial eruptions) ہوں، ٹائفوس سے قریبی مشابہت رکھ سکتا ہے۔ اگر امتحان و لیل (ملاحظہ فرمئے صفحہ ۱۶) کام میں لایا جائے تو ٹائفوس کے عضیوں، یا پیرائٹائٹ کے عضیوں، یا تپ بحرم (Mediterranean fever) کے دقیق بنقات کا الزاق (agglutination) کرنے میں ناکام رہے گا حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ ٹائفوس میں مبتلا بیماروں کا مصل بند تر قیعوں (high dilutions) میں سیلیکس پر ڈیسکس (bacillus proteus) کی ایک قسم کا الزاق کر دیتا ہے۔ یہ بلزق قوت اس قدر ضلکہ کہ مرض کے چھٹے یا ساتویں دن حاصل ہو جاتی ہے اور عموماً چودھویں دن کے قریب تک اپنے درجہ اتم پر ہو جاتی ہے۔ لیکن ٹائفوس کی بعض ایسی غیر مشتبہ حالتیں مندرج ہوئی ہیں، جو ایک واضح الزاقی تعامل (agglutination reaction) ظاہر کرنے میں ناکام رہی ہیں۔ مگر ساتویں دن تک سریریاتی تشخیص متا ہو جاتی ہے، اسی وجہ سے یہ الزاقی امتحان، جو کاسٹیفیل ٹیکس (Weil-Felix test) کے نام سے مشہور ہے، سریریاتی لحاظ سے اتنا اہم نہیں جتنا کہ وہ بصورت دیگر ہوتا۔

حالتوں کے قاصد زیادہ تناسب میں تعامل و اثر و متاثر ہوتا ہے۔

انڈار۔ ٹرانس کی شرح اسوات ۶ تا ۳۰ یا ۵ فیصدی کے درمیان ہوتی ہے۔
 ان دو ہزار وارداتوں میں جو سر بیامیں ہوئیں یہ ۵ فیصدی تھی (Davy & Brown)۔
 شرح اسوات مریض کی عمر کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ مثلاً دس سال کی عمر سے نیچے یہ تقریباً
 ۵ فیصدی ہوتی ہے اور ساٹھ سال سے اوپر کی عمر والوں میں اتنی زیادہ کہ ۶-۷ فیصدی
 ہوتی ہے۔ شغلیاتی کے موقعے مابقی بے اعتدالی (متراپ نوشی) سے اور جسمانی قوت کی
 کمی سے (خواہ یہ کمی کثرت کار، فاقہ کشی، یا ہجوم کسی بھی سبب سے ہو) کم ہو جاتے ہیں۔
 بیامیں تک کہ حملہ مرض کے ابتدائی دنوں میں چلنے پھرنے کی کوشش سے بھی حالت کم امید
 افزا ہو جاتی ہے۔ خود مرض کے ایسے علامات جو ناموافق انداز نظر ہر کرتے ہیں، حسب ذیل
 ہیں:- طبع کی کثرت، تپ کی بہت بلندی، نہایت تیز نبض، دماغی علامتوں کا ابتدائی
 نم، دوران خون کی بڑی کمزوری، شدید ریوی پیجیدگیوں، اور تشنج۔ خون کے اندر
 کے یوریا کی تخمین سے انداز میں قیمتی مدد ملتی ہے۔ جب اس کی مقدار ۵-۶ فیصدی
 سے نیچے ہو تو عموماً شفا ہو جاتی ہے۔ ۹-۵ فیصدی سے اوپر انداز ناموافق ہو تب
 اور ۶۲ فیصدی سے اوپر تو یہ بالکل ہی یاس انگیز ہوتا ہے۔

تحریر۔ چونکہ یہ مرض صرف سرایت زدہ جوڑوں کے کاٹنے سے پیدا ہو جاتا
 ہے، لہذا جوڑوں کے باقاعدہ معائنہ اور کپڑوں، کپلوں، وغیرہ کی جوڑوں کو حرارت
 کے ذریعہ یا دفعات سرایت (disinfectant) مثلاً کریسول میں بھگو کر ہلاک
 کر دینے سے و بائیں روکی جاسکتی ہیں۔ نرسوں یا طبیعوں کی سرایت روکنے کے لئے
 آخوالذکر کو تنگ اور چست بالا پوششیں قبائیں پہننی چاہئیں، جن کے ساتھ گم ٹوٹ
 (gum hoots) ہوں۔ اس مرض کے مشتبہ مریضوں کے داخلہ کے بعد ان کے
 بالدار حصوں کو سونڈ کر جسم کو دفعات سرایت سے کال طور پر پاک کر دینا
 چاہئے، اور سرایت زدہ لباس کا بھی تدارک کرنا چاہئے۔ جب جوڑیں
 ایک مرتبہ تلف کر دی جائیں تو پھر سرایت کا کوئی خطرہ نہیں
 رہتا۔ حفظ ماقدمی قطعیات طریقہ ذیل سے عمل میں لائے جاتے
 ہیں۔ مرض کے درجہ واحد میں ایک مریض کا خون میکراسے غیر فائبرینی (defibrinated) بنایا

جاتا ہے اور پھر اُسے نصف گھنٹے تک ۵۸ درجہ سنٹی گریڈ تک گرم کر کے غیر مختل (inactivated) بنا کر ایک، دو، اور ۵ سی۔ سی کی مقداروں میں اس کا اشتراک کیا جاتا ہے۔

علاج۔ مال ہی میں کوششیں کی گئی ہیں کہ ترکیبوری سائنسٹ اور سیلیسیٹ (mercury cyanide & salicylate) کے ۰.۰۰۸ گرام کے اشتراکات روزانہ کر کے مرض کی مدت کو کم کر دیا جائے۔ دوسرے معالجوں نے دماغ تارچین سے تفرکی ہوئی نرم روتی کے پیچوٹے پھانکے (plugs) تاک میں رکھ کر اور انھیں بار بار بدل کر تارچین کے شمولات (inhalations) استعمال کئے ہیں۔ ٹائٹس کے ایسے مریضوں سے جن کی پیش ۳-۱۱ دن تک طبعی رہ چکی ہو، ۲۰-۵۰ کوبنٹی پرنکٹل بیکراٹس کا اشتراک کرنے سے مرض کم ہو گیا ہے۔ عمومی علاج کا مقصد یہ ہے کہ مریض کی طاقت قائم رہے، تاکہ ان اصول پر عمل کر کے جو ارتقاغ پیش کے عنوان کے تحت درج ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۴) مریض کی بیماری کا ناناہ ابتدا مرض سے انتہائی سلاستی کے ساتھ طے کر دیا جاسکے۔ بستر میں سکون و آرام، معقول تیمار داری اور معافی، جرمح الفرائض (bed-sores) کا استداد دہن کی حالت پر اور آخری درجوں میں مشانہ کی طرف توجہ، موزوں غذا کا بار بار دیا جانا، ان امور میں سے ہیں جو خاص طور پر ملحوظ رکھنے کے قابل ہیں۔ شدید حالتوں میں مسکن علاج (sedative treatment) کو ہیستجات (stimulants) پر ترجیح دینی چاہئے، بالخصوص جبکہ قلب کی کمزوری موجود ہو۔ ابتدائی درجوں میں پوٹاسیم برومائڈ ۵ گرین کی مقداروں میں دیا جاسکتا ہے۔ در دوسرا درجہ بیماری کی تخفیف کے لئے سر پر برف لگائیں، سر و غسل دیں، اسفنج کریں، یا چم گرین مارفیا کا تختہ اسکلدا اشتراک کریں۔ جب ہدیائے مانیائی ہو تو کلورل (chloral) ۱۰ یا ۵ گرین کی مقداروں میں زیادہ موزوں ہے اور اس کے ساتھ آتشی ہی متحد پوٹاسیم برومائڈ کی شریک کر سکتے ہیں۔ نیجوالی کے لئے پیرالڈی ہائیڈ (paraldehyde) (نصف سائیک ڈرام، پانی کے اندر)، یا سلفونل (sulphonol) (۲۰ گرین) بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

حیاتِ معویہ

(ENTERIC FEVERS)

انیسویں صدی کے ابتدائی حصہ میں وہ حیاتِ معویہ استثنائے اراضِ ثورانی، ایک معینِ جلدی ثوران سے متماز ہوں مسلسل (continuous) اور متقطع (intermittent) میں تقسیم کئے جاتے تھے۔ متوقف وہ تھے جو بلیبرائی (malarial) کہلاتے ہیں۔ جب مسلسل بخاروں میں مزید تفریق کی گئی تو ان میں ٹائفس (typhus) ٹائفاؤڈ، یعنی تب محرقہ اور جینی ناکہ (relapsing fever) شامل کئے گئے۔ اگرچہ سرو لیٹیم جیسٹر (Sir William Jenner) نے ۱۸۵۹ء تا ۱۸۶۰ء میں ٹائفس اور ٹائفاؤڈ کی تفریق متعین طور پر بتلا دی، تاہم انفرادی حالتوں میں میٹر خصوصیات کی غیر موجودگی کے باعث مشکلات رونما ہوئیں اور نسبتاً سبب ہی کے زمانہ تک خبر سنی میں یہ دونوں تپیں ٹائفس (typhus) کے مشترک نام کے تحت شامل کی جاتی تھیں، اور اول الذکر کو بایاں وجہ کہ تشبیلی حالتوں میں اس کا ثوران نمایاں ہوتا ہے، ثورانی ٹائفس (typhus exanthematicus) کے نام سے اور آخر الذکر کو معوی ثوراب اور ان کی متناظر مقامات کی موجودگی کے باعث، شکمی ٹائفس (typhus abdominalis) کے نام سے موسوم کیا جاتا تھا۔ انگریزی عملِ طب میں ساہا سال ہے ایٹرک فیو ر (تپِ معویہ) کی اصطلاح بھی اسی متماز خاصہ کو ظاہر کرنے اور ٹائفس سے (جو امر انبیاتی حیثیت سے جدا گانہ ہے) صریح فرق ظاہر کرنے کی دو گونہ غرض سے مستعمل رہی ہے۔ جب ٹائفاؤڈ (تپِ محرقہ) یا ایٹرک (تپِ معویہ) کی حالتوں میں ایٹرک (Eberth) نے ایک عصیہ دریافت کر لیا، جو اب عصیہ محرقہ (B. typhosus) کے نام سے شہور ہے تو اس فرق کی تصدیق ہو گئی۔ لیکن ۱۹۰۰ء میں یہ پایا گیا کہ ان میں سے بعض حالتوں میں جو سریریاتی نظر سے ایٹرک کے سوائے دوسری نہیں سمجھی جاسکتی تھیں، عصیہ سبب بعض خصوصیات میں ایٹرک کے عضویہ سے اختلاف رکھتا تھا۔ ایسے دو عضویہ پہچانے گئے ہیں، جو عصیہ محرقہ نما الف (B. paratyphosus A) اور عصیہ محرقہ نما ب

(B. paratyphosus B) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں اور یہ استثنائے بعض مستثنیات کے جتنا تذکرہ بعد میں کیا جائے گا یہ بطور کلیہ کے پایا جاتا ہے کہ انکشافی تپ کے جتنا مضر و کشمکش (serum) صرف جو عینہ محرقہ کا التزانی کرے گا (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶) لیکن محرقہ نما (یہ خواہ الف ہو یا ب) کے مریض کا حاصل عینہ محرقہ نما (الف یا ب) کا التزانی کرے گا جو کہ اس کی بیماری کا سبب ہے۔

چنانچہ آج کل ان تمام اقسام کو عینات معویہ (enteric fevers) کے شکل کے نام سے یاد کرنا اور انکی حسب ذیل تقریبن کرنا سہولت بخش ہے۔

- تپ محرقہ جو عینہ محرقہ کے باعث ہوتی ہے۔
- تپ محرقہ نما الف جو عینہ محرقہ نما الف کے باعث ہوتی ہے۔
- تپ محرقہ نما ب جو عینہ محرقہ نما ب کے باعث ہوتی ہے۔

پہلے تپ محرقہ کا بیان درج کیا جائے گا اور پھر ان فروق کا جو محرقہ نما عضووں سے پیدا ہونے والی تپوں میں پائے جاتے ہیں۔

تپ محرقہ

(Typhoid Fever)

80

تپ محرقہ خاص کر اندریہ ارازاات ساری ہوتی ہے۔ اس میں تقریباً تین مہینوں کی مدت کا عالمی زمانہ ہوتا ہے اور کبھی کبھی ایک بار رلیکس (relapse) اسی طول کے ہوتے ہیں۔ اس کا تمیز امر انشائی ضرر چھوٹی آنت کی پیر کی پلکیوں (Peyer's patches) کا التهاب اور تفریح ہے۔

ایمر محرقہ کا دریافت کردہ نوعی دقیق عضو یہ ایک عینہ ہے جس کی لمبائی ۲-۳ ملٹر اور سرے گول ہوتے ہیں، اور جس میں آٹھ سے دس تک باریک سوئیے (flagella) اس کی لمبائی سے تقریباً دگنے لمبے ہوتے ہیں۔ یہ جیسس کو لائی کمپوٹس (عینہ قولنی عمومی) سے قریبی مشابہت رکھتا ہے لیکن جراثیمیاتی کاشفات کے ذریعہ اس سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ ایمر محرقہ کا عینہ دوران زندگی میں براز، خون، بول

ساق (sputum) اور ان پھوڑوں کی پیپ میں پایا گیا ہے جو ناک مرض کے مہینوں بعد برہوں بعد التهاب گرد و خطر (periostritis) اور دوسرے ماضی اضرار سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ موت کے بعد یہ پتھر کی ٹھیکیتوں، ماسا ریفتی غد، طحال (کبکثرت)، جگر، براہ و اکر دوں، سب سے زیادہ عظام، شاذ صورتوں میں پھیپھڑوں اور خمیستین میں بھی پایا گیا ہے۔

سبب اسباب۔ تپ محرقہ دونوں صنفوں میں سے کسی ایک کے لئے

خاص رغبت نہیں ظاہر کرتی، لیکن عمر کا اثر نمایاں ہوتا ہے اور یہ مرض نوعمری میں نسبت بہت زیادہ دیکھا جاتا ہے۔ وہ پچھلا زمانہ جو مرض کی وارداتوں کی بلند ترین فیصدی تعداد دیکھنے، فیصدی مظاہر کر رہا ہے پندرہ اور بیس سال کے درمیان کا ہے۔ پندرہ اور پچیس سال کے درمیان تقریباً ۵ فیصدی وارداتیں ہوتی ہیں اور پانچ سال اور تیس سال کے درمیان ۲ فیصدی سے زیادہ (Corfield)۔ تاہم پچیس سال سے اوپر عمر والوں میں بھی یہ مرض ہوتا ہے (۱۲ فیصدی)۔ یہ سال کے آخری حصے یعنی آگسٹ سے نومبر تک کے چار مہینوں میں زیادہ پھیلتا ہے اور اس کی وارداتیں گرم و خشک موسم میں بہ نسبت اس کی مخالف حالت کے زیادہ کثیر تعداد ہوتی ہیں۔ یہ اثر دماغ، ریواس، اور عدم صفائی سے ٹائفس اور حنجی ناکہ کی طرح متاثر نہیں ہوتا، جو کہ خارجی عفیلیات سے منتقل ہوتے ہیں۔ عموماً لمبیب، تریس اور شفا خانوں کے طالب علم مریضوں سے تپ محرقہ براہ راست نہیں حاصل کرتے۔ نہایت غالب حالتوں میں انتقال مرض کا ذریعہ براز ہوتا ہے اور ان شاذ مشالوں میں جن میں ٹریسوں کو یہ مرض مریضوں سے لاحق ہو گیا ہے، یہ غالباً برازی اخراجات سے آلودہ شدہ کپڑوں یا بستروں کے تماس سے ہوا ہے۔ لیکن بعض حالتوں میں عیسیت بول میں لپٹے ہیں اور ان عظمی اضرار (مثلاً التهاب گرد و خطر) سے نکلنے والی پیپ میں ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، جو بعض اوقات تپ محرقہ کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا ممکن ہے کہ یہ دونوں اقارذات انتقال مرض کا ذریعہ ہوں۔

جب ایک خانہ ان کے ایک سے زائد اراکین مبتلائے مرض ہو گئے ہوں یا جہاں ایک گروہ یا جماعت کے افراد کو مرض لاحق ہو گیا ہو، تو یہ ایسا تو اس وجہ سے ہو گیا ہے کہ ان کو ایک مائل مشترک خطرہ کا سامنا ہوا ہے یا اس وجہ سے کہ سرایت

جیسا کہ یہاں بتلایا گیا ہے پہلے جنگل کے براز سے بالواسطہ طور پر منتقل ہوئی ہے۔ مثلاً ایک شہر یا ایک ملک کے منحل میں تپ محرقہ کے پھیلنے کا سبب اکثر ایک منفرد مرض کے براز سے اُس کی آبی رسد کی آلودگی ہوتی ہے۔ اس کا موقعہ اُن ناقص ذرائع کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے جو اکثر گند آب (sewage) کے دفعہ کے لئے کام میں لائے جاتے ہیں۔ اسناع میں ممکن ہو کہ آب نوشیدنی کے لئے استعمال میں لائے جانے والے کنوئیں اس وجہ سے نہر آلود ہو جائیں کہ زمین اس گند آب سے سیر شدہ ہو گئی ہے، جو ایک مستقل بہت اٹھایا ناقص طور پر فقیر کئے ہوئے گند آب (cesspool) سے تراوش پا کر نقل آیا ہے۔ ایک حالت میں تو ایک کنوال و ہون کے گھر کی دھوؤں سے آلودہ ہو گیا، جو کنوئیں کے اندر بذریعہ تراوش داخل ہو گئی۔ اس مرض کے ایک مریض کے اخراجات سے کچھ آلودہ کپڑے و ہون کو پیچھے کے قبو سے ہی عرصہ بعد اُس مکان میں جس میں اس کنوئیں سے آب رسائی ہوتی تھی تپ محرقہ پھوٹ پڑی جہاں آب نوشیدنی نلوں کے ذریعہ پہنچایا جاتا ہے وہاں اگر تل سوئے اتفاق سے ناقص ہوں تو ممکن ہے کہ مرض داخل ہونے کا راستہ پالے، یہ شریٹیک یہ نل کسی سداوار زمین میں رکھے ہوئے ہوں، جو گند آب (sewage) کے کسی ایسے ناقص طور پر محدود کئے ہوئے ذخیرے سے کافی قریب ہو جس میں تپ محرقہ کے براز داخل ہو گئے ہوں۔ ایسی طریقہ سے ایک پورے ذخیرہ کو سرایت پہنچ سکتی ہے۔ لیکن صرف آب نوشیدنی ہی خطرے کا واحد منبع نہیں۔ تپ محرقہ کی دہانوں کا تعلق دودھ کی رسد کے ساتھ بھی دریافت ہوا ہے اور اس میں اس امر کا گمان غالب ہے کہ پہلے خود دودھ اُن ظروف میں ذخیر کرنے سے سرایت زدہ ہو گیا جو تپ محرقہ کے گند آب کی آلودگی میں منکشف شدہ پانی سے دہوئے گئے تھے تپ محرقہ کا تعلق کلی کو چوں میں بکنے والی آئس کریم سے اور ان کستور امچلیوں (oysters)، گھوگھوں (cockles)، تریٹلس (mussels) اور کلاس (clams) سے بھی پایا گیا ہے جو گند آبی آلودگی میں منکشف شدہ تو بیدی رقبوں (breeding areas) سے بہم پہنچائی جا کر بغیر پکائے ہوئے کھائی جاتی ہیں جینسٹر یا ایلیم (water-cress) یا سیلیری (celery) بھی اسی طرح عامل ہو سکتے ہیں۔

اگر ان کھینوں کے ذریعہ جو تپ محرقہ کے مریضوں کے برازات تک داخل ہو چکی ہوں، غذا کی آلودگی واقع ہو جائے تو اس سے بھی سرایت پھیل سکتی ہے۔ یہ حقیقت

۱۸۹۶ء کے سپانی امریکی جنگ کے اور جنوبی افریقہ کی جنگ کے تجربے سے ثابت ہو گئی۔ تجربہ یہ بتا دیا گیا ہے کہ وہ مکھیاں جو تپ مہر کے مرنیوں کے قریب گئی ہوں واسطوں کی عظیم نمکیوں کو سرایت زدہ کر سکتی ہیں اور ان نمکیوں کی حفاظت کرنے پر مخرجی عضو سے علیحدہ کئے جاسکتے ہیں۔

لیکن قضیت کے ذریعہ سے انتقال مرض صرف اُس زمانہ تک محدود نہیں ہوتا جس میں مرنی مبتلا ہے تپ رہتا ہے۔ مصیبتی کے مہینوں یا برسوں بعد جبکہ وہ بظاہر کامل صحت کی حالت میں ہوتا ہے، مہینے پھر بھی اُس کے اندر پناہ گزیں رہ سکتے ہیں بلکہ ان مہینوں کا ان لوگوں میں بھی موجود ہونا ممکن ہے، جنکے متعلق کبھی بھی تپ محرکہ میں مبتلا ہونے کی خبر نہیں ملے، اور جو بابتہ ان لوگوں کی سرایت کا باعث ہو سکتے ہیں جو ان کے تماس میں آئیں۔ ایسے اشخاص حاملین مخرجہ (typhoid carriers) کے نام سے موسوم ہیں اور یہ کسی گردہوں میں منقسم ہیں۔ یہ نقیبی (convalescent) یا عارضی حامل (temporary carriers) وہ ہیں جو دو یا تین مہینے پہلے مبتلا ہے مرض رہ چکے ہوں مرنی میں حامل (chronic carriers) وہ ہیں جن میں عصیہ مہینوں یا برسوں موجود رہتا ہے تندرست حامل (healthy carriers) وہ ہیں جو تپ میں کبھی مبتلا نہ ہوئے ہوں اور پھر بھی وہ دوسروں کو سرایت پہنچا رہے ہوں۔ ابتدائی حامل (early carriers) بعض ایسے اشخاص ہیں جو تیز اُس وقت جبکہ عصیہ اُن کے برازیں پاؤں جائیں تندرست ہوتے ہیں، مگر جو بعد میں تپ محرکہ میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔ کسی حامل کی شناخت یہ ہے کہ مہینے اُس کے برازیں یا بول میں پاؤں جائیں۔ حاملوں کی ایک بڑی تعداد میں خون قحالی وڈیال (Widal reaction) ظاہر کرتا ہے۔ یہ امر کہ تپ محرکہ عصیہ ہمیشہ مرادہ میں پایا جاتا ہے بہت مشہور ہے، اور مرنی حاملوں کی بڑی تعداد میں سنگھارے مرادہ (gall-stones) بن جاتے ہیں اور وہ ٹکلیفیں پیدا کر دیتے ہیں جو سنگ مرادہ میں ہو کر قحالی ہیں۔ حامل دوسروں کو راست تماس سے، یا عصیوں کو پانی، دودھ یا اور دوسری چیزوں میں جنکو وہ ہاتھ لگاتے ہیں، یا اعلیٰ سے منتقل کر کے، سرایت پہنچا دیتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ تپ مہر کے خاص اضرار مخرجی انت کی پیڑ کی چکیتوں اور

جراثیم منفردہ (solitary follicles) میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ لمبی جسامت سے قدیمتہ (infiltrated) ہو جاتے ہیں، اور جو پتھر کی چکیتی اس طرح ماؤف ہوتی ہے وہ پھونکنا آنت کی اندرونی سطح پر ایک یا دو ٹھوسٹ ابھرتی ہے۔ وہ ریادی، مکملے بادی رنگ کی یا گھائی ہوتی ہے لیکن گردہ پیش کی مخاطی جھلتی کی قدرتی رنگت بھی قائم رہ سکتی ہے یعنی جسامت پہلے تو جراثیم کے اندر تعداد میں بڑھتے ہیں، لیکن ازالہ بعد اوپر کی نشا مخاطی اور پیچھے کا غشیق تر ساختوں کو در سخت کر دیتے ہیں۔ جوں جوں یہ چکیتیاں بڑی ہوتی جاتی ہیں، یہ ایک بالائی جیسا رنگ اختیار کر لیتی ہیں اور دوسری دن کے قریب یا ذرا بعد ان میں تقرح یا اغشاء (sloughing) شروع ہو جاتا ہے، اور یہ اس طرح واقع ہوتا ہے کہ پہلے سطح کے ایک نقطہ پر ایک اوپری غشاء گئی نظر ہوتی ہے، جو تدریج زیادہ گہری ہوتی جاتی ہے، یہاں تک کہ قندہ کا بڑا حصہ طمچہ ہو جاتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ ایک پوری چکیتی کا ایک دم اغشاء ہو جائے۔ جبکہ غشیقہ (slough) چپکا ہوا رہتا ہے، وہ اکثر خون صفرا (bile pigment) سے زرد رنگ ہوا ہوتا ہے۔ ان اعمال سے قرص کے قرص میں عضلی طبقہ یا باریطون پوش منکشف ہو سکتی ہے، اور بالآخر ممکن ہے کہ باریطون میں اغشاء یا تقرح یا دریدگی واقع ہو جائے جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ آنت کے مافہمہ کفہ باریطونی کے اندر نکل کر شدید التهاب باریطون (peritonitis) پیدا کر دیں۔ درجہ تقرح عام طور پر تیسرے ہفتہ کے چند دنوں میں واقع ہوتا ہے، اور اس زمانہ کے اختتام کے قریب، موافق حالتوں میں، اندمال بالانداہ (healing by cicatrisation) کا عمل شروع ہو جاتا ہے۔ تقرح کا وقوع لازمی نہیں۔ خفیف حالتوں میں التهاب دوم بلا کسی تغیر کے رفع ہو جاتا ہے۔ ماؤف پتھر کی چکیتوں کی تعداد نہایت مختلف ہوتی ہے، اور اگرچہ شدید اسہال والی حالتوں میں عموماً آنت کا شدید التهاب ہوتا ہے، تاہم تقرح کی وسعت اور دوسری علامتوں کے درمیان کوئی لازمی تناظر نہیں ہوتا۔ لسانی اعوری مسراع (ileo-caecal valve) کے قریب کی چکیتیاں ہی پہلے ماؤف ہوتی ہیں اور یہ عمل وہاں سے اوپر کی طرف پھیل جاتا ہے۔ لسانی کے زیریں سرے کے جراثیم منفردہ میں جو تغیر ہوتا ہے وہ بھی اسی قسم کا ہے، اور بعض حالتوں میں بڑی آنت (سٹرکچر)

کیلیف آساجر ہیں (lymphoid follicles) بھی کلائی یافتہ اور مستقر ہو جاتی ہیں۔ انہیں کی این لمفی ساختوں کے ساتھ ساتھ اساریغی غد بھی ملتا ہے۔ یہ کلائی یافتہ اور لمفی دھنوں کے ذریعہ خون کی رنگت گلابی سرخ یا زرد خوانی مائل ہوتی ہے اور ان کے لیے نچھائی تغیرات پیکر کی جلیبتوں کے تغیرات سے مشابہت رکھتے ہیں۔ بعض اوقات یہ نرم ہو کر ایک پیپ سے مشابہت رکھنے والے سیال کے ایک یا زائد چھوٹے چھوٹے اجتماعات بنادیتے ہیں، جو شاذ حالتوں میں بارڈیوں کے اندر بچھوٹ پڑتے ہیں۔ یہ غیر نیا یا کلسی (calcareous) بھی ہو سکتے ہیں۔ بالکل مستثنیٰ طور پر ایسی جھلک حالتیں بھی واقع ہوتی ہیں، جن میں معوی باغراق نہیں پائے جاسکے۔ طحال عموماً بڑھ ہی ہوئی، رنگ میں سیاہ، اور مرض کے آخری درجہ میں نرم ہو جاتی ہے۔ جگر میں اکثر بیش دمویت (hyperemia) پائی جاتی ہے اور یہ قدرتی حالت سے زیادہ نرم ہوتا ہے، اگر دوسے مسئلے ہوتے ہیں، اور ان دونوں احساس میں قدرتی فلیٹات ذراتی ہو جاتے ہیں، قلب اکثر نرم اور پھیلا ہوتا ہے، کیونکہ اس کے عضلی ریشے شخمی اور ذراتی اعطاط کی حالت میں ہوتے ہیں۔ ارادی عضلات میں اعطاطی نیکر (Zenker's degeneration) (ملاحظہ ہو صفحہ 22) واقع ہوتا ہے، بلکہ یہ اعطاط پیلے پیلے تپ معوی کے تعلق ہی میں بیان کیا گیا۔ پھیپھڑے یا تو آذیمائی ہوتے ہیں، یا قاعدوں کے مقام پر مسئلے یا کاپے کا ہے حقیقی ذات الریہ (نمونیا) موجود ہوتا ہے۔

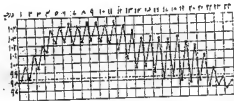
علامات اور عمر معوی تپ کا زائے حضانت تغیراتیہ ہوتا ہے، لیکن

بہت سی حالتوں نے، جن میں وہ تحقیق ہوا ہے، اسے تقریباً دو ہفتہ، یا دس اور پندرہ دن کے درمیان ظاہر کیا ہے۔ یہی مسئلہ حالتوں میں وہ اتنا کم کہ پانچ دن اور اتنا طویل کہ پانچ دس دن ہو سکتا ہے۔ مرض کی ابتدا عموماً نہایت کم نمایاں ہوتی ہے۔ مریض کو کسٹھدی اور شہتی کے ساتھ کام کرنے کے ناقابل ہونے کا احساس ہوتا ہے۔ اسے درد سر، ہاتھ پاؤں اور ریشہ میں درد، عدم اشتہا، اور شاید متلی بھی معلوم ہوتی۔ یہ علامات اس پر اس طرح وارد ہو سکتے ہیں کہ اسے ایسا بھی نہیں معلوم ہوتا کہ یہ کب شروع ہوئے، لیکن اکثر وہ ایک ایسے دن کا تئیں کر سکتا ہے جبکہ اسے ابتداً بیماری کا احساس ہوا تھا، درد سر اکثر شدید ہوتا ہے، اور یہ ایک نہایت نمایاں شکایت ہوتی ہے۔ ابتدائی چند دنوں میں

بہ سال بھی ہو سکتا ہے۔ لیکن قبض بھی نہایت عام ہے۔ بعض اوقات بیماری کے اولیٰں اس پر ایک سہل لے لیا جاتا ہے اور پھر دست جاری رہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض پانچ یا چھ دن تک بیتا پھر تباہ ہے اور اپنا کام کرنے کی وجہ وجہ کرتا رہے، لیکن یہ اسے عموماً اس ہنسنے کے اختتام پر مجبوراً چھوڑ کر اپنا بستر سنبھالنا پڑتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ تپش معوی تب کے پہلے چار یا پانچ دنوں میں ہر شام کو دو درجہ بلند ہو جاتی ہے اور ہر صبح ایک درجہ گر جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس عرصہ کے اختتام پر وہ ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ ابتدائی ایام میں ایسے کم مریض ایسی طرح سے دیکھنے میں آتے ہیں کہ اس امر کی تصدیق مشکل ہے تاہم یہ یقینی ہے کہ بعض حالتوں میں تپش پیم (thermometer) علامات کے پہلے ہی دن ۱۰۳ درجہ یا اس سے زیادہ بلند ہو سکتا ہے۔ ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ کا بلندیوں ایک بار پہنچ جانے پر تپش دس سے چودہ روز تک تقریباً اسی نیول پر رہتی ہے، اگرچہ وہ ۱۰۲ سے لیکر ۱۰۳ درجہ کی صبح کی تپشوں اور ۱۰۳ سے ۱۰۴ درجہ کی شام کی تپشوں کے درمیان اُترتی چڑھتی رہتی ہے۔ نبض تیز، مستی (full) لیکن (soft) اور نمایاں طور پر دو ضربیں (dirotic) ہوتی ہے۔ اگرچہ بعض حالتوں میں نبض نہایت سریع ہوتی ہے مگر عموماً وہ ۱۰۰ نبض اور دوسری حوی حالتوں کے نسبت تپش سے متعلق بہت سست ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۱۰۰ سے کبھی زیادہ نہ بڑھے، اور فی منٹ اسی کی نبض ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ کی تپش کے ساتھ ساتھ موجود ہو۔ تنفس کا نواز بڑھ جاتا ہے اور اکثر اوقات خفیف سا التهاب شعبہ (bronchitis) موجود ہوتا ہے جو صغیری خرنرات (sibilant rhonchi) سے ظاہر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ ممکن ہے کہ مخاطی (mucous expectoration) ہو۔ ساتویں سے دسویں دن کے قریب تک مریض عموماً تب معوی کی امتیازی حیثیت پیش کرنا شروع کرتا ہے۔ وہ سست، بے خبر ایسے حس ہوتا ہے، لیکن اتنا سست اور بے خبر نہیں ہوتا، جتنا کہ ٹائیفس میں شکیں آنکھیں زیادہ چمکیلی اور چمکیلی اکثر پھیلی ہوئی ہوتی ہیں چہرہ چمکے (زرور) رنگ کا، گال تھماٹھے ہوئے اور لب سیاہ ہوتے ہیں۔ زبان خشک ہوتی ہے اور اس کی ہر جانب پر خشک سپید قرو کی ٹی موجود ہوتی ہے قرائے اطراف آنکھی نوک اور اس کا وسط صاف اور سرخ ہوتا ہے۔ جوں جوں مرض آگے بڑھتا ہے یا شدید حالتوں میں زبان اپنی ساری سطح پر دبیز قرو دار خشک ہو جاتا ہے جہاں رکھتی ہے۔ کبھی کبھی پسینہ افراط آتا ہے یا ناک سے خون

نکلتا ہے۔ پہلے ہفتہ کے اختتام پر یا اس کے بعد اپنے چھٹے سے بارہویں دن تک، مسموم تپ کا میز گلانی طغخ (rose rash) ظاہر ہو جاتا ہے۔ یہ گلانی رنگ کے داغ یا دھبے ہوتے ہیں جو دراصل سطح سے قدرے ابھرتے ہوئے، چھٹے اور سبب ہوتے ہیں لیکن نوکدار نہیں ہوتے، چنانچہ ان کو اکثر عددی شکل بیان کیا جاتا ہے۔ ان کا قطر ۲ سے ۴ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ یہ انگلی سے زور سے دبائے پر غائب ہو جاتے ہیں اور ٹائفس کے طغخ کی طرح غشی شکل (petechial) کبھی نہیں ہوتے۔ یہ پہلے شکم پر اور سینہ کے سامنے دیکھے جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ انھیں حقوں تک محدود رہیں، لیکن پہلوؤں، پشت اور بالائی بازوؤں اور دونوں پر بھی واقع ہوتے ہیں۔ تعداد میں یہ آدمی درجن سے لیکر تیس یا چالیس تک کم و بیش ہوتے ہیں، لیکن اس سے بھی زیادہ کثیر (تعداد ہوتے ہیں) اور مریضوں کی کچھ تعداد (۲۰ تا ۱۰۰) فیصدی میں بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔ ہر مریض کی مدت محدود ہوتی ہے، اور وہ تدریجاً تین یا چار دن میں مٹ جاتا ہے۔ لیکن تیسرے ہفتے کے اختتام تک، یا بعض حالتوں میں اس سے بھی بعد تک یہ دھبے روز بروز نکلتا جاری رکھتے ہیں۔ یہ موت کے بعد نظر نہیں آتے۔ دوسرے ہفتے میں مسموم علامات بھی نمایاں ہو جاتے ہیں۔ شکم عموماً ابھرا ہوا بلکہ پھولا ہوا ہوتا ہے اور قریع کرنے پر رتان (دھمک دار) ہوتا ہے۔ اور اس میں ایلیتیت اور درد دونوں ہو سکتے ہیں، لیکن اول الذکر آغزالذکر کے نسبت زیادہ عام ہوتی ہے۔ دائیں حرقنی حفرے (iliac fossa) میں آنکور (caecum) اور لفائفی (ileum) کے زیریں سرے کے مقام پر دبائے سے اکثر ایک خفیف سا درد محسوس ہوتا ہے۔ اسہال مسموم تپ کی ایک مشہور و معروف علامت ہے، لیکن یہ اپنی کمالات اور شدت دونوں میں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ اکثر پہلے ہفتہ میں اسہال کا ایک تیز حملہ ہو جاتا ہے اور اس کے بعد آنتوں میں قبض ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات بعض داؤں میں ۲ یا ۵ فیصدی مریضوں میں قبض شروع سے آخر تک رہتا ہے۔ دوسری حالتوں میں اسہال برابر جاری رہتا ہے اور آجابتوں کی تعداد روزانہ تین، چار یا پانچ یا اور بھی زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن آجابتیں مائع ہونے، شکر کے شوربہ کا رنگ اور ایک خاص قسم کی ناگوار بدبو رکھنے کے باعث ممتاز ہوتی ہیں۔ عموماً آنت میں غیر مستحکم شدہ غذا کے بڑے سے معمولی سرطیل، لون صفراء، و دقیقہات (micrococci) اور غصیتے (bacilli) ایوونیم میگنیشیم فاسفیٹ کی فلکیں پائی جاتی ہیں

اور کچھ عرصہ کے بعد مرضی پتھر کی پکلیٹیوں سے نکلے ہوئے غیشٹ (sloughs) کے ٹکڑے بھی موجود ہوتے ہیں۔ اجابتیس قلووی اور انونیائی ہوتی ہیں۔ مزید برآں سموی انفراراکٹ گائے گاہے نرف (haemorrhage) کے وقوع سے چلتا ہے اور یہ اکثر غیشٹات کے بعد اہموتے کیا تقریح کے درجہ میں واقع ہوتا ہے اور آنت سے تیز سرخ خون کی بڑی مقداریں خارج ہوتی ہیں جس سے شدید مہبوط (collapse) اور زردی پیدا ہو جاتی ہے اور تپش میں کمی ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ جریان خون بالکل خفیف ہو، اور یہ بھی زیادہ تر اکثر بیماری کے نسبتہ ابتدائی درجوں میں ہوتا ہے۔ طحال عموماً بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ لیکن ہے کہ



تھریہ - سموی تپ میں تپش کی نوعیت

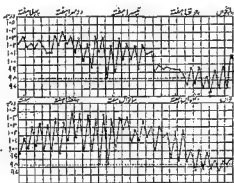
یہ صرف قرح کے نتائج سے ظاہر ہو، لیکن بیشتر حالتوں میں یہ عضو گہرے سانس لینے پر نطلی حاشیہ سے ایسا ۱۲ انچ نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ بول مقدار میں کم، سیاہ اور بلند کثافت اضافی والا ہوتا ہے۔ یوریا (urea) اور یورک ایسڈ (uric acid) زیادہ ہوتا ہیں، لیکن سوڈیم کلورائیڈ بہت کم ہو جاتا ہے۔ مریضوں کی ایک قبیل تعداد میں او آخر مرض میں البیومین بھی ملتا ہے۔ خفیف حالتوں میں سوائے درجہ کے اقدار کے وہ فی افعال بہت کم اختلال واقع ہو سکتا ہے۔ یہ درجہ سرد سوس دن کے بعد شاید ہی موجود رہتا ہے، اور پھر صرف قدرے غنودگی، یا رات کے وقت بہکی بہکی باتیں کرنے کا رجحان ہو سکتا ہے۔ عارضی بہرہ چن کا دیکھا جانا بھی شاذ نہیں۔ ایسی خفیف حالتیں دوسرے ہفتے کے اختتام پر (دسویں سے چودھویں دن تک) اور بہرجوان (acme) کو پہنچ جاتی ہیں۔ پھر تپش ایک میزمرہ اختیار کرتی ہے۔ اب تک تودہ بلند لیول پر قائم رہتی تھی، لیکن اب وہ ہر صبح بہرعت نسبتہ نیچے اور زیادہ نیچے

گرتی جاتی ہے، اور شام کی تپشیں، گو وہ بھی گرتی ہیں، لیکن نسبتاً بہت کم سرعت کے ساتھ گرتی ہیں۔ اس طرح صبح کی تپش چار یا پانچ دنوں میں ۹۹ درجہ یا ۹۸ درجہ کو پہنچ جاتی ہے لیکن شام کی تپش ۱۰۲ یا ۱۰۱ درجہ پر قائم رہتی ہے۔ اس کو درجہ متقطرہ (remittent stage) کہہ سکتے ہیں۔ اس نقطہ سے دیگر بیماری کے اختتام تک تپ تین یا چار دن تک متوقف (وقف) اور مقدار (intermittent) نوعیت کی ہوتی ہے۔ صبح وہ تقریباً درجہ طبعی پر ہوتی ہے، لیکن شام کے وقت ۱۰۱ درجہ یا زائد تک چڑھ جاتی ہے۔ پھر کسی قدر ناگہانی طور پر یہ شام کی تپ متوقف ہو جاتی ہے، تپش طبعی یا تحت الطبعی درجہ پر رہتی ہے اور غیر نسبت (convalescence) شروع ہو جاتی ہے (تصویر ۱۵)۔ اس گرتی ہوئی تپش کے دوران میں ممکن ہے کہ دھبوں کا نمودار ہونا جاری رہے۔ طحال اب بھی محسوس ہوتی ہے، اور ممکن ہے قدرے اہمال بھی ہو۔ لیکن مریض کی ذہنی حالت میں عموماً اصلاح ہو جاتی ہے اور تپ کے بالکل رفع ہو جانے سے چند روز پہلے ہی اسے اکثر بھوک بھی معلوم ہونے لگتی ہے۔

8۶

اس کے برعکس، نسبتاً زیادہ خطرناک حالتوں میں معیسی علامات کی شدت میں زیادتی موجود ہوتی ہے، جیسے فشل قلب (cardiac failure) کی علامتیں، یا شدید ٹھنکی شکایتیں مسترد ہو سکتی ہیں۔ کم و بیش مسلسل ہڈیان طاری ہونے کے ساتھ خنودگی، بلکہ کوما، انتہائی عضلی انبطح (muscular prostration)، انقباض تیزی (subsultus tendinum) اور کپڑوں کا نوچنا موجود ہو سکتا ہے۔ چہرہ سیاہی مائل اور زبان خشک ہو جاتی ہے، لبوں اور دانتوں پر شیل کی پیرپری (sordes) جمع جاتی ہے، نبض تیز، قہقہا اور ذو ضربتین ہوتی ہے، اصوات قلب کمزور، اور کچھ پھڑوں کے قاعدے متزلزل ہوتے ہیں، مہیا کر لغطات (râles) اور نہایت کمزور تنفسی خریب (respiratory murmur) سے ظاہر ہوتا ہے۔ اعتباس بول ہو سکتا ہے یا بولی و برازد دونوں بلا احساس خطا ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت اس سے مشابہ ہوتی ہے جو ٹائفوس تپ کے تحت بیان کی گئی ہے۔ مریض فی الحقیقت محرقی حالت (typhoid state) میں ہوتا ہے۔ ہڈیان ٹائفوس کے نسبت کم شدت و تیز ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی مریض بستر سے باہر نکل جاتے ہیں یا قہقہا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ فشل قلب ضرب قلب کی کمزوری سے، اصوات کے

غیر واضح اور نبض کے صغیر اور تیز ہونے اور چہرہ اور اطراف اور پچھلے حصوں کے قاعدوں کے دریدہ کی استقامت سے ظاہر ہوتا ہے۔ نبض اوقات قدام القلب (heart impulse) کے باہر کے طرف ہٹ جانے سے بتایا قلب (cardiac dilatation) کا پتہ چلتا ہے اور ممکن ہے کہ نبض بے قاعدہ یا متوقف (intermittent) ہو۔ عصبی علامات کی زیادتی کے ساتھ خشکی



تقریباً ۱۰ تپ حرکت کی ایک منہا کی تپش جس میں گس واقع ہوا تھا۔

تکالیف اکثر نمایاں ہوتے ہیں، اسہال یا افراط ہوتا ہے اور شکم پتھلا ہوا، تنیدہ اور الیم ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں ممکن ہے کہ ششوں کی آنت پھٹ جائے اور کھنکھانے کی آواز کے اندر بڑی مادہ خارج ہو کر التهاب یا ریوین پیدا ہو جائے۔ چند حالتوں میں شدید التهاب شعبہ (bronchitis) مرض کا اہم خاصہ ہوتا ہے۔ چہرہ کیود ہو جاتا ہے، سارے سینہ پر لفظات (rûles) اور غرغرات (rhonchi) سنائی دیتے ہیں، اور تنفس میں خطرناک مہکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ ان مختلف حالات میں دسویں یا بارہویں دن کے بعد موت تقریباً کسی بھی وقت واقع ہو سکتی ہے۔ لیکن شفا یابی کو ماورودوسرے شدید علامات کے طویل زمانوں کے بعد ہوتی ہے، تپش بتدریج درجہ طبعی پر واپس آ جاتی ہے اور نقیہ تپ

کا زمانہ بہت طویلانی ہوتا ہے۔

۸۵ **نگس (relapse)** - تب معمولی کا حقیقی نگس مریضوں کی کچھ تعداد میں واقع ہوتا ہے جو مختلف مشاہدین کو ۳۰ سے لیکر ۱۰۰ یا ۱۱ فیصدی مریضوں میں ملتا ہے۔ نگس کی حالت میں بیماری کے تمام مظاہر کر رہتے ہیں، یعنی پٹری کی چھتوں کا تفریح، تب اسہال، کھلائی دھبے نگس کچھ وقفہ کے بعد ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ اصلی تب کے اختتام کے بعد گیارہ دن کے برابر طویل ہو، لیکن اکثر اس سے بہت کم ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہاں تک ہوتا ہے کہ کوئی وقفہ ایسا نہیں ہوتا جو دراصل طوارق تغایع پیش ہوا، نگس ابتدائی تب کے ساتھ مسلسل معلوم ہوتا ہے جس کی مدت اکثر بالکل اتنی ہی طویل ہوتی ہے جتنی کہ پہلے حملہ کی تھی (تقریباً) اور عموماً وہ نسبت کسی قدر زیادہ خفیف ہوتا ہے۔ فی الحقیقت حالت نگس میں موت واقع ہو سکتی ہے، لیکن تنہا شدت ارتقاع پیش یا شتم الدم کی وجہ سے ہونے کے نسبت زیادہ اکثر ایسی پیچیدگیوں کے باعث ہوتی ہے جیسی کہ اشتقاق، عوارض اور التهابی باریطون، یائزف۔ کبھی کبھی طوارق تغایع پیش دوسرے وقفہ کے بعد ایک دوسرا نگس واقع ہو جاتا ہے بلکہ تیسرا اور چوتھا نگس بھی مشاہدہ میں آیا ہے، اگرچہ نہایت شاذ حالتوں میں۔

پیچیدگیاں - پیچیدگیاں کثیر التعداد اور مختلف ہوتی ہیں، لیکن بڑے

کی ایک بڑی تعداد ان سے محفوظ رہتی ہے۔ جیسی کہ امید ہو سکتی ہے، اہم ترین پیچیدگیاں وہ ہیں جو معمولی امراض سے متعلق ہوتی ہیں۔ قزف (۶۰.۱) کا بیان پہلے ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو

۱۰۔ میٹر اپائٹن اسائنس بورڈ کے شفاخانوں میں ۱۹۱۶ء سے لیکر ۱۹۲۱ء تک پینے بارہ سال کے عرصہ میں ان کا فیصدی تعداد ۱۰.۵۳ تھی۔ ۱۹۱۶ء میں ۳۱۶ اور ۱۱ اتوں میں نگس کی فیصدی تعداد ۶۹.۶۶ تھی۔

۱۱۔ قوسین کے اندر کے اعداد میٹر اپائٹن اسائنس بورڈ کے شفاخانوں کے ۱۹۱۶ء سے ۱۹۲۱ء میں پیچیدگی کی فیصدی تعداد ظاہر کرتے ہیں۔ یہ اعداد ۱۹۱۶ء سے ۱۹۱۷ء کی وازدہ سال ۱۹۲۱ء

مریضوں کی پیچیدگی ظاہر کرنے والی فیصدی تعداد سے (جو اس کتاب کے طبع و ہم کے صفحہ ۱۱۲ پر مندرج ہے) اس امر میں اختلاف رکھتے ہیں کہ ان میں جو خدایا قوت نشوونما اور برکونوئیہ کا قوت اثر

نسبت زیادہ ہے۔

صفحہ 83)۔ التهاب باریطیون اکثر موت کا سبب ہوتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر ایک ششقرح پیر کی چکنی کے قرش کے انقباض سے پیدا ہوتا ہے جس کے اندر سے آنت کے مایہ کہنے باریطیون کے اندر خارج ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ کوئی انقباض ظاہر ہوئے بغیر ہی باریطیون غلاف میں سے التهاب کے پھیل جانے سے واقع ہو جاتا ہے۔ نیز یہ شاذ حالتوں میں طہب ماسارنیغ غد کی لینت (softening) اور طحال کے اندر کے انقباضات (infarctions) سے، اور مراد کے انشقاق سے واقع ہو جاتا ہے۔ آنت کا انقباض (perforation) تیب محرقہ کی ۳ فیصدی سے زائد ہلک حالتوں میں واقع ہوتا ہے ان حالتوں کے دو ثلث سے زائد میں یہ دوسرے تیسرے، یا چوتھے ہفت میں واقع ہوتا ہے، لیکن نویں دن سے پہلے شاذ ہی ہوتا ہے۔ سوربخ تقریباً ہمیشہ لغانفی الیمیم کے آخری ۲ فٹ میں ہوتا ہے اور دیا زائد سوراخوں کا ہونا شاذ نہیں۔ اکثر اس کی ابتدا کے ساتھ حاد درد، ہیبوط اور شاذ قے یا قشریرہ ہوتا ہے۔ حکم الیمیم ہوتا ہے اور بعض اوقات جیٹا اور سخت اور کبھی پھولا ہوا ہوتا ہے لیکن دونوں حالتوں میں سانس لینے پر مشکل ہی کچھ حرکت کرتا ہے۔ نبض سفیر اور تیز ہوتی ہے اور نبض بعض اوقات گرہانی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اس کا وقوع صرف ہیبوط اور بٹھے ہوئے ارتفاع سے نمایاں ہو، اور نہایت شدید حالتوں میں جن میں آنت بہت پھولی ہوئی، نیز کوما اور ہڈیاں موجود ہوئے بھی ممکن ہے کہ کوئی ایسی یقینی امارت موجود نہ ہو جو التهاب باریطیون کو ظاہر کرے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کبھی کبھی جب دور ابن زندگی میں انقباض اور التهاب باریطیون کی موجودگی کا مشہد بھی نہیں ہوتا یہ بعد امارت موجود ملتے ہیں۔ مشتبہ حالتوں میں مشتبہ غلیظوں کے مجموعی شمار میں برگھنے ترقی پذیر زیادتی کا پایا جانا ایک اہم تشخیصی امر ہے۔ جب تک کہ قرعہ غیر مستدل رہے انشقاق واقع ہونے کا امکان موجود رہتا ہے۔ ایسا انشقاق آنت کے کسی اختلال (شلاتقے، تبرد (defecation) یا ٹھننے میں زور پڑنے، یا غیر معیہ پذیر غذا یا کھانا کے داخلی استعمال سے پیدا ہو سکتا ہے اور اس طرح اس سبب سے ان حالتوں کا ہلک ہو جانا بھی ممکن ہے جو ایک خفیف ممرطے کر ہی ہیں بلعوم کے قحطیات بھی شاہدے میں آئے ہیں۔ یہ بیشتر اوپری ہوتے ہیں، مملوم کے ستونوں پر واقع ہوتے ہیں اور بعض اوقات لغانفی غد کے درم کے ساتھ ساتھ ہوتے ہیں۔ یہ ابتداء لے مرض میں ہی واقع ہو سکتے ہیں اور

غلطی سے آشک یا ڈھتھیر یا سے منسوب کیے جاتے ہیں۔

تپِ جوی میں خفیف التهاب شعبہ اکثر ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی یہ اس قدر شدید ہوتا ہے کہ ایک نہایت خطرناک پیچیدگی بن جاتا ہے۔ چہرہ بالکل کبود ہو سکتا ہے اور اس کی ساری سطح پر ایک کم و بیش وریڈی جھلک دوڑ جاتی ہے۔ سینہ لفظات (râles) اور مخرجات (rhonchi) سے پُر ہوتا ہے اور مخاط یا مخاط آئیریم (muco-pus) کانٹ پاتا جاتا ہے۔ بعض اوقات شدید مالتوں میں تقریح حنجرہ (ulceration of the larynx) واقع ہو جاتا ہے۔ یہ قرحہ عموماً بسوجہ نمائیزی (arytenoid cartilage) پر واقع ہوتا ہے بلکہ ممکن ہے کہ دیگر کسی منکشف ہو جیسے اور اس میں تسخّر (necrosis) نمایاں ہو۔ کچھ جگہ پر اس گڑی کے گرد و غصرونی التهاب (perichondritis) کی وجہ سے ایک پھوڑا بن جاتا ہے۔ ان حنجری پیچیدگیوں کے نتائج یہ ہو سکتے ہیں کہ آواز بیٹھ جائے (hoarseness) یا کال بے صوتی (aphonia) پیدا ہو جائے یا زبیری ساسی میں ہوا حنجرہ سے خارج ہو کر کتالی بافتوں کے اندر زور سے داخل ہو جانے کی وجہ سے تحت الجلدی نفلیخ (subcutaneous emphysema) پیدا ہو جائے یا ان مریضوں میں جو شغلیاب ہو جاتے ہیں۔ مندی یا تھقیق ہنرا (stricture of the glottis) واقع ہو جائے۔ تقریح کی کسی شہادت کے بدون بھی عارضی بے صوتی رونما ہو سکتی ہے۔ کبھی کبھی ذات الریہ (نومنیہ)، جو بعض اوقات گنگرینی ہو جاتا ہے، شعبی ریوی التهاب (برائکو نومنیا) (۵۳، ۵۴) اور ذات السجنب (۱۰۹) (مصلی اور تھقیق دونوں قسم کا) واقع ہو جاتے ہیں، اور استرواح الصدر (pneumo-thorax) بہت شاذ ہوتا ہے۔ یرقان کسی قدر شاذ واقع ہوتا ہے۔ یہ التهاب جگر کے باعث یا برادرہ کے لئے تھقیق مائفاڈ کے سلسلہ الف کے باعث ہو سکتا ہے۔ براز کا لون صفر اور سے لازماً متبرہا ہونا ضروری نہیں اور شغلیابی یا کسی مزید علامات کے ہو سکتی ہے۔ بعض مالتوں میں مقامی امراض، جو صوی تپ سے غیر متعلق ہوتے ہیں، برقا پیدا کر دیتے ہیں۔ التهاب مرارہ (cholecystitis) اس عضو کی بلاء واسطہ سرایت کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ حاد التهاب گردہ (acute nephritis) (۱۱۲، ۱۱۳) بعض اوقات وافر ایڈوین بولیت یا دم بولیت (haematuria) کے ساتھ واقع ہو سکتا ہے جو تپ کی تقریباً ایک چوتھائی وار داتوں میں اس کے عیسے قارورہ میں پائے جاتے ہیں یا انھیں

تیسرے ہفتے میں بعض اوقات یہ اس قدر افراط کے ساتھ ہوتے ہیں کہ ایک نمایاں رسوب بنادیتے ہیں (bacilluria)۔ یہ مخصوص بولیت، اور بعض اوقات یہ التهاب حوض گردہ (pyelitis) یا التهاب ششہ (cystitis) پیدا کر دیتے ہیں۔ وہاں یہ برسوں قائم رہ سکتے ہیں، جیسا کہ محرقی حاملین (typhoid-carriers) کے تعلق میں بیان کیا گیا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 81)۔ التهاب اذن (3/19) اور سیلان الاذن (otorrhea) دورا تپ میں یا اس کے بعد واقع ہو کر بہرائین یا ششم الدم (septicæmia) اور التهاب سحایا (meningitis) کی نسبت زیادہ خطرناک عاتیں پیدا کر سکتے ہیں۔ تاہم التهاب سحایا معمولی تپ کی پیچیدگی کے طور پر یا نکل شاذ ہوتا ہے، اور وہ دماغی علامات جو عموماً پیدا ہو جاتے ہیں، دماغی التهاب سے کوئی تعلق نہیں رکھتے۔ تپ محدود کے عصبیوں کے عث ہونے والے التهاب سحایا کا وقوع بلا معمولی اضرار کے مرقوم ہے۔ بعض اوقات دو جانبی التهاب عصب بصری (double optic neuritis) بھی ہوتا ہے، لیکن یہ نادر الوقوع ہے۔ بعض اوقات دوسرے مقامی التهابات، دوران تپ میں یا دوران تپ ہیئت میں واقع ہو جاتے ہیں اور یہ شقیالی میں جو تاخیر کا باعث ہو سکتے ہیں، مثلاً التهاب کفیفہ (parotitis) (۵۳۱)، جسکے بعد تفتیح، یا گردن کی وسیع در ریزش (infiltration) واقع ہو سکتی ہے، التهاب خصیہ (orchitis)، التهاب عضلی (myositis)، آکلثہ العظم (cancerum oris) خرابات (2/21)، ووجل (boils) (۵۶۳) اور وجہی سرخبادہ (facial erysipelas)۔ التهاب گرد عظمہ (periostitis) (۱/۲۶) خاصکر قصبیہ ہڈی (tibia) پر، لیکن دوسری ہڈیوں، مثلاً زندی ہڈی (ulna) یا بعد سغی ہڈیوں (metacarpals) میں بھی ہوتا ہے۔ اور ضلعی کزیوں کا گرد و غضر دفی التهاب (pericarditis) واقع ہو سکتا ہے۔ قطنی عجزی خطہ کے درد کی اس حالت کو جس میں چلنے سے درد زیادہ ہو جائے، نیز طویل عرصہ تک قائم رہے محرقی عمود الفقرات (typhoid spine) کہتے ہیں۔ بعض حالتوں میں، راجخی شعاعوں سے قطنی یا زیرین ٹھری فقرات کے قرب وجوار میں التهاب العظم (ostitis)، اگر د عظمی التهاب (periostitis) اور گرد و غضر دفی التهاب (perichondritis) ظاہر ہوا ہے۔ ایک دوسری حالت جو بیان کی جاتی ہے، المیر انگشتاے پا (tender toes) ہے۔ اس میں پاؤں کی انگشتاں

اور تلوے چلتے وقت دباؤ پڑنے سے دردناک ہوتے ہیں۔ شدید حالتوں میں ممکن ہے کہ بائیکاٹ تیار داری کے باوجود قروح البفراش (bed-sores) پیدا ہو جائیں۔ نخد کی ورید کی مطلقیت (thrombosis) (۲۱۱) ، جو عموماً بائیکاٹ پر ہوتی ہے، ابتدائی نقیصیت کے دوران میں واقع ہو کر اس سے پاؤں اور ٹانگ کا اُڑیا اور اس ورید کے غریب نسبت پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ زیادہ تر بلا مزید تکلیف کے رفع ہو جاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ مطلقیت بڑی ٹنگی وریدوں میں پھیل جائے، یا خون کے ٹھکے کے حصے ٹوٹ کر علحدہ ہو جائیں اور ریوی سدایت (pulmonary embolism) اور ہلاکت پیدا کر دیں۔ قشعریر سے شاذ ہی ہوتے ہیں۔ یہ قبض یا ذات الریہ جیسی پیچیدگیوں کے باعث ہو سکتے ہیں، لیکن بعض اوقات بلا کسی قابل شناخت سبب کے واقع ہوتے ہیں۔ عصبی نتائج میں، علاوہ التهاب سحایا (meningitis) کے، التهاب دماغ (encephalitis) (جو شاذ ہوتا ہے) ذہنی اختلالات، التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) (۳۱-۵) اور شاذ صورتوں میں مقامی عضلی ذبول (muscular atrophy) ہیں۔

معدی تپ کی قسمیں۔ تپ محرقہ سے زیادہ تغیر پذیر چند امراض ہی ہیں۔

اگرچہ اس کی مدت مخصوص و حتمی طور پر تین ہفتے ہے، تاہم یہ مدت اتنی مختصر کہ صرف دس دن، اور اتنی طویل کہ پانچ یا چھ ہفتے ہو سکتی ہے، اور اگرچہ مختصر حملوں میں بعض اوقات مرض کی آدھوری صورت کی خاصی مماثلت ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ ان کے بعد بالکل نئی نوعیت اور مدت کا ٹکس (relapse) واقع ہو جائے۔ بعض اوقات تپش شدہ کوڑا بالا طریقہ (دلاحظہ ہو صفحہ ۸۲) سے گرنی شروع ہوتی ہے اور پھر درجہ طبعی تک پہنچنے سے پہلے اپنی متغیر (remittent) نوعیت پر قائم رہتی ہے، اس طرح پرک آٹھ یا دس روز تک ۱۰۰ درجہ (صبح) اور ۱۰۲ درجہ (شام) کے درمیان کم و بیش ہوتی رہتی ہے۔ دس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تپ میں اس قدر لطوالت ہو جاتی ہے کہ پانچواں ہفتہ شروع ہو جاتا ہے مگر مریض اپنی حالت کو روز بروز بہتر محسوس کرتا ہے اور اسے بظاہر کسی پیچیدگی کی شکایت نہیں ہوتی۔ دوسری صورتوں میں تپ کی طوالت اس بلند درجہ کی تپش کا قائل ہو جاتی ہے جو دوسرے ہفتے کے لئے مخصوص و حتمی ہے۔ یہ حالتیں عموماً

شدید قسم کی ہوتی ہیں۔ بعض حالتوں میں بیماری اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ مریض اپنے معمولی کاروبار میں مشغول رہتے ہیں یہاں تک کہ شاید غذا کی کوئی بے احتیاطی یا نادانانہ اذیت کی حالت میں جو بزرگہ طبیعت کے استمال سے ایک ہلکے اشتباہ واقع ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں کو جو اپنی عمومی علامتوں میں تو اس قدر خفیف اور باہر نہ اپنے ممکن اختتام کے لحاظ سے اس قدر خطرناک ہوتی ہیں، انہی کو تب محرقہ (ambulatory typhoid) کہتے ہیں۔

ہرملی (ataxic) اور متعصیف (adynamic) شکلیں بھی بیان کی گئی ہیں، لیکن یہ اصطلاحات محض جسم کے کسی ایک نظام میں علامات کے غلبہ کو ظاہر کرتے ہیں۔ نہایت شاذ حالتوں میں ایک نوزنی (haemorrhagic) شکل بھی واقع ہوتی ہے جس میں جلد پر پیرپورائی (purpuric) ٹورانات، مخاطی جھلیوں سے سیلان خون، اُرعاف (epistaxis) نچنے لگام (haematemesis) ہوتے ہیں، اور عضلات اور اندرونی استخوان میں نوز و اسخ ہوتا ہے

مقابلہ کرو کھسرا اور جیچہ کس سے انتہی محرقہ بچوں میں بیشتر اوقات نہایت خفیف اور اکثر قصیر المدت ہوتی ہے، اور بالغ مریضوں کی اوسط حالت میں مرض پیش کی چھکتیوں میں جلد پھیلا ہوا ہوتا ہے اس کی نسبت بچوں میں کم وسیع ہوتا ہے فترات پیش جو بانوں میں مرض کے آخری نصف میں خوب نمایاں ہوتے ہیں، وہ بچوں میں اکثر اور بھی زیادہ نمایاں ہوتے ہیں اور قدیم مصنفین نے شیرخواروں کا جو "حمی متفتتہ" (infantile remittent fever) بیان کیا ہے وہ بلاشبہ تب محرقہ تھا۔ نیز زیادہ عمر کے لوگوں میں گلابی دھبے اور برصی ہوئی طحال اکثر غیر موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ارتفاع پیش کی ہر حالت میں، جس پر کسی لحاظ سے تب محرقہ

کا گمان ہو، حتیٰ الوسع جلد ترین موقع پر دموی کاشت کے ذریعہ سے عضویہ کو علیحدہ کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ نہایت عظیم العنونت احتیاطوں کے ساتھ ایک ورید سے خون نکالا جاتا ہے اور اس میں عظیم سوڈیم سائٹریٹ کافی مقدار میں ملا کر ایک ۱۵۔ فیصدی لاقحہ کا محلول تیار کر لیا جاتا ہے۔ ایسا اس لئے کیا جاتا ہے کہ ٹھکانہ بننے پائے پھر یہ خون اپنے جگر سے ۵ تا ۱۰ گز عظیم طور پر ملا کر ۳ درجہ سنٹی گریڈ پر محفوظ (incubated) کر لیا جاتا ہے۔ کم از کم ۵ مکعب سنٹی لیٹر خون کا کاشت کے کئی انجوبات تیار کرنے چاہئیں۔

خون کی کاشت اگر مرض کے پہلے سات دنوں کے اندر کی جائے تو اس سے مثبت نتائج کا بلند تناسب حاصل ہوتا ہے۔ لیکن کاشت نسبتاً زیادہ عرصہ تک مثبت رہ سکتی ہے، چنانچہ مریض کو مرض کے خواہ کسی درجہ میں بھی دیکھا جائے، دسویں کاشت کی سہی ہمیشہ کرنی چاہئے۔ سات دن سے زیادہ مدت کے مریضوں میں بھی خون کا نوٹلے لینا چاہئے، تاکہ عضلات کے مفعولی گروہ (enteric group) کے مقابلہ میں مسلسل کی الزاتی قوت کا استمکان کیا جاسکے (Widal's reaction) = تعادل ویدال بطور معمولی دستور العمل کے بول و براز کے نمونوں کو کاشت کے لئے بیجید بنا مناسب ہے۔ لیکن مثبت نتائج بیماری کے تمام درجوں میں نہیں حاصل ہو سکتے، اور منفی نتائج کو جلدی کر کے مرض نہ ہونے کی علامت نہیں سمجھ لینا چاہئے۔ بلند بیماری کے تمام سرریاتی مظاہر، نیز اسباب و سرگزشت مرض سے قطعی رکھنے والے مختلف امور پر کمال غور و توجہ ضروری ہے۔ تعادل ویدال عموماً مرض کے تقریباً چودھویں دن تک مثبت نہیں ہوتا، لیکن نقیبتیت کے بعد بعض اوقات کئی مہینوں تک مثبت رہتا ہے۔ محرکہ منا (پیرائٹھائڈ) پیوں کی تشخیص میں اور تطعیم کردہ اشخاص میں اس تعادل کی سودمندگی کے متعلق بعد میں بحث کی گئی ہے۔

چونکہ تپ محرقہ مختلف شکلیں اختیار کرتی ہے، اور چونکہ خود اس کی تمیزی علاج میں اکثر اوقات غیر موجود یا غیر واضح ہوتی ہیں، لہذا ممکن ہے کہ اس پر بہت سے امراض کا مطالعہ ہو جائے۔ لیکن مختصر یہ بیان کیا جاسکتا ہے کہ تپ محرقہ کی سب سے زیادہ مستقل اور اس پر سب سے زیادہ ولالت کرنے والے فصائل یہ ہیں: درد سر، مسلسل تپ، مقلاتی وجہ، اور برصی ہوئی طحال۔

ابتدائی درجوں میں تب محرقہ امراض فطریہ سے اُن کے امتیازی طور ان کی
غیر موجودگی کے باعث تمیز کی جاتی ہے۔ بیماری کے تقریباً پنجویں دن ٹائفئس، میمپک، یا چلی
قرمزہ کا طبع پیدا ہو چکتا ہے۔ چند روز بعد ہی گلابی اصبوں کے ظاہر ہونے سے تب
معمولی کی تشخیص صدق ہو جاتی ہے۔ فاصل کے شدید درجوں سے ریشمی تب (روائٹزم)
کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے۔ طویل المدت حموی شکایت سے جو غیر محسوس طور پر پیدا ہو گئی ہو اور
کوئی ظاہر مقامی انداز نہ پیش کرتی ہو، ہمیں ہمیشہ تب حموی کا خیال پیدا ہونا چاہئے،
لیکن انفلوئنزا کا اثر اچھی سیلاؤ اکثر فطریوں کا باعث ہوتا ہے، کیونکہ مگر انفلوئنزا ایک نسبت

بہت زیادہ ناگہانی اور بہ سرعت انبساط پیدا کرنے والا مرض ہے، تاہم وہ اس قدر شروع پیش کرتا ہے کہ تقریباً ہر ایسی بیماری جو در دہشت اور تپ سے شروع ہو، غلطی سے انفلوینزا سمجھی جاسکتی ہے۔ اگر تپ محرقہ موجود ہے تو پیش بلند رہتی ہے بلکہ اور بھی بڑھ جاتی ہے اور اہمال، بکلائی طحال، یا کلائی دھبوں سے تشخیص ملد محقق ہو سکتی ہے۔ دائیں مرقی (hypochondrium) میں عضلی مزاحمت اور مرارہ کے اوپر اہمیت محرقی سرایت کے ابتدائی امارت کہے جاتے ہیں، لیکن بلاشبہ یہ مقامی الہتابی انفرادی کے باعث بھی ہو سکتے ہیں۔

بعد کے درجات، یہ لحاظ اس کے کہ نمایاں ترین احتمال سرسینہ یا حکم میں ظاہر ہو، مختلف امراض سے مشابہت رکھتے ہیں۔ مثلاً تپ محرقہ کا ابتدائی در دہشت اور بعد کا ہڈیاں 88 الہتباب سمجایا (meningitis) کے طرف اشارہ کر سکتا ہے اور یہ دونوں امراض اکثر وقتاً باہم غلط ملط کر دے جاتے ہیں۔ قطنی کچھ کے (tubar puncture) سے اور دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے جو غلیظ اور پر دینس کے لئے کیا جاتا ہے، تشخیص متین ہو جائے گی۔ بعض اوقات ان میں سریریاتی طور پر تفریق کرنا آخری درجوں تک مشکل ہوتا ہے جبکہ آہستہ عصب بعصری (optic neuritis) یا ایک مقامی شلل، حوصل یا تشنج، یا مزمن طور پر باز کشیدہ شکم، تندرانی الہتباب سمجایا کے حق میں فیصلہ کر دے، یا اس کے برعکس، شکلی علامات کی زیادتی اور اس کے ساتھ دھبوں کی موجودگی اسے تپ محرقہ ثابت کر دے۔ اس آخر الذکر میں در دہشتوں دن سے آگے شاذ ہی جاری رہتا ہے۔ جب ریوی علامات نمایاں ہوتے ہیں تو دافر الہتابی ششی تغلظات (bronchitic râles) اور ٹکٹکے (crepitations) اور ان کے ساتھ کی متفرق تپ (remitting fever) کی وجہ سے مادی عمومی تندرزن (acute general tuberculosis) سے مشابہت ہو سکتی ہے۔ شکلی امراض جو تپ محرقہ کے ساتھ غلط ملط کئے جاسکتے ہیں وہ یا پختہ میں تندرانی الہتباب باریطون (tuberculous peritonitis) اور الہتباب زائدہ دو درجہ (appendicitis) ہیں۔ دونوں میں شدید تپ، شکم میں فنج اور اہمیت ہو سکتی ہے اور تندرانی الہتباب باریطون میں الہکے ساتھ کے تندرانی تفریح کی وجہ سے اپنا تپس بار بار آ سکتی ہیں اور ان کا رنگ زرد ہو سکتا ہے۔ تپ محرقہ سے الہتباب زائدہ دو درجہ کی تفریق عموماً محدود التام در دہشت پرہ اور تپ کی وجہ سے ہوتی ہے، کیونکہ ان میں

سے کوئی مملات تپِ محرقہ میں بطور پر موجود نہیں ہوتی لیکن ایک طرف تو یہ علامت بعض اوقات تپِ مذہب میں موجود ہوتی ہے اور دوسرے برعکس بھی ممکن ہے کہ التهابِ زائدہ محاذِ مقامی التهاب کے یہود فٹاوا پر پیدا کئے بغیر پیاب ہو بلکہ تصحیحِ عالم (pyaemia) یا سقمِ الدم (septicæmia) کی حالت بھی جو حکم کے دوسرے حصوں میں علاج یا تصحیح [مثلاً خراجِ جگر] (hepatic abscess) یا التهابِ حوالی گرد (perinephritis) کے ساتھ متعلق ہو مطلقاً کا باعث ہو سکتی ہے اور اس شاذ مرض کو نہیں سمجھنا چاہئے جسے قطعی التهابِ ورید الباب (suppurative pyelephlebitis) کہتے ہیں اور جس میں جگر کے ماؤف ہونے کی کوئی مقامی مملات بہت کم ہوتی ہے یا بالکل موجود نہیں ہوتی۔ ان میں سے بیشتر حالتوں میں کثرتِ خلیاتِ سفید (leucocytosis) موجود ہوتی ہے۔ اکثر اوقات ایک مائل حالت اپنے ساری یا نیفیٹ التهابِ درونِ قلب (infective or malignant endocarditis) کو ظنی سے تپِ محرقہ سمجھ لیا جاتا ہے۔ التهابِ درونِ قلب کی تائید میں حسبِ ذیل علاماتیں ہوتی ہیں:- غریر (murmur) یا قلب کے غیر منظم فعل کی موجودگی، مملد کے نیچے ترنات، یا سدادات (emboli) کے طور پر مشابہ لٹائی یا ٹخنے کے مقام پر نبض کا تسد، تاخر ایلیوین بولیت، یا شکی ترنات۔ ممکن ہے کہ تشغیر یہ موجود ہو اور تپش اکثر آواز نہ طور پر کم و بیش ہوتی رہتی ہے۔ ٹوئینی (trichinosis) [یعنی جسم کے اندر ٹوئینسٹ لونی (trichina spiralis) کی تکثیر سے پیدا ہونے والا مرض] ظنی سے تپِ محرقہ سمجھ لیا گیا ہے۔ اس کی شناخت شدید عضلی دردوں، پھوٹوں کے نتیجے اور بعض اوقات سارے جسم کے آہنج سے ہوتی ہے اور اس میں ہمیں نہ تو گلانی دیکھتے ہیں اور نہ گلانی طحال۔

حمیِ بحرِ روم (Mediterranean fever) تپِ محرقہ سے بعض شباهات

پیش کرتا ہے اور ان مقامات میں جہاں اولیٰ الذکر بچایا ہوا ہو اس کا خیال کرنا ضروری ہے۔ طبریائی سرایت کی بعض قسموں، بالخصوص خبیثہ ثلاثی (malignant tertian) میں تپِ محرقہ سے تقریباً بعینہ مشابہت ہو سکتی ہے۔ ان طبریائی سرایتوں کی شناخت خون کے اندر طینیلیات کے مظاہر سے اور ارتفاعِ پیش پر کوئین کے رد عمل سے کی جا سکتی ہیں۔ لیکن یہ فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ اکثر اوقات ایک ہی مریض میں طبریائی سرایت اور تپِ محرقہ دونوں ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ امتحانِ ویدال (Widal test) اور اصلی عضویوں کی تلاش کے سودمند ہونے کا امکان بالخصوص

اسی طرح کے مرض میں ہوتا ہے، نیز دوسرے ایسے امراض میں جہاں مسلسل بخار کے سوا سے اور کوئی دوسرے مثبت علامات یا دراز قوع یا غیر واضح ہوں۔ اور ایسے طریقوں کی اہمیت اس وجہ سے بھی زیادہ ہو رہی ہے کہ صرف انہیں سے تپ محرقہ اور اس کے محرقہ نما (paratyphoid) رشتہ داروں کے درمیان تفریق کی جاسکتی ہے۔

تشخیص میں امتحان خون (ملاحظہ ہوں امراض خون اسے کسی قدر مدد دل سکتی ہے۔ تپ محرقہ کی ابتدائی ترین درجوں کے سوا سے دوسرے تمام درجوں میں معادلہ پسند سپید خلیات (neutrophil leucocytes) کی کمی ہو جاتی ہے۔ یہ خلیات گھٹتی ہوئی تپ کے زمانہ میں اپنے درجہ اقل کو پہنچ جاتے ہیں۔ لسانی خلیات (lymphocytes) بھی پہلے تو کم ہوتے ہیں، لیکن مسلسل تپ کے درجہ کے اختتام پر پھر زیادہ ہو جاتے ہیں، اور تپ کے سارے دوران میں اور نقیصہ کے اندر بھی چند ہفتوں تک وافر تعداد میں موجود رہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیات (eosinophils) پہلے تو غائب ہوتے ہیں لیکن لسانی خلیات کی زیادتی کے ساتھ پھر موجود ہوتے ہیں (Nägeli)۔ ثانوی سرایتیں، زیادہ سریعی پھیل گئیں، سینہ خلیاتوں پر بالخصوص کثیر الاحکال فوائی خلیوں (polymophonuclear cells) کی تعداد کو پھر زیادہ کر سکتی ہیں۔

مارس (Marris) نے دریافت کیا ہے کہ تپ موی کے گروہ کی تیوں میں ایٹروپین (atropine) سے قلب کا فعل اس قدر تیز نہیں ہوتا جتنی کہ متدرست اشخاص میں ہوتا ہے۔ یہ فرق تپ کے تقریباً دسویں دن مشاہدے میں آتا ہے، گو بعض اوقات اس سے پہلے بھی دیکھا جاتا ہے، اور ایٹروپین کی ایسی مجبوتیت جو دہریوں و ن کے بعد کسی وقت بھی پھر حاصل ہو جاتی ہے، گو ممکن ہے کہ یہ فرق اس سے بہت زیادہ عرصہ تک باقی رہے اور محسوس (relapses) کے ساتھ تغیر پذیر ہو۔ پچاس برس سے زائد عرصہ الے اشخاص میں، اور ان میں جو مرض قلب بشرطانی صلابت (arterio-sclerosis) میں مبتلا ہوں، اسراع پیدا کرنے میں ایٹروپین کی ناکامی اُن کی عروقی تغیرات (cardio-vascular changes) کی وجہ سے ہو سکتی ہے جو پہلے سے موجود ہوں، نہ کہ ٹائٹائڈ کے زہر کے باعث۔

جنس کی شرح دقیقہ مندرج کر لی جاتی ہے، یہاں تک کہ وہ ایک حالت پر قائم ہو جائے۔ پھر ٹریس گرین ایٹروپین سلفیٹ (atropine sulphate) کا تحت لکھری اشراق کیا جاتا ہے، پھر تین امی ہے کہ اشراق مطلقہ ثلاثی الرؤس (triceps) پر کیا جائے۔

بچھیں دقتوں کے بعد غصے کا اندراج پھر دقیقہ بہ دقیقہ کیا جاتا ہے یہاں تک کہ یہ صاف معلوم ہو جائے کہ شرح نبض اپنی اتم بلندی پر پہنچ گئی ہے اور اب گری ہے۔

انہیں یہ نتیجہ اخذ کرنا ہے کہ آئینہ وین کے بعد شرح نبض میں فی دقیقہ میں یا زیادہ ضربات کی زیادتی اس امر کی دلالت سمجھنی چاہئے کہ مرض غالباً تب محرقہ یا محرقہ نما (پیرائٹائڈ) گردہ کی کسی تب میں مبتلا نہیں ہے۔ دس سے کم ضربات کی زیادتی این امراض میں سے کسی ایک کی سرایت کی دلالت ہے۔ دس اور میں کے دو میکان کے متفرقات (readings) غیر یقینی ہیں۔

انذار۔ تب محرقہ کی ہلاکت مختلف وباؤں میں ۵ سے ۲۰ فیصد تک مختلف ہوتی

ہے۔ بچہ پیدا کیاں بیشتر اموات کا باعث ہوتی ہیں اور بچہ نگہوں کے وقوع سے انذار میں کسی وقت بھی نرم ہو سکتی ہے بچہ نگہوں کے علاوہ بخار کی شدت سے بھی انذار میں اہم تبدیلیاں عمل میں آتی ہیں اگر بخار گویا بچے کے خستہ یا پریشان ہونے میں کبھی ۱۰۳ درجہ سے اوپر نہ جاوے تو حالت امید افزا ہے۔ لیکن اگر دوسرے حصے میں پیش اول سے آخر تک ۱۰۴ درجہ پر قائم رہے یا اس سے بھی زیادہ بلند ہو تو حالت نسبتاً بہت زیادہ خطرناک ہے۔ بعض مریضیں تندرست کمرہ ہو کر بارہویں آگیاں ہوں اور دسویں دن کے قریب بکریں سے بھی پیٹے مریض ہیں۔ (انتخاب (perforation) بہت کم کجروائی طریقوں سے اس کا علاج مستعدی کے ساتھ نہ کیا جائے تقریباً یقینی طور پر مہلک ہوتا ہے۔ زہن نسبتاً کم خطرناک ہوتا ہے، لیکن اموات کی تقریباً نصف تعداد کا باعث ہو سکتا ہے اور شدید زہن والی حالتوں میں شرح ہلاکت اوسط سے بہت زیادہ بلند ہوتی ہے۔ شدید زہن اگر مہلک نہ بھی ہو تو بھی وہ مریض کو نہایت عظیم الدم (anæmic) بنا کر نتیجہ کو بہت طویل کر دیتا ہے۔ زیادہ نفع منظم و آخر اس سال سلسلہ ابولی (incontinence of urine) اور سلسلہ البراز (incontinence of feces) شدید عمومی شیمی التهاب (general bronchitis) ضعیف اور غیر منتظم قلب، یہ سب ناموافق علامات ہیں۔

تحریر۔ تب محرقہ خاص کر برازی اور اجابت سے آبلہ رسد کے سرایت زدہ ہو جانے

سے پھیلتا ہے، اور جب اس مرض کی کسی واردات کی ابتدا متعین ہو جائے تو اس امر کے متعلق کہ اس طرح پانی کی آلودگی وارث ہوئے پائے حتی الامکان انتہائی احتیاط عمل میں لانی چاہئے۔

مستحی انتظامات، پانچھ دس روہ جکا قلعہ آبی رسد سیلینٹ (drainage) اور گند آب (sewage) کے اخراج سے ہے۔ جس قدر زیادہ کسل ہوں گے اسی قدر ایسی آلودگی کے وقوع کا امکان کم ہے۔ سواریوں (sewers) میں پھینکے ہوئے ناغذا کی اخراجات جن کی سرایت کا ازالہ (disinfection) پہلے سے نہ کر لیا گیا ہو سواریوں کے مابینہ کو مادی (infectious) بنادیتے ہیں اور جب سیلات (drains)، سواریاں (sewers)، یا کنوئیں ناقص ہوں تو آب نوشیدنی کو مسموم کر سکتے ہیں۔ یہی اخراجات جب بستر کے کپڑوں، لباس، تولیوں اور مائل چیزوں کو آلودہ کر دیتے ہیں تو براہ راست یا نہ ہونے کے پانی کو سرایت زدہ کر کے دور افتادہ حصوں میں سرایت منتقل کرنے کا ذریعہ ہو سکتے ہیں۔ سندرہ بالا سے اس امر کی طرف دلالت ہوتی ہے کہ ہمیں کس سمت میں عمل پیرا ہونا چاہیے۔ یعنی یہ معلوم ہوتا ہے کہ اخراجات (برائیات) اور ان سے آلودہ شدہ ہر چیز کی سرایت کا ازالہ، اور اس امر کی متواتر نگرانی کہ پانی جو اور غذا کی آلودگی واقع نہ ہونے پائے۔ اس معاملہ میں ہر طرح کی صفائی ضروری ہے۔

تحریری تطعیم (preventive inoculation)۔ لیکن اگر سرایت میں

منکشف ہونے کے خطرے سے محترز رہنا ممکن نہ ہو تو بھی تب محرقہ کے قیشوں کی مردہ کاشتوں سے تیار کی ہوئی جدرین (vaccine) کی تطعیم سے اس طرح پر منکشف شدہ شخص کی جس پیریا کم کر دینا ممکن ہے (لاحظہ ہو صفحہ ۱۵)۔ ایسی تطعیم چند سال سے فوج میں بطور ایک معمولی دستور عمل کے کی جاتی ہے۔ پہلے ایک ایسی جدرین کا اشتراک کیا جاتا ہے جس میں ۵ کروڑ عیسے موجود ہوتے ہیں۔ دس دن کے بعد ایک ارب (1000 millions) معیتوں کا ایک دوسرا اشتراک کیا جاتا ہے۔ اس سے کسی قدر مقامی اور عمومی تقابل واقع ہوتا ہے لیکن یہ جلد رفع ہو جاتا ہے۔ اندازہ کیا گیا ہے کہ اس سے قابلیت مرض سے حصے تک اور ہلاکت ان لوگوں میں جن کو مرض ہو گیا تھا نصف تک گھٹ جاتی ہے لیکن اس سے بھی زیادہ حیرت ناک اعداد و شمار ہو چکے ہیں۔ مزید برآں جدرین کی تطعیم زیادہ متبادل میں اور زیادہ محقر کے ساتھ بھی کی گئی ہے۔ ایک ارب (1000 millions) کی تطعیم تقریباً ایک ایک سال کے فاصلوں سے کر رکھنی چاہیے۔

محرقہ حاملین (typhoid-carriers) کے علاج میں بہت سی مشکلات پیش

آتی ہیں۔ معوی و انحراف معفونہ (intestinal antiseptics) بیکار ہوتے ہیں۔ مہارہ کی سیلیٹ (drainage) کی گئی ہے بلکہ مہارہ کو نکال کر خارج بھی کر دیا گیا مگر کوئی محوس کامیابی نہیں ہوئی۔ بقد ریات (vaccines) کا استعمال عقیقہ محرقی عقیقہ کے کئی طریقہ کی مقداروں میں دو یا تین معفوس کے فاصلوں پر کیا گیا، لیکن اس سے اگرچہ عسویہ بول براہ سے کچھ عرصے کے لئے غائب ہو جاتے ہیں، تاہم شغایا یا کا مستقل طور پر یقینی ہونے کا زہر نہیں لیا جاسکتا۔ محرقی عامل کی وقت کے تدارک کا معقول ذریعہ صرف یہ ہے کہ اسے زیر نگرانی رکھ کر اس کے اہزازات کی سرایت کا ازالہ یقینی طور پر کیا جائے، یہاں تک کہ اس کا مستقل طور پر سرایت سے نمٹنا ہونا ظاہر ہو جائے۔ اس امر کی خاص احتیاط رکھنی چاہئے کہ محرقی عامل کا پیشہ ایسا نہ ہو جس کی وجہ سے اسے دوسرے لوگوں کی غذا کو آلودہ لگنے یا اسے تیار کرنے کی ضرورت ہوتی ہو۔ ان حالتوں میں جن میں سرایت خالصاً بولی ہو ورنہ ورنہ بین (urotropin) سے، جب تک کہ اس کا استعمال جاری رہے، معفیتوں کی تعداد گھٹ جائے گی۔

علاج۔ مریض کو ایک دافر ترویج یافتہ کمرے میں بستر پر ہونا چاہئے۔ بیکار داری کے متعلق ان ہی قواعد پر عمل کرنا چاہئے جو دوسرے سادی میتات کے لئے عمل میں لائے جاتے ہیں۔ اشتقاق (perforation) کے خطرات اور مستخرج آنت سے وقوع زہر کے امکان کو بھی نظر انداز نہیں کرنا چاہئے۔ استراحت اور سکون کامل ہونا چاہئے، مریض کو کسی قسم کی محنت (نور یا بار) کی اجازت نہ دی جائے اور جب اسے پیشاب کرنے یا پانی پانہ پھرنے کی خواہش ہو تو ایک بستر تری تسل (bed-pan) استعمال کرنا چاہئے۔ غذا خاصی افراط کے ساتھ ہونی چاہئے، غرہ مریض کی اشتها اور وقت متشکل غذا کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ غذا کا زیادہ تر حصہ دودھ ہی ہوتا ہے لیکن بہت سی حالتوں میں اس کے ساتھ ٹھوس نرم غذا کا اضافہ بھی کیا جاسکتا ہے مثلاً کرسٹڈ، جنکسٹ (منجھ دودھ) روٹی مسکہ (بلا پیٹری کے)، نرم ٹیجے تانے سے جوئے آلو، انڈے کچھے یا لیسے آبلے جوئے کے سخت نہیں دودھ کے ساتھ چاکلیٹ کاربوہائیڈریٹ بکسٹ دینا چاہئے مثلاً ڈیکسٹروز (dextrose) دودھ (milk-sugar) یا معمولی شکر دودھ میں مل کر کے۔ غذا کا مقدار ایک وقت میں بتوری ہوئی چاہئے، اگر یہ مقدار بار بار دینی چاہئے۔ جب دودھ ناگوار یا مضر ہو یا اگر براز میں منجھ دودھ کی موجودگی سے ظاہر ہو

دوا مکمل طور پر ختم ہوا ہے، تو اسے پیٹنجر کی لاگرنیکر یا بنگرس (Benger's liquor pancreaticus) کا استعمال کر کے پیٹنژن زودہ (peptonised) کر لیں۔ مریض کو پانی، آتش جو یا لینینڈ کی بڑی مقداریں پینے کی ترغیب دینی چاہئے۔ اس سے کثرت بول (polyuria) ہو کر قسم الدم (toxaemia) کا مقابلہ کرنے میں مدد ملتی ہے۔ حتی الامکان تمام سستیالات کے ساتھ بخار ملا دینا چاہئے۔

دوائی علاج کی خفیف حالتوں میں بہت کم بلکہ کسی چیز کی بھی ضرورت نہیں ہے۔ ممکن ہے کہ ترقق معدنی ٹیٹھے (dilute mineral acid) یا کسی ہلکی نمکسٹق (saline diaphoretic) مثلاً امیٹھ آف امونیئم (acetate of ammonium) کی ایک چھوٹی مقدار مریض کے لئے مفید ہو اور جسم کو بار بار نیم گرم پانی سے اسفنج کریں۔ تحیجات (stimulants) اکثر غیر ضروری ہوتے ہیں، لیکن اگر ضرورت ہو تو وہ اصول مقررہ کے مطابق دئے جاسکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 26)۔

مکن ہے کہ پیچیدگیوں کے مخصوص علامات کا تدارک کرنا پڑے، مثلاً شعبی اہتہا کا مسفقات (expectorants) کی تھوڑی مقداروں سے، یا سسل زور سرنگا فینا سیٹین (phenacetin) کی دوا، اگرین یا اسپیرین (aspirin) کی دوا، اگرین سے۔ اگر پانچے چوبیس گھنٹوں میں چار بار سے زائد نہیں تو کسی علاج کی ضرورت نہیں، لیکن اگر اسہال عد سے متاثر ہو تو عموماً اسے روکنا مناسب ہے۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ نشاستہ کا حقتہ (starch enema) پیچر آف اوپیم (tincture of opium) کے ۵ یا ۲۰ قطرے لاکر دیا جائے، اور پیٹھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا سیلی سیٹ (salicylate) یا نباتی حاسرات (vegetable astringents) کا اندرونی استعمال کیا جائے۔ اگر کوئی کپڑا برازی یا بول سے آلودہ ہو جائے تو اسے فی الفور غلطہ کر دینا چاہئے، تاکہ نہ صرف مریض صاف اور بستری زخموں (bed-sores) کے خطرہ سے محفوظ رہے، بلکہ تیمارداروں کو سرایت پینچے کا امکان بھی نہ رہنے پائے۔

اگر قبض ہو جائے تو آنتوں کو دوا یا آئن دن کے لئے اسی طرح چھوڑ دینا چاہئے، اور پھر حسب ضرورت وقتاً فوقتاً صابون کے حقتہ (soap enema) کا استعمال بے ضرر چوتلہ ہے۔ جن حالتوں میں تطبل (meteorism) نمایاں ہو، اس علامت کا تدارک غلامتہ نغامیہ

(pituitary extract) کے ایک کعب منطی برٹکے اشرب سے کیا جاسکتا ہے۔

بہت سی حالتوں میں یہ خالصہ مستطی اہول علاج کافی ہوتا ہے، بالخصوص اس مرض کی نسبت خفیف قسموں میں مرض اپنا اثر طے کرتا ہے اور مریض کی خبر گیری کی جاتی ہے۔ ذیل میں علاج کے وہ طریقے درج ہیں جنکے ذریعہ اس تب کی ترقی کو براہ راست متاثر کرنے اور اس کے دوران کے حادثات کی روک تھام کرنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ (۱) ادویات تب (antipyretics) (۲) ادویات معوضت (antiseptics)، اور (۳) ضد سم مسل یا بندہ رین (antitoxic serum) - or vaccine)

دافع تب۔ طریقہ کا نظریہ یہ تھا کہ مسلسل بلند تپش جس سے جسمانی باقیوں اور اعضا ماؤف ہوتے ہیں، ان کے ذوقی اختلال کا خاص سبب ہوتی ہے، اور یہ کہ تب جقدر زیادہ بلند ورج کی ہوتی ہے اسی قدر ان باقیوں اور اعضا کے بالائے نفل (failure) کا یا پیدائش کے وقوع کا امکان زیادہ اغلب ہوتا ہے۔ اسی واسطے ہمارا مقصد یہ ہوتا ہے کہ کم و بیش باقاعدہ وقتوں سے تپش کو ۱۰ یا ۱۱ درجہ گھٹا کر، اوسط تپش (mean temperature) کو 91 نیچے آئیں۔ یہ نظریہ براہیم اور سینات کے متعلق ہمارے موجودہ معلومات کے مد نظر اب مشکل قائم رکھا جاسکتا ہے۔ اس پر یہ طریقہ عمل بعض اوقات تب محرقہ میں مفید ثابت ہوتا ہے اگرچہ اس سے مرض کی مدت کم نہیں ہوتی۔

حیات کے عمومی مصالجات کے تحت مستطی طریقوں کا بیان پہلے ہی درج ہو چکا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 24)۔ ان میں سے برودت (cold) کے بیرونی استعمال سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ ایک ہی نسل کا اثر مریض کی ذوقی حالت پر عموماً نمایاں ہوتا ہے۔ دوسرا ہندیان، مجر ہوشی (stupor) اور عقلی غور نہ ہونے کے زبان صاف اور نبض نسبت زیادہ آہستہ اور قوی ہو جاتی ہے اور مریض کو بحیثیت مجموعی آرام معلوم ہوتا ہے۔ لیکن یہ اثر محض عارضی ہوتا ہے اور دوسرے مشابہ سے شک ہے کہ تپش اتنی ہی بلند ہو جائے جتنی کہ پہلے تھی جب پانی کی تپش کو ادنی درجوں پر رکھ کر غسل دیا جائے بلکہ مسلسل غرقیت (continuous immersion) کی صورت میں یہ طریقہ کمال طور پر عمل میں لایا جائے تو دعویٰ کیا گیا ہے کہ اس سے شرح ہلاکت ۵ یا ۶ فیصد کم ہو گئی، اور اس طریقہ کی ترمیم شدہ شکلوں تک میں یقینی اصلاح پائی گئی۔ استعمال برودت کے سوا اس میں ذیل ہیں۔

مریض کا انتہائی ہبوط (collapse)، نازف جو واقع ہو چکا ہو، اور استسارہ لوی (pulmonary congestion) کی شدید حالتیں۔

شرد اسفنج (cold sponging)، یا لنبہ بملول (wet packs) کا استعمال جہم کی سطح پر برف کی پتیلیوں یا رنڈاؤ برف (ice compresses) کا لگانا، اور برقی ٹائلید (ice-cradle) (bed-cradle) کے نیچے لیٹا رہتا ہے جس کے اندر چھوٹے چھوٹے ظروف لٹکا دئے جاتے ہیں جن میں برف رکھا ہوا ہو تب ہی یہ سب غسلوں کے نسبت کم کارگر ہیں، مگر ان سے تکلیف کم ہوتی ہے اور یہ اکثر حقیقی طور پر کارآمد ہوتے ہیں۔
دافع تپ (antipyretic) ادویہ کی آزمائش کا کل طور پر ہو چکی ہے لیکن عام طور پر یہ محسوس کیا جاتا ہے کہ ان میں بظاہر جو کچھ فوائد ہیں ان کے مقابلہ میں یہ غرابیاں (cardiac failure) زیادہ نکلیں ہیں کہ ان کے استعمال سے ہبوط (collapse) اور قشر قلب (cardiac failure) پیدا ہو جاتا ہے۔

دافع عفونت (antiseptic) علاج یہ ہے کہ ایسی ادویہ داخلی طور پر یا

تھکنے کے ذریعہ سے استعمال کی جائیں جیسی کہ کاربواک آئیڈ (carbolic acid) سلفیورس آئیڈ (sulphurous acid)، کیفیٹھال (naphthol)، ہائیڈرو نیفٹھال (hydronaphthol)، ہائیڈرو نیفٹھالین (naphthalene)، بیسمتھائیڈ (bismuth salicylate)، سیلاولی (salol)، روخمن دلہ چینی (oil of cinnamon) اور کلورین (chlorine)۔ کہتے ہیں کہ یہ اسہال اور قشر (tympantites) کم کرتے اور لائیکوبلوکٹ دیتے ہیں، لیکن ان کا آنتوں کے اندر کے تغیرات پر یا تپ کی مدت پر کوئی اثر نہیں ہوتا اور نہ ہی ریکس (relapse) کو روکتے ہیں۔ بالوں کے لئے ان ادویہ کی مستعملہ مقدار حسب ذیل ہیں: ہائیڈرو نیفٹھال ۲ تا ۳ گرام، روخمن، گوئڈ میں معلق کر کے ہر چوتھے گھنٹے ہائیڈرو نیفٹھال ۲ تا ۳ گرام ہر ۲ تا ۳ ساعت۔ سلفیورس آئیڈ ۲ تا ۳ قطرے۔ سیلاولی ۵ تا ۱۰ گرام۔ روغن دار چینی ۳ تا ۵ قطرے، ہر دو ساعت۔

تپ محرقہ کا علاج بذریعہ فصل (serum) ابھی ابتدائی حالت میں ہے۔ اس امر کے علم سے کہ محرقہ ٹھنڈے کا زہر بیشتر ایک درون سم (endotoxin) ہے اور یہ کہ بدن

(exotoxin) بہت کم بنتا ہے۔ یہ خیال پیدا ہوا کہ ایک آفٹھی اینڈوٹوکسک سیرم (anti-endotoxic serum) یعنی ضد درون سمی محصل تیار کرنے کے لئے گھوڑے کے اندر جراثیمی غلیظہ کے رسوں کا شراب کرنا چاہئے۔ تپ ٹھونڈ کے علاج میں ایسے ایک محصل کے استعمال نے یہ امیدیں پیدا کر دی ہیں کہ ممکن ہے کہ یہ اس مرض کے مگر پر اثر ڈالے (Macfadyen, Hewlett)۔ ٹیڈرین (vaccine) کے ذریعہ علاج کی جو تازہ کوششیں کی گئیں وہ ہمت افزا نہیں ثابت ہوئیں اور اس کا شبہ پیدا ہو گیا کہ اس علاج سے نرف کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہو گئی۔

آنتوں سے نرف کے لئے اشیوں کا داخلی استعمال یا مارفیا (morphia) کا تحت الجھدی شراب غالباً بہترین علاج ہے۔ اسیٹٹ آف لیڈ (acetate of lead) ٹینک آئیڈ (tannic acid) روغن تارپین (۱۰ قطرے) آرگٹ (ergot) اور ایڈرینالین کلورائیڈ (adrenalin chloride) مختلف اوقات میں استعمال کئے گئے ہیں مگر نسبتاً حال ہی میں کلورائیڈ آف کیلشیم (chloride of calcium) ۱۰ گریں کی مقداروں میں ہر تین یا چار گھنٹوں کے فاصلہ سے دیا گیا ہے۔

تنگنہ میں تخفیف کے لئے ممکن ہے کہ فلائین کے دو چھوٹے ٹکڑوں کے درمیان نرف کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے رکھ کر لگانے سے یا تارپین کے حقن استعمال کرنے سے فائدہ ہو۔ اگر اشقاب (perforation) کی شناخت ہو جائے تو علیحدہ شکم شکافی (laprotomy) فی الفور کر کے شکم کو دھو ڈالیں اور قرحہ کو بند کر دیں۔ علیحدہ کے بغیر یہ حالت ملاہمیشہ تھلک ہوتی ہے۔ علیحدہ کیا جائے تو شرح شفا یا بی تقریباً ۲۰ فیصد ہی ہوتی ہے۔ ظاہر ہوا ہے کہ اشقاب واقع ہونے کے بعد اگر بارہ گھنٹے کے اندر علیحدہ شکم شکافی کر دیا جائے تو انداز نسبتاً بہت بہتر ہوتا ہے۔

جب معصیہ بولیت (bacillaria) اور التهابی شنانہ (cystitis) واقع ہوں تو ان کے علاج کے لئے نیز اس لئے کہ دوسروں میں سرایت نہ ہونے پائے اور وٹرومین (urotropin) (۱۰ گریں، دن میں تین بار) یا ہیلیمیتال (helmitol) دوران تپ میں اور نقیہیت کے تین ہفتوں کے لئے استعمال کرنا چاہئے۔

دوران نقیہیت میں مسہلات سے یہ احتیاط احتراز کرنا چاہئے یا انہیں صرف

حقیقت کی صورت میں استعمال کریں۔ امید افزا باتوں میں بھی جن میں کوئی پیچیدگی یا عواقب موجود نہیں ہوتے، جسمانی اور دماغی قوت نمایاں تاخیر کے ساتھ عود کرتی ہے اور مریض کو خود پر زور یا بار ڈالنے کی اجازت بہت جلد نہ دینی چاہئے۔ آغاز مرض سے تین ہفتوں کے اندر مریض شاذ ہی کام کرنے کے قابل ہوتا ہے، اور نسبتاً زیادہ مخدوش قسموں میں یا مگس یا پیچیدگیوں کی حالت میں اس مدت کو پانچ یا چھ ہفتوں تک بڑھایا جاسکتا ہے۔ دورانِ نقیصیت میں تین مجداجہ اموتوں پر براز کا جراثیماتی امتحان کرنا چاہئے تاکہ مخرقی حائلوں کا پتہ چل جائے۔

محرقة ناهمیات

(PARATYPHOID FEVERS)

پیرائٹیفائیڈ یعنی محرقة ناهمیاں پیدا کرنے والے عضویئے تعداد میں دو ہیں، جو عقیدۂ محرقة ناهمیاں الف (B. paratyphosus A) اور ب (B. paratyphosus B) اور ب (B. paratyphosus B) کے ناموں سے جہیز ہیں۔ یہ عضویئے محرقة سے خصائص کاشت، مثلاً مختلف شکروں پر اپنے تخمیں عمل و دود پر اپنے عمل، اور اپنے الزاتی تعاملات (agglutinative reactions) میں اختلاف رکھتے ہیں۔

ان دونوں کی جغرافیائی توزیع (پھیلاؤ) کسی قدر مختلف ہوتی ہے، عضویئے محرقة ناهمیاں الف (سینس پیرائٹیفوسس اے) دنیا کے بہت سے حصوں میں ملتا ہے جن میں بحرِ ہند اور ہندوستان بھی شامل ہیں لیکن انگلستان میں شاذ ہی پایا جاتا ہے، عضویئے محرقة ناهمیاں ب (سینس پیرائٹیفوسس بی) زیادہ عام طور پر انگلستان میں ملتا ہے، لیکن جرمنی اور امریکہ میں بھی ملتا ہے۔ مگر مصیبتوں کی یہ دونوں قسمیں ان مسمومی حیات (enteric fevers) میں موجود ہیں، جو جنگ عظیم کے دوران میں درداہن سال اور مصر میں پھیلے ہوئے تھے اور وہاں محرقة ناهمیاں (پیرائٹیفائیڈ) کی وارداتیں تعداد میں ان وارداتوں سے بہت زیادہ واقع ہوئیں۔

جو عصبہ محرقہ (سیلس ٹائیفوس) کے باعث ہوئی۔

بحث اسباب۔ محرقة نسا حیات کے پھیلاؤ کے قیاسی امر اسے ماطرہ ہی

معلوم ہوتے ہیں جو خود تپ محرقة کے وقوع میں مدد ہوتے ہیں۔ یہ امراض بالخصوص بیماروں کے اور مالمین کے مختلف گردہوں کے براز کی واسطت سے پھیلتے ہیں۔ لیکن یہ لباس بستر کے کپڑوں وغیرہ کے ذریعہ سے بھی پھیلتے ہیں۔ مختلف حالتوں میں آب نوشیدنی، دودھ، مکھیاں، گرد وغبار، گھونگھسا مچھلی اور دوسرے ماطات کا تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 80)۔

علامات اور مہم مرض۔ دونوں قسموں کے علامات اور امراضیات مائل

ہیں، اور وہ ایک دوسرے سے محض التفریقی کاشتات (agglutination tests) سے یا خون یا براز سے عصبہ کی علیحدگی کے ذریعہ تیز کی جاسکتی ہیں۔ تیز وہ خود تپ محرقة کے علامات و امراضیات سے فی الحقیقت مختلف نہیں ہیں، اور ذیل میں وہ مخصوص حالتیں درج کیجاتی ہیں جو تپ محرقة کے نسبت ان میں کم و بیش زیادہ متواتر مشاہدہ کی گئی ہیں:۔ مثلاً بیان کیا جاتا ہے کہ نگہانی آغاز محرقة نسا حیات (paratyphoids) میں زیادہ عام ہوتا ہے، کلائی دسے زیادہ سرخ اور زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ طحال زیادہ اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور زیادہ کلائی یافتہ ہوتی ہے۔ ارتفاع تبش کے مقابلے میں تبش غیر معمولی طور پر سست ہوتی ہے، بلکہ اتنی سست کہ فی سنٹ پچاس ہوتی ہے۔ درد شکم اکثر موجود ہوتا ہے اور اسی واسطے التهاب زیادہ دودھ (appendicitis) سے اور اگر زیادہ اسہال ہو تو زحیر (بحرش) کے ساتھ خلط خلط ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ لیکن یہ نہیں بھولنا چاہئے کہ تپ محرقة کے علامات میں بھی بہت بڑے اختلافات موجود ہوتے ہیں۔

تپ کی مدت اتنی کم کہ دس دن اور اتنی زیادہ کہ اٹھارہ یا اکیس دن ہو سکتی ہے، اور یہ زیادہ طویل عرصہ محرقة نسا (پیرائٹائڈی) کے نسبت زیادہ تر محرقة نسا (لغا) (پیرائٹائڈا) میں ہوا کرتا ہے۔ تب اکثر ۱۰ درجہ اور ۱۰.۲ درجہ کے درمیان کم و بیش ہوتی رہتی ہے اور ۱۰.۳ درجہ سے اوپر شاذ ہی ہوتی ہے۔ دیکھتے تپ محرقة کی طرح تعداد میں مختلف ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ نحوٹے

عرصے والی قسموں میں تپ کے اختتام کے قریب تک ظاہر ہوں۔

محرقة نسائت میں پیچیدگیاں اُسی طرح کی واقع ہوتی ہیں جیسی کہ تپ محرقة میں دیکھی جاتی ہیں، لیکن اُن میں یا تو محرقة تمام عصبیہ کی وجہ سے یا دوسری سرایتوں کے باعث مہلک کے علاوہ دوسرے اعضا کے انتہائی اضرار بھی موجود ہوتے ہیں۔ اور بعض اوقات یہ اس مرض میں اس قدر جلد واقع ہو جاتے ہیں کہ تا وقتیکہ نوعی کاشفات استعمال نہ کئے جائیں تو یہ اصلی مرض کے طرف سے ہٹ جاتی ہے۔ ڈاکٹر سی۔ ایچ۔ ملر (Dr. C.H. Miller) نے محرقة نما تپ کی کئی قسمیں شناخت کی ہیں، جنکی قیمن اُن اعضا یا نظامات کے لحاظ سے کی جاتی ہے، جن پر مختلف حالتوں میں سب سے زیادہ یا سب سے پہلے حملہ مرض ہوا ہو۔ چنانچہ وہ زحیری (dysenteric)، صفراوی (biliary)، کلی (nephritic) یا بولی (urinary) ریوی (pulmonary)، ریشمی (rheumatic) اور انفلوئنزا (influenzal) اور سسم الدمی (septicæmic) قسمیں بیان کرتے ہیں۔ اسی لحاظ سے محرقة نمکی وباؤں کے دوران میں یرقان (jaundice)، زحیری اسہال (dysenteric diarrhoea) حاد شبعی التهاب (acute bronchitis)، ذات الریمہ (pneumonia) یا التهاب گردہ (nephritic) کی حالتوں میں اس سرایت (پیرائٹائڈ) کے امکان کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہیے۔ محرقة تپ کی حالتوں میں ہلاکت عام طور خفیف سمجھی جاتی ہے، لیکن ۳۰ فیصدی۔ لیکن سپاہیوں میں واقع ہونے والی وارداتوں میں شرح ہلاکت بعض اوقات اتنی زیادہ ہوئی ہے کہ وہ ۵۰ فیصدی تک پہنچی ہے (Miller)۔

93

بعد المات بعض حالتوں میں کوئی معوی اضرار نہیں پائے گئے، اور دوسری حالتوں میں پیچیدگی جکیتوں کا تفریح یا انفالکسی (ایلیئم) اور قولون کے جراثیم منفرد کا تفریح پایا گیا ہے۔ طحال کی کلائی، نیز غدہ سارمیتی کی کلائی پائی جاتی ہے۔

تشخیص۔ محرقة نسائت اور ب کی سرایت اور محرقة سرایت کے مابین

یقینی تشخیص صرف جرثومیاتی امتحان اور التزاتی تفاعلات (agglutination reactions) سے کیا جاسکتی ہے۔ خون، بول یا براؤں کی کاشت کے مثبت نتیجہ سے تشخیص کا فیصلہ فی الفور ہو جائے گا۔ اگر یہ ہو سکے تو مریض کے معمل کا امتحان مختلف عضویات کے مقابلہ میں کی

الزاقی قوت دیکھنے کے لئے کرنا چاہئے۔ اگر مریض کو عضویوں کے سموی گروہ کے خلاف کوئی حفظ اتقدمی نظمیات پہلے کبھی نہیں پہنچے ہوں تو الزراقی کا شغ (agglutination test) سے صرف ایک ہی موقع پر تشخیصی نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ لیکن اگر پہلے کبھی اسکی تقسیم محسوس عضویوں سے یا محرقة اور محرقة نما قسموں کی ایک مخلوط بقدریں (mixed vaccine) سے کیا جائیگی ہے تو الزراقی تعلقات نمایاں طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں یہ کا شغات تشخیص کے لئے اسی وقت کار آمد یا قابل اعتماد ہو سکتے ہیں جبکہ انھیں ڈریئر (Dreyer) کے ایجاد کردہ کئی کلان بینی طریقہ (quantitative macroscopic method) سے انجام دیا جائے۔ اس ماہر نے بتلادیا ہے کہ سرایت پیدا کرنے والے عضو سے ملنے والے مصل کی الزاقی قوت میں ایک تدریجی زیادتی کے بعد پھر کمی ہو جاتی ہے۔ اس الزاقی منحنی (agglutination curve) کو قائم کرنے کے لئے کم از کم تین استحقاق تقریباً چار چار دن کے وقفوں سے کرنے چاہئیں چنانچہ مثلاً محرقة مسا الف (پیرائٹا نفاڈا اے) کے ایک مریض میں جس میں تینوں عضویوں کی تقسیم کر دی گئی ہو، پایا جائے گا کہ مصل ان تینوں کے تینوں کا الزراقی پیدا کر دیتا ہے لیکن محرقة مسا الف (پیرائٹا نفاڈا اے) کے لئے مصل کی قوت الزراقی میں زیادتی ہو گئی ہے، جسکے بعد جوں جوں فیتہیت قائم ہوتی جاتی ہے اس قوت الزراقی میں کمی ہو جاتی ہے۔

تحریر۔ تمام معلوم تفسیسی حالات، آب نوشیدنی، آلودہ کپڑوں، کھیلوں،

گرد و غبار وغیرہ کا لحاظ ضروری ہے۔ اور جہاں سرایت کے خطرے کا تقریباً یقینی طور پر اسکان ہو (جیسے کہ جنگ کی حالت میں) ایسی بقدریوں کے ذریعہ سے جو دونوں قسم کے معیتوں سے تیار کر گئی ہوں، تحریری تقسیم عمل میں لائی جاسکتی ہے۔

علاج۔ یہ دہی ہے جو تپ محرقة میں ضروری ہوتا ہے۔

طوطاروک

(PSITTACOSIS)

یہ وہ عضو ہے الذی حالت ہے جو طوطوں (پٹاکوسس) میں ہوتی ہے، اور جس میں موی التهاب (enteritis) جو کبھی کبھی تیزی ہوتا ہے، ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ یہ مرض ایک عصیتہ کے باعث ہوتا ہے، جو محسوس ہوتی گروہ سے تعلقی رکھتا ہے اور طحال، مغز، استخوان اور خون میں پایا جاتا ہے۔ یہ مرض دوسرے پھوٹے جانوروں اور پرندوں، نیز انسانوں میں متقال پذیر ہو گا ہے، غالباً ان پرندوں کے ذریعہ سے جو برازیل، ماریشس، آلودہ ہو گئے ہوں، انسان میں اس کا زمانہ حضانت تقریباً دس دن ہے، جبکہ گزرنے کے بعد تپ، درد، عدم اشتہا، بے چینی، ہڈیاں اترنے، اسہال اور البیو مین بولیت واقع ہوتے ہیں۔ بہت سی حالتوں میں براکونوید (نفسی التهاب شش) دیکھا جاتا ہے اور شرح اموات تقریباً ۳ فیصدی ہوتی ہے۔ اس کا عضو یہ قلب کے خون میں سے ملحدہ کیا گیا ہے۔

دماغی نخاعی بخار

(CEREBRO-SPINAL FEVER)

دماغی نخاعی التهاب سحایا (cerebro-spinal meningitis)

دھبے دار تپ (spotted fever)

یہ مرض پہلے جنیوا میں ۱۸۰۵ء میں شناخت کیا گیا۔ ۱۸۶۰ء سے یہ یہاں متحدہ اور جرمنی میں پھیلا ہوا رہا ہے۔ ۱۸۶۶ء میں یہ آئرستان میں نمودار ہوا اور

۱۹۶۶-۶۷ء میں پھر شدید شکل میں ہوا۔ اور ۱۹۶۷-۶۸ء میں چند سو افراد میں گلاسگو میں اور اسکاٹ لینڈ کے دوسرے شہروں میں اور چند لندن میں ہوئیں۔ یہ مرض مقامی (endemic) ہوتا ہے اور انفرادی یا منتشر (sporadic) وارداتیں بالخصوص بیشتر خوارپچوں میں ہوتی ہیں۔ آغا لڈکے میں اس مرض کو پہلے نوتھر قاعدی التهاب سمجھا (posterior basal meningitis) کہا کرتے تھے۔ یہ مرض اکثر دہائی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ ایسا اس ملک (انگلستان) میں سوائے اور ۱۹۱۶ء میں واقع ہوا۔

بحث اسباب۔ اس کا نوعی مضویہ ایک دو بنقبہ (ڈپلو کاکس)

(D. meningitidis intracellularis of Weichselbaum or meningococcus) ہے، جو سمائی ارتشاحات (meningeal exudations) کے کثیر الاشکال توانی غلیات ہینا کے اندر، لیکن غلیوں کے درمیان بھی آزاد دپڑا ہوا ہوتا ہے۔ نیز وہ بعض اوقات خون میں، مفاصل سے نکلی ہوئی پیپ میں یا پیچھے پیروں میں ریوڑی التهاب (نوتیرہ) کے ماسکوں (مرکزوں) میں، اور انفی بلعوم کی مخاط میں ملتا ہے۔ جب میننگو کاکائی (meningococci) یعنی سمائی التهاب کے بنقبات کا ان کے الزاتی تعاملات کے ذریعے امتحان کیا جاتا ہے تو وہ دو خاص گروہوں میں تقسیم ہوتے ہیں۔ یہ بعض اوقات میننگو کاکائی (meningococci) (سمائی بنقبات) اور پیرا میننگو کاکائی (parameningococci) (شیبہ سمائی بنقبات) کے ناموں سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ ہر گروہ پھر (الزاتی ہی کے ذریعہ) متعدد مختلف نسلوں (strains) میں انقسام پذیر ہے۔ جہاں تک کہ ان کے خصائص کاشت کا تعلق ہے یہ مختلف گروہ ایک دوسرے سے علیحدہ نہیں کئے جاسکتے اور اس امر کی بھی زیادہ شہادت موجود نہیں ہے کہ یہ مختلف ملاقات پیدا کرتے ہیں۔ بالکل تندرست اشخاص کے انفی بلعوم میں میننگو کاکائی کا ملنا ممکن ہے۔ ان اشخاص کو حاملین (carriers) کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ میننگو کاکائی جو دہاں مننی رہتے ہیں وہ تمام وقتاً ایک منجی شکل اختیار کر لیتے ہوں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ باپھوٹ پڑتی ہے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ بیشتر اوقات حاملین خود مرض میں مبتلا نہیں ہوتے بلکہ وہ لوٹے اور کھانسنے میں اپنا ریتی (لعاب دہن) باہر پھینک کر عضویوں کو پھیلا دیتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ

جس پذیر اشخاص ان عضویوں کو اپنی سانس میں اندر لیکر سرایت حاصل کرتے ہیں اور مرض میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔ عموماً آبادی کے تقریباً ۵ فیصدی اشخاص حامل ہوتے ہیں۔ جب یہ تعداد ۲۰ فیصدی تک پہنچ جاتی ہے تو ممکن ہے کہ وبا پھوٹ پڑے۔ یہ وبا انفلونزا کی طرح ساری قوم میں عالمگیر طور پر نہیں پھیلیتی، بلکہ مبتلا ہونے والے اشخاص خال خال ہوتے ہیں۔ پہلے اکثر نوعمر بچے مرنے ہوا کرتے تھے، ۸ فیصدی مریضوں کی عمر سو سال کے اندر تھی، اور پیدائش سے ۵ سال تک کی عمر سب سے زیادہ جس پندرہ تھی۔ ۱۹۱۵-۱۶ء کی وبا میں یہ رجحان نہیں ظاہر ہوا۔ عموماً دونوں منقوں پر تقریباً سادی طور پر حمل ہوتا ہے۔ یہ مرض مومنوں کے مہینوں میں زیادہ پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اثر دماغ (جیسا کہ آغا ز جنگ میں افواج میں واقع ہوا) اور نازلی امراض خلق کی موجودگی پھینکنے اور کھانسنے کی وجہ سے اس کو پھیلانے کا رجحان رکھتی ہے۔

امراضیات۔ اس امر کے متعلق بہت کچھ بحث و مباحثہ رہ چکا ہے کہ معیہ التهاب سحایا کیونکر سحایا تک پہنچ جاتا ہے۔ اس شبہ قدیم خیال کو کہ وہ انقباضی بلعوم سے جوڑوں یا معصہ خرابائیں (cribriform plate) کی راہ سے راست دماغ تک پھیل جاتا ہے، امتحان بعد المات میں جو فوفوں کے اندر پیپ پائے جانے سے کسی قدر تاخیر حاصل ہو گئی ہے۔ تاہم بہت سی حالتوں میں استیاط کے ساتھ تلاش کرنے پر بھی اس قسم کا نتیجہ نہیں پایا گیا۔ اس کے برعکس گذشتہ وبائے دوران میں مریضوں میں التهاب سحایا کے طے سے پہلے ہی معیہ التهاب سحایا (مینگوککس) خون اور جلدی اضرار سے ملکہہ کیا گیا، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ جیسا کہ دوسرے عنوانات الدم (septicemias) میں ہوتا ہے، سحایا بھی غالباً جوئے خون کی راہ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں اور انقباضی بلعوم (اولی ماسکہ) (استثنائی مرکز سرایت) ہوتا ہے۔

حال ہی میں ایک قسمی رائے ظاہر کی گئی ہے (۱۳) کہ یہ کہ سرایت خون سے شیمی صغیروں (choroid plexus) میں پہنچتی ہے اور پھر دماغ سے درون بینی ریتال (intraventricular fluid) میں منتقل ہو جاتی ہے۔ اس ریتال کا طبعی گذر اس سے بطن چہارم (fourth ventricle) کی سقف کے اندر ہو کر اس کے باہر کی تحت اشکوبی فضا (subarachnoid space) میں پھیلتا ہے، لیکن التهابی حاصلات محیط پر محیط

ہونے کا خاص رجحان رکھتے ہیں، جہاں سیتال سموناٹنڈ ہوجاتا ہے یعنی فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) پر اور شوکی قتال میں۔ اس کی شہادت درج ذیل ہے:- (۱) یہ کہ خالط (fulminating) حالتوں میں عصیات التهاب سہیا (میٹنگلوکائی) صرف ٹیٹینات کے اندر ہی پائے جاتے ہیں اور سہیا کا کوئی محسوس التهاب نہیں ہوتا، لیکن ششی ضغیروں کا التهاب مادہ موجود ہوتا ہے۔ (۲) نسبت کم مادہ حالتوں میں ٹیٹینی کچھ کے (ventricular puncture) سے نکالے ہوئے سیتال میں [اگرچہ کہ اس کے ترکیبی اجسزاد ہی ہوتے ہیں جو کہ قطعی کچھ کے (lumbar puncture) سے نکالے ہوئے سیال کے ہوتے ہیں] قیعی غلیظت ہمیشہ نسبت کم ہوتے ہیں، جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ یہ محیط پر جمع ہو گئے ہیں۔ اس رائے کی تائید میں کتوں میں یہ دکھایا گیا ہے کہ جب ہندوستانی سیاہی (indian ink) کا شراب ٹیٹینات کے اندر کیا جاتا ہے تو وہ ٹیٹین چہارم سے اوپر کو تخت العکبوتی فضا (subarachnoid space) میں بجادینا (sulci) کے برابر برابر پھیلی جاتی ہے۔ اس کا اس طرح جانا التهاب سہیا (meningitis) میں پیپ کے پھیلاؤ سے مشابہ ہوتا ہے۔

مرضی انتشاریج - دماغ اور نخاع کے سہیائے خیف کا حادثہ التهاب

(lepto-meningitis) موجود ہوتا ہے۔ قاعدہ دماغ پر فضا سے ذوار بعد الاضلاع (quadrilateral space) میں اور انحداب پر نسبت بڑے عروق دویہ کے برابر برابر اور شقوق (fissures) میں پیپ اور لطف یا افراط موجود ہوتے ہیں۔ جل شوکی (نخاع) میں پھیلی سطح اعلیٰ سطح کے نسبت، اور قطعی خطہ دوسرے حصوں کے نسبت زیادہ مؤف ہوتا ہے۔ ٹیٹینات دماغ میں گندلا مصل یا پیپ موجود ہوتی ہے۔ وہ ابتدائی درجوں میں جرم دماغ کے اذیمیا کے باعث جسامت میں کم ہوجاتے ہیں۔ قشر دماغ میں منقط نزفات (punctiform hemorrhages) پسیدہ جسامت کے اجتماعات یا اصلی خراج (پھوڑے) پائے جاتے ہیں۔ دوسرے تغیرات جو پائے جاتے ہیں حسب ذیل ہیں:- شش، جگر، طحال، اور گردوں کا استلا (congestion) کلوی سر حلاک شمی انحطاط، اور ارادی عضلی ریشوں کا ذرقی انحطاط، بعض اوقات گرد قلب اور ٹیٹورا

کا کہ تم (ecchymosis) اور مفاصل کا قلعہ۔ خالط (fulminant) حالتوں میں اکثر سرگردوں (adrenals) میں ترقی ہوتا ہے۔ زیادہ عرصے کے مریضوں میں نمسیاں (pia-arachnoid) (hydrocephalus) وجود ہوتا ہے اور خون ٹنکوتا ہے۔ ایک ایسا غیر شفاف منظر پیش کرتا ہے کہ گویا اس کی سطح پر آنا چھڑک دیا گیا ہو۔ یہ زیادہ اتھالی یافتہ بن جانے کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس وقت التهاب کا نتیجہ ہے۔ استسقاء الدماغ قاعدہ دماغ کے گرد کے دماغی خفگی سیال کے مخرج (یعنی سورج خائے) بھرتی و نکشکا (foramina of Majendie and Luschka) [مسدود ہوجانے کی وجہ سے ہوجاتا ہے] کیونکہ وجہ ماد میں جب درم سے ٹھوٹا ہوا دماغ نیچے کو استوار (سخت) سوراخ کبیر (foramen magnum) کے اندر دھکیلا جاتا ہے تو اس مقام پر دباؤ پڑتا ہے۔ شیرخوار بچوں میں قلعہ التهاب سہا (suppurative meningitis) بعض اوقات قلعہ دماغ (vertex of the brain) تیز قاعدہ دماغ میں پایا جاتا ہے، لیکن دوسرے اوقات میں قلعہ مغز اور نہ ہوتا ہے، اور صرف قاعدہ دماغ اور خندع متاثر ہوتے ہیں۔ یہی آخری حالت وہ ہے جسکی وجہ سے یہ مرض "مؤخر قاعدی التهاب سہا" (posterior basic meningitis) کے نام سے مشہور ہے۔

علامات و عمر زمانہ حضانت اس قدر مختصر کہ ایک یا دو دن ہو سکتا ہے

لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ وہ نسبت بہت زیادہ طویل ہو۔ مرض تباہ نہایت تیز پزیر ہوتا ہے کچھ افس کی متعدد مختلف سریریاتی غلطیوں بیان کی گئی ہیں۔ لیکن دو خاص طور (phases) ہوتے ہیں یعنی (۱) عام دوسری سرایت (۲) سہا کے اندر مقامیت۔ یہ دونوں طور یکے بعد دیگرے عموماً اس ترتیب میں واقع ہوتے ہیں۔ مندرجہ ذیل جماعت بندی روئے سن (Rolleston) کی ہے۔

۱۔ خالط قسم (fulminating type)۔ یہ عموماً آٹھ یا دس گھنٹوں کے

اندز ہلک ثابت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مانیائی علامات کے ساتھ شروع ہو یا مریض یکایک بے ہوش ہو جائے یا پھر ابتدائی سے ہبوط آتے اور شدید دردمسرا اور بعض اوقات

اہمال اور ایک پُر پورائی توران (purpuric eruption) ہوا اور ساتھ ہی بڑے بڑے
نزلی رقبے ہوں لیکن ہے کہ التهاب سہایا کے علامات بالکل نہیں اور مریض کے جوش و دھواں آخر تک
قائم رہیں۔ دوسری حالتوں میں کوما (coma) جلد ہی طاری ہو جاتا ہے۔

۲۔ جاو قسم انفلوئنزا کے موکی طرح نگہانی طور پر در در سر پ اور تھے کے ساتھ اور
خاکر بچوں میں تشنج کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ التهاب سہایا کے علامات چند ہی گھنٹوں میں
ظاہر ہو جاتے ہیں۔ پشت گردن کے عضلات اکڑ جاتے ہیں (سر کو سامنے کے طرف جھکانے کی
کوشش کر کے سہاگہا کرنا ہو سکتی ہے) اور اکثر مہینہ عضلات کے انقباض سے پیچھے کھینچ جاتا ہے لیکن
اور قطنی عضلات بھی اسی طرح ماؤف ہو سکتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پشت سیدھی ہو
جاتی ہے (orthotonus)۔ راست تنیدی (یا بلکہ گمان کی طرح یوں خمیدہ ہو جاتی
ہے کہ اس کا انتعار پیچھے کے طرف ہوتا ہے (opisthotonus) پس تنیدی اور
بعض اوقات ٹانگیں اور بازو طنائی تشنج (tonic spasm) میں خمیدہ ہو جاتے ہیں۔ اکثر
در در نیچے تک جو ارج اسفل کے عضلات کے اندر پھیل جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ میل دی میس
حسیت (hyperaesthesia) بھی موجود ہو۔ گھٹنے کے جھٹکے اکثر قائل ہوتے ہیں لیکن
یہ بھی ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں۔ امارت کرنگ (Kernig's sign) عملاً ہمیشہ موجود
ہوتی ہے لیکن امارت بشکی (Babinski's sign) جو اکثر ایک جانب تک محدود ہوتی ہے سر شاہد میں آتی ہے (۷۳۲)
(۷۳۲) علامتوں سماعت (732, 734) لیکن علامات کے علاوہ جو شوکی اعصاب کی جڑوں کی پھیر کے سبب سے پیدا ہوتے ہیں
دوسرے علامات بھی ہیں جو دماغی اعصاب کی انوریت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ یہ مختلف حالتوں میں سب
ذیل ہو سکتے ہیں:- استرخا (ptosis) (۳۶۶) یا خول (strabismus)
(۲۵) عموماً پٹکیوں کا اتساع (dilatation) یا عدم ساواۃ۔ یا وجہی عضلات کا انقباض۔
لیکن ناک بشکی (trismus) شاذ ہوتی ہے۔ التهاب قزم بصیری (optic neuritis)
(۱۰) اور التهاب ملتہر (conjunctivitis) (۵۵۲) اور کلی التهاب بین (panophthalmitis)
(۱۴) واقع ہوتے ہیں۔ کان کا درد، طینین الاذن (tinnitus) اور نقص سماعت غیر عام

۳۔ دماغ کے اندر دیکھے ہوئے امداد سرری طور پر آن حالتوں کی فیصدی تعداد ہر رقبے میں جن میں وہ مخصوص علامت
واقع ہوتی ہے۔ یہ فیصدی تعدادیں مختلف ہاؤں میں بہت تغیر پذیر ہوتی ہیں۔

نہیں اور ممکن ہے کہ تیر (labyrinth) یا بل گوش (tympanum) کا قلع و قمع ہو جائے جس شامہ کی کمی بھی دیکھی گئی ہے۔ غنودگی، ہڈیان اور کوما، بعض اوقات چین اسٹوکیٹس (Cheyne-Stokes' breathing) کے ساتھ، یا تشجات دوران مرض میں بتدریج طاری ہو جاتے ہیں، اور موت مختلف حالتوں میں تغیر پذیر سرعت کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔ تب ابتدا ہی سے موجود ہوتی ہے، لیکن کوئی باقاعدہ عمر نہیں اختیار کرتی۔ وہ متغیر (remittent) یا وقف دار (intermittent) ہوتی ہے، شاید ایک یا دو دن کے لئے درجہ طبعی پر رہ کر پھر زیادہ ہو کر ۱۰۲ یا ۱۰۴ درجہ تک پہنچ جاتی ہے، مگر ۱۰ درجہ سے شاذ ہی متجاوز ہوتی ہے۔ کبھی کبھی ہلاکت خیز خاتمہ سے پہلے پیش ۱۰۸ یا ۱۰۹ درجہ ہو جاتی ہے۔ شفا یابی کی صورت میں پیش بتدریج اور بے قاعدگی کے ساتھ کم ہو جاتی ہے۔ بغیر تغیر پذیر ہوتی ہے۔ وبائی، التهاب سحایا (epidemic meningitis) کا اہم خاصہ جلدی ٹورنٹ کا وقوع ہے۔ سب سے پہلے ظاہر ہونے والے گلانی دھبے بثور (papules) یا منشی (petechiae) ہیں جو مرض کی عنوانۃ الدی کل میں سدادات (emboli) کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہی نملہ (herpes facialis) جو عموماً ایک عام ترین طغ (۵۰) سمجھا جاتا ہے تقریباً چوتھے دن واقع ہوتا ہے۔ مطلقاً نملہ (herpes zoster) نسبت بہت زیادہ شاذ ہے۔ یہ طغفات ایک ساتھ موجود ہو سکتے ہیں۔ بعض اوقات سفاسل التهاب فشائے زلالی (synovitis) کے باعث (۱۰) ملہب، گرم، سرخ، دردناک اور متورم ہو جاتے ہیں۔ یہ ایسی حالت ہے جو عموماً رُفخ ہو جاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ بڑھتے بڑھتے نتیجے تک پہنچ جائے۔ شکم اکثر باز کشیدہ (پچکا ہوا) ہوتا ہے۔ طحال اکثر بڑھی ہوئی نہیں ہوتی بول میں ممکن ہے کہ تھوڑا سا لیمفوسین ہو یا عکس کی برائے نام (خفیف سی) مقدار موجود ہو۔ بعض اوقات التهاب بَرَنج (epididymitis) اور التهاب خصیہ (orchitis) التهاب شعبہ (bronchitis) ذات الریمہ (pneumonia) ذات الجنب (pleurisy) التهاب درون قلبہ (endocarditis) اور مخفی التهاب گرد قلبہ (latent pericarditis) واقع ہو جاتے ہیں۔ کثرت غلیظات بیضا ... ۱۵ سے ۶۰۰۰ تک ہمیشہ ہوا کرتی ہے، اور یہ کثرت تقریباً ہمیشہ کثیر الاطکال نواتی غلیظوں کی ہوتی ہے۔ صرف کبھی کبھی خیر خود اور نومرہ بچوں میں لطف خلویت (lymphocytosis) (لمفی غلیظوں کی کثرت) ہوتی ہے۔

اگر ایک قطنی کچوکا (lumbar puncture) لگایا جائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۸۶) تو ممکن ہے کہ اس طرح نکالا ہوا سیال ابتدائی درجوں میں صاف ہو، مگر وہ عموماً گذر (گدلا) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ قیمی (سیرپ دار) ہو۔ وہ ۱۵۰۰ لی میٹر سے ۶۰۰ یا ۵۰۰ لی میٹر کے بڑے ہو دباؤ کے تحت باہر نکلتا ہے اور اس کی مقدار ۲۰ یا ۳۰ مکعب سنٹی میٹر تک پہنچ سکتی ہے۔ اس میں البیومین اور گلوبولین (globulin) کی بڑھی ہوئی مقدار میں موجود ہوتی ہیں اور حادہ جوں میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے (polymorphonuclear leucocytes) پائے جاتے ہیں جنکے اندر نبتہ التهاب سمایا (meningococcus) موجود ہوتا ہے۔ یہ عضوئے دماغی نخاعی سیال کے اندر آزاد بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ مزمن حالتوں میں لمبی خلیے بعض اوقات معمول سے زائد تعداد میں موجود ہو سکتے ہیں۔

۳۔ نامکمل شکلیں (abortive forms) دو قسموں کی ہوتی ہیں: (الف) وہ حالتیں جو عفونتہ الدمی درجہ سے آگے نہیں بڑھتیں اور پھر سمائی حملہ سے پہلے ہی چھوٹ جاتی ہیں یا ڈسٹالیس گھٹنے کے اندر بہتر (اچھی) ہو جاتی ہیں۔ (ب) خفیف حالتیں جن میں دونوں قسموں کی علامتیں ہوتی ہیں۔ نامکمل حالتوں میں ٹکشات (relapses) یا عودات مرض (recrudescences) واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

۴۔ مزمن شکلیں: (۱) خالص عفونتہ الدمی اور اکثر غیر مشخص قسم جو ہفتوں تک جاری رہ سکتی ہے اور جس میں طیر یا کی طرح توجہی ارتقاعات پیش در دو مفاصل، التهاب خصیہ اور مختلف جلدی طفحات ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ شکل ایک متعین سمائی التهاب کے حملہ کے بعد واقع ہوتی ہے۔ (۲) قوریہ بندہ (encysted) اور خانہ دار التهاب سمایا (loculated meningitis) یہ انفضات یعنی چپکیوں سے کچھ فضا مسدود ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے جس میں دماغی نخاعی سیال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ قسم بالخصوص شیرخواروں میں ایک منتشر یا انفرادی مرض کے طور پر واقع ہوتی ہے اور پہلے مقرر قاعدی التهاب سمایا (posterior basic meningitis) کے نام سے یاد کی جاتی تھی۔ بیشتر بالنگی شکلوں سے اس کی شناخت مندرجہ ذیل امور کے باعث ہوتی ہے:۔ (الف) مرض کا ازان (chronicity) (ب) جلدی ثورات کا شانہ ہونا (ج) دو زبان مرض میں مرئی شبکی تغیرات یا التهاب قرص بھری کے بغیر بالکل ابتدا ہی میں نقصان بصارت کا وقوع (د)

بہرے پن کا شاذ ہونا۔ اکثر بیش تیزی (hyperaeruity) موجود ہوتی ہے اور کچھ خفیف ترین سما آواز پر ہیخ اٹھتا ہے۔ (۱۰) ریشہ کی غم پذیری کی وجہ سے پس تنیدگی (opisthotonus) کا نمایاں ہونا۔ (۱۱) درون جھجھی دباؤ کی زیادتی کی وجہ سے یا فونخ (fontanelle) کا آٹھرا (۱۲) مارست کرنگب ابتدا کسی قدر غیر مستقل ہوتی ہے لیکن اواخر مرض میں وہ اکثر موجود ہوتی ہے۔ مگر مرض نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کچھ ہفتوں تک پیش پیش رہے ابتدا اس کا تغذیہ اچھا ہوتا ہے لیکن بعد میں وہ لاغر ہونا شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کامل شفا ہو جائے یا استعقار الدماغ دماغی دو جانبی فالج (cerebral diplegia) (۱۳) قلت ذہن (mental deficiency) یا بہرگو نگاہن (deaf-mutism) پیدا ہو جائے۔

تشخیص۔۔ یہ دوران و بایں مشکل نہیں۔ نیز خصائص حسب ذیل ہیں۔

نالیانی حلہ در دسرتے پشت و جوارح کا درد، اکثری ہونی گردن، اور شعوی نلہ (herpes labialis) معلوم ہوتا ہے کہ پچہ پڑرائی دوران بھی اُسے فقیمی التهاب سہا کی تدری اور دوسری لاشلا یوٹو کاکی، انفلوئنزائی اکثریوٹو کاکی وغیرہ قسموں سے شناخت کرنے میں مدد ہوتا ہے جن کا ہمیشہ احتیاط کے ساتھ خیال رکھنا چاہئے۔ ہم سہی حالتیں و شفا وہ جو بعض اقسام کی غذائی سمیت سے پیدا ہو جاتی ہیں (فعلی سے یہی مرض سمجھ لی گئی ہیں)۔ تمام حالتوں میں یہی مناسب ہے کہ قلعی کچھ کا ٹکڑا کر بعد التهاب سہا یا دیننگو کا کس کے گرد یعنی استمان سے یا اس کا کاشت تیار کر کے مرض کی نوعیت ثابت کر دی جائے یوٹو قاعدی شکل (posterior basal form) کے آخری درجوں میں ممکن ہے کہ شلال کے اندر عضو سے نظر آئے، اور کثیر الاشکال نواتی غلیتوں کی جگہ معنی علیہ لیلیں۔ ابتدائی درجوں میں خون سے عضووں کی کاشت بھی تیار کی جاسکتی ہے۔ حال ہی میں تشخیص کے لئے درون بطنی کچھ کا (intraventricular puncture) بھی استعمال کیا گیا ہے (۱۴) شیرخواروں میں یا فونخ مقدم (anterior fontanelle) کی راہ سے شلال حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بانوں میں جگہ کو قوتہ الراس (vertex) پر یا تو خط درمیانی سے ایک کب سٹی میٹر یا ۶ سٹی میٹر فاسلہ پر تجید نے کے لئے گوٹزے کی مجرائی مشتب (Goetze's channel borer) استعمال میں لایا جاتا ہے۔

مختلف اوقات میں اور خاص کر ابتدائی درجوں میں بہت سے امراض دماغی نخاعی بخار کے ساتھ خلط طوطی دے گئے ہیں، جیسے کہ ذات الریہ (نمونہ)، انفلوئنزا اور کھسار عارضہ التهاب راد النخاع (acute poliomyelitis)، انہی نام نہاد التهاب اسمائی شکل میں اس سے قریبی مشابہت رکھ سکتا ہے، اور تشخیص صرف قطعی پنچو کے (lumbar puncture) کے بعد ممکن ہے۔

انذار۔ شرح ہلاکت عطف دباؤں میں ۲۰ سے ۹۰ فیصد تک متغیر رہی ہے لیکن ان حالتوں میں جسکا علاج دیکھا گیا ہو ۵۰ فیصد سے نیچے شاذ ہی رہتی ہے۔ شیرخواروں میں دباؤں کے دوران میں اور عطف حالتوں میں یہ مرض نہایت ہلکا ہوتا ہے۔ معقول مصلی علاج سے ہلاکت ۱۸ فیصد تک گھٹادی گئی ہے۔ گدشتہ دہا سے یہ اثر (خوال) پیدا ہوا ہے کہ اگر مرض جانبر ہو گیا تو سوائے پہرے پن کے وہ کسی مستقل ناقابلیت میں مبتلا ہونے کا امکان نہیں رکھتا۔

تحریر۔ جیسا کہ اسباب مرض سے ظاہر ہو گا بعض مام تدریس میں اختیار کرنی چاہئیں۔

فوجی اور بحری افواج کی حالت میں ان لوگوں میں سے جو اس مرض کے مبتلاؤں کے تماس میں تھے (نام نہاد متاسین = contacts) حاملین سرایت (carriers) کا علاج اختیار کیا گیا۔ حامل کی تشخیص ایک پچھری لگا کر کی گئی (جو تار پر لگی ہوئی تھی) اور ایک خمیدہ ہرے والے خیشہ کے انبوبہ میں سے ہونکناک کے پیچھے گذاری گئی، تاکہ واپس نکالتے وقت پچھری دہن اور زبان سے بھی رہے۔ اگر کوئی شخص حامل ثابت ہوا تو اس کا علاج ناک اور حلق میں کسی دافع عفونت دوا [مثلاً پراسپرنیگناس] ۱۰۰۰ میں احمہ کے پاشا (spraying) سے یا ناک کے اندر اسی کے نفوخ (insufflation) سے کیا گیا۔ ایک نئے دافع عفونت کلورامین ٹ (chloramine-T) کے استعمال سے حاملین کی عفونت کا ازالہ کارگر طور پر کیا گیا ہے۔ اس کا ۲ فیصدی طاقت کا محلول ایک کوشک پاشقشقی (inhalatorium) کے اندر چھڑک کر حامل کو اس کمرہ میں ایک ایسے عرصہ کیلئے رکھ دیا جاتا جو بیس منٹ سے زیادہ ہوتا۔ اس عمل کے بعد وہ دقیقہ حضوریوں سے پاک پایا گیا اور پھر وہ سرایت رساں درجہ ذاتی کلورامین ٹی (dichloramine-T) کا روٹنی محمولات

کے اندر رشتاش (چھڑکنا) بھی مفید پایا گیا۔ وباؤں کے زمانہ میں بخورہ و قدین (stock vaccine) کے ذریعہ حفاظتی تنظیم کے جواز کے وجوہات موجود ہیں۔

علاج۔ علاوہ اس عام علاج کے جو کسی حوی مرض میں قابل استعمال ہو،

نوجی علاج آئسٹری سینٹو کاکل سیرم (antimeningococcal serum) (ضد منہجہ التهاب سمایا مصل) کا اشتراک ہے۔ یہ ضروری ہے کہ مصل دہی دیا جائے جو خنویئے کی اس خاص نسل (strain) کے ساتھ متناظر ہو، اور جب یہ نسل نہ معلوم ہو، مثلاً طبل کی ابتداء میں، تو ایک کنٹرولڈ مصل (multivalent serum) دیا جاسکتا ہے۔ مصل جلد راجہ دیا جاسکتا ہے۔ انداز اسی قدر بہتر ہوگا۔ طبل کی بالکل ابتداء ہی میں مغنوتہ الدماغی (septicæmic) درجہ میں ۲۰ سے ۴۰ مکعب سنتی میٹر تک کی مقداروں کا درون و دہی اشتراک کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ سب فکر ۲۰۔۴۰ مکعب سنتی میٹر دئے جائیں، التهاب سمایا کے ذریعہ میں مصل اور دن غلافی راہ سے (intrathecally) دیا جاتا ہے۔ اس دماغی نغاعی سیال کو جو باؤ کے تحت ہوتا ہے قطنی کچھ کے کی سوئی کی راہ سے باہر نہیں دیا جاتا ہے، اور سیال کی جو مقدار نکالی گئی ہے مصل کو اس سے کم مقدار میں آہستہ آہستہ اندر داخل ہونے دینا چاہئے۔ پس سے تیس مکعب سنتی میٹر روزانہ دوبارہ تین یا چار دن تک دئے جاتے ہیں، اور پھر (پنک) کی پائنتی کو اوپر اٹھا دیا جاتا ہے تاکہ مصل نیچے کو دماغ کی طرف بہنے پائے۔ قطنی کچھ کا اور اشتراک ایک عمومی تخدیم حس (general anæsthetic) کے زیر اثر، یا اسکو پولا مین (scopolamine) ۱/۱ گرین، مارفین (morphine) ۱/۱ گرین، اٹروپین (atropine) ۱/۱ گرین کے تحت الجھل اشتراک کے بعد عمل میں لانا چاہئے۔ جب علامات کم ہو کر پھر زیادہ ہو جائیں (recrudescence) یا کم پس مرض (relapse) ہو تو اشتراکات کو استعمال کرنے چاہئیں، لیکن مریض کو حساسیت پروردہ (desensitized) کر لینا چاہئے۔ دماغی جواستہداف (anaphylaxis) قطنی مائع (normal saline) یا ۳/۸ فیصدی سوڈیم سائٹریٹ سے غلاف نغاع (theca) کا دھونا انفصامات (ریپیکسوں) کو روکنے کے لئے مفید ہے۔ جہاں انفصامات فکر و درون مجموعی مافیہ سد ہو گئے ہوں، جہاں بلیکٹات میں بزل (tapping) کر کے مصل کا اشتراک کیا جاسکتا ہے۔ بچوں میں یہ

یا قشرِ مقدم (anterior fontenelle) کی راہ سے انجام دیا جاسکتا ہے۔ مؤخر قاعدی التهاب سنجایا (posterior basic meningitis) میں بھی معمل کے درون غلافی اثرات مناسب معتادوں میں دسے جاتے ہیں۔

حاد التهاب رماذ النخاع

(ACUTE POLIOMYELITIS)

(acute anterior poliomyelitis, acute polioencephalitis,)

(Heine-medin's disease)

سالہا سال سے یہ معلوم ہے کہ بچوں میں ایک یا زائد جوارح کے یا ایک جوارح کے کسی حصے کے شلل اور ذبول میں مبتلا ہونے کا امکان ہوتا ہے اور یہ کہ یہ شلل جبلِ شوکی (نخاع) کے مقدم رماذی قرن کے التهابِ حاد کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں کو شللِ صیانی (infantile paralysis) کے نام سے اور ازاں بعد حاد التهابِ رماذ النخاع مقدم

98 (acute anterior poliomyelitis) (رماذی: polios) کے نام سے یاد کیا گیا۔ یہ وارداتیں انفرادی یا منتشر طور پر واقع ہوتیں، لیکن یہ دیکھا گیا کہ ان سے ایک ہی خاندان کے دو یا زائد اراکین متاثر ہوتے، اور بعض اوقات ان حالتوں کے نسبتہ بڑے گروہ یا بچپن واقع ہوتیں۔ لیکن حال ہی میں چند سال سے ان کے وسیع حصے واقع ہوئے، مثلاً ناروے اور سویڈن، ہالینڈ، ویسٹ فالیڈ، نیویادک اور میلبورن میں۔ اور انگلستان کے مختلف صوبوں میں وبا میں واقع ہوئیں چنانچہ ان وارداتوں کی تعداد جنگی اطلاع درج ہوئی، ۱۹۱۲ء تا ۱۹۱۵ء چار بچے بعد دیگرے سالوں میں ۱۸۲۳/۴، ۱۸۳۶/۷، ۱۸۵۰ء اور ۱۹۰۸ء تھی۔ گو یہ مرض بیشتر اوقات جبلِ شوکی (نخاع) پر حملہ آور ہوتا ہے، تاہم اس کا علامہ کئی مصلیٰ نظام کے کسی دوسرے حصے پر اور غالباً محیطی اعصاب پر بھی ہو سکتا ہے۔

ان میں سے بعض حالتوں کے لئے التهاب رمد الدماغ (polioencephalitis) کی اصطلاح استعمال کی گئی ہے، لیکن بہترین یہ ہے کہ اس اصطلاح سے احتراز کیا جائے تاکہ عوارض تباہی و التباس (acute encephalitis) کے ساتھ (جو اس سے قریبی طور پر رشتہ رکھتا ہے) لیکن ایک جداگانہ مرض ہے) غلط سمجھ نہ ہوتے پائے۔

سمجھت اسباب۔ یہ مرض خواہ انفرادی صورت میں ہو یا وبائی صورت میں

یہ ریویانی عمر کے اشخاص (adolescents) یا بالغوں کے نسبت زیادہ اکثر مشہور خواروں اور بچوں پر حملہ آور ہوتا ہے، مثلاً ایک بڑی وبا میں دو تہائی مریض چھٹے سال سے کم عمر کے اور بچے مریض دس سال سے کم عمر کے تھے۔ یہ گرم اور غراں کے مہینوں میں نہایت کثیر وقوع ہوا ہے۔ مرض پیدا کرنے والے دقیقہ مضویئے دقیقہ کلوب جیسے اجسام میں، جو مزدوج پیچے جوڑیوں میں مرتب ہوتے ہیں اور جن کا قطر ۱۵۔۱۰ ملکر ہوتا ہے۔ یہ راستے چھوٹے ہوتے ہیں کہ ایک چینی مٹی کے مقطر (porcelain filter) کے آر پار باسانی گذر جاتے ہیں۔ ان کی کاشت نامہ آب و ہوا سے ایک مخصوص واسطہ پر کی جا سکتی ہے اور بندروں میں ان کی کاشتوں کی تعلیم سے یہ مرض پھر پیدا ہو جاتا ہے اور ان جانوروں سے یہی مضویئے خاص کاشت کی صورت میں واپس حاصل کئے جا سکتے ہیں (فلیکسنس اور کوکشی ۱۹۱۳ء) مریضوں کے ناک، منہ، بلعوم، بالائی ہوائی راستوں اور چھوٹی آنسو کی دھونوں (washings) سے جبکہ وہ مقطر صورت میں تھیں، بندروں میں یہ مرض پیدا ہو گیا، اور اس امر کی شہادت موجود ہے کہ تندرست اشخاص بھی حاملوں (carriers) کا کام دے سکتے ہیں۔ یہ مرض آن مریضوں سے بھی پھیل سکتا ہے جنہیں یہ مرض نامکمل شکل (abortive form) میں ہو۔ اس کے متعلق بہت شبہ ہے کہ آیا اس کا قشب (virus) کھینچوں اگر دوغرا یا بیرونی اشیاء کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ یقین کیا جاتا ہے کہ وہ حیطی اعصاب کے عروق لمفائیہ میں سے ہوتا ہو امرکزی عصبی نظام میں چلا جاتا ہے۔ پالتو جانوروں میں، بالخصوص دباؤں کے زمانہ میں شکلات واقع ہو سکتے ہیں۔ لیکن یہ غالباً ایک ہی مرض کے باعث نہیں ہوتے۔

مرجعی تشہر و مرجع۔ اصلی ضرر مرکزی عصبی نظام کی عین برعکس بافت

(interstitial tissue) کا ماحولیات ہے۔ نخاعی حالتوں میں جو غالب تعداد میں ہوتی ہیں، یہ مرض جبل شوكی (نخاع) کے رادی مادے کو (لیکن کسی قدر کمی کے ساتھ سپرید مادے کو بھی) اور سحایا (meninges) کو ماؤف کرتا ہے۔ اہم حنونہ (pia mater) اذیمیائی اور ایک نواتی خلیوں سے درخیز ہوتی ہے۔ نخاع کے ماؤف حصے میں آؤنیا ہوتا ہے رادی مادہ اور سپرید مادہ دونوں میں کے اور سحایا میں کے عروق دوسری کی پوششوں کے خلیات میں نکلا پایا جاتا ہے اور رادی مادے کے عرق میں غلوی درریش ہوتی ہے۔ عصبی خلیے، بالخصوص قرن مقدم کے عصبی خلیے، انحطاط کے مختلف مدارج ظاہر کرتے ہیں کہ ان غیر موجودگی کے درجہ تک۔ اور ممکن ہے کہ وہ کثیر الاطکال نواتی اور ایک نواتی خلیوں سے درخیز نظر آئیں (neuronophagia = عصبی خوری) قرن مقدم کے اس ضرر کے بعد حرکتی جڑوں کے عصبی ریشوں کا ثانوی انحطاط اور ان سے رسد حاصل کرنے والے عضلات کا قبول واقع ہو جاتا ہے۔ یہی حادثہ عمل عقیقتوں کی صورت میں نخاع مستطیل، جسہ (pons) بیڑ سے دماغ، چھوٹے دماغ (ولینگ) اور سحایا میں واقع ہو سکتا ہے۔

بعض ہلکے حالتوں میں، عصبی ساختوں کے ان اضرار کے علاوہ چھوٹی آنت غدد تیموس (thymus) اور طحال کی لطف آسا باقیات کلانی یا فتنہ پائی گئی ہیں اور جگر کے غدد خلیوں کا کسی قدر انحطاط واقع ہو گیا ہے۔

ان مریضوں میں جو ایک یا زائد جوارح کے مستقل قبول کے برسوں بعد میں، جبل شوكی ایسے تغیرات پیش کرتی ہے جو مجرد نظر (خالی آنکھ سے) نظر آتے ہیں۔ حرکتی عصبی جڑیں جو غالباً اس حصے سے آتی ہیں جس کے ماؤف ہونے کا گمان غالب ہے، جاست اور تعداد میں گھٹ جاتی ہیں عرضی تراش لینے پر ستارہ جانب پر جبل شوكی، نسبتاً چھوٹی ہوتی ہے اور قرن مقدم سکڑا ہوا پایا جاتا ہے۔ مرد بین کے نیچے حرکتی عصبی خلیے اور محور استوائی تقریباً بالکل غیر موجود پائے جاتے ہیں۔ چند عصبی خلیے جو باقی رہ گئے ہیں وہ معمول سے نسبتاً چھوٹے، سکڑے ہوئے، نکلتے نما اور زائیدوں سے معرا ہوتے ہیں اور عصبی سریش کی ایک کشیدہ ند سے نمایاں بالیدگی میں قیام رکھتے ہیں۔ جبل شوكی کے اندر اور اس سے باہر دونوں جگہ حرکتی عصبی جڑیں محور استوائی کا اتلاف ظاہر کرتی ہیں اور سرسچا انحطاط یافتہ ہوتی ہیں۔

مضر و جھٹوں سے فعلیات تعلق رکھنے والے عضلات میں لمبی یا شمی انخطاط واقع ہوتا ہے جو جھڑی یا گلی ہو سکتا ہے۔ یہ عضلات پھیکے گلابی رنگ کے اور آبی نظر آتے ہیں اور مزاجین کے نیچے وہی تغیرات پیش کرتے ہیں جو حرکی اعصاب کے انصرار کے نتیجہ کے طور پر بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 735)۔

علامات - مہولت کی غرض سے اس مرض کی متعدد سرریاتی شکلیں بیان

کی گئی ہیں جنکا انحصار کئی بھیسی نظام نمکس حصہ پر ہوتا ہے جس پر ملاحظہ ہوا ہو۔ یاد رکھنا چاہیے کہ انفرامی حالتیں اکثر دو یا زیادہ شکلوں کا آمیزہ ہوتی ہیں۔ پہلے بعض عام علامتیں جو تمام شکلوں کے لئے مشترک ہیں بیان کی جاتی ہیں۔ زمانہ حضانت چار دن سے بارہ دن تک کا ہوتا ہے۔ آغاز مرض سریع ہوتا ہے۔ حرارت (feverishness) کے ساتھ درد سر اور غنودگی اور ایک یا زیادہ جواہ میں شدید درد جسے حاد ریشہ (acute rheumatism) کا گمان ہوتا ہے۔ یہ درد حرکت کرنے پر بڑھ جاتا ہے۔ بعض اوقات تھجج جڑے اور اسہال واقع ہوتے ہیں۔ غنودگی کی حالت میں ممکن ہے کہ مریض بلارادہ بول و برا زار راج کر دے۔ ممکن ہے کہ منتشر احرار (erythema) یا ایک آبدما طبع (vesicular rash) اور کبھی کبھی منطقی نمل (herpes zoster) بھی ہو۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ درد کے ساتھ جھنجھٹا ہٹ یا شمل (formication) (جیوٹیوں کے چلنے کا احساس ہو) لیکن جس کا کوئی اثر فقدان کبھی نہیں ہوتا اور سندر کرہ بالا علامات چند ہی روز میں دفع ہو جاتے ہیں۔

دماغی نغای سیال تقریباً ۸ فیصدی حالتوں میں مرض کے پہلے ہفتے میں زیادہ خلوی شمار ظاہر کرتا ہے۔ ابتدائی ترین درجوں میں اس میں زیادہ تر کثیر الاشکال غلیات (polymorphs) موجود ہوتے ہیں لیکن پہلے دو دنوں کے بعد مئی خلیات (lymphocytes) کا غلبہ ہوتا ہے اور پہلے ہفتے کے اختتام پر کثیر الاشکال خلیے شاذ ہی پائے جاتے ہیں۔ دوسرے ہفتے کے اختتام کے قریب خلوی شمار عموماً لمبی ہو جاتا ہے۔ پر دین کی مقدار میں تقریباً ہمیشہ ایک خفیف سی زیادتی ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بیماری کے دوسرے ہفتے میں واقع ہوتی ہے اور اکثر خلوی شمار کے پھر علمی ہو جانے تک قائم

رہتی ہے۔ شکر اور کلورائیڈز کم نہیں جوتے۔

۱۔ **سجاعی شلل**۔ دارداؤں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد اسی قسم کی ہوتی ہے۔ یہ عموماً جوارحی عضلات کے شلل کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات دھڑ، شکم، اور گردن کے عضلات بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے دوران میں پایا جاتا ہے کہ بعض عضلات کی کمزوری یا واضح شلل موجود ہے، یا یہ ممکن ہے کہ ایک سچے تندرست حالت میں سوئے جاتا ہے اور صبح وہ مشلول پایا جاتا ہے۔ اکثر یہ ہوتا ہے کہ ابتداً تین یا چار جوارح مشلول ہو جاتے ہیں اور دو یا تین جوارح میں جلد شفا ہو جاتی ہے اور باقی ماندہ مشلول ماؤف رہ جاتے ہیں۔ دوسری حالتوں میں بعض جوارح ابتداً ہی سے ماؤف ہوتے ہیں اور پھر ایسے ہی رہتے ہیں لیکن یہ ضروری نہیں کہ شلل کسی فور سے جارح کو ماؤف کرے، بلکہ ممکن ہے کہ صرف ایک ہی حصہ ماؤف ہو، یا ایک ہی عضلی گروہ مشلول ہو جائے، اگر شلل دونوں ٹانگوں کو یا ایک جانب کے بازو اور ٹانگہ کو ماؤف کر لے تو وہ اس طرح کیسانیت کے ساتھ پھیلا ہوا نہیں ہوتا، جیسا کہ شلل کی بعض دوسری شکلوں میں ہوتا ہے۔ ماؤف عضلات میں سیرت قبول واقع ہوتا ہے، ان کا حجم گھٹ جاتا ہے، اور وہ رخو (ڈھیلے۔ ڈھیلے) ہو جاتے ہیں۔ اگر حملہ کے چند روز بعد ان کا امتحان برقی طور پر کیا جائے تو وہ فعال انحطاط (reaction of degeneration) (ملاحظہ ہو صفحہ 733) ظاہر کرتے ہیں، یا شدید حالتوں میں دونوں میں سے کسی ایک رُو کی بھی مجیدیت نہیں ظاہر کرتے۔ سب سے زیادہ ماؤف حصوں میں تمام عمیق معکوسات (deep reflexes) معدوم ہو جاتے ہیں اور اوپری معکوسات (superficial reflexes) بھی عموماً معدوم ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ اس مرض کا حملہ بیشتر حالتوں میں بالخصوص جبل شکی کے رمادی ماؤے پر ہی ہوتا ہے، تاہم کبھی کبھی مکمل عرضی ضرر بھی دیکھا جاتا ہے۔ حقیقی خطے میں ایسی حالت میں لمبھوں اور بازوؤں کے عضلات کی قوت کا فقدان اور ان کا ہزل (wasting) اور ٹانگوں کا شنجی شلل (spastic paralysis) پایا جاتا ہے۔ بعض اسباب و افقہ (اچھلنے والی حالتوں) ("jump" cases) کا تذکرہ بھی ضروری ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ مرض ٹانگوں کو ماؤف کر کے چند روز تک ٹھیرا ہوا رہے اور پھر یکایک ایک وسیع طور

پر پھیلا ہوا شلل دھڑ یا بالائی جوارح کے عضلات میں واقع ہو جائے یا شلل کی یہ توسیع
تدریج واقع ہو۔ یہ شلل حمل شوکی کے طوئی میں نیچے کے طرف اور اسی طرح اوپر کے طرف
جاسکتا ہے۔ ان میں سے بعض حالتیں شلل لانڈری (Landry's paralysis) سے قریبی
مشابہت رکھتی ہیں۔ مزید برآں چند ہفتوں کے وقفے کے بعد ٹکوس (relapses) واقع
ہو سکتے ہیں۔

زمانہ تپ کے اختتام پر ان عضلات میں جو پہلی جڑی شفا یابی کے بعد مشلول تھے
ہیں، صرف نہایت آہستہ آہستہ ہفتوں اور مہینوں کے بعد خود اصلاح ہوئی۔ جوارح کے
استعمال میں نقص کی مقدار کا انحصار مذکور عضلات کی تعداد پر ہوگا۔ لیکن بہت سی حالتوں
میں کچھ عرصہ کے بعد نیچے ہوئے عضلات کے درمیان تازہ اتحادات قائم ہو جانے سے ضائع
شدہ حرکات پھر واپس آجاتے ہیں۔ تقریباً تمام حالتوں میں ذبول ایک نمایاں علامت
ہو تا ہے۔ اسی کی وجہ سے پیش بازو کے گول حصے میں گڑباجنا جاتا ہے یا بالائی بازو یا ٹانگ
کا حجم گھٹ کر محض ایک ٹکڑی سی باقی رہ جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بعض اوقات گردی
کی موجودگی کی وجہ سے عضلہ کی لاغری بالکل چھپی رہے مگر اس وقت بھی عضلہ کی ذیلی شعلی
حالت (رخوت) عموماً شناخت کی جاسکتی ہے۔ عضلات کی ذبول حالت کے ساتھ ساتھ
عموماً بارہ کی عروقیات میں بھی ایک تغیر پایا جاتا ہے۔ دوران خون میں رکاوٹ
کی وجہ سے وہ سرد، سکڑا ہوا، اور نیلا یا کبود (livid) ہو سکتا ہے۔ ہڈیوں اور دوسرے
حصوں کا تغیر یہ بھی اڈف ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک جوارح جو شیر خوار
یا ابتدائی طفلی کے زمانہ میں مشلول ہوا ہو اسی سرعت سے نہیں بڑھتا جس سرعت سے اس کا
رفیق (عضلہ) بڑھتا ہے، اور وہ نسبتاً ۱۱ انچ، ۱۱ انچ، یا زائد چھوٹا ہو سکتا ہے۔ بالآخر،
ان تشوہات (deformities) کے علاوہ جو عضلی جرم کے نقصان کی وجہ سے براہ راست
پیدا ہو جاتے ہیں، ایسے تشوہات بھی واقع ہو سکتے ہیں جو غلط علاج کا نتیجہ ہوتے ہیں۔
بعض تشوہات (محض عضلی سہارے کے مدد پر شلل (زوال) کا نتیجہ ہوتے ہیں،
مثلاً عضلہ ذالیہ (deltoid) کے ذبول سے ذراعیہ ہڈی (humerus) دھبی کہنفہ
(glenoid cavity) سے گر پڑتی ہے (نفل آتی ہے) دوسرے تشوہات (پیدا ہوتے
ہیں کہ جوارح کی وضع میں مستقل تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً فرسی کچ پانی

(talipes equinus) جو علی الاکثر مقدم قبضتی عضلات (anterior tibial muscles) کے شل سے پیدا ہو جاتی ہے۔

۲۔ بصلی (bulbar) شکل، جسری (pontine) شکل اور درمیانی دماغ (mid-brain) سے تعلق رکھنے والی شکل، مجموعی اعصاب کے نواتوں میں سے کسی نوات پر اور اسی طرح دماغ کے اس حصے میں سے گزرنے والے اقطاع پر حملہ ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 703)۔ ساتواں عصب نہایت عام طور پر مآؤف ہوتا ہے۔ لیکن اگر کوئی ایسی حالت دیکھنے میں آئے جس میں صرف ساتویں عصب کا شل موجود ہو تو وہ یقیناً شلل بیل (Bell's palsy) کے باعث ہوگی، نہ کہ مادہ التهاب رماڈ انجماع کی وجہ سے۔

۳۔ دماغی شکل۔ مرض کی اس شکل کا عام ترین ٹھکانہ نصف (hemiplegia) ہے۔ لیکن یہ شکل بچوں میں فالج نصفی کا عام سبب نہیں ہے اور اس سے زیادہ سے زیادہ فیصدی وارواتوں کی توجیہ ہو سکتی ہے۔ اضطرابیت (athetosis) شاذ ہے۔ ۱۰۔ دماغی شکل۔ دماغی ہرملہ (cerebellar ataxy) (ملاحظہ ہو صفحہ 839) سے ظاہر ہوتی ہے۔

۵۔ التهاب السحايا الشکلی (meningitic form)۔ حادثہ التهاب رماڈ انجماع میں التهاب السحايا کے علامات بالکل غیر عام نہیں۔ شدید درد سر کے بعد ممکن ہے کہ مریض کو زدہ ہو جائے، اور ساتھ ہی اس میں پشت گردن کے عضلات کی کرختگی تشنج، اور دماغی نچالی سیال میں تبدیلی تغیرات موجود ہوں۔

۶۔ نامکمل شکل (abortive form) صرف اسی وقت شناخت ہوتی ہے جبکہ حادثہ التهاب رماڈ انجماع کی دہائی موجود ہوں۔ اس میں تب، درد سر، اعضائی اور عام کمزوری ہوتی ہے، مگر شل نہیں ہوتا۔

تشخیص۔ تب، درد سر، تشنج اور درد ایسے علامات ہیں جو، کسی مادہ علامتوں دشتلاً التهاب السحايا یا ذات الریه سے پیدا ہو سکتے ہیں عضلی طاقت کو ابتدا ہی سے ہارنے کے ساتھ جانچنی پڑی ہے، کیونکہ اس کا نقصان اس مرض کا ایک امتیازی خاصہ ہے اور یہ ملاحظہ رہے کہ چھوٹے بچوں اس کے متعلق بطور خود اطلاع نہیں دیتے۔ چند روز کے بعد

سریع قبول ہے، فردادی رو کے بعد حوالی عمل (تعال) کے تھکان سے، اور گلو انیتسٹ (galvanism) کے متغیر تعال سے تشخیص مصدق ہو جاتی ہے۔ اس درد سے جو بعض اوقات موجود ہوتا ہے، رجمتہ (rheumatism) کا گمان پیدا ہو سکتا ہے، لیکن وہ مفاسل میں ہونے کے بجائے زیادہ تر ہڈی اور عضلہ میں ہوتا ہے۔ شیر خواروں میں اسکرووی (Scurvy) کا بھی خیال رکھنا پڑے۔ نیز ممکن ہے کہ یہ مرض شلل لاندری (Landry's paralysis) کے ساتھ التهاب اعصاب متعدد (multiple neuritis) کے ساتھ جو کسی دوسرے عضو میں یا شکل زیادہ دوسرے زہر کے باعث ہو یا وہ التهاب نخاع (acute myelitis) کے ساتھ، جو کسی دوسری سرایت کے باعث ہو، خلط خلط ہو جائے۔ شلل لاندری میں درد اور لیسیت اکثر نہیں ہوتے، لیکن بعض حالتیں، جو شلل لاندری کے طور پر بیان کی گئی ہیں، یقیناً درحقیقت التهاب رماڈ النخاع تھیں۔ ابتدائی درجہ میں، اور نامکمل نمو یافتہ حالتوں میں تشخیص اکثر دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے (ملاحظہ ہو صفحہ 98) قائم کی جاسکتی ہے۔ تدریجی التهاب سحایا (tuberculous meningitis) سے تقریباً تشخیص کرنے کے لئے ایک کارآمد نمونہ یہ ہے کہ التهاب رماڈ النخاع میں کلورائیڈ فیوہ (chloride content) ضعیف ہوتا ہے۔ تشخیص مصلی (serum diagnosis) کا ایک طریقہ بھی یہ ہے جس سے کام لیا جاسکتا ہے۔ اس کا انحصار اس واقعہ پر ہے کہ اگر قبل شوکی کے ایک ۵ فیصدی طاقت والے متغلب (emulsion) کا جس میں شب (virus) موجود ہو، درون دماغی راہ سے (intracerebrally) اثر کیا جائے تو اس سے بندروں میں یہ مرض پیدا ہو جائے گا۔ لیکن اگر اس میں ایک شغالیاب شدہ مریض کے مصل کا مساوی حجم ملا دیا جائے تو یہ خدیم افضل (بے اثر) ہو جائے گا۔ ایسے ذرائع سے یہ متعین طور پر دریافت کر لینا ممکن ہو جائے گا کہ آیا بعض مشکوک مریضوں کو دراصل یہ مرض ہوا تھا یا نہیں، اور یہ صحت عامہ کے نقطہ نظر سے مفید ہو گا۔

انذار۔ اس مرض کی تازہ وباؤں میں شرح ہلاکت دس فیصدی سے یکڑ میس

فیصدی تک مختلف رہی ہے۔ یہ شرح ہلاکت اس سے بہت زیادہ بلند ہے جو ان انفراوی دار واٹوں میں مشخض ہوتی ہے جن میں عموماً جان کا کوئی خطرہ نہیں سمجھا گیا ہے۔ اس کے عکس

یہ بھی ہے کہ دباؤں میں شغائے کامل اکثر زیادہ حالتوں میں ہوتی ہے۔ اگر تنفسی عضلات میں مزاحمت ہوتی ہے تو موت عموماً تنفسی شل (respiratory paralysis) یا تنفسی ذلت الریه (broncho-pneumonia) کے سبب سے واقع ہوتی ہے۔ اگرچہ وہ ہواں دن سلامتی کے ساتھ پہنچ جائے تو موت شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔ شغائے کامل تقریباً ۱۵ فیصدی سے زائد مریضوں میں نہیں پائی جاتی۔ باقی ماندہ میں ابتداءً مشلول شدہ عضلات میں سے بیشتر بالآخر شغایاب ہو جاتے ہیں، لیکن ایک یا دو گروہ مستثناً مضر و زہرہ جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ درستی پہلے چھ مہینوں میں واقع ہوتی ہے اور وہ آہستگی کے ساتھ دو سال تک جاری رہتی ہے۔ اس عرصہ کے بعد بہت کم مزید درستی کا امکان ہوتا ہے۔ دوبارہ حملے نہایت شاذ ہیں۔

تحریر۔ مریضوں اور متماہین (contacts) کو چاہئے کہ اپنے انفی اور خدی

کھنوں کو پوٹاشیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) کے ۲... میں اطاعت کے محلول سے بار بار دھواتے رہیں۔ متماہین کے لئے قرنطینہ کی مدت چودہ دن ہے۔ مریض کو کم از کم تین ہفتوں کے لئے علیحدہ رکھ دینا چاہئے اور جب تک کہ کوئی انفی اخراج موجود ہو اسے ساری سمجھنا چاہئے۔ تب محرقہ کے مریض کی طرح اسے بھی شفاخانہ کے عام دارالمرضی میں رکھ کر علاج کیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ مرض کے درجہ عادی میں مریض کو بستر میں آرام سے رہنا چاہئے۔

اور اسے جبار (splints) یا دوسرے قسم کے استہاسی آلہ (retentive apparatus) مثلاً پلاسٹر آف پیرس (plaster of Paris) وغیرہ کی وساطت سے حتی الامکان پیر حرکت کر دینا چاہئے۔ دوسرے ضروریات حسب ذیل ہیں: مغذی زود ہضم غذا، آسپرین (aspirin) یا سوڈیم سیلیسیلیٹ (sodium salicylate) کم از کم نسبتاً بڑی عمر کے بچوں میں تخفیف درد کے لئے، یا شدید حالتوں میں مارفین (morphia) بھی ایسی ستادوں میں جو عمر کے لحاظ سے مناسب ہوں۔ ہیکزامین (hexamine) پوری معتادوں میں دیا جاسکتی ہے کیونکہ وہ ایک ایسی ادویہ عفونت دوا ہے جس کا ادوی

نخاعی سستیال کے اندر افراز ہوتا ہے۔ لیکن اس کی منفعت کے متعلق مختلف اندازے ہیں۔
 مگر نسبت زیادہ فعال تدابیر کا مشورہ دیا گیا ہے، مثلاً قطنی کچے کے (lumbar puncture) کا
 جس سے دباؤ میں کمی ہو جاتی ہے، کیونکہ اس کے ساتھ ہی ایڈرینالین کلورائیڈ کے محلول (۱...۱ میں حصہ)
 کے درون نخاعی اشتراک کا ایڈمکسٹریشن کی مقداروں میں ہر چھ گھنٹے ایک منجھل
 (immune serum) کے درون نخاعی اشتراک کا ایڈمکسٹریشن کی مقداروں
 میں (Netter)۔ یہ منجھل ایسے اشخاص کے خون سے حاصل کیا جاتا ہے جو اس مرض میں ہمنیوں
 یا برسوں پہلے مبتلا ہو چکے ہوں۔ اس علاج کے لئے موزوں حالتیں یہ ہیں: (۱) وہ جن میں
 تشخیص قبل انشل درجہ (pre-paralytic stage) میں کی جاسکے۔ (۲) وہ جن میں لہجہ
 سہیا کی علامات میں موجود ہوں۔ (۳) وہ جن میں غل میں توسیع ہو رہی ہو۔ یہ علاج ان عضلات
 کے لئے عموماً دیا جاتا ہے جو پہلے ہی غل ظاہر کر رہے ہوں۔ چار سے چھ ہفتوں کے عرصہ میں، جبکہ درد
 اور اہمیت فاسٹ ہو چکے ہوں اور بعض عضلات کی طاقت محدود رہی ہو، حرکت میں زیادہ
 آزادی کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ مریض اٹھ کر بیٹھنا اور جوارح کی حرکت دینا شروع
 کر سکتا ہے۔

ماؤف عضلات کا فوری علاج آرام (بے حرکتی) ہے۔ یہ ایسی وضع میں ہونا چاہئے
 کہ جس میں وہ تشوآت (deformities) جو عموماً پیدا ہوجاتے ہیں، نہ پیدا ہونے پائیں۔
 اس وضع کو سیلولائیڈ کے جبار (celluloid splints) کے ذریعہ قائم رکھا جاسکتا ہے،
 جس کے لئے جبرہ جارح کے ایک صحیح قالب (cast) پر ڈھال لیا جائے۔ بالائی جارح کی
 صحیح وضع یہ ہے کہ انگوٹھا تقریباً ۹۰ درجہ (adducted) رہے، انگلیاں قدرے خمیدہ
 ہوں، کٹائی ظہری خمیدگی کی حالت میں (dorsiflexed) اور مضبوط (supinated)
 ہو، گھٹنی قدرے خمیدہ اور شانہ پہلو سے زاویہ قائمہ پر تھمید کر وہ (abducted) ہو، زین
 جارح کو اس وضع میں رکھنا چاہئے کہ کمر کی ٹانگوں کے زاویہ قائمہ پر ہو اور گھٹنا اور
 گولہ سید ہو۔ جب ایک ٹانگہ ماؤف ہو تو دوسری ٹانگہ کو بھی جبار میں رکھنا چاہئے
 تاکہ عرض (pelvis) کا عدم تشاکل (asymmetry) واقع نہ ہونے پائے۔ اگر ٹانگیں
 اور دھڑ دونوں کے عضلات مشول ہیں تو پشت کو قطنی خطے میں سہارا دیکر کسی قدر
 قطنی (lordosis) حاصل کر لینا چاہئے، کیونکہ اس وضع میں مریض بالآخر احتیاسی آلہ
 (relative apparatus) کے

کی مدد سے چلنے کے قابل ہو سکے گا۔ تین یا چار ہفتوں کے عرصہ میں ظاہر ہو جائے گا کہ کون سے مخصوص عضلہ گردہ مشلول ہیں اور پھر جوارج اور جسم کی وضع کو اس طرح بدل دینا چاہئے کہ جس سے مشلول عضلات کا ارتحاجے کا ل (پورائڈ ویلاین) حاصل ہو اور نتیجتاً تندرست ضد متنازع عضلات (antagonists) کا بیش تمدد معمول سے زائد پھیلاؤ واقع ہو جائے۔

تپش کے کم ہونے اور درد کے رفع ہونے کے ساتھ ہی مشلول عضلات کی باز تربیت (re-education) شروع ہونی چاہئے۔ یہ یہ ہے کہ مریض سے روزانہ معینہ فاصلوں پر دی عضلات استعمالی کرائے جائیں۔ جاذبہ (gravity) کے اثر کو کم یا کالعدم کر دینا چاہئے اور اس کام کی مقدار جو عضلہ سے کرایا جائے، ابتداً اقل ہونی چاہئے۔ مثلاً کمر درد شدہ عضلہ ذوارقہ الرکوس (quadriceps) کی حالت میں مریض کو اس کی پشت کے بل لیٹا ہوا رکھ کر پہلے ٹخنے کو خفیف سا خمیدہ کیا جاتا ہے، اور مریض سے کہا جاتا ہے کہ اسے سیدھا کرے۔ خمیدگی کی مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے۔ بعض اوقات ان حرکات کو ایک مغل (bath) کے اندر انجام دینا مفید ہوتا ہے، کیونکہ پانی سے کچھ سہارا مل جاتا ہے۔ درز شلوں کے درمیانی اوقات میں جاکڑ لگائے ہوئے رکھنے چاہئیں۔ دھڑ اور شلکی عضلات کی باز تربیت کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض انتصابی وضع میں چلنا پھرنا رہے۔ جب مریض کی مشلول ٹانگوں میں جمیرہ لگا ہوا ہو تو یہ اس وقت کیا جاسکتا ہے جبکہ وہ ایک چلنے کی مشین (walking machine) استعمال کرے۔ واک برق اور غسل بھی معاون تدابیر کی حیثیت سے مفید ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بعد میں جوئی تدابیر کی ضرورت پڑے۔

یہ سمجھ لینا چاہئے کہ اگر عصبی خلیے تا مرن تک ہو گئے ہوں تو ان پر انحصار رکھنے والے عصبی ریشے اس طور پر مذبول ہو جائیں گے کہ پھر ان میں اصلاح نہیں ہو سکتی۔

آب ترسی

(HYDROPHOBIA)

داء الکلب (rabies) سعار (lyssa)

یہ ایک ساری مرض ہے جو ہمیشہ جانوروں سے اعمو ان کے کاٹنے کے نتیجے کے طور پر آگ جاتا ہے۔ کوئی بھی عورتا دم بیے گرم خون والا (warm-blooded) جانور اس مرض میں مبتلا ہو جانے کی قابلیت رکھتا ہے، لیکن جو ایر برطانیہ میں نہ گتے کہیں زیادہ اہم سرایت رساں عامل ہوتے ہیں۔ ہندوستان میں بھیڑیے، گیدڑ اور بندر بھی اہم ہیں۔ یہ مرض جانوروں میں ہوتا ہے داء الکلب (rabies) کہتے ہیں، اور انسان میں ہوتا ہے آب ترسی (hydrophobia) کہلاتا ہے، لیکن تسمیہ کے اختلافات کے باوجود یہ ایک ہی مرض ہے۔ داء الکلب جانوروں میں ایک ہلکا مرض ہوتا ہے۔ وہ دو شکلوں میں ہوتا ہے۔ پہلی شکل، یا پرجانی داء الکلب (furious rabies) میں کتا پہلے تو سست ہوتا اور نقل و حرکت کرنے سے مستغیر ہوتا ہے۔ پھر وہ لگی اور چڑچڑا ہوتا ہے، اور ساتھ ہی کاٹنے کا قوی رجحان رکھتا ہے، اور ایک عجیب (مخصوص) آواز کے ساتھ بھونکتا یا چیختا ہے۔ اپنی معمولی غذا نہیں قبول کرتا اور خشک گھاس، مٹی، بال، کپڑے، لکڑی کے ٹکڑے وغیرہ کھانے لگے گا۔ اس پر خلل طاری ہو جاتا ہے، نیچے کا جیڑا الٹکا ہوا ہوتا ہے، جوارح میں خلل ہو جاتا ہے (یعنی اس کے ہاتھ پاؤں ڈھیلے پڑ جاتے ہیں) جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اب وہ کھڑا نہیں ہو سکتا، اور بالآخر اختناق (asphyxia) کے ساتھ اس کی موت واقع ہو جاتی ہے۔ صامت داء الکلب (dumb-rabies) میں انیائی درجہ نہیں ہوتا۔ شکل کے علاوہ جلد ہی کتا ہر ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ کتے میں لگنے کی قابلیت نہ رہے۔

بحث اسباب۔ مرض آب ترسی کا شیب نامعلوم ہے۔ وہ ریتی (علاج نہیں)

میں ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ داد الکلب کے علامات نمودار ہونے سے ایک ہفتہ پہلے وہاں موجود ہو۔ جانور کے کاٹنے سے انسان اس ربتی سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے۔ اگر کتا کسی خراشیدہ سطح یا تندرست غشائے منی طی کو چاٹے تو بھی سرایت واقع ہو سکتی ہے۔ پاگل کتوں کے کاٹنے کی وارداتوں میں سے تقریباً صرف نصف میں مرض آب ترسی بعد میں نمودار ہو جاتا ہے اور اس کا امکان اس وقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ کسی کھلے ہوئے حصے مثلاً چہرہ یا ہاتھ پر کاٹا ہو۔ اگر کپڑوں کا کوئی حصہ کاٹنے والے جانور کے دانت سے اندر داخل ہو گیا ہو تو ممکن ہے کہ وہ سرایت سے محفوظ رکھے۔ طبیعی تجربات سے قشرب سارے مرکزی عصبی نظام میں اور بعض غدود (ربتی، دمی، اندی، اور بلبہ) کے افزائش میں پھیلا ہوا پایا گیا ہے، لیکن خون کے اندر نہیں پایا گیا۔ یہ بھی دکھلایا گیا ہے کہ تقطیع کے بعد قشرب مصلیٰ اعصاب کے ذریعہ اوپر پہنچ کر مرکزی عصبی نظام میں پھیل جاتا ہے۔

مرضی تشہیریح۔ احتشار میں غدد جنی تغیرات صرف چند ہی ہوتے ہیں۔ دامنی

نخاعی سیال کی مقدار اکثر زیادہ ہو جاتی ہے۔ خسر دینی تغیرات جو عصبی نظام اور خاص کر قشر دماغ، جبل شوکی، اور نہایت افراط کے ساتھ خنخاع مستطیل میں پائے جاتے ہیں حسب ذیل ہیں:- اتساع عروق، عروق کے گرد اور بانٹوں میں چھوٹے غلیات کے اجتماعات، عروق میں خون کے ٹھکے، اور چھوٹے نزفات۔ ربتی غد میں اور گردوں میں سبید غلیتوں کے درزیرش بھی دیکھی گئی ہے۔ ۱۹۰۳ء میں نیگری (Negri) کو مرض آب ترسی سے مرئیوئے جانوروں کے عصبی نظام میں بعض اجسام ملے اور اس کے بعد سے دوسروں کو یہ اجسام نیگری (Negri bodies) نہایت مدامت کے ساتھ ملے ہیں۔ یہ دماغ کے بعض حصوں، بالخصوص ذیل الجوبکیر (hippocampus major) کے عصبی غلیتوں میں نظر آتے ہیں۔ ان کی موجودگی اس مرض کے لئے لازمی معلوم ہوتی ہے۔

علامات۔ ایک ایسے جانور میں جس کی دماغ کی سطح پر قشرب کی

تفتیب واقع ہو گئی ہو، علامات کے ظہور کے لئے پندرہ روز درکار ہیں۔ اکس کے علاوہ انسان میں قشرب کو زخم سے اوپر کے طرف سفر کرنا پڑتا ہے، چنانچہ زمانہ حیات

بہر نوع پندرہ دن سے زائد ہی چونا چاہئے۔ یہ زمانہ عموماً ایک اور تین ماہ کے درمیان اور شاذ حالات میں چھ ماہ سے زائد ہوتا ہے۔ زخم جس قدر زیادہ شدید اور دماغ سے جستہ زیادہ قریب ہوتا ہے، زمانہ عصافیت اسی قدر زیادہ مختصر ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ متمیز ابتدائی علامات یہ ہیں:- ارتقاع پیش، بے آرامی کا احساس، شکل و صورت سے ہوش دہیجان کا ظاہر ہونا، اور مہمات (solids) یا سیالات کو نگلنے کی ناقابلیت۔ اس آخری علامت کی حکایت مریض اُس وقت بھی کر سکتے ہیں جبکہ وہ ابھی بالکل اچھے ہیں۔ اکثر زخم کے ندبہ (scar) میں درکار ایک ناگزیر احساس پہلی متعین علامت ہوتا ہے۔ یہ درد نہایت شدید ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ ندبہ کسی قدر سرخ یا الیم ہو۔ لیکن یہ دلائل بالکل غیر موجود بھی ہو سکتی ہیں۔ پھر وہ شکنج (spasms) ظاہر ہوتے ہیں، جو اس مریض کے لئے اس قدر متمیز ہوتے ہیں۔ یہ پیٹے کی کوشش سے پانی یا اس کو منظر دیکھنے والے طرف کو دیکھنے سے یا گردوش دلوں کے یہ کہنے سے کہ کچھ پیالہ لینا چاہئے، دہیجان میں آجاتے ہیں۔ انزال بعد یہ تقریباً کسی بھی خارجی اثر (جواکے جھوٹے، روشنی کے چمکارے، یا کسی بلند آواز) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ پیشیت عضلات بلع (muscles of deglutition) کو ماؤف کرتے ہیں، اگر سب سے زیادہ واضح وہ شخ ہیں جو عضلات تنفس کو متاثر کر دیتے ہیں۔ یکا یک ایک گہری سانس اندر لی جاتی ہے (شہیق = inspiration) جو سسکی یا آہ کی طرح ہوتی ہے، شانے اوپر اٹھائے جاتے ہیں، سینہ جھجھکیا جاتا ہے اور عضلات قصبیہ تنکبہ (sterno-mastoids) یا عضلات منتشرہ (platyamus) منقبض ہو جاتے ہیں۔ اگر مریض کو پانی جبراً دیا جائے تو وہ اسے زور کرنے کے لئے اور زیادہ زورادی کوششیں مل میں لاتا ہے اور اس کی ہیئت ہولناک یا خوف زدہ ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ انقباضات جسم کے دوسرے عضلات میں پھیل کر کڑا زہ (tetanus) سے مشابہ ہو جاتے ہیں۔ نگلنے کی وقت ایک دوسرے طریقہ سے بھی ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ رقی (عقاب دہن) نگلنا نہیں جانتا، بلکہ متواتر پسیدہ پھینک دیتا ہے۔ تصبیئات (چھوٹی گولیوں) (pellets) کی صورت میں جمع ہوتا رہتا ہے اور تمام سمتوں میں تھوکا جاتا ہے۔ ان شجاعت کی بڑھتی ہوئی شدت کے ساتھ مریض دہیجان پذیر بنی اور بدبانی یا وحیائے طور پر مانیائی ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی اسے اختیالات و توہمات (hallucinations) ہوتے ہیں۔ پیش بلند اور جبرہ سرخ ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اندازے کی تمام کوششیں بے سود رہیں (delusions) لے

اور زیادہ سے زیادہ یہ ممکن ہو سکتا ہے کہ دودھ یا دوسری غذا کی خفیف مقدار ایک نسبت زیادہ ضبط کے لمحہ میں مقل سے نیچے اتر جائے۔ اس مختصر زمانہ میں ہی جس میں مرض جاری رہتا ہے نول (ڈولپن) محسوس طور پر سرخ ہوتا ہے اور اس کے بعد خشکی (تھکیل قوت) لانے لگتا ہوتا ہے۔ اکثر نزلہ کے قریب بخت بالکل موقوف ہو جاتے ہیں بلکہ ممکن ہے کہ مریض غذا کی خاصی مقداریں لے سکے۔ لیکن اگر ایسا ہو تو بھی اس سے وہ ہلاکت خیز فائدہ نہیں رکھ سکتا جس سے پہلے ممکن ہے کہ شلل یا کوادائع ہو جائے۔ چند مثالوں میں آخری علامات ظہور کرتے ہیں۔ ٹانگوں بازوؤں اور دوسرے حصوں میں محکومت (reflexes) غائب ہو جاتے ہیں۔

مرض دو سے چار دن تک جاری رہتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ طویل ترین زمانہ جس کا ٹیم ہے اس دن کا ہے۔ نمونہ مرض میں ہلاکت ناگزیر ہے۔

تشخیص۔ یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی، بالخصوص اگر یہ امر کہ مریت ہوئی ہے، ابھی طرح مصدقہ ہو۔ کراز سے حقیقی مشابہت تو نہایت کم ہی ہوتی ہے۔ اس (کراز) میں عضل کی مستقل کڑھکی کی موجودگی اور ذہنی اختلال کی غیر موجودگی میسر ہوتا ہے۔ ہیشیرائی حالتیں مرض آب ترسی سے مشابہ ہو سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ وہاں واقع ہوں جہاں آب ترسی کی آمد (دفعہ) کے امکان کے طرف ذہن زیادہ متوجہ رہا ہو۔ انہیں "آب ترسی کا فوب" (spurious hydrophobia) یا شعاع ترسی (lyssaphobia) کہتے ہیں۔

کسی کاشنے والے جانور میں اس مرض کی موجودگی یوں بتلائی جاسکتی ہے کہ اس کے فرس البجر کبیر (hippocampus major) سے لی ہوئی تراشوں اور آلودوں (smears) کا خوردبینی امتحان کیا جائے، اور اس کی شلخ مستطیل کی نظم ایک خرگوش کی ام جانیر (dura mater) کے نیچے کی جائے۔

آئدار۔ اگر رائے کلب علاج (antirabic treatment) استعمال کیا جائے

تو ہلاکت ۵۰ فیصدی سے نیچے رہتی ہے، بشرطیکہ مریض کا علاج وقت پر کیا جائے۔
تحریر۔ انگلستان میں کتوں میں داء الکلب کی روک تھام حسب ذیل طریقوں سے عمل میں لائی جاتی ہے (۱) محکم ذہن بنگلی (muzzling-order) سے (۲) کتوں کے

سراست زدہ رقبہ کے اندر آنے اور اس سے باہر جانے میں قیود عائد کر کے۔ (۳) تمام در آمدہ کتوں کے لئے سخت قرطیہ قائم کر کے۔

دوا الکلب سے سراست زدہ رقبہ کے اندر آن تمام زخموں کا جو کتوں کے کاٹنے سے ہوں حسب ذیل مقامی علاج ہونا چاہئے:- کتے کوئی انور تفس نہیں کرنا چاہئے بلکہ یہ دیکھنے کے لئے کہ اس میں مرض نویاب ہوتا ہے یا نہیں اسے رکھنا چاہئے۔ اگر مرض نویاب ہو تو تطہیر عمل میں لانے کی ضرورت نہیں۔ لیکن اگر کسی شخص کے چہرے، سر یا گردن پر کاٹنے کے شدید زخم ہوں تو تطہیر فی الفور عمل میں لانی چاہئے۔ ایسی صورت میں انتظار کرنا خطرہ سے خالی نہیں۔ اسی اصول کا اطلاق اس وقت بھی ہوتا ہے جبکہ کاٹنے کے زخم نسبت کم محدود ہوں مگر کتا غائب (مفقود یا بھرا) ہو گیا ہو۔

علاج۔ ایسا کوئی علاج معلوم نہیں ہے جو مرض پر چبکہ وہ ایک مرتبہ نویاب ہو چکا ہو، کچھ بھی اثر رکھتا ہو۔ ماریا کے اشرا بات یا کلوروفورم کے استنشقات (inhalations) سے ماریا آرا پہنچایا جاسکتا ہے۔

مقامی علاج۔ زخم کو بلا دینا چاہئے۔ اس مقصد کے لئے بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس پر غیر متحرک کاربولک ایسڈ (undiluted carbolic acid) سے بار بار بیچا۔ (to swab) جائے اسے کاٹ کر خارج بھی کر سکتے ہیں۔ اگر کوئی داغ محض دوا دستیاب نہ ہو تو کچھ نہ کرنے سے بہتر یہ ہے کہ اسے پانی سے دھو دیا جائے۔ زخم کو چوس بھی سکتے ہیں، لیکن ایسا کرنے والے شخص کے لئے کسی قدر خطرہ ہے۔

افع دوا الکلب جڈرینی علاج (antirabic vaccine)

(treatment)۔ یہ مکتوب (rabid) جانور کے کاٹنے کے بعد ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے۔ اس علاج کا اصول یہ ہے کہ اس سے پہلے کہ زخم میں داخل شدہ قثیب عصبی مرکزوں میں پہنچے، مریض کو اس مرض کے مقابلہ کے لئے متبع (immunised) (مادہ مون) بنا دیا جائے۔

پاسچر کے طریقہ 'سٹخاع خشک' (dry cord method) میں ایک خرگوش میں ترنات (trephine) سے سوراخ کر کے اس کی اُم جانیدہ کے نیچے ایک منکوب کٹنے کے سٹخاع سے قطعیم کر دی جاتی ہے۔ پہلے خرگوش سے دوسرے کی، اور دوسرے سے تیسرے کی، اور علیٰ ہذا عیناً اسی طرح قطعیم کر دی جاتی ہے، یہاں تک کہ زائد حفاظت جو یکے بعد دیگرے قطعیم کے ساتھ کتر ہو تا کیا جاتا ہے، ٹھٹ کر سات دن کے اقل عرصہ کا ہو جائے۔ ان خرگوشوں کے سٹخاعوں میں 'قشبت ثابت' (virus fixé) موجود ہوتا ہے، اور قشبت درجہ اتم پر ہوتی ہے۔ تحریری قطعیم کے مقاصد کے لئے ان قشبتی سٹخاعوں کے متعدد ٹکڑے خشک ہو کر علیحدہ علیحدہ بوتلوں میں تین سے چودہ دن تک کے مختلف عرصوں کے لئے رکھ دیے جاتے ہیں۔ تین دن ختم ہونے تک قشبت غیر تبدیل رہتی ہے، لیکن اس کے بعد اس میں روز بروز تخفیف ہوتی جاتی ہے، یہاں تک کہ چودہ دن گزرنے پر وہ بالکل غائب ہو چکتی ہے، سٹخاع کے ایک ٹکب سنٹی میٹر کو ٹکب سنٹی میٹر طبعی مائع (نارل سیلائن) میں ڈیکریٹینوں میں اس کی تخت الجھادی قطعیم کی جاتی ہے، اور جس سٹخاع کو استعمال کیا جاتا ہے وہ تدریجاً بڑھتی ہوئی قشبت کی ہوتی ہے۔ یہ مائع ایس دنوں پر پھیلا ہوا ہوتا ہے، لیکن خطرناک حالتوں میں اس کی شدت کو بڑھا کر علاج کا نصاب صرف پندرہ دن تک رکھا جاسکتا ہے۔ جدید ترین طریقہ علاج وہ ہے جو مردہ گلیبی جدرین (dead rabies vaccine) کے ذریعہ کیا جاتا ہے (Semple)۔ یہ جدرین خرگوش کے دماغ، سٹخاع، مستطیل اور سٹخاع سے جن میں قشبت ثابت (virus fixé) موجود ہوتا ہے، اس طرح تیار کی جاتی ہے کہ اس کی ترقیق طبعی مائع (normal saline) جس میں ایک فیصد کا ربو لک ایسڈ موجود ہوتا ہے کر کے اسے چوبیس گھنٹے ٹیک، ۳۰ درجہ سنٹی گریڈ پر رکھ دیا جاتا ہے۔ مائع کی اتنی ہی مقدار سے پھر ترقیق کر لینے کے بعد یہ جدرین استعمال کے لئے تیار ہوتی ہے اور اسکے مناعت بخش (مٹو) اغواں کم از کم تین ماہ تک زایل نہیں ہوتے۔ یہ ڈاک کے ذریعہ بھیجی جاسکتی ہے اور اس طرح علاج کے لئے باسانی میسر آسکتی ہے۔

لڑنے ٹکب معلیات (antirabic sera) بھی استعمال کئے گئے ہیں، لیکن صرف جدرینی علاج کے ساتھ ساتھ۔ چنانچہ ان کے کارگر ہونے کے متعلق فیصلہ کرنا غیر ممکن ہے۔

کزاز (طاطانس)

(TETANUS)

اس مرض میں جس کا نام ایک ایسے لفظ سے ماخوذ ہے جسکے معنی "مین تاننا ہوں" (ہیں) ضروری شرط یہ ہے کہ جسم کے بیشتر عضلات میں تشنجی (tonic) انقباضات واقع ہوں اور ساتھ ہی وقتاً فوقتاً زیادہ انقباض کے دورے ہوتے رہیں۔ یہ ایک تشنجیہ (B, tetani) کے باعث ہوتا ہے جو مختلف اقسام کی مٹی یا کاربن مولڈ (garden mould) میں موجود ہو سکے اور جب ایسی مٹی کی تعلیم جلد کے نیچے ہو جاتی ہے تو اس سے یا فوروں میں کزاز (طاطانس) پیدا ہو جاتا ہے۔

اس تشنجیہ کی پیمائش طول میں ۴ ملہ تا ۵ ملہ اور دہانت میں ۴ ملہ سے ہے یہ سوطی (تازیانہ دار) (flagellated) ہوتا ہے اور معمولی صیغہات سے اور طریقہ (Gram's method) سے رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ بذریعہ پیدا کرتا ہے جو ایک سرے پر نمویاب ہوتے ہیں اور چونکہ ان کا قطر عضیہ کے قطر کے نسبت بڑا ہوتا ہے ان کی وجہ سے تشنجیہ کی شکل ایک گنچک (چوبہ نقارہ) جیسی نظر آتی ہے۔ عضیہ طاطانس نامہوا باش طریقہ سے (anaerobically) بالیدگی حاصل کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض بالکل چھوٹے شیرخواروں میں (tetanus neonatorum = نو مولودی کزاز) اور اس عمر کے بعد پانچ برس سے اوپر کی تمام عمروں

میں واقع ہوتا ہے۔ یہ گرم ملکوں میں زیادہ عام ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ کالے چڑے والی قوموں میں اسکی استعداد خاص طور پر ہوتی ہے۔ اس کا ہائیت کثیر الوقوع پیش خیمہ ضرر یہ یعنی چوڑے (ضربی کزاز = traumatic tetanus) جس سے عضیہ کو اندر داخل ہونے کیلئے ایک مدخل مل جاتا ہے۔ یہ ایک اسپین یا ناخن کی معمولی سی کھرچ (scratch) سے لیکر ایک خطرناک ترین کسر مرکتبہ (compound fracture) یا دریدہ زخم

(lacerated wound) تک کسی قسم کی ہو سکتی ہے۔ لیکن سرایت کے وقوع کا امکان اس وقت خاص طور پر ہو جاتا ہے جبکہ زخم میں سرخ کی غلات، بلیغ کے مزل (garden mould) ، بھیل کے گھاس پات، یا اسی طرح کی چیزوں کے تماس سے آلودہ ہو گیا ہو۔ درحقیقت دھوئے ہوئے عصیات کراڑ (washed tetanus bacillus) یا ان کے بذروں کا اشتراک جانوروں میں بلا کسی نقصان کے کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اگر کیلیم کلورائیڈ یا آمیدہ حل پذیر سیلیکا (hydrated soluble silica) بھی آلودہ نوزمین کے معمولی ترکیبی اجزاء ہیں، ان عصیوں کے ساتھ ساتھ مشرب کردے جائیں، تو یہ مضویہ بایدگی حاصل کر کے مرض پیدا کر دیتے ہیں۔ انورسٹاؤں (ancuryama) کے لئے جیلارین کے اور طیریا کے لئے کونین کے تحت الجھدی اشتراک کے بعد کراڑ واقع ہو گیا ہے۔ نوزائیدہ شیرخواروں میں یہ مضویہ جبل شری دنال کی منقطع سطح سے داخل ہو جاتا ہے۔ غالباً ان تمام حالتوں میں جو پہلے خود رو (idiopathic) کہلاتی تھیں، مقامی سرایت کا کوئی نہ کوئی ذریعہ نظر انداز ہو جاتا تھا۔ مثلاً اصطبل کے ایک آدمی کو جسے سیلان الاذن (otorrhoea) کی شکایت تھی 105 کراڑ ہو گیا، بلاشبہ باریوہ کہ اُس نے اپنی انگلی کے ذریعہ جو اصطبل کی غلات سے آلودہ تھی اپنے سفد گوش اور طبل الاذن کو سرایت زدہ کر دیا۔ بعض اوقات یہ مرض وبائی صورت میں ہو جاتا ہے۔

مرضی تشریح - بہت سے مریضوں میں موت کے بعد کسی قسم کے امراض باقی اندر

نہیں پائے جاتے۔ نہایت عام طور پر ماؤف ہونے والے اعضا بھیس پھڑپھڑے ہیں جو ذات لریہ (نونیہ) عضبی التهاب، آؤ یا یا نزفات کا مصل وقوع ہو سکتے ہیں۔ مرکزی عضبی نظام عام طور پر عالی آنکھ سے طبی نظر آتا ہے یا زیادہ سے زیادہ رمادی مادے کی کسی قدر پیش رفت ظاہر کرتا ہے۔ لیکن یہ کہ خود مٹی استحان سے عضبی غلیٹوں میں خفیف انحطاطی تغیرات بھی ظاہر ہوں۔ یہ دونوں حالتیں سمیات کے فعل سے منسوب کی جاسکتی ہیں یا اس عروقی اختلال سے جو شجاعت کے دوران میں واقع ہوتا ہے۔ دھڑکے عضلات، بالخصوص منگی عضلات، بعض اوقات پھٹ جاتے ہیں یا ان میں نزفات واقع ہو جاتے ہیں۔ حشری (traumatic) حالتوں میں زخم کی حالت آخری نتیجہ سے کوئی اضافت (نسبت)

نہیں رکھتی۔ ممکن ہے کہ وہ (زخم) مندمل ہو رہا ہو یا مندمل ہو چکا ہو، یا شقیہ (suppurating) کیا افشاث پذیر (sloughing) ہو۔

امراضیہ است۔ عفتیہ بالخصوص زخم کے قرب و جوار میں تعداد میں بہت

بڑھتا اور زہر پیدا کر دیتا ہے جو مرکزی عصبی نظام اور خاص کر نخاع (جمل شوکی) کے لئے زہر دے رکھتے ہیں۔ لیکن یہ لیسفی غد میں بھی پائے گئے ہیں۔

ان تجربات سے جو جانوروں پر کئے گئے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسے سموم خون کے اندر جذب ہو جاتے ہیں۔ لیکن ان عصبی اعصاب کے مقبضاتی صحیفے (end plates) بھی (جو عضلات میں ہوتے ہیں) اندر کھینچے ہیں اور مرکزی عصبی ریشوں کے محور سلولانے یا ان کے ساتھ ساتھ جانے والے فی عروق متناظر قرن مقدم (anterior cornu) کے خلیات تک منتقل کر دیتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ وہ خاص ذریعہ ہے جسکی وسالت سے عصبی مرکز سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ سموم کافی ہیں تو یہ متقابل قرن اور نخاع کے دوسرے خلیوں تک پہنچ جاتے ہیں۔ تاہم غیر محفوظ شخص میں وہ عضلات جن پر شجاعت کا حملہ پہلے ہوتا ہے عموماً چوٹ کے مقام سے متعلق نہیں کئے جاسکتے، بلکہ وہ اکثر پشت گردن کے باجڑے کے عضلات ہوتے ہیں۔ زخم کے مادوں کی تطہیر سے اور سم شامل رکھنے والے بول کے اثرات سے بھی کئی نر انسان سے جانوروں میں منتقل کیا گیا ہے۔

علامات۔ کروڑ کی دو میٹر سریر باقی تھیں ہوتی ہیں: (۱) قبل اصل

آیام (preserum days) کی معروف قسم جو تکبلی (trismus) (یعنی دانتی لگنے) کی ابتداء ہے! اس سے میٹر ہوتی ہے۔ (۲) تربیم شدہ کروڑ، جو سالم کی کا جنگ کا اگشان ہے، ایسے مریضوں میں ہو سکتا ہے جن میں پہلے دفعہ کروڑ اصل (anti-tetanus serum) کا حفظہ نقدی اثراب کر دیا گیا ہو۔

معروف یا عمومی قسم (classical or generalised type) زخم سے اور علامات کے آغاز کے درمیان کا زمانہ حساسیت ایک سے تیس دن تک کا ہوتا ہے کہ دارواتوں کی مجموعی تعداد میں سے تقریباً نصف دوسرے ہفتے کے دوران میں اور ایک ٹٹ پہلے ہفتے کے دوران

میں نویاب ہوتی ہیں۔ یہ پایا گیا ہے کہ حفظہ اقلدی طور پر منبع بنائے ہوئے مریضوں میں جنہیں اس قسم کا مرض ہو جاتا ہے، زمانہ عصانت میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ مریض پہلے جڑوں میں سختی یا اکڑ (stiffness) محسوس کرتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ اپنا منہ چوڑا کھول نہیں سکتا، یا ٹھیک طور پر چبا نہیں سکتا۔ پشت گردن میں بھی اکڑا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک یا دو دن تک اسی طرح رہے، یا اس حالت سے گزر کر جلد دوسرے درجہ میں پہنچ جائے، جس میں دھڑکے عضلات میں اور نسبت کم حد تک اطراف (جوارح) کے عضلات میں سختی اور کرخنگی پیدا ہو جاتی ہے۔ پشت سخت (اکڑی ہوئی) اور قدرے کمان کی طرح خمیدہ ہو جاتی ہے اور اس خمیدگی کا انقطار پیچھے کے طرف ہوتا ہے (opisthotonus = پس تیندگی)۔ دھڑ اور شکم کے عضلات مستقل انقباض کے باعث ہائیک است ہو جاتے ہیں۔ اسی سبب سے سینہ کے کربکات بھی محدود ہو جاتے ہیں۔ ٹانگوں میں سختی عام (یعنی ساری ٹانگ میں) ہوتی ہے لیکن بازو صرف شانوں اور کہنیوں کے قریب کسی قدر اکڑے ہوئے ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ انگلیاں آزادانہ طور پر ہلائی جاسکتی ہوں۔ اس وقت ہلکے جڑا عضلات (masseters) کے انقباض کی وجہ سے عموماً مضبوطی کے ساتھ جم جاتا ہے (یعنی خوب جکڑ جاتا یا بھینچ جاتا ہے) اور دانتوں کو لپٹا اچھے سے زیادہ کھولا نہیں جاسکتا۔ کھٹک بنگلی (trismus) یا دانتی لکڑنا (lock-jaw)۔ اس آخری نام سے عوام الناس خود اس مرض کو یاد کرتے ہیں۔ ذہن کے زاویے (باپچیں) باہر کے طرف کھینچ جاتے ہیں اور لب قدرے ہڈا (کھلے ہوئے) ہوتے ہیں۔ جھوڑوں کو جبھی عضلات (frontal muscles) اوپر کے طرف کھینچ دیتے ہیں اور عضلات (corrugators) انہیں ایک دوسرے کے پاس لے آتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چہرے کا اظہار (بشرہ) ایک دردناک خندہ دندان کا ہو جاتا ہے جیسے نہر خندہ یا زہرست (risus sardonicus) کہتے ہیں۔ جب یہ درجہ آپہنچتا ہے تو نام ہناد "شجاعت" (spasms) شروع ہو جاتے ہیں جو بڑھ رہے ہوئے بلکہ تند اور سخت عضلاتی فعل کے دورے ہوتے ہیں۔ یہ ناگہانی انقباضات پر مشتمل ہوتے ہیں جو ان تمام عضلات کو مآؤف کر دیتے ہیں جو ایک متشی کرخنگی (tonic rigidity) کی حالت میں تھے۔ دانت زیادہ شدت کے ساتھ بھینچ جاتے ہیں، نہر خندہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے، سر پیچھے پھینکا ہوا اور

نشت زیادہ شدت کے ساتھ کمان کی طرح خمیدہ ہوتی ہے، سینہ غیر متحرک ہو جاتا ہے اور تنفسی عمل ٹوٹ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض سے ایک دردناک آواز (آہ) نکل جائے جو یا تو درد سے پیدا ہوتی ہے یا زفیری تنفس کا نتیجہ ہوتی ہے۔ دورہ اکثر چند لمحوں کی مدت کا ہوتا ہے جو بمشکل ثانیوں میں شمار کی جاسکتی ہے اور پھر مریض پر اس کی سابقہ تنفسی انقباض کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ دورہ چند ثانیوں تک جاری رہے مریض کا چہرہ اور ہاتھ زیادہ کبود اور متورم ہو جائیں اور تنفس میں مزاحمت ہونے سے جان کا فوری خطرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ دورہ نہایت شدت کے ساتھ دردناک ہوتا ہے۔ وہ خارجی سواق (impulses) سے مریض کو چھوئے اس کے بستر (بٹنگ) کو جھٹکا لگانے سے قاشاٹیر (catheter) داخل کرنے یا تحت الجھدی انشراب کے استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ دورے ابتداً نصف گھنٹے، ایک گھنٹے یا زائد کے وقفوں سے واقع ہوتے ہیں، لیکن جوں جوں مرض ناموفق طور پر ترقی (ترقی محکوس) کرتا ہے دورے زیادہ زیادہ شدید ہونے لگتے ہیں اور کم وقفوں سے ہونے لگتے ہیں۔ شہجات کے درمیان میں بھی تنفسی انقباض کی وجہ سے بدستور کسی قدر دروج رہتا ہے تنفس کئی طور پر آزادانہ طریقہ سے نہیں ہوتا اور آواز کمزور ہوتی ہے۔ مسکرات بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ نبض صغیر و سریع ہوتی ہے اور دڑوؤں کے دوران میں زیادہ تیز ہو جاتی ہے تپش عموماً ابتداً طبعی درجہ پر رہتی ہے اور ممکن ہے کہ آخر تک ایسی ہی جاری رہے اگرچہ وہ کبھی کبھی موت سے پہلے کسی قدر بلند ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات تپش مستقل طبعی درجہ سے اوپر نہ سکتی ہے۔ دوسری حالتوں میں موت سے عین پہلے ۱۰۰ یا ۱۰۵ درجہ کا شدید ارتقاع تپش (hyperpyrexia) ہو جاتا ہے، بلکہ موت کے بعد بھی تپش ۱۱۰ درجہ تک بڑھتی ہوئی دیکھی گئی ہے۔ اکثر اعتبار سے بول ہو جاتا ہے جس سے قاشاٹیر کے استعمال کی ضرورت پیش آ جاتی ہے جس عموماً غیر متاثر رہتی ہے اور دائمی افعال خاتمہ کے قریب تک بیشتر بالکل طبعی رہتے ہیں، گراں وقت نہ بیان کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ وارداتوں کی نسبت زیادہ تعداد میں مرض ترقی پا کر ایک سے لیکر بارہ دنوں تک میں مہلک انجام کو پہنچ جاتا ہے، دورے زیادہ زیادہ شدید اور بار بار ہونے لگتے ہیں اور موت تحلیل وقت سے یا زما کے تنفس سے یا تنفسی عضلات کی تھکاوٹ (عدم حرکت) سے واقع ہو جاتی ہے یا ذات الریه (نونیہ) یا شہمی الہاتہ اپنا اثر مریض کے خلاف مسترد کر دیتا ہے۔ جیسا کہ مہلک ترفن (ملاوالتن) (chorea) اور

اور آب ترسی (hydrophobia) دونوں میں ہوتا ہے، موت سے اٹھارہ یا چوبیس گھنٹے پہلے عضلی انقباضات بعض اوقات بالکل سو قف ہو جاتے ہیں۔ چند حالتوں میں رتھیں تیسرے یا چوتھے ہفتے تک زندہ رہتا ہے۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ مریض کو شفا ہو جائے، شجاعت اپنے عروج (انتہائی شدت) کو پہنچ کر تدریج نسبتاً نادر الوقوع ہوتے جاتے ہیں۔ عضلات کی مستقل کرخشگی اور سختی رفع ہو جاتی ہے، اور مریض تین سے بیکر بھی یا آٹھ ہفتوں تک میں دور نقیبت میں داخل ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی مرض اپنا پورا انصاب طے کر کے عمومی کرخشگی کے ساتھ، اگر کسی دورہ کے بغیر، ہلک انجم کو پہنچ جاتا ہے اور نہایت شاذ حالتوں میں مسلسل شجاعت کے بغیر دورہ ہوتے ہیں۔

ترمیم شدہ یا مقامی کُزاز (modified or local tetanus)۔ اس قسم میں زائد عضلات طویل ہو جاتا ہے اور تقریباً نصف حالتوں میں تین ہفتوں سے زائد ہوتا ہے۔ مرض ان عضلات تک محدود ہوتا ہے جو زخم سے قریب ہوتے ہیں۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ایک ہی بازو (یا ایک یا دونوں ٹانگیں) یا جب زخم کھم میں ہو تو عضلی عضلات آؤف ہوں۔ آؤف عضلات میں تھشی (tonic) یا رجعی (clonic) شجاعت ظاہر ہو سکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ عضلات میں کرخشگی اور سختی موجود ہو اور ساتھ ہی ان کو حرکت دینے کی قابلیت موجود نہ ہو۔ یہ انقباضات نہایت دردناک ہو سکتے ہیں۔ مقامی کُزاز چند دنوں کے بعد پھیل سکتا ہے۔ مثلاً اگر ایک جارحہ آؤف ہے تو ممکن ہے کہ بعد میں دوسرا جارحہ مبتلائے مرض ہو جائے۔ مقامی کُزاز کا عمومی بنجانا بھی ممکن ہے، جبکہ ساتھ فلک بستی (دائمی گٹنا) واقع ہو کر از سر نو مرض کُزاز کی معروف شکل پیدا ہو سکتی ہے۔

مقامی کُزاز کی بعض مخصوص قسمیں بیان کی گئی ہیں۔ چنانچہ احشائی کُزاز (splanchnic tetanus) کا نام ان حالتوں کو دیا گیا ہے جو احشائے کے اعضاء مثلاً شکم یا صدر کے جھیدنے والے زخموں (penetrating wounds) کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کا کُزاز تقریباً ہمیشہ بسرعت ہلک ہوتا ہے۔ شجاعت عضلات طبع (muscles of deglutition) اور عضلات تنفس تک محدود رہتے ہیں، اور نکلنے کی وقت اس قدر زیادہ ہو سکتی ہے کہ پانی کے گھاس کو دیکھتے ہی یا اس کا نام لیتے ہی لمبوی شجاعت پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے جسکی وجہ سے یہ حالت آب ترسی (ہائڈروفوبیا) کی حالت سے قریبی طور پر

شباب ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ عموماً ہیر (dyspnoea) ہوتا ہے۔

قیحالی کُراڑ (cephalic tetanus) کا نام اُن حالتوں کو دیا گیا ہے جو سر یا چہرے کی چوڑوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس قسم کی چار خطیں بیان کی گئی ہیں: (الف) ایک وہ جس میں شل نہیں ہوتا لیکن ممکن ہے کہ عسر البلع (dysphagia) اور ہیر موجود ہو اور عسر البلع اس درجہ تک پہنچا ہوا ہو کہ آب ترسی سے قریبی مشابہت رکھتا ہو۔ (ب) دوسری شکل اپنے کُراڑ عین (ophthalmic tetanus) جس میں محرک العین عصب (oculomotor nerve) ماؤف ہونے سے استرخاء و الجفن (ptosis) یا برونی یا ردنی عضلات چشم کا شل ہونا ہے۔ (ج) تیسری شکل میں جو شاخ ہے، عصب تحت اللسانی (hypoglossal nerve) متعلق ہوتا ہے اور (د) چوتھی میں جس میں عصب درجی (facial nerve) ماؤف ہوتا ہے، فوجی شکل واقع ہو جاتا ہے اور مشلول عضلات میں شنجات ہوتے ہیں۔

107

تشخیص۔ کُراڑ کو سٹرکینن (strychnine) کی سمومیت، آب ترسی (المیڈو

فوبیا) نخاعی التهاب سحایا (spinal meningitis)، تکرز (tetany)، عضلی ریشہ (muscular rheumatism) اور امتناعی لالحم (ہسٹریا) سے شناخت کرنے کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔ اسٹرکینن سے سمومیت (strychnine poisoning) میں مرض کُراڑ کے نسبت اطراف بہت زیادہ مد تک ماؤف ہوتے ہیں اور کورسے خارجی نتیجات سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن دقتوں کے دوران میں عضلات دھیلے رہتے ہیں۔ آب ترسی (المیڈو فوبیا) میں سختی اور کُراڑی مسلسل نہیں ہوتی۔ شنجات حنفی عضلات کو ماؤف کرتے ہیں اور سیالات کو پینے کی کوشش سے یا اُن کو دیکھنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ عموماً ذہنی اضطراب (mental agitation) بلکہ زانیائی جوش و ہجان تک موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح نخاعی التهاب سحایا (spinal meningitis) میں بھی نہ تو فلک بستی ابتدائی علامت ہوتی ہے اور نہ مسلسل سختی اور کُراڑی موجود ہوتی ہے۔ نقل و حرکت کی کوشش سے عضلی شنجات پیدا ہو جاتے ہیں اور پیش ابتدا ہی سے بلند درجہ پر ہوتی ہے۔ دماغی علامات کا عائد واقع ہونا کُراڑ کے خلاف ہوگا۔ تکرز (tetany) میں شنجات کا مخصوص پھیلاؤ اُسے کُراڑ سے باآسانی متیز کرتا ہے۔

عضلی ریشمہ (muscular rheumatism) پشت گردن کی سختی اور اگر پیدا کر سکتی ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بعض حالات میں اندیشہ پیدا ہو جائے۔ لیکن اس میں ناکہ سنگی کبھی نہیں پائی جاتی۔ ہسٹیریا کی شدید شکلوں میں پس تنیدگی (opisthotonus) اکثر ایک نمایاں علامت ہوتی ہے لیکن یہ تنجی حرکات کے ایک سلسلہ کے جز کے طور پر واقع ہوتی ہے جسکے سمجھنے میں غلطی نہیں ہو سکتی۔ کراڑ کی مقامی قسم کو جو ایک بارہ کو ماؤن کرے، ہسٹیریا کی شکل سے متفرق کرنا چاہیے۔

انڈیا۔ زمانہ حفاظت جس قدر مختصر ہو گا ہلاکت اتنی قدر زیادہ ہوگی۔ مصل سے پہلے کے زمانہ میں ہلاکت جلد وارداتوں کی ۸۰ اور ۹۰ فیصدی کے درمیان تھی، جیسا کہ مشاہدات کے متعدد آزادانہ سلسلوں سے اندازہ کیا گیا ہے۔ گزشتہ جنگ کے دوران میں ٹسام انگریز مریضوں کی اوسط ہلاکت ۵۰.۶۸ فیصدی تھی، اور اس گھٹی ہوئی شرح کے ساتھ زمانہ حفاظت میں بہت زیادتی تھی۔ اس کی وجہ یہ تھی کہ مصل کے اثرات بات بطور حفظ ماتقدم کے رائج کر دئے گئے تھے۔ ان مریضوں کے پورے سلسلہ کے تجربہ اور تشکیل سے ظاہر ہوا کہ اس امر کی کوئی شہادت موجود نہ تھی کہ علاجی مصل (curative serum) کے اثرات نے شرح ہلاکت کے گھٹانے میں کوئی اثر کیا ہو (Golla)۔ خالص مقامی کراڑ کی شرح ہلاکت علاحدہ بھی نہیں تھی۔

تحریر۔ تمام زخموں کو بلا توقف کاٹ کر خارج کر دینا یا صاف کر دینا چاہئے، بالخصوص جبکہ وہ کچر یا مٹی سے آلودہ ہوں۔ اس غرض سے کہ سرایت کا موقع کم ہو دراف عفونت اور یہ بلکہ قوی کاربو لک۔ ایسڈ لگا دینا نفع بخش ہو سکتا ہے۔ دوران جنگ میں اور دوسری حالتوں میں جبکہ کراڑ خوب جھپیلوا ہو کر کراڑی بند سم (tetanus antitoxin) کی ۵۰ اکائیوں کا شراب جھقہ جھقہ ممکن ہو تحت الجلدی راہ سے کر دینا چاہئے۔ اور چونکہ معلوم ہوتا ہے کہ جو تحفظ اس مقدار سے حاصل ہوتا ہے وہ دن دن سے زیادہ تک نہیں قائم رہتا لہذا عفونی زخموں (septic wounds) کی حالت میں سات دن کے بعد ایک دوسرا شراب عمل میں لانا چاہئے اور استثنائی حالتوں میں ایسی قدر وقفہ کے بعد ایک تیسرا بلکہ چوتھا شراب بھی کرنا چاہئے۔ مثال حالات میں بند سم مقامی طور پر زخموں پر بھی لگایا

گیا ہے۔ جب ثانوی علیے کرنے کی ضرورت پیش آئے تو لیٹیشن (Leishman) اور سٹالمن (Smallman) اس امر کی سفارش کرتے ہیں کہ اگر ممکن ہو تو علیے سے اڑتالیس گھنٹے پہلے علیے کے مقام کے گرد و قریب سم کے اثرات تقریباً ۱۵۰۰ اکائیوں کی مدد تک عل میں لائے پیش روئی رائے ہے کہ نمایاں احباب کی پوششوں (غلافوں) کے اندر بھی اثرات کرنا چاہئے۔

علاج۔ مریض کو بہ آرام (بے حرکت) رکھنا چاہئے اور بہترین یہ ہے کہ اسے ایک

تاریک اور بالکل خاموش کمرے میں رکھ دیا جائے تاکہ وہ بصارت اور آواز کے تمام اثرات سے بچا رہے۔ غذا آزادانہ طور پر اور یہاں تک کہ اس میں خلل نہ پڑے دی جائے، لیکن ممکن ہے کہ جیسوں کے بند ہو جانے کی وجہ سے ایک انفیوژن (nasal tube) کے ذریعہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔ اگر کوئی زخم موجود ہو تو کوئی ازلی علامات رفع ہو جائے تک اس میں فعال طریقہ سے مداخلت نہیں کرنی چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ ایسا کرنے سے تازہ سم آزاد ہو جائے۔

مصل کے شفا بخش فعل کے متعلق بہت کچھ بحث کی گئی ہے۔ اعداد و شمار سے مترشح ہے کہ مصل زیادہ کارآمد نہیں ہوتا۔ لیکن یہ اعداد زیادہ تقیسی بخش نہیں ہیں کیونکہ یہ امر اس نہایت نفع بخش اثر کی وجہ سے جو حفظ مائع قدی اثرات پر رکھتا ہے پھیرا ہو گیا ہے۔ تجربی شہادت اس واقعہ کے طرف قوی دلائل کرتی ہے کہ اگر مصل جلد دیا جائے تو نفع بخش اثر پیدا کر سکتا ہے اور مزید برآں یہ کہ اس کے اثرات کا صحیح راستہ بخالی قتال کی راہ سے ہے۔ چنانچہ شیرنگٹن کوکن پیچیس بندروں میں سے جن میں کراڑی سم کا اثرات کرنے کے سینٹا لیس ناٹا مفسر گھنٹوں کے بعد دینے کراڑ کے ابتدائی علامات ظاہر ہو جانے پر (بند سم کا درون غلافی اثرات) (intrathecal injection) کر دیا گیا تھا، جو وہ بند شفا یاب آئے۔ جب ضد سم کی یہی مسند تحت الجھدی راہ سے دی گئی تو شفا یابی کی شرح پیچیس میں سے تین تھی۔ جب یہ معتاد درون وریدی راہ سے دی گئی تو شرح شفا یابی بھی میں سے سات تھی۔ جب گھو پری میں سے ہو کر درون مانی راہ سے (subdurally) دی گئی تو شفا یابی کی شرح دس میں سے کچھ بھی نہیں یعنی صفر تھی۔ لیکن اس کے برعکس جب یہ معتاد فہقی قذالی غشا (atlanto-occipital membrane) میں سے ہو کر درون غلافی راہ سے دی گئی تو شفا یابی کی شرح دس میں سے تیر و تھی۔ دوران جنگ کے علاج بالمصل

(serum treatment) کے نتائج کے ساتھ خواہش مند لاحق ہے اس کے دیکھ محفوظ ط
ترین طریقہ بھی ہوگا کیونکہ تجربات سے علاج کے لئے دہشتناکی حاصل کی جا رہی ہے۔ مصل کے درون غلانی
اشرب کی اہمیت کو درجہ اول پر اور درون وریدی اشرب کی اہمیت کو درجہ دوم پر ظاہر کرتے
ہیں۔ ان اشربات کو حتی الامکان ابتدائی ترین زمانہ میں مل میں لانا چاہئے، اور ایک عمومی
معدوم (general anesthetic) دے دینا چاہئے۔ دماغی تنفاسی سیال کی کچھ مقدار باہر
نکال دینے کے بعد مصل کو ایک قیف کی وساطت سے جاذبہ کے تحت آہستہ آہستہ غلاف تنفاس
کے اندر بہنے دینا چاہئے۔ اگر ممکن ہو تو کم از کم دس ہزار اکٹیاں دی جائیں۔ چند حالتوں میں جبکہ
مصل بہت بلند بائو ایٹ (high potency) کا تھا چالیس ہزار اکٹیوں کا اشرب کیا
گیا ہے۔ درون وریدی راہ سے کم از کم تین ہزار اکٹیاں دینی چاہئیں۔ استہداف
(anaphylaxis) کے مسئلہ پر غور کرنا چاہئے، لیکن اگر ایک عمومی معدوم جس استعمال کیا جائے
تو اس کے خطرات نسبت بہت کم ہوتے ہیں۔ میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate)
(جسمانی وزن کے ہر ایک گرام کے لئے ۲۵ فیصدی محلول کے ایک کعب سنٹی میٹر کے درون غلانی
اشرب بھی استعمال کیے گئے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سے انقباضات رفع ہو جائیں، لیکن یہ
مشکوک ہے کہ آیا یہ اشربات ہلاکت کو بھی کم کر دیتے ہیں۔

اگر ضرورت ہو تو مریض کو مسکنات (sedatives) دے جائیں، مینے مارینا
(morphia) کی تحت اجملہ دی پیکاری، آپ گرین کی معتادوں میں ہر چوتھے گھنٹے۔ کلورل
ہائڈریٹ (chloral hydrate) ۳ تا ۶ گرین براہ دہن۔ کلورل (chlorotone)
۱۰ تا ۱۵ گرین براہ دہن، یا ۲۰ تا ۳۰ گرین روغن زیتون (olive oil) میں حل کر کے براہ مستقیم
(per rectum)۔

اگر تنفسی عضلات کے تشنج کے باعث تنفس سو توقف ہو جائے تو آکسیجن کا
درون قصبی تنفوخ (intratracheal insufflation) آزمایا جائے۔

گیس گنگرین

(GAS GANGRENE)

یہ بافتوں کی وہ سرایت ہے جو بعض گیس پیدا کرنے والے ناہوا باش جراثیم (anaerobic bacteria) سے واقع ہوجاتی ہے۔

بحث اسباب دفع عفونت تدابیر کے رواج سے پہلے کے زمانہ میں گیس

گنگرین عام تھی۔ وہ دفع عفونت (antisepsis) اور عدم عفونت (asepsis) کے رائج اور رائج ہوجانے کے بعد شفاخانوں میں نہایت شاذ ہو گئی۔ لیکن حال کی جنگ کے دوران میں وہ اکثر اوقات اُن صورتوں میں پھر پائی گئی جن میں وہ جراثیم جو اکثر میلے (نجاست) میں موجود رہتے ہیں، بندوق کی گولی کے زخموں اور بالخصوص قوپ کے گولی کے زخموں کی راہ سے بافتوں کے اندر داخل ہو گئے تھے۔ اس کے متعدد مختلف جراثیم پائے جاتے ہیں، لیکن اہم ترین یہ ہیں۔ ۱۔ بیسیس پرفریجنس (B. perfringens)۔ یہ اور دیپٹیس (Welch) کا بیسیس ایروجینز کیپسولےٹس (B. aerogenes capsulatus) ایک جہیز ہے۔ ۲۔ ایڈریاٹینس (E. ordalii) اور وبریون سپٹیک (Vibrio septique)۔

آمر اضیاء۔ اول سرایت عضلات میں واقع ہوتی ہے جو ابتدائی

درجوں میں طبی اورغوانی سے خشنی سرخ رنگ میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔ یہ عضلات نہایت خستہ (مجرے) ہوجاتے ہیں، اور گیس اُن کے ریشوں کے درمیان ایک جگہ سے دوسری جگہ بٹائی جاسکتی ہے۔ ان کا رنگ بعد میں زیتونی سبز اور قوام پٹین (putty) جیسا ہوجاتا ہے (Wallace) جراثیم عضلاتی ریشوں کی سطح پر بایندگی حاصل کر کے انہیں تلف کردیتے ہیں، اور گیس ریش اور انجم غلاف (sarcolemma) یا پوشش کے درمیان

جمع ہو جاتی ہے۔ سرایت خاکہ ریشوں کے طول میں اوپر اور نیچے پھیل جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ابتداء صرف ایک ہی عضلہ ماؤف ہو۔ بعد کے درجہ میں سرایت مستقل عضلات اور تحت الجلدی بافتوں میں اور استحالیت شروی (metastases) کے ذریعہ سے جسم کے دوسرے حصوں میں بھی پھیل جاتی ہے۔ خون کی ادنیٰ مقدار میں توت (antitryptic power) ان عضویوں کی بایونڈی میں ٹھہرتی ہے (Wright)۔ اور یہ ٹیشہ پیدا کر دیتے ہیں جو خون کے تلوئی معقولہ (alkaline reserve) میں تنزلی دہی پیدا کر دیتا ہے۔ بایونڈی صرف اسی وقت ہوتی ہے جبکہ عضویہ متضرر بافتوں میں بایاب (دائل) ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ ابتدائی درجوں میں پلہ لمبی نظر آتی ہے۔ پھر حارح متورم ہو کر پلہ تنیدہ ہو جاتی ہے۔ جیسے جیسے گیس جمع ہوتی ہے قرح کرنے سے ایک صوت رتآن انگلیاں (resonant note) حاصل ہوتی ہے اور وہاں ٹپکنے (crepitations) موجود ہوتے ہیں۔ ارخوانی رنگ کے رقبہ نو دار ہو کر باہم پیوستہ ہو جاتے ہیں اور ایسے مثال سے بچھ رہے ہوئے آبلے ہوتے ہیں جو متغیر شدہ خون سے لٹون ہوتا ہے۔ بالآخر ارخوانی رنگ کی جگہ ایک سیاہ زرد و سبز رنگ لے لیتا ہے۔

تشخیص۔ لاشعیر (x-rays) سریع ترین ذریعہ تشخیص ہیں۔ شامی ترسیلات (radiograms) میں صاف نظر آنے والے رقبے گیس کے اجتماعات سے متاثر ہوتے ہیں۔ یہ رقبے عضلی ریشوں کے برابر برابر مرتب ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

اُمداد۔ یہ عملی طور پر یا س انگیز ہے تاہم قہینکہ علاج ابتدائی سے مستعدی کے ساتھ اختیار کیا جائے۔

تحریر۔ یہ آلودہ شدہ زخموں کے استیصال نکلی (excision) پر اور نوی بند مسل (specific antiserum) کے حفظ و تقدیمی اثرات پر مشتمل ہے۔
علاج۔ یہ خاکہ خراجی ہوتا ہے اور ماؤف عضلات کے استیصال نکلی یا بتر

(amputation) پر مشتمل ہے۔ عمل کے اثرات سے تجویز طور پر عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (Bull) -

آتشک

(SYPHILIS)

آتشک (syphilis) یا انگریزی "pox" ایک نوعی ساری مرض ہے جو بذریعہ تطعیم (inoculation) منتقل ہوتا ہے اور حسب ذیل اضرار کے بعد دیگرے پیدا کر دیتا ہے۔ مقام تطعیم پر ایک ضرر (primary lesion) = اولی ضرر - ایک ماہ کے یا زائد وقفہ کے بعد جلد، مخاطی جھلیوں، اور دوسرے حصوں پر اضرار (secondary lesions) = ثانوی اضرار ہوا اور ایک یا زائد سال کے بعد جلد، ہڈیوں، عضلات، اجزاء اور شریان کے عمیق تر اضرار (tertiary lesions) = ثالثی اضرار پیدا کر دیتا ہے۔ آتشک کے اولی درجہ (primary stage) سے یہ مراد ہے کہ سرایت مقام تطعیم کے قریب وجوہ میں محدود اقسام ہے لیکن ثانوی درجہ کی ثالثی درجہ سے تفریق صاف طور پر مصنوعی ہے کیونکہ یہ دونوں درجے دراصل ان مائل امراض کی اعمال کی وجہ سے ہوتے ہیں جو سرایت کے عام ہو جانے کے بعد جسم کے مختلف حصوں پر حملہ آور ہوتے ہیں لیکن چونکہ یہ تفریق سریر یا قی بیان کے لئے کارآمد ہے لہذا اسی کی پابندی کی جائے گی۔ آتشک مکانِ عمر کی ہر جگہ یا عدم ارتفاق (locomotor ataxy) اور عمومی شللِ جانین (general paralysis of the insane) کا سبب بھی ہوتی ہے۔ یہ دونوں مرکزی عصبی نظام کے امراض ہیں جنکی جماعت بندی بعض اوقات تشخیصی آتشک (parenchymatous syphilis) کی اصطلاح کے تحت کی جاتی ہے۔

آتشک والدین سے بچوں میں منتقل ہو سکتی ہے اور پھر ایسی شکلیں اختیار کر لیتی ہے جو بعض خصوصیات میں اس مرض سے مختلف ہوتی ہیں جو معمولی طریقہ سے لاحق ہو جاتا ہے (congenital syphilis) = پیدائشی آتشک -

آتشک کا دقیق مضمون بیچ خیطیہ شاحب (spironema pallidum) ہے۔
 (جسے پہلے بیچ مویہ شاحب (spirocheta pallida) کہتے تھے) جسے ابتداؤں میں
 (Schaudin) اور ہافمن (Hoffman) نے ۱۹۰۵ء میں بیان کیا۔ یہ ایک لوبی یا
 کاک بیچ کی شکل کا لمبا پتلار شک ہوتا ہے، جس میں چھ تا چودھ بچے ہوتے ہیں اور جو
 ۲۴۔ ۲۵ ملکر جوتا ہے اور لون گیمسا (Giemsa's stain) سے اس کی گلابی تلوین ہو جاتی ہے۔
 خیال کیا جاتا ہے کہ یہ مخمر حیوانات (protozoa) کی جماعت سے متعلق ہے۔ اور غالباً
 اجسام ترغانیہ (trypanosomes) سے مماثلت رکھتا ہے۔ مقام سرایت پر زخم یا قرحہ
 کے کوئی آثار ظاہر ہونے سے پہلے ہی یہ حسب ذیل حالتوں میں پایا گیا ہے:- ششیکرکس
 (chancres) میں اور ان سے امتیاز رکھنے والے لمبی غد میں، اولی اور ثانوی آتشک
 کے خور (papules) میں، غلیظ پٹیوں (mucous patches) (condylomata) میں،
 میں، اور خون اور طحال میں۔ ثالثی آتشک کے درم میں صغیر (gumma) میں بیچ مویہ اکثر محیطی
 حصوں میں جاگزیں ہوتے ہیں۔ پیدائشی آتشک میں یہ مضمونئے تعداد کثیر میں خون میں اور اندام
 احشاء، یعنی جگر، طحال، شش، اور فوق الکلوئی اجسام میں پائے جاتے ہیں۔ حال ہی میں
 نوگوشی (Noguchi) اور دوسروں کو بیچ مویہ عمومی شکل کے مریضوں (general
 paralytics) کے قشر دماغ میں بھی ملے ہیں۔ سطحی اضرار کی صورت میں بیچ
 مویہ شاحب (S. pallidum) کے ساتھ اکثر اوقات ایک مماثل مضمون بیچ
 مویہ انعطافی (spironema refringens) بھی موجود ہوتا ہے۔

کتابی آتشک

(ACQUIRED SYPHILIS)

سرایت۔ عموماً آتشک ہماخت کے دوران میں منتقل ہوتا ہے۔

جب منطی پھٹیاں باہر نکلتی ہیں تو ان کا نازک سر منطی قشب (virus) کو بہ آسانی منتقل ہونے دیتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ انڈ قشب کے لئے منطی جھلی میں تڑاگ یا خراشیدگی کا موجود ہونا ضروری نہیں، تو اس میں شک نہیں کہ تڑاکیں یا خراشیدگیاں انڈ قشب میں تھپکڑ ہوتی ہیں بجااست کے ذریعہ تطہیم مرد میں موما شغف، قشبی، غلفہ، شغفہ کے پیچھے کی تجویف میں، یا بیجاہم کے پہلو پر، اور کبھی کبھی صفن پر یا عانی رقبہ میں ہو جاتی ہے، لیکن راعیل بیضہ منڈ بول پر شاذ ہی ہوتی ہے۔ تطہیم عورت میں نہایت عام طور پر شفرین (labia) 'قید الشفرین' (fourchette) نظر (clitoris)، منڈ بول اور کبھی کبھی منق الرحم (cervix uteri) پر واقع ہوتی ہے، لیکن دیوار اہبل پر شاذ ہی ہوتی ہے۔ آنتسٹک دوسرے طریقوں سے بھی منتقل ہو سکتی ہے مثلاً بوسہ لینے کے عمل میں، ایسے پائیچ (حقہ یا ہنٹال) کے ذریعہ تبا کو مینے سے سے ہلے آنتسٹک شغفوں نے استعمال کیا ہو یا آنتسٹکی زخموں یا خراشات کا تماس قشبی کی خراشیدہ آنتسٹکی کے ساتھ ہو جانے سے۔ تطہیم کے بعد عموماً ایک زمانہ حضانت ہوتا ہے، جسکی مدت تین سے پانچ ہفتوں تک مختلف ہوتی ہے، اور انتہائی مدد دس دن سے تین مہینے تک۔

110

اولی ضرر (primary lesion)۔ پہلی آمات ایک پچھوٹا سرخ شرہ ہے

جس میں کھجلی ہوتی ہے، اور جو بتدریج تمام سمتوں میں بڑا ہو کر بن نما ہو جاتا ہے اور بہت سخت ہوتا ہے۔ اس کی سطح خشک، پامھلکے دار یا ادیری طور پر متقرح ہوتی ہے اور خشک اقراز کی پٹری سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ حالت تعصب (induration) جو نہایت اہم ہے، شرہ کے ابتداؤ نمودار ہونے سے ایک ہفتہ یا دس دن کے اندر پیدا ہو جاتی ہے، اور اس ضرر کو سخت، متعصب، یا مہنٹری شغف (hard, indurated or Hunterian chancre) کہتے ہیں۔ منطی جھلی پر یہ ضرر شاذ ہی اتنا اچھا نمایاں ہو سکتا ہے۔ یہاں یہ ایک قناعیاً آبدگی طرح شروع ہوتا ہے، جس کا قاعدہ سرخ ہو جاتا ہے۔ یہ آبدگی ٹوٹ کر ایک غیر عتیق قرص بنا دیتا ہے، جس کا فرش متعصب (indurated) ہو جاتا ہے۔ رفتہ رفتہ (مکن ہے کہ مہینوں میں) یہ تعصب بتدریج غائب ہو جاتا ہے، قرص منڈل ہو جاتا ہے، اور کچھ عرصہ کے لئے رنگ کی ایک چمکتی (دھبہ) چھپے باقی رہ جاتی ہے۔ آنتسٹک کے درجہ اول کے دوران میں اس کا زہر بن ران (چھتے) کے غد میں منتقل ہو جاتا ہے،

اور سخت شینگل (hard chancre) کے ظہور کے بعد سات سے لیکر چودہ دن تک میں ایک منفرد بڑا مستطیل غدہ محسوس ہو سکتا ہے جسے اولیٰ کبتہ (primary bubo) کہتے ہیں، اور جس کے پہلو میں کبھی کبھی چھوٹے چھوٹے پھیرے جیسے (shotty) غدہ بھی ہوتے ہیں۔ یہ ایک دوسرے پر آزادانہ طور پر حرکت پذیر رہتے ہیں، جلد کے ساتھ چپکے ہوئے نہیں ہوتے اور جلد کی سرنی موجود ہوتی ہے اور منتشر نہیں ہوتے۔

اعضائے تناسل کے باہر کے زخم زیادہ تر چہرے، پونٹوں، لبوں، زبان، انگلی کا پستان پر ہوتے ہیں۔ وہ عموماً تناسلی قروح کے نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں، اور اولیٰ کبتہ ہمیشہ بڑا اور سخت ہوتا ہے۔ لب یا زبان پر تقریباً جلد ہی شروع ہو جاتا ہے، اور قاعدہ اکثر دبیر کا ذب و فستقیرانی جھلی (pseudo-diphtheritic membrane) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔

ثانوی اضرار (secondary lesions) اولیٰ زخم کے نمودار ہونے کے پانچ

تا آٹھ مہینے بعد ان اضرار کے ظہور سے سارے جسم میں سراپت کی تقسیم ظاہر ہوتی ہے۔ ایسے اضرار بارہ مہینوں یا زائد تک کسی وقت بھی ظاہر ہونا جاری رکھ سکتے ہیں، ان میں سے مستقل ترین یہ ہیں: ۱۔ جلد پر کے بعض ثورانات (تاریخہ) (syphilids) — آتشک جلدیت (syphiloderma) ۲۔ مخموری (ہتسہ) یعنی غدہ کی کھائی یا تعلقب۔ دوسرے مظاہر حسب ذیل ہیں: ۱۔ حوی تعالیٰ، عدم دمویت، کینٹی، پشت، یا جوارح میں درد، درہم مفاصل، التهاب قزحہ اور بالوں کا بھڑانا۔ اینٹیومن بولیت بھی واقع ہو سکتی ہے۔

ثورانات۔ ثانوی آتشک کے ثورانات میں چار میزخصائص ہوتے ہیں: ۱۔

(۱) مختلف اقسام کے اضرار ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں (کثیر الاشکلی =

polymorphism) لیکن ان دھبوں کی جسامت زیادہ مختلف نہیں ہوتی۔ بڑے اور

منتشر اضرار نہیں پائے جاتے۔

(۲) ثوران وسیع طور پر پھیلا ہوا اور بہ کثرت ہوتا ہے۔

(۳) کتبلی شاذ ہی ہوتی ہے۔ لیکن یہ غارتہ مستقل نہیں اور ممکن ہے کہ

ساتھ ساتھ دوسرے اضرار [مثلاً خارش (scabies) یا قمل (pediculosis)] موجود ہوں۔

(۴) اضرار کی شکل مدور ہونے کا رجحان رکھتی ہے اور ممکن ہے کہ بچہ گرجہ یا معلقوں کی صورت میں مرتب ہوں۔ یہ استثنائے ظنی (macular) خوراک کی حالت کے ہرگز رنگت کے لحاظ غمغریہ سے مشابہ ہوتا ہے۔

شانوی ضرر کے مختلف اقسام اور ان کی تفریقی تشخیص حسب ذیل ہے۔

(۱) ظنی ناریہ یا وردیہ (macular syphilide or roseola)۔ یہ بھابی رنگ کے گولی یا بیضوی دھبے ہوتے ہیں جن کی جسامت تقریباً تین پینی کے سکتے کے برابر ہوتی ہے اور جو کسی قدر گنجان گردہوں میں مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ دھبہ گردن بھوج، ہتھیلیوں اور کوؤں کو ماؤف کرتے ہیں۔ ان میں درد نہیں ہوتا نہ پھلکے بنتے ہیں۔ یہ تین ہفتوں سے لیکر دو مہینوں تک جاری رہ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تکرر ہو جائے۔ اس میں معمولی نہیں ہوتی۔ اسے کھسرا، میسرا (rubella) اور پھل (وردی) (pityriasis rosea) سے تیز کرنا چاہیے۔ آخر الذکر مختلف جسامت کے گلابی دھبوں یا دانوں پر مشتمل ہوتی ہے جو باریک پھلکوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں اور پس میں اکثر ایک ہرادی دھبہ "herald spot" کی سرگزشت پائی جاتی ہے جو جب سے پہلے دیکھا جاتا ہے، اور دوسرے اضرار کے نسبت زیادہ بڑی جسامت کا ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ مریض اکثر معمولی کی شکایت کرتا ہے۔

(۲) جرابی ناریہ (follicular syphilide)۔ یہ چھوٹے چھوٹے پھلکے سرخ رنگ کے بخوری ارتقاعات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کے مرکز میں ایک بال ہوتا ہے۔ ان پر اکثر ایک خشک پھلکے کی ٹوٹی چڑھی ہوتی ہے اور یہ بعض اوقات تانگی (pustular) ہو جاتے ہیں۔ انھیں معمولی قطفیر (acne vulgaris) سے تیز کرنا چاہئے، جو عموماً زیادہ طویل سرگزشت رکھتی ہے (یعنی زیادہ مدت کی ہوتی ہے)۔

(۳) بخوری ناریہ (papular syphilide)۔ یہ پھلے یا نیم کردی سخت ارتقاعات ہوتے ہیں یا اور بھی زیادہ نمایاں ہو کر گرہیں یا ذرے بنا دیتے ہیں جن کی فصلیں (crops) بے تاسدگی کے ساتھ سارے جسم پر (ظنی ناریہ کی طرح یا بھندے دار گردہوں میں شکل آتی ہیں۔ یہ بخور سرخ یا سور کے گوشت (ham) کے

رنگ کے ہوتے ہیں۔ ان کا سطح چمکدار ہوتا ہے اور ان کی کور کے گرد اکثر اوقات باریک جھلکوں کا حلقہ ہوتا ہے۔ یہ لٹینی ناریہ (macular syphilide) کے گلابی دھبوں پر واقع ہو سکتے ہیں۔ اس قسم کو صحرانہ از مسطح (lichen planus) سے تمیز کرنا چاہئے، جس میں افراد کثیر الانواع، چھپی چوٹی والے، پچھلے اور نفیسی ہوتے ہیں اور ان میں عموماً خارش ہوتی ہے جس سے زاز مسطح (lichen planus) کی نصف حالتوں میں منہ کے اندر سفید بثور دھاریاں یا پکیتیاں ہوتی ہیں، لیکن مضموم کا تقریح یا المعنی غد کی گلابی (جیسے کہ یہ دونوں آتشک میں ہوتے ہیں) نہیں موجود ہوتے۔

(۴) قلمسانی ناریہ (squamous syphilide)۔ یہ سانسے یا سوز کے

گوشت کے رنگ کے درختہ بثور ہوتے ہیں، جنہر جھلکوں کی ٹوپی چڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ قویہجات (flexures) میں عام ہوتا ہے۔ اسے صد فیہ (psoriasis) سے تمیز کرنا چاہئے، جس میں حرر درختہ نہیں ہوتا اور جھلکے شوخ تقرئی (bright silvery) قسم کے ہوتے ہیں۔ مزید برآں صد فیہ بالخصوص گھٹنوں اور کہنیوں کی سطحات باسطہ (extensor surfaces) پر ہوتا ہے۔ سیلان الدہنی (seborrhoeic) افراد کو بھی تمیز کرنا چاہئے۔ یہ گول دھبوں یا حلقہ دار اضرار ہوتے ہیں جنکے جھلکے چربیلے ہوتے ہیں۔ ان سے عموماً جلد لاس اور پیشانی کا حاشہ ماؤف ہوتا ہے، اور یہ بالخصوص خط وسطی میں عظم القوس پر، کتنی پٹیوں کے درمیان اور زیر پستانی خطوں میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سمجلی عام ہوتی ہے۔

(۵) روپیا (rupia) ایک نسبتاً شاذ ضرر ہے، جو کمزور شدہ مضموموں

(مریضوں) میں واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک گول یا بیضوی قرص ہوتا ہے، جسکی کور ارغوانی، لال رنگ کی اور قاعدہ نرم ہوتا ہے۔ اس سے خون آلود روپ کا ارتشاح ہوتا ہے جو خشک ہو کر ایک بیڑ نمونے نما پٹری (limpet-shell crust) بنا دیتا ہے۔ مندل ہونے پر یہ ایک گہرا ندبہ (scar) لینے داغ بنا دیتا ہے۔ اسے صد فیہ (psoriasis) کی آن پکیتوں سے تمیز کرنا چاہئے، جنکے متعلق غفلت سے کام لیا گیا ہو اور جو بھر سے جھلکوں کے تودوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ آخر الذکر حالت میں جھلکے آثار لینے پر متعدد دھون چکا نعلی نظر آتے ہیں، لیکن دیا قرص نہیں دکھائی دیتا جیسا کہ روپیا میں ہوتا ہے۔

دوسری قسمیں حسب ذیل ہیں:- (۶) آتشکی تقرن حیدر (syphilitic)

(keratoderma) جس میں تھیلیوں اور تلوؤں کے سرسبز کی قرنیہ زیر ہو جاتی ہے۔ اسے غلطی سے مزمن ایکزیما یا سیدھیہ سمجھا جاسکتا ہے۔

(۷) آشلی مسلعہ (syphilitic alopecia)۔ یہ ایسی شکل اختیاریہ ہے کہ بالوں میں عام پتاپن پیدا ہو جائے، یا بال اڑ کر گئے پن کی چھوٹی چھوٹی پکیتیاں لاجچہ چھ پن کے سکے کے برابر پیدا ہو جائیں۔ آخر الذکر کو رقبی مسلعہ (alopecia areata) کے فرق اور میٹر کرنا چاہئے، جس میں بال اڑے ہوئے کچھ ارجے گول یا بیضوی اور بالکل پکنے جوتے ہیں اور پھیلتی ہوئی کور پر گد رنایاں ہوتے ہیں۔

(۸) لونی نار یہ (pigmentary syphilide) جو گردن کے اطراف پر ہوتا ہے۔ یہ ایک غیر واضح محدود و درقد پر شکل ہوتا ہے جو سفید دھبوں (دانوں) سے پٹا ہوا ہوتا ہے اور جو تقریباً استثنائی طور پر عورتوں میں مرض آشک کے پہلے دوسالوں میں ہوتا ہے۔ سم الفاری لونیت (arsenical pigmentation) (سنگھائے استعمال سے پیدا ہوجانے والے دھبے) اس سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ لیکن آخر الذکر ڈھکے ہوئے حصوں میں یعنی دھڑ پر پائی جاتی ہے۔

(۹) مغالی پکیتیاں (mucous patches)۔ یہ چھٹی ٹولول نما (wart-like) بالیدگیاں بناتی ہیں اور عام طور پر اعضائے تناسل، جھان (perineum) مبرز کے قریب، بفلوں اور پندوں میں پستانوں کے نیچے، اور دہن کے تراووں (یا پتھوں) پر واقع ہوتی ہیں، یعنی فی الحقیقت ایسے کسی بھی مقام پر جہاں کی جلد پتلی ہو اور ہمیشہ تر رہتی ہو۔ یہ پکیتیاں اکثر کسی قدر وسیع ہی ہوتی ہیں، ان کی کور خوب واضح ہوتی ہے، سطح تر ہوتی ہے، اور افرا سیلے راہی رنگ کا ہوتا ہے۔ ان میں زہراوی ٹولولات (venereal warts) (ملاحظہ ہو صفحہ ۹۶۲) سے میٹر کرنا چاہئے۔

خراش گلو (sore throat)۔ اسی زمانہ میں جبکہ طبع مملی ہوتا ہے یا اس سے پہلے ہی، حلق بھی ماؤف ہو جاتا ہے۔ حلقوم میں پھٹی ہوئی سُرخی اور جراثیم میں لگتی اور کھج (excoriation) پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن سب سے زیادہ تمیز خاصہ لوز تہن کا تورم اور متاکل تفرح ہے۔ یہ قروح اکثر شکلی شکل (ڈگر دے نما) اور پری راہی کناروں والے ہوتے ہیں اور ان میں درد نہیں ہوتا اور ان کی مدت بہت طویل نہیں ہوتی لیکن

بعض اوقات دوزی قروح نسبت بہت زیادہ عرصہ تک قائم رہتے ہیں اور نرم تالو اور لہسا (uvula) تک پھیل جاتے ہیں۔ ان کی کوریں شوخ سرخ رنگ کی ہوتی ہیں، اور یہ ایک زردی نائل رمادی افزائے سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں جسے علیحدہ کرنے سے خون نکلنے لگتا ہے۔ ثانوی ورجہ میں دہن کے اندر دوسرے تغیرات حسب ذیل ہوتے ہیں: پیفید (جیسے: دانے) ویسے ہی جیسے کہ نائٹریٹ آف سیلور (nitrate of silver) لگانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ زبان یا گالوں پر سطحی چکیتیاں (papillae) خف ہو جانے کی وجہ سے زبان پر کھری چکیتیاں (bald patches)، یا کلائی زبان، اخلاذ کر شوخ سرخ رنگ کی ہوجاتی ہے، ساتھ ہی اس کے حلیمات میں پروردہ ہوجاتے ہیں یا ان کے درمیان بے قاعدہ انجبار اور عسق تنجادیف پیدا ہو جاتی ہیں۔ حد سے زیادہ تباہی کو چینی سے اس آخری حالت میں اثر نہ لے پیدا ہو جاتا ہے، یا یہ حالت عجزہ اسی سبب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دہن کے اندر کے ان اضرار کو ذیل کی حالتوں سے تمیز اور متفرق کرنا چاہئے:۔ تلاق (aphthae) سے جو گول زرد اور دناک اور سطحی اضرار ہوتے ہیں۔ غلہ (herpes) سے۔ یہ بھی دردناک ہوتا ہے۔ اور گلابے کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) سے جس کے ساتھ دہن کے اندر وسیع اضرار موجود ہوتے ہیں۔

لغنی غدد بڑے ہو جاتے ہیں، ان مخصوص جڈوں میں اندرونی قندالوں (inner condyles) سے اوپر اور نیشیت گردن پر کے۔ ثانوی آرتھک کی تپ اکثر ناکل غیر موجود ہوتی ہے، یا اس کے آثار اس سے زیادہ نہیں ہوتے کہ جلد پر سطحی حملہ ہونے سے پہلے یا اس کے دوران میں منہ میں کو خفیف سی کسلندی یا بے کیفی محسوس ہوتی ہے۔ مریضوں کی تھوڑی تعداد میں نہایت واضح متوقف (intermitent) یا متغیر (remittent) تپ ہوتی ہے جس میں تپ شام کے وقت بلند ترین ہوتی ہے اور یہ تپ کچھ ہفتوں تک جاری رہ سکتی ہے، ثانوی آرتھک کا التهاب گرد غظمہ (periostitis) خفیف ہوتا ہے۔ درد اور ایسٹ قبضہ ٹہریوں (tibiae)، کھوپڑی کی ٹہریوں یا ترقوہ ٹہریوں (clavicles) میں محسوس ہوتی ہے، لیکن ان کی کمیت مختصر ہوتی ہے اور گہریں (nodes) جیسی کہ تباہی آرتھک میں ہوتی ہیں، عموماً نہیں بنتیں۔ مفاصل اکثر نہیں ماؤف ہوتے لیکن ممکن ہے کہ زلزلہ انضباب (synovial effusion) جو بعض اوقات بہت زیادہ ہو جاتا ہے

(hydrarthrosis = استسقاء مفصلی) اور یہ ایک ہی مفصل میں وقتاً فوقتاً تغیر ہوتا ہے
اس مکان رکھتا ہے۔

آنکھ کا عام ترین عارضہ التهاب قرح (iritis) ہے۔ یہ عموماً ایک آنکھ کو
دوسری آنکھ سے پہلے موقوف کرتا ہے۔ اس کے علامات حسب ذیل ہوتے ہیں۔ نور ترسی
(photophobia) اور درد اور ساتھ ہی پدنی احتیاج (ciliary congestion) نامی ایک
علاقہ، مگر قرح حیدر اور شدہ انداز میں رنگ گوں لیمفہ کی گرہیں اور پچلیوں کا انداز
التهاب قرح یہ کہ عین تاجچہ او بعد واقع ہوتا ہے۔ اور بھی زیادہ بعد کے زمانہ
میں گرٹانوی علامات کے مدد کے اندر ہی ممکن ہے کہ منتشر التهاب شبکیہ (diffuse
retinitis) یا التهاب مشیمیہ (choroiditis) پیدا ہو جائے۔

دفعہ سرایت سے چند ماہ یا ایک سال کے اندر ہی مختلف عصبی عوارض، بالخصوص
التهاب شغاع (myelitis) کے وقوع کا امکان ہوتا ہے اور اس طرح یہ عوارض ثانوی
نتائج کے زمرہ ہی میں شامل ہیں۔ ایسے عوارض نافع آتشک علاج سے شفا یاب ہوں گا
بڑا تناسب ہی کر سکتے ہیں۔

اس زمانہ میں جو ثانوی اور ثالثی زمانوں کا درمیانی زمانہ ہو گا بعض دوسرے عوارض
پیدا ہو جاتے ہیں مثلاً۔ پچلیوں پر چھلکے دار یا منتشر پدیری چھلکیاں (راحی صد فیہ =
psoriasis palmaris)۔ قصبتین کی کھلاؤں جیسے ساتھ شاید برونخ (epididymis) میں
گرہ کی جگہ بھی ہو۔ التهاب مشیمیہ اور التهاب شبکیہ۔ اور مریع الزوال احتیاجی تغیرات
جو صغیہ (gumma) کے سبب سے نہیں ہوتے مثلاً بکرا اور طحال کی کھلائی یا البیست
اور ساتھ ہی خون بنانے کے عمل میں قصور، خفیف اور عارضی البیوسن بولیت اور قرصیو
ریونی غرائی کے علامات۔ فی الحقیقت ثانوی درجہ کے اختتام اور ثالثی درجہ کے آغاز کے
درمیان کوئی واضح السحد و خط فاصل نہیں قائم کیا جاسکتا۔

ثالثی یا متاخر اضرار (tertiary or late lesions)۔ یہ ابتداء

تقدیر کے ایک سال سے بیکر دو سال بعد تک شاید میں آتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان کا
حودس یا پندرہ سال یا زائد تک کچھ وقفوں کے ساتھ ہوتا رہے۔ یہ حسب ذیل ہوتے ہیں۔

جلد پر کے بعض ثورات، التهاب گرد و فطرہ (periostitis) اور ہڈیوں پر گرتیں (nodules) تحت الجلدی بافت، عضلات، مٹھائیاں، جگر، طحال، خصیہ اور دوسرے اعضاء میں پھیلتے ہیں۔
 متاثرہ نرس (جلد کی ثورات) (late syphilis) یا ثانوی، ان کے ذریعے ہی تشخیص کی جاتی ہے۔
 ہوتے ہیں، اور لکھنات (maculae) یا چھلکے دار پکیتوں پر مشتمل ہو سکتے ہیں۔ لیکن سب سے زیادہ میزورہ سیاہی مائل سرخ درخشاں چھلکتی ہے جو ایک دائرہ یا ایک چوڑی پٹی بناتی ہے جو ایک نیم دائری یا فعل نما صورت میں خمیدہ ہوتی ہے۔ اس سطح کا کچھ حصہ بخور سے یا ہلکی مائل گھرنے سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، جس کے نیچے گہرے قروح ہوتے ہیں، جن کی گوریں تنکھی کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ اضرار تازہ در در میزوشن یا گرتوں کے بننے کی وجہ سے دینی (serpiginous) (اگر یہ دار) خطوط میں پھیلتے ہیں۔ یہ گرتیں بھی باری باری سے متفرق ہوتی ہیں، اور پڑانے قروح کا انداز ہوا کرتا ہے، باقی رہ جاتے ہیں جو گہرے رنگ کی جلد سے محصور ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ایسی گرتیں رخ ہو جاتی ہیں اور تقرق کے بغیر بھی ان کے مڈبات (داغ) باقی رہ جاتے ہیں، اور فی الجملہ زُہ (lupus) سے ایک عام مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر بڑی بڑی، بیقاعدہ چکیتیاں بن جائیں، جن کا قطر کئی انچ ہوتا ہے۔ یہ گھٹنے، ران، کندھے، پیش بازو، چہرے اور گردن پر اکثر ہوا کرتی ہیں۔ بعض اوقات تحت الجلدی بافت کی نسبت زیادہ مہیق در در پیش واقع ہوتی ہیں۔

صمغیہ (gummas) اموات اور دوسرے حصوں کا وہ ضرر جو آشک کے آخری درجوں کا اس قدر میز خاص ہوتا ہے، صمغیہ (gumma) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ آریخی بافت (granulation tissue) کا نوہ ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ درنی آریخی بافت سے نہایت قریبی طور پر مشابہ ہو، لیکن اس میں عفرتی خلیات (giant cells) اس قدر عام طور پر نہیں دیکھے جاتے اور نسبتہ چھوٹے خرابین میں اکثر التهاب بطن بطن شریان (endarteritis) ظاہر ہوتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ (صمغیہ) رمادی جیلا تہی اور شفاف ہوتا ہے، لیکن اس کے خلیات میں عفری تغیرات ہو جاتے ہیں، اور عفرین (cascation) واقع ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کا مرکز زرد ہو جاتا ہے، اور محیط میں لہنی بافت نمودار ہو جاتی ہے اور یہ ایک مذہب کی لہنی بافت کی طرح منکڑ جاتی ہے۔ بعض اوقات صمغیہ تمام تر ٹوٹ جاتے ہیں، اور نتیجہ واقع ہوتا ہے

ہمکے ساتھ وہ بانٹ جس میں وہ واقعہ میں تحف ہو جاتی ہے۔ اس طرح ہڈیوں پر گرہوں کے بعد بوسیدگی (caries) اور شکر (necrosis) کا واقعہ ہو جانا شاذ نہیں ہوتا۔ صفیہ جگر میں بڑی بڑی اکم و بیش ہموار زرد رنگ کیس بنا دیتے ہیں۔ یا ایک یعنی ندبہ کے مرکز میں ایک زرد جھبئی تو وہ واقعہ جو تباہی ہے۔ یا صرف ایک یعنی ندبہ کے سوائے اور کچھ باقی نہیں رہتا جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جگر نشیب دار اور شکن دار ہو جاتا ہے۔ خیمہ میں سمیخات بھی ہوتے ہیں لیکن اس کے عزم کے اندر عام طور پر انصباب واقع ہو جانے کی وجہ سے اکثر اس عضو کی کٹائی پیدا ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ بعد میں بلا کسی مفاتی گرہ کی بالیدگی کے محض کشیف یعنی بانٹ بننے کی وجہ سے مذبول ہو جائے ان اضرار کے سریر یا قی تاج کے لئے قارئین کو مختلف اعضاء کے امراض کا بیان دیکھنا چاہئے۔ یہاں اسی قدر کہنا کافی ہو گا کہ صفیہ التهاب گرد غلطہ (gummatous periostitis) یا گرہیں بالخصوص قصبہ ہڈی کی سامنے کی سطح کے طول میں بھی اور جداری ہڈیوں پر، اور ترقوہ ہڈیوں پر واقع ہوتی ہیں۔ مرض کو ایسے درد ہوتے ہیں جو رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان حصے پر پانچ سے لیکر ایک انچ قطر تک کے چھپے گولی، اُبار ٹیس جو نرم بلکہ توتج دار (fluctuating) اور نہایت الیم ہوتے ہیں۔ یہ لازمی طور پر پیپ کی موجودگی کی امارت نہیں، کیونکہ علاج کے اثر سے اُن گرہوں کا بھی تمام تر غائب ہو جانا ممکن ہے جو بالکل نمایاں طور پر توتج دار ہوتی ہیں۔ بعض اوقات صفیہات مفصل کی زلالی (synovial) یا گرد زلالی (parasyovial) یا فتوں کو ماؤف کرتے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ صفیہ کے ساتھ قصبہ کی موجودگی کے بدوں بھی نہایت متعین تپ کا ہونا ممکن ہے جس میں تپش شام کو ۱۰۱ درجہ یا ۱۰۲ درجہ تک بلند ہو کر صبح ۹۸ درجہ یا ۹۹ درجہ تک گر جاتی ہے۔ آنکھ شراہین پر حملہ آور ہو کر نسبت بڑے عروق کی حالت میں التهاب شراہین (arteritis) اور انقبض و ما (atheroma) پیدا کر دیتی ہے (جو ممکن ہے کہ بڑھ کر انورسا (aneurysm) پیدا کر دے) اور نسبت چھوٹے شراہین کی صورت میں آنکھی التهاب بطن شراہین (endarteritis) پیدا کر دیتی ہے (arteritis obliterans) = انظامی یا مسدود التهاب شراہین۔ عصبی نظام کے متعدد فتور آنکھ سے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ بعض عواض فلج (عمدی) (hemiplegia)

کی طرح، آتشکی التهاب بطانہ شرایین (endarteritis) کی وجہ سے ہوتے ہیں جو غلیظت (thrombosis) پیدا کر دیتا ہے جس کا آخری نتیجہ عصبی بانٹ کی ہینٹ (softening) ہوتا ہے۔ جب یہ دماغ میں ہوتی ہے تو اس سے فالج نصفی پیدا ہو جاتا ہے یا اندام میں ہوتی ہے تو مادیا مزمن یا فالج (paraplegia) پیدا ہو جاتا ہے جس میں اُڑب آتشکی شنجی یا فالج (Erb's syphilitic spastic paraplegia) بھی شامل ہے۔ دوسرا فتور غالباً ایک صادق ساری التهاب النخاع (true infective myelitis) ہے۔ دوسرے فتور مثلاً محدود المقام شلنات اور تشنجات، آن صمغیات یا سحالی دہڑک کی وجہ سے ہوتے ہیں جو سلع دماغ یا عصبی جڑوں پر پیدا ہو جاتی ہیں۔ مغنطی مصلیہاں عمیق المقام سلف تقرحات سے ماؤف ہو جاتی ہیں مثلاً وہ تقرحات جو دہن میں دیکھے جاتے ہیں اور جو لہاء اور نرم تالو کو کف کر دیتے ہیں اور ساتھ ہی باقی ماندہ بلعوم میں خفام (چپک) پیدا کر دیتے ہیں۔ یا وہ تقرحات جو قصبہ الریہ، شجبتہ الریہ یا سواستیم میں پائے جاتے ہیں جہاں وہ ان گزرگاہوں کی تنگی یا تنیق (stricture or stenosis) پیدا کر دیتے ہیں۔ مثلاً آتشک (late syphilis)، تنیق کی موجودگی کے بغیر بھی پرشی انحطاط (lardaceous degeneration) کے اسباب میں سے ایک سبب ہے۔

سنجنتی آتشک (parenchymatous syphilis) - اس مرض

کے آخری ترین نتائج بعض امراضیاتی حالتیں ہیں جنکے ساتھ ایسے علامات ہوتے ہیں جنکا آتشک کے ساتھ ایٹلاف ابتداً اعداد و شمار کی شہادت کی بنیاد پر متعین کیا گیا نہ کہ کسی ایسی چیز کی بنا پر جو خود تغیرات بانٹ میں کوئی عمیرہ نوعیت رکھتی ہو۔ یہ عوارض مکان محرکی ہر جملہ اندام اتقاق (locomotor ataxy) اور عمومی شلل مجاہین (general paralysis of the insane) ہیں، جن میں یہ پایا جاتا ہے کہ ۶۰ تا ۷۰ فیصدی مائل میں آتشک کی سرگزشت ملتی ہے۔ اسی طرح شلل چشمی (ophthalmoplegia) ذیلی عصب بصری (optic atrophy) اور مدتی معکوسہ نور کے فقدان کی بعض قسمیں شامل تعلقات ظاہر کرتی ہیں۔ کاشف وائسٹرن (Wassermann's test) کے ذریعہ ایسی حالتوں کی تحقیقات کے نتائج سے اس سائے کی تائید ہوتی ہے۔ یہ کاشف عمومی

شکل (general paralysis) کی تقریباً ۱۰۰ فیصدی حالتوں میں شبت ہوتا ہے اور نزال غماغ (tabes) میں کسی قدر کم حالتوں میں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۳۵)۔ اسی طرح عمومی شکل کے مریضوں کے دماغوں میں پیچ مونیے (spirochaetes) پائے جانے سے اس رائے کی تائید ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸۶۲)۔ یہ امراض آتشک کی دوسری شکلوں کے نسبت علاج سے بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔

فمور اور انچاحم۔ آتشک کے تمام درجوں میں اضرار کار بھان مقامات

مضرت پر ظاہر ہونے کا ہوتا ہے۔ چنانچہ اس کی حسب ذیل مثالیں بیان کی جاسکتی ہیں۔
تبہ کو نوشوں کی مغالطی چکیتیاں (mucous patches) اور التهاب لسان (glossitis) ہاتھ سے کام کرنے والوں کی ہتھیلیوں پر کے فلسفاتی ناریے (squamous syphilides) اور جھبی ہڈی کا دو صغیہ (gumma) جو مسلمانوں میں مذہبی عبادت کے دوران میں بچہ کرنے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں مکمل علاج متاخر عزیمات کے وقوع کو کئی گھنٹہ پر روک دے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ اولیٰ ضرر کی ابتدا و شناخت کے ساتھ ہی اگر مستعدی کے ساتھ علاج کیا جائے تو ثانوی علامات پیدا ہی نہ ہونے پائیں یا اس علاج کی وجہ سے نہایت خفیف ہو جائیں۔ یہ مرض پہلے دو درجوں میں ہلکے رجحان میں رکھتا، لیکن متاخر آتشک میں ممکن ہے کہ صغیہ دوسری رسولیوں کی طرح عمل کر کے جسمانی وظیفہ میں براہ راست مزاحم ہو کر ہلاکت پیدا کر دے (بالخصوص اس وقت جبکہ دماغ اور سہایا میں ہو)۔ موت ذیل کے اسباب سے بھی واقع ہوجاتی ہے۔ ۱۔ شرابین کے آتشکی مرض سے شعبی، قصبی یا مستیبتی ضیق سے۔ ۲۔ التهاب گرد و غصہ سے جبکہ ساتھ ہڈی کا متغیر ہو کر قلع الدم (pyaemia) واقع ہو جائے، دیگر احوال اور گردوں کے بزمی مرض (lardaceous disease) سے اور ان امراض سے جو سنجیتی آتشک (parenchymatous syphilis) کے زمرہ میں شمار کئے جاتے ہیں۔

تشخیص۔ اولیٰ درجہ میں جس قدر جلد ممکن ہو مرض کی تشخیص ضروری ہے،

تاکر سرایت کے عام ہو جانے سے پہلے ہی علاج کیا جاسکے۔ ٹیکر مینے اکو لہ اپنے قلوب

اور ایک سخت ابتدائی کثرت یا تہ (primary bubo) کی موجودگی کے باعث ذیل کی حالتوں سے متفرق کیا جاتا ہے :- (۱) قرصہ رخوہ (soft sore) جو عموماً متعدد (ایک سے زیادہ) ہوتا ہے اور قدہ کی رخو (نرم) اور الیم کانی پیدا کر دیتا ہے۔ (۲) تملؤتنا تسلی (herpes genitalis) جس میں اضرار سطحی ہوتے ہیں۔ (۳) ہنایت شاذ صورتوں میں حزاز مسطح (lichen planus)۔ (۴) ضربی تقرح (traumatic ulceration)۔ علاوہ بریں جب ضرر کا علاج نہ کیا گیا ہو تو پیچ موئیوں (spirochaetes) کو تلاش کرنا چاہئے۔ ان کے لئے مقام ضرر سے کچھ مصل لیکر اسے ایک شریک (slide) طبعی مالج (normal saline) کے چند قطرہوں کے ساتھ ٹالیا جاتا ہے۔ شریحو کا امتحان پانچ والے عدسے (objective) سے تاریک پس نظری تصویر (dark ground illumination) کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ پیچ موئیے جو پسید نظر آتے ہیں پس منظر (میدان نظر: field) میں متحرک دکھائی دیتے ہیں۔

طبی نقطہ نظر سے متاخرہ تشکیلی اضرار کی شناخت ہی ایسی چیز ہے جس کی اکثر ضرورت ہوتی ہے اور اس میں عموماً مریض کی مابین سرگزشتہ مرض سے مدد لی جاتی ہے۔ امور ذیل یاد رکھنے کے قابل ہیں :- ایک ایسے متعین قرصہ یا زخم کا وقوع جو سوزناک محض سے جدا لگانہ ہو۔ طغیہ (rash)۔ خراش حلق۔ اور بالوں کا گرنا۔ ممکن ہے کہ مریض اس امر سے لاعلم ہو کہ زخم (قرصہ) سخت یا نرم قسم کا تھا۔ ممکن ہے کہ مریض طغیہ یا تقریحی خراش حلق کے باربط حالات بیان کر سکے۔ شادی شدہ عورتوں میں الامات (miscarriages) (پسینے جوتے اور پچھلے ماہ کے درمیان کے استقامتوں) کے مابین وقوع پر اکثر بہت اعتماد کیا جاتا ہے۔ لیکن الامات اکثر اوقات بالکل مختلف حالات کے تحت ہو جایا کرتے ہیں اور ایک الامات کے بعد (خواہ یہ کسی بھی سبب سے ہو گیا ہو) دوسرے الامات واقع ہو سکتا ہے۔

امور ذیل کے متعلق تلاش وجہتو کرنی چاہئے :- اصلی قرحوں کے ندبات (دغوں) کے لئے مردوں میں تعصیب پریشانی اضرار کے ندبات کے لئے جلد پر اور حلق میں گرہوں کے لئے تعصیب ڈبڑیوں اور کھوپری پر یہ بھی معلوم کرنا چاہئے کہ آیا خصیتین کی سختی یا ذبولی موجود ہے۔ چروشی مرض (lardaceous disease) کے علاوہ ہر کے لئے جگر اور

طحال کی جسامت کو دیکھنا چاہئے اور معلوم کرنا چاہئے کہ البیومن بولیت موجود ہے یا نہیں۔ بعض اوقات ملاجی تدابیر سے تشخیص میں امداد ملتی ہے یا اس کی تصدیق ہو جاتی ہے، مثلاً اس وقت جبکہ ایک مشتبہ مژر مند رجہ ذیل علاج کے اثر سے برصرت رفع ہو جائے۔

اب مصلاتی طریقوں (serological methods) کی وساطت سے خون کے مصل کے اندر آنشکی سرایت کے ایک نوعی نتیجہ کو شناخت کر لینا ممکن ہو گیا ہے۔ بورڈیٹ (Bordet) اور گینگاؤ (Gengou) نے بتا دیا ہے کہ اگر کسی اینٹی جن (antigen) کو [یعنی اس شے کو جو کسی جانور کے اندر مضر کی جانے کے بعد ضد اجسام (antibodies) پیدا کر دینے کی قوت رکھتی ہے] ایسے مصل کے ساتھ جھین ایسے ضد اجسام موجود ہوں، بلا کر ۳ درجہ سنٹی گریڈ پر غرق کر لیا جائے تو یہ دونوں چیزیں [یعنی اینٹی جن اور ضد اجسام] باہم مخلوط ہو جاتے ہیں اور ساتھ ہی ششیم (complement) کو مثبت کر دیتے ہیں۔ یہ ششیم ایک غیر ہے جو خون میں طبعی طور پر موجود رہتا ہے۔ اس مظہر کا اطلاق تشخیصی آنشک پر کیا گیا ہے اور ایسے تعامل واٹرمن (Wassermann reaction) کہتے ہیں۔ اینٹی جن ابتداً آنشکی جگر کا خلاصہ ہوتا تھا، اور یہ اس مریض کے مصل میں شامل کر دیا جاتا جس کی تحقیقات نظر ہوتی۔ اگر ششیم مثبت ہو جائے تو مریض کو آنشک زدہ سمجھا جاتا ہے۔ یہ امر کہ مثبت ہوئی ہے یا نہیں ایک خاص دم پاش کا شف (haemolysis test) کے ذریعہ سے دریافت کیا جاتا ہے۔ اگر کسی جانور (مثلاً بھیرا) سے حاصل کردہ سرخ خلیات کا اشتراک کسی دوسرے جانور (مثلاً مرغوش) میں کیا جائے تو یہ سرخ خلیات ایک اینٹی جن کے طور پر عمل کرتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ متناظر ضد جسم، یا ہمولائین (haemolysin) بن جاتا ہے۔ اگر یہ سرخ خلیے اور وہ مصل جس میں ہمولائین موجود ہے، مخلوط کر دیئے جائیں تو دم پاشیدگی واقع ہوتی ہے، لیکن اسی صورت میں واقع ہوتی ہے جبکہ ششیم موجود ہو۔ اگر ششیم موجود نہ ہو تو دم پاشیدگی نہیں واقع ہوتی۔ واٹرمن کا کا شف اس طرح کیا جاتا ہے کہ ششیم مصل کو جس میں آنشکی ضد جسم موجود ہے کا گمان ہو، پہلے اس غرض سے کہ ششیم تلف ہو جائے گرم کر لیا جاتا ہے، اور پھر اسے آنشکی

جگر کے ساتھ، اور طبعی گینٹی لگے کے ایسے مصل کے ساتھ جس میں متم موجود ہو، مخلوط کر دیا جاتا ہے۔ اس آمیزہ کو ایک گھنٹہ کے لئے ۳۰ درجہ سنٹی گریڈ کی پیمائش پر رکھ دیا جاتا ہے اور پھر اس میں خرگوش کے اس مصل کا جس میں ہیپو لائٹین موجود ہو، دیکھیں اس مصل کو پہلے ۵۱ درجہ سنٹی گریڈ تک گرم کر کے متم سے معرکہ کر لیا گیا ہو اور نیل کے دھوے ہوئے جبینات کا آمیزہ شامل کر دیا جاتا ہے اور اب اس سارے آمیزے کو دو گھنٹے کے لئے ۳۷ درجہ سنٹی گریڈ پر پھر رکھ دیا جاتا ہے۔ اگر مثبتہ مصل میں آنشک کا ضد جسم موجود ہے تو یہ پہلی حضانت میں متم کو مقید یا ثبت کر دے گا۔ اب جب کہ خرگوش کے مصل میں کی ہیپو لائٹین کو دوسری حضانت میں آزاد متم موجود نہ ملے گا تو ہیپو لائٹین جبینات کو نہیں تلف کرے گی یعنی دم پاشیدگی (hemolysis) نہیں واقع ہوگی متم کی جبینیت اور آنشک کی موجودگی کی بنا پر اس واقعہ کو مثبتہ تعامل (positive reaction) کہتے ہیں۔ لیکن اگر اس کے برعکس آنشک کا ضد جسم موجود نہ ہو تو متم پہلی حضانت میں مقید نہ ہوگا۔ چنانچہ وہ دوسری حضانت میں ہیپو لائٹین کے ساتھ اشتراک عمل کرے گا اور دم پاشیدگی واقع ہو جائے گی۔ یہ منفی تعامل (negative reaction) ہے۔ اگر اس سارے عمل کو کئی اصولی پر انجام دیا جائے تو اس امر کی بنا پر کہ دم پاشیدگی کس مقدار میں واقع ہوئی ہے یہ اندازہ کرنا ممکن ہوتا ہے کہ مریض کے مصل میں آنشکی ضد جسم کی کس قدر مقدار موجود ہے۔

حقیقت الامر یہ ہے کہ اس تعامل میں جیسا کہ بہ توجہ ملاحظہ کیا جاتا ہے، ایک خاص طریقہ سے ترسیم کر دی گئی ہے۔ یعنی آئینی جن تیار کرنے کے لئے آنشکی جگر استعمال کرنا کسی غیر واضح وجہ سے غیر ضروری پایا گیا ہے۔ بعض دوسرے اشیاء سے بھی کام نکل سکتا ہے، اور بیچر کے قلب کے خلاصہ جسکے ساتھ کولیسٹرائن (cholestrin) ملی ہوئی جو ہی مطلب حاصل ہو جاتا ہے، لہذا اب ہمیشہ اسی کو آئینی جن کے طور پر استعمال کرتے ہیں کیونکہ یہ نسبتاً زیادہ سہل الحصول ہے۔ ان واقعات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اب تعامل و اثر من کی ابتدائی اور اصلی توضیح صحیح نہیں سمجھی جاتی۔

کاشیف و اثر من سے مثبتہ تعامل حسب ذیل حاصل ہوتا ہے۔ پہلی درجہ کے مریضوں میں صراحت کے بعد پانچ سے لیکر آٹھ ہفتوں تک ثانوی درجہ کے

۹۵ فیصدی مریضوں میں۔ تالیفی درجہ کے پچھتر فیصدی میں۔ یعنی آتشک (latent syphilis) کی پچاس فیصدی حالتوں میں (D'Arcy Power)۔ پیدائشی طور پر آتشکی بچوں کی نظر ہر تندرست ماؤں کی حالت میں قائل دوسرے میں اکثر اوقات (۰.۱ فیصدی یا زائد حالتوں میں) پایا جاتا ہے۔ باوجود ماں کے مثبت نتیجہ کے ممکن ہے کہ خود بچہ میں منفی قائل ظاہر ہو، یا مثبت قائل اس وقت ظاہر ہو جبکہ متعین علامات نمودار ہو جائیں۔

ٹراکس جورجی کا قائل (Sachs Georgi reaction) ایک دوسرا اصلی قائل ہے جو آتشک کی تشخیص کے لئے مستعمل ہے۔ اس کا انحصار اس واقعہ پر ہے کہ ایک آتشک زدہ مریض سے حاصل کیا ہوا اصل، الکھلی خلاصہ قلب (alcoholic heart extract) اور کولیسٹرین (cholestrin) کے آمیزے کی مائع تعلیق (saline suspension) کو گالے دار (flocculent) بنا سکتا ہے۔ حال ہی میں ڈریسے (Dreyer) اور وارڈ (Ward) نے ان اشیاء کی ایک ایسی تعبیر کردہ تہمیز (standardized preparation) تیار کی ہے جو کبھی خراب نہیں ہوتی، اور مختلف مشاہدین کا قول ہے کہ قائل واٹسمن کے نسبت اس طریقہ (Sigma reaction) = قائل سگما سے آتشکی ضد جسم کی زیادہ صحیح تخمین کی جا سکتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی اس کا شف کو عمل میں لانا نسبتاً بہت آسان ہوتا ہے۔

زیر علاج مریضوں میں ممکن ہے کہ یہ قائل منفی ہو جائے، مگر بائیمبو بہت سی حالتوں میں اگر ان میں سالورسان (salvarsan) (لاحظہ ہونیچے) کی ایک معتاد کا اثر اب کر دیا جائے تو یہ قائل پھر مثبت ہو جاتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرایت آتشک اب بھی موجود ہے۔ چنانچہ مریض کے متعلق مرض سے پاک ہونے کا اعلان اس وقت تک نہیں کیا جا سکتا جب تک کہ سالورسان کے اس نام نہاد 'آشعالی' اثر اب (provocative injection) کے باوجود منفی قائل نہ قائم رہے۔

اگرچہ ایک منفی قائل واٹسمن اس امر کی قوی شہادت ہے کہ مریض آتشک میں مبتلا نہیں ہے، تاہم بعض دوسری حالتوں میں بھی مثبت قائل حاصل ہو لہے

مثلاً عمل کی حالت میں، نقص تغذیہ میں اچھیا کہ ذیابیطس میں ہو سکتا ہے، 'امراضی جیگر' غیر آنشکی جلدی امراض میں سنگیہ کے ذریعہ درون دریدی علاج کے بعد، اور جندام اریاز (yaws) اور تیز چیموں میں۔ آنشک تشخیص کرنے سے پہلے ان واقعات کا لحاظ ضروری ہے۔

تحریر:- چونکہ آنشک راستہ قناس کے سوائے دوسرے طور پر شاذ ہی منتقل ہوتی ہے لہذا اگر ان اشخاص کو جنکا سرایت زدہ ہونا معلوم ہو چکا ہے تندرستوں کے ساتھ تماس یا دوسری طرح کے تماس سے باز رکھا جاسکے تو اس کے پھیلاؤ کو روکنا آسان ہونا چاہئے۔ لیکن جو سرایت زدہ ہیں انھیں اس کا علم ہمیشہ نہیں ہوتا کہ ہم ایسے (سرایت زدہ) ہیں۔

وضع قانون میں بہت سی مشکلات سے دوچار ہونا پڑتا ہے۔ مگر ۱۹۱۶ء کے شاہی کمیشن کی رپورٹ کے متبع میں سرکار نے رقی علییات ایسے وسائل کی بہرہ یابی کی غرض سے عطا فرمائے ہیں جسے امروزی میں مدد پہنچے۔۔۔ آنشک کی جرثومیتی تشخیص کے لئے سارے ملک میں علاج کے مرکزوں کے قیام میں ترقی کے لئے اچھاں تمام خواہشمندوں کا مسرت علاج ہو۔ لمبیسوں کو علاج کے نسبت جدید طریقوں کے استعمال سے واقف کرنے کے لئے تمام علاج کرنے والے لمبیسوں کو سالورسان یا آکس کی بدل ادویہ بلا قیمت۔ بہم پہنچانے کے لئے سرایت میں سنگشف شدہ حالتوں کی بڑی اکثریت میں فوری ازالہ سرایت یعنی اعضا کو مکمل طور پر دہو کر ۳ فیصدی ملات کامرہم کلیول (calomel ointment) (جسکا تذکرہ صفحہ 120 پر کیا گیا ہے) لگال دینے سے سرایت کا واقع ہو جانارک جائے گا۔ مرکبوری سائنائڈ (mercury cyanide) کا محلول (۱۰۰۰ میں احصہ) اس سے بھی بہتر واقع عفونت ہے۔

جن حاملہ عورتوں کا آنشکی ہونا معلوم ہو یا جو کاشف و اثر من کے ذریعہ آنشک زدہ ثابت ہو چکی ہوں، ان کا علاج جملت اور مستعدی کے ساتھ کرنا چاہئے تاکہ بچہ کی صحت محفوظ رہے۔

ذیل کے واقعات سے مریضوں کو مشورہ دینے میں طبیب کی رہنمائی ہو سکتی ہے:- اولی اور ثانوی امراض دونوں مستعدی ہوتے ہیں اور ان زمانوں میں خون کے

اندر قشرب (virus) موجود ہوتا ہے۔ اس کے برعکس یہ امراض معلوم ہوتا ہے کہ لمبی
افرازات (زرقی) لعاب دہن، دودھ، پسینہ اور نمی میں قشرب نہیں ہوتا۔ اسی واسطے جب
ان افرازات کی تطہیم غرائشہ گیوں کے اندر ہوجائے تو ان سے مرض نہیں پیدا ہوتا۔ آئندہ معلوم ہوجا
کہ جنین کی آنشک غالباً ہمیشہ مادی سرایت کے باعث ہوتی ہے (لاحظہ ہو صفحہ 121)۔
قاعدہ ہے کہ آنشک اپنے ہسٹاؤں کو تازہ سرایت کی مساعمت بخشتی ہے اگرچہ
بعضے یہ بیان کرتے ہیں کہ خبیث شخص محض شفا نایافتہ آنشکی ہوتا ہے۔ ایسی مثالیں ہر قوم
ہیں جنہیں، طویل وقت کے بعد، ایک تازہ ادنیٰ قرحہ اور تازہ ثانویات (secondaries =
ثانوی درجہ کے علامات) ظاہر ہوئے ہیں اور یہاں ہمیں یہ فرض کر لینا چاہیے کہ محافظ
اثر (اگر وہ پہنچ مویہ اور سمیاتیات سے ملحدہ کبھی موجود تھا تو) تلف ہو چکا ہے جیسے
کہ وہ شاذ صورتوں میں امراض طغیہ (exanthemes) میں تلف ہو جاتا ہے۔

علاج۔ آنشک کے پیچ مویہ کی غیر معمولی سخت جانی اور سرایت کے

بعد ساہا سال تک جسمانی ساختوں پر اس کا ممکن اثر اس امر کا متقنی ہے کہ علاج
خوری ہو اور مستعدی کے ساتھ ہو اور عرصہ دراز تک جاری رہے۔ اس مرض پر ادویہ کے
تین کردہ نمایاں اثر رکھتے ہیں: ۱) پارہ (mercury) اور اس کے مرکبات، (۲) پوٹاشیم
ایوڈائیڈ (potassium iodide) اور (۳) سٹکبیا (arsenic) کے بعض مرکبات۔
ساہورسان (salvarsan) یا ڈائسے آکسی۔ ڈائسے آیمینو۔ آرسینو بنزال ڈائی
ہائڈرو کلورائیڈ (dioxo-diamino-arsenobenzol dihydrochloride) کو
ایہرلک (Ehrlich) نے رائج کیا (۱۹۰۹ء) اور یہ کچھ عرصہ تک ۶۰۶ کے نام
سے یاد کی جاتی تھی۔ اس کے استعمال کا بہترین طریقہ درون وریدی اثراب کے ذریعے
ہے، جسے خلوئے معدہ اور خلیئے معادہ کی حالت میں عمل میں لانا چاہیے۔ اکثر اس سے
میں پہلے گلوکوز (glucose) دے دینا قرین معلومت ہے (لاحظہ ہو صفحہ 124) جس
شیال کا اثراب کرنا ہے اس کی تیاری میں اور اثراب کے علیہ میں بہت احتیاط کی
ضرورت ہے، تاکہ اس شیل کا کوئی حصہ تحت الجلد یا بافت کے اندر نہ جانے
پائے۔ ساہورسان کی مقدار کو عظیم آب کشیدہ کے تیس تا پچاس گریس میٹر میں

مل کر لیا جاتا ہے۔ اس میں سالورسان کی مقدار کے تناسب سے 'سوڈیم ہائیڈریٹ' (sodium hydrate) کے ۱۵ فیصدی محلول کے ۱۰ تا ۲۰ قطرے شامل کر دئے جلتے ہیں، جس سے ایک رسوب بن جاتا ہے، جو ہلانے سے یا اسی قلی کے چند قطرے اور ہلانے پر پھر مل ہو جاتا ہے۔ اب اس صاف محلول میں 'نازہ کشید کردہ آب مقیم سے تیار کئے ہوئے ۱۵ فیصدی مائع محلول' (saline solution) کے ۲۵ مکعب سنٹی میٹر شامل کر دئے جاتے ہیں۔ اس شراب کرنے میں اصلی محلول سالورسان سے پہلے، نصف ادس مائع (saline) داخل کیا جاتا ہے، تاکہ اس امر کا یقین ہو جائے کہ سوئی ٹھیک طور پر درجہ کے اندر ہے۔ اس شراب کے بعد بھی سوئی کو پورے طور پر دھو ڈالنے کے لئے مائع کی مائل مقدار داخل کرنی چاہئے۔ سالورسان کے علاوہ ۶-۷ کی تجویزات کے دوسرے عام حسب ذیل ہیں: ۱۔ آرسینو بنیزال (arsenobenzol) (یہ سرکاری برطانیہ فی قریبا دین ادویہ کا نام ہے)۔ آرسینو ہلان (arsenobillon)۔ نارسیوان (kharsivan)۔ ڈالی آرسینال (diarsenal)۔ آرس فیٹامین (arsphenamin)۔

نوسالورسان (neo-salvarsan) 'یا' 'نم ۹۱' ایک مائل دوا ہے، جو ڈالی آکسی ڈالی آمینو آرسینو بنیزال مانو متھیلین سلف آکسولیٹ آف سوڈا (dioxydiamino-arsenobenzol-mono-methylene sulphoxo-

late of soda) (novarsenobenzol) (B. P.) نوو آرسینو ہلان (novarsenobillon) 'نیو خارسیوان' (neokharsivan) نیو ڈالی آرسینال (neodiarsenal) 'نیو آرس فیٹامین' (neoarsphenamine) کے ناموں سے بھی یاد کی جاتی ہے۔ اسے سالورسان پر یہ فوقیت حاصل ہے کہ یہ پانی میں مل پذیر ہے اور اسی واسطے اس کا شراب ایک سوئی اور پیککاری کے ذریعے سے براہ راست درجہ کے اندر کیا جاسکتا ہے۔ اس کے محلول کو زیادہ دیر تک نہیں رکھنا چاہئے بلکہ اسے تیار کرنے کے بعد فی الفور اس شراب کو دینا چاہئے۔ نوسالورسان سالورسان کے نسبت زیادہ آسانی کے ساتھ دی جاسکتی ہے اور نسبت کم اختلال پیدا کرتی ہے لیکن جب درون دریدی راہ سے دی جاتی ہے تو اس کے برابر ملاحی اثر نہیں رکھتی۔ سلف آرسینال (sulpharsenal) جو ۶-۷ سے قریبی طور پر مائل

ہے، سخت الجھدی یا درون عضلی طریقہ سے دی جانے کے بعد بہت کم در پیداکرتی ہے، اور اُس وقت سفید ہوتی ہے جبکہ تعالیٰ و استرمن مثبت جاری رہتا ہو۔ پایا گیا ہے کہ اس کرب کے ایک تحت الجھدی اشرباب سے اسی مقدار کے ایک درون دریدی اشرباب کے نسبت بہتر علاجی اثر حاصل ہوتا ہے۔ یہ بلا محاذ غذا دیا جاسکتا ہے۔ سلور سالور سلسان (silver salvarsan) چاندی (سلور) اور سوڈیم سالورسان کا ایک مجموعہ ہے، اور عصبی آنشک (neuro-syphilis) میں نہایت مفید پایا گیا ہے۔

117

جس زمانہ میں علاج کے لئے صرف پارہ اور آیوڈائیڈز (iodides) ہی میسر تھے، یہ امر عام طور پر تسلیم کر لیا گیا تھا کہ ان کا استعمال دو سال تک جاری رکھنا مناسب ہے، اور ایسا کرنے پر بھی تقریباً نصف حالتوں میں تعالیٰ و استرمن بدستور مثبت رہتا تھا۔ چنانچہ علاج یاس انگیز تھے۔ اکثر مریضوں میں جبکہ وہ تریز علاج ہوتے تھے مریض واقع ہو جاتا یا ان میں پارے کا عمل نہ ہوتا جو التهاب الفم (stomatitis) یا الیٹوین بولیت کی صورت میں ظاہر ہوتا۔ چنانچہ ۶.۶ کی ایجاد نے ایک انقلاب عظیم پیدا کر دیا (اس کے اشرباب سے) پیچ خیطیے (spironemes) اصرار کے اندر سے چوبیس گھنٹوں میں، اور بعض نہایت مزاحم (عسیر العلاج) اضرار خود ایک ہفتے کے اندر غائب ہو گئے۔ بہت سے اشخاص یہ سمجھتے تھے کہ اس کی ایک دو مقداریں آنشک سے شفا یابی کے لئے کافی ہیں، مگر اس غلطی کا احساس اُس وقت ہوا جب علامات کے عکس مشاہدے میں آئے، اور یہ اکثر اوقات آنشکی التهاب سیمپل (syphilitic meningitis) اور حجبی اعصابی شلالت (cranial nerve paralyses) کی شکل میں تھے۔ اس امر کا اعتراف صرف حال ہی میں عام طور پر کیا جا رہا ہے کہ آنشک کے لئے ایک طویل نصاب علاج (course of treatment) ضروری ہے، اور ان جدید ادویہ کے ابتدائی سالوں میں مریضوں کے، مکمل علاج کے باعث، ہمیں اب تک یہ کہنے کا موقع حاصل نہیں ہے کہ کدوے علاج کا اثر دراصل کیا ہے۔ نصاب علاج کا انحصار درجہ مرض اور تعالیٰ و استرمن پر ہے۔ ہیرسٹن (Harrison) (۱۳) جدولی شکل میں حسب ذیل نصاب علاج تجویز کرتا ہے۔

آتشک کے مریضوں کے علاج کا معمولی دستورِ عمل

(الف) اولیٰ صائیں جنہیں تعالٰیٰ واسرمن منفی ہو۔
قبول آرسینو بنیزال کا علاج

علاج کا دن	۶-۶	۹۱۳	سلف بنیزال	پتھر ساویرمان	بارہ	پتھر کیمیاؤں
	درون دیردی	درون دیردی	درون دیردی	درون دیردی	درون دیردی	درون دیردی
(۱)	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	-	-
۸	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
۱۵	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
۲۹	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
۳۶	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
۵۰	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
۵۷	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
۶۳-۵۸	-	-	-	-	-	۱۳۰-۱۳۱
۶۵-۷۱	-	-	-	-	-	۱۳۰-۱۳۱
۷۷-۷۲	-	-	-	-	-	۱۳۰-۱۳۱
۷۸	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
۸۵	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
۹۲	۱۳	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۰	۱	-
(۲) ۱۳۳-۱۳۴	-	-	-	-	-	۱۳۳-۱۳۴
(۳) ۱۳۳-۱۳۴	-	-	-	-	-	۱۳۳-۱۳۴
۱۳۴-۱۳۵	-	-	-	-	-	۱۳۴-۱۳۵

۹۲ و ۹۳ دن آتشک ہوئی۔

- (۴) علاج اسی طرح کر رکھو جیسا کہ پہلے دن سے ۹۲ ویں دن تک ہوا تھا۔
 (۵) جلد علاج لتوی کر دو لیکن ہر تیسرے مہینے خون کا امتحان کر دو۔
 (۶) ایک سال کے اختتام پر خون اور دماغی نسیانی کا امتحان اشعاعی کے بعد کر دو۔
 (۷) دوسرے سال کے دوران میں ہر چھ مہینے خون کا امتحان کر دو۔
 (۸) دوسرے سال کے اختتام پر اشعاعی اور نسیانی کے بعد خون اور دماغی نسیانی کا امتحان کر دو۔
 چند دنوں کے غصوں میں

۶.۶ سالہ ریمان، خارسیوان، آرسینو پلان، یا ڈال، آرسینال۔

۹.۴ سالہ ریمان، میٹنا سیوان، نوو آرسینو پلان، یا ڈال، آرسینال۔

(ب) اولی حائضین جنہیں تعال داسرین قیمت ہو

علاج کا دن	۶.۶	۹.۴	سلف آرسینال		پادہ	پڑا سیم یا ڈال
			درون مطلق	درون مطلق	درون مطلق	
	گرام	گرام	گرام	گرام	گرام	گرام
(۱) ۱۱-۱۲ مہینے کے آلف میں
(۲) ۲۳-۲۴ آرم
(۳) ۲۱-۲۲
(۴) ۲۳-۲۴
(۵) ۲۳-۲۴
(۶) ۲۳-۲۴
(۷) ۲۳-۲۴
(۸) ۲۳-۲۴
(۹) ۲۳-۲۴
(۱۰) ۲۳-۲۴
(۱۱) ۲۳-۲۴
(۱۲) ۲۳-۲۴
(۱۳) ۲۳-۲۴
(۱۴) ۲۳-۲۴
(۱۵) ۲۳-۲۴
(۱۶) ۲۳-۲۴
(۱۷) ۲۳-۲۴
(۱۸) ۲۳-۲۴
(۱۹) ۲۳-۲۴
(۲۰) ۲۳-۲۴
(۲۱) ۲۳-۲۴
(۲۲) ۲۳-۲۴
(۲۳) ۲۳-۲۴
(۲۴) ۲۳-۲۴
(۲۵) ۲۳-۲۴
(۲۶) ۲۳-۲۴
(۲۷) ۲۳-۲۴
(۲۸) ۲۳-۲۴
(۲۹) ۲۳-۲۴
(۳۰) ۲۳-۲۴
(۳۱) ۲۳-۲۴
(۳۲) ۲۳-۲۴
(۳۳) ۲۳-۲۴
(۳۴) ۲۳-۲۴
(۳۵) ۲۳-۲۴
(۳۶) ۲۳-۲۴
(۳۷) ۲۳-۲۴
(۳۸) ۲۳-۲۴
(۳۹) ۲۳-۲۴
(۴۰) ۲۳-۲۴
(۴۱) ۲۳-۲۴
(۴۲) ۲۳-۲۴
(۴۳) ۲۳-۲۴
(۴۴) ۲۳-۲۴
(۴۵) ۲۳-۲۴
(۴۶) ۲۳-۲۴
(۴۷) ۲۳-۲۴
(۴۸) ۲۳-۲۴
(۴۹) ۲۳-۲۴
(۵۰) ۲۳-۲۴

(۵) علاج لتوی کر دو اور خون کا امتحان ہفت روزوں کے بعد کیا کر کے آلف میں ۵-۸۔

Provocative injection لے

خون کا امتحان ۹۲ ویں دن ۔

انتباہ - یہ نظام الاوقات اس مفروضہ پر مبنی ہے کہ پہلے دس اشروبات کے اختتام پر تعال و اسٹرن منفی پایا گیا۔ اگر تعال و اسٹرن دسویں اشراب کے بعد مثبت ہو تو اس طرح عمل پیرا ہونا چاہئے جیسا کہ ثانوی امارات والی حالتوں کے لئے درج کیا گیا ہے۔

ج ثانوی سر یہیاتی امارات والی حالتیں

سلاج کا وزن	۶۰۶	۹۱۳	مطلق کریمینال		سورما اور دمان		چارہ	چارہ ہواؤ ڈاؤ
			درون ویدک	درون ویدک	درون ویدک	درون ویدک		
	گرام	گرام	گرام	گرام	گرام	گرام	گرام	گرام
(۱) ۳۶۵۰ گرام	-	-	-	-	-	-	-	-
۱ - ۲	-	-	-	-	-	-	-	-
(۲) ۳۶۶ - ۳۶۳ گرام	-	-	-	-	-	-	-	-
(۳) ۳۶۱ - ۳۶۲ گرام	-	-	-	-	-	-	-	-
۳۶۸ - ۳۶۷	-	-	-	-	-	-	-	-
۳۶۹ - ۳۶۵	-	-	-	-	-	-	-	-
(۴) ۳۶۲	۶۴۰	۶۶۰	۶۶۰	۶۶۰	۶۶۵	۶۶۵	۱	-
۳۶۹	۶۴۰	۶۶۰	۶۶۰	۶۶۰	۶۶۵	۶۶۵	۱	-
۳۶۶	۶۴۰	۶۶۰	۶۶۰	۶۶۰	۶۶۵	۶۶۵	۱	-
۳۶۰	۶۵۰	۶۶۵	۶۶۰	۶۶۰	۶۶۵	۶۶۵	۱	-
۳۶۶	۶۵۰	۶۶۵	۶۶۰	۶۶۰	۶۶۵	۶۶۵	۱	-

(۵) علاج فتویٰ کرد اور خون کے استھان انہیں دقتوں کے بعد جاری ہو گئے کہ الفائیں ۸۰۵

(د) اثنائتی اور مخفی حالتیں

119

علاج کا دن

- ۱ - ۵۷ میلہ سلسلہ سات و اثربات کا جیہ کہ الف میں ۱ -
 ۵۸ - ۷۷ پوٹا سیم آیوڈائیڈ -
 ۷۸ - ۱۲۷ آرام -
 ۱۲۸ - ۱۸۲ پانچ کا سلسلہ جیہ کہ "ب" میں ۴ -
 ۱۸۳ - ۲۰۳ پوٹا سیم آیوڈائیڈ -
 ۲۰۴ - ۲۳۱ ۲۰۳ - ۷۸ کرر کرو
 ۲۳۲ - ۳۶۹ ایضا
 ۳۷۰ - ۵۶۷ آرام
 ۵۶۸ - ۶۰۲ پانچ کا سلسلہ جیہ کہ "ب" میں ۴ -
 ۶۰۳ - ۶۶۳ پوٹا سیم آیوڈائیڈ
 ۶۶۴ - ۷۲۴ آرام
 ۷۲۵ - ۷۸۴ پانچ کا سلسلہ جیہ کہ "ب" میں ۴ -

مسدود رہا ہے واضح ہو گا کہ علاج کا مفید اثر دیکھنے کے لئے قابل
 وائرس کا بہت استعمال کیا گیا ہے۔ مزید برآں ابتدائی حالتوں میں تعامل وائرس
 کے منفی جو جانے کے بعد علاج طویل عرصہ تک جاری رکھا جاتا ہے کیونکہ ایسا ہونے
 پر بھی ممکن ہے کہ مرن اب بھی فعال ہو۔ واقعہ یہ ہے کہ چند مریضوں میں باوجود
 اس کے کہ وہ بالکل صریح طور پر ثانوی آتشک میں مبتلا ہیں، تعامل وائرس منفی
 حاصل ہوتا ہے۔ منفی تعامل کی حالت میں آرسینو بینزال کی ایک خفیف
 "یشالی" معیار (provocative dose) دے دینا چاہئے۔ اگر اب تعامل
 مثبت ہو جائے تو یہ مرض کی فعالیت کا قطعی ثبوت ہے۔

آتشکی التهاب عضلہ قلب (myocarditis) اور انورسما (لاحظہ
 ہو صفحہ 356) کبدی آتشک (hepatic syphilis) (لاحظہ ہو صفحہ 490)
 اور مصلبی آتشک (neuro-syphilis) (لاحظہ ہو صفحہ 792) کے علاج
 مناسب مقامات پر درج ہیں۔

اس اصول پر علاج کے مواقع میں صرف ایک ہی اہم علاج ضروری
 عدم تحمل (intolerance) ہے۔ آرسینو بینزال کے عدم تحمل کے متعلق صفحہ
 123 پر تفصیلی بحث کی گئی ہے اور وہاں بیان کی ہوئی پیش بندیوں اور
 احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے کیونکہ سسٹمیٹ کی وجہ سے بہت سی
 موتوں کی اطلاع ملی ہے۔

مسدود رہا ہوا تجویز میں پارسے (mercury) کے درون عضلی اثرات
 استعمال کئے گئے ہیں۔ یہ ایک کلید گر اور خاتمہ سادہ طریقہ ہے۔ پرکلورائیڈ
 (perchloride) کے ۱۰ گرین کو پانی کے ۲۰ قطروں میں حل کر کے ہفتہ میں
 ایک بار عضلہ انویہ عظیمہ (gluteus maximus) کے اندر انشراب کیا
 جاتا ہے (Bloxam) یا ریڈ آیوڈائنڈ آف مرکوریڈ (red iodide
 of mercury) کا ایک گرین آب کشیدہ کے ۲۴ قطروں میں اور ساتھ
 ہی اتنا کافی سوڈیم آیوڈائنڈ (sodium iodide) کہ اسے حل کر دے (مستاد ہوتا
 قطرے)۔ کیلول (calomel) بھی اسی طریقہ سے استعمال کیا جاسکتا ہے اور اس میں

ایک گرین کیلوئل عظیم روغن زیتون (olive oil) میں معلق کر لیا جاتا ہے۔ اور خود پارہ دہات کی صورت میں [جسے گرے آئل (grey oil) نام کی ایک تھین میں لینو لین (lanolin) یا کسی دوسری پھر لے کے ساتھ تیار کر لیا جاتا ہے] ایسی مقدار میں شرب کیا جاتا ہے جو ایلا ۱/۲ اگرین کے معادل ہو۔

نظام جسم کے اندر پارہ داخل کرنے کا ایک نہایت کامل طریقہ بلاشبہ تریخ (inunction) ہے، لیکن اس کے لئے ضروری ہے کہ اسے ماہر بیمار دار بہیم دیں اور یکساں طریقہ پر عمل میں لائیں۔ ایک مددگار سیالی مرہم (mercurial ointment) کے ۱/۲ یا ۱/۴ اگرین کو اس سے نصف لینو لین کے ساتھ ملا کر پندرہ سے تیس سنٹ نمک جلد کے اندر مٹا ہے۔ متوالی ایکے بعد دگرے ایام میں جسم کے مختلف حصے منتخب کئے جاتے ہیں، مثلاً ایک دن بازو دوسرے دن پیش بازو پھر یکے بعد دگرے ایام میں پشت، سینہ، انیس، اور ٹانگیں اور اندر نو بازو۔ اس کا کامل نصاب حسب ذیل ہوتا ہے:۔ روزانہ تریخ چھ ہفتوں تک تین ماہ کے لئے آرام چھ ہفتوں کی تریخ کا دوسرا نصاب، تین ماہ کے لئے آرام، اور پھر ایک ماہ کی تریخ چھ ہفتوں کے لئے آرام ایک اور ماہ کی تریخ چھ ہفتوں کے لئے آرام اور بالآخر تیس دن تک تریخ اس طرح یہ نصاب پورے دو سال کی مدت کا کر لیا جاتا ہے۔

پارے کے براہ دہن استعمال (oral administration) کا طریقہ فی الجہت سب سے کم کارگر لیکن سادہ ترین طریقہ ہے، اور اسی واسطے یہ اب بھی عام طور پر مستعمل ہے۔ محوہ تجہیزات ذیل زیادہ تر استعمال کی جاتی ہیں:۔ پریکلورائڈ (perchloride) ۱/۲ تا ۱/۴ اگرین کی مقداروں میں (۲۰ تا ۸۰ قطرے) روزانہ تین یا چار بار اور تریخ راجرم کم کر کے (grey powder: hydrargyrum cum creta) (گرے پاؤڈر) ایک اگرین اتنے ہی بار۔ ہچنسن (Hutchinson) نے ایک گرین گرے پاؤڈر کو، اور اگر ضرورت ہو تو ایک گرین ڈوورس پاؤڈر (Dover's powder) کے ساتھ ہر چھ گھنٹے تیسرے، یا دوسرے گھنٹے دینے کا مشورہ دیا ہے۔

120

پارے کے استعمال کے دوران میں مریض کو تبا کو نوشی اور ہیتجاست (stimulants) کے استعمال سے پرہیز کرنا چاہئے، دہن اور دانتوں کو بار بار صاف کرنا چاہئے اور حتی الامکان ہر لحاظ سے ایک پرمیت (صحیح زندگی بسر کرنی چاہئے۔ علاج

میں نلکرنے سے کثرت ریت (salivation) پیدا ہو جاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو پارے کی مرمن سمیت (chronic mercurial poisoning) صفحہ 688)۔

ایوڈائنڈ آف پوٹاشیم (iodide of potassium) بخصوص آتشک

کے متعارف مظاہر کے علاج میں مفید ہوتا ہے، لیکن اسے دوسرے درجوں میں بھی پر کلورائنڈ آف مرکریورے کی ساتھ استعمال کر سکتے ہیں۔ اس کے استعمال سے نہایت خطرناک اور محدود جسمی علامات، جو آتشک کے صمغی اضراس (gummatous lesions) کے باعث ہوتے ہیں، تبدیل فرم ہو جاتے ہیں، متفرج جلدی اضراس بہ سرعت منڈل ہو جاتے ہیں، نلکوں کے درد میں تخفیف ہوتی ہے اور گرد و غشی گرہیں (periosteal nodes) خائب ہو جاتی ہیں۔ اس کے پانچ یا سات گرہن دن میں تین بار اکثر کافی ہوتے ہیں، لیکن محدود جسمی حالتوں میں مقدار کو خوب بڑھا کر اسے نصف ڈرام یا ایک ڈرام تک کی مقداروں میں دن میں تین بار دینا چاہئے۔ یا اتنا زیادہ کہ ۲ گرہن کی مقدار کو قدرے دودھ میں ملا کر ہر دوسرے گھنٹے شبانہ روز دے سکتے ہیں۔ اس کی منفعت کا مدار بلاشبہ نظام جسم کی کال سیری (saturation) پر ہوتا ہے، ورنہ چونکہ یہ نلک گردوں سے جلد خارج ہو کر نکل جاتا ہے، ممکن ہے کہ جسم کے اندر اس کی مقدار رات کے طویل وقفہ میں بہت کم ہو جائے۔ اگر آئیوڈائنڈ کسی مقدار میں زکام (coryza) پیدا کر دے تو اسے بہت ہلکا بنا لینا چاہئے، مثلاً آدھا گلاس پانی ملا کر۔ اور اگر اس کے استعمال سے ثورات پیدا ہو جاتے ہوں تو اس میں سلیبیا (arsenic) شامل کر دینا چاہئے (ملاحظہ ہوں دوائی ثورات : medicinal eruptions)۔ اگر یہ بہت بستی پیدا کرتا ہو تو عام مقویات (general tonics) عمدہ غذا اور سمندر کی جو مناسب ہوتی ہے، یا اس کے بجائے متناظر (اسی قدر) مقداروں میں آئیوڈائنڈ آف سوڈیم دے سکتے ہیں، یا سادی مقداروں میں پوٹاشیم آئیوڈائنڈ سوڈیم آئیوڈائنڈ اور امونیئم آئیوڈائنڈ کا آمیزہ دیا جاسکتا ہے۔ اگر ان سے کامیابی حاصل نہ ہو تو پارہ، تین یا پوٹاشیم آئیوڈائنڈ کی قابل برداشت مقدار کے ساتھ کام میں لایا جاسکتا ہے۔ غالباً اولیٰ قرص کے اطلاق سے عمومی سرایت کے وقوع کا سد باب ہو گا، لیکن چونکہ

اس قرص میں مضویہ موجود ہوتے ہیں لہذا بعض اصحاب اسے ایک مسخرہ زاد تہریک کے طور پر اختیار کرنے کے حامی ہیں۔ اسے قلع کر کے نکال دینے (excision = استیصال) اور داغنے یا جلانے (cauterisation = کیتی) کی کوشش کی گئی ہے اور ایک مرہم بھی آزمایا گیا ہے جس میں کیلوٹل ۳۳ حصے، آئینو لین ۶۰ حصے اور ویسلین ۱۰ حصے شامل کئے جاتے ہیں۔ اس مرہم کو استعمال کرنے کی حالت میں مریض کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ مرہم کو اس قدر ملے کہ زخم اس کے ساتھ چکال جائے ۵

پیدائشی آتشک

جواں باپ آتشک کے پہلے یا دوسرے درجہ میں مبتلا ہوں ان کے بچے بھی اس مرض سے سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ یہ انتقال مرض عموماً ثلث درجہ میں جنین واقع ہوتا۔ پیدائشی آتشک کا سبب یہ ہے کہ جنین میں سرایت واقع ہو جاتی ہے اور یہ سرایت ایسی ماں کے ذریعہ سے واقع ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ استقرار محل سے پہلے ہی خود آتشک زدہ ہو یا دورانِ حمل میں اس مرض میں مبتلا ہو جائے۔ جنین کی سرایت دورانِ حمل میں کسی وقت بھی شیمہ (placenta) یعنی آئول کے ذریعہ سے واقع ہو سکتی ہے اور یہ سرایت جسطہ درجہ سے واقع ہوتی ہے جنین کے زندہ رہنے کا موقع اسی قدر بہتر ہوتا ہے سرایت زچگی کے دوران میں بھی ہو سکتی ہے۔ اس حالت میں اولیٰ قرصہ کسی خراشیدگی [مٹا چمچے (forceps) سے پیدا ہو جانے والی خراشیدگی] کے مقام پر پیدا ہو جاتا ہے اور یہ اس سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے جو مادری گزرگاہوں کے اولیٰ یا ثانوی انحرار سے واقع ہو جاتی ہے۔

پہلے یہ کہا جاتا تھا کہ پیدائشی آتشک کی سرایت بچہ باپ سے حاصل کر سکتا ہے، درآخرا ایک ماں تندرست ہوتی ہے۔ مزید برآں ان حالات کے تحت آتشک زدہ رفیس (شیر خاں) اپنی آٹا کو بھی سرایت پہنچا سکتا ہے مثلاً اس کی بھینسی پر قرصہ پیدا کر کے، لیکن خود اپنی ماں کو سرایت نہیں پہنچاتا۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ماں کسی نہ کسی طریقہ

سے سرایت سے محفوظ ہو گئی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ اس میں اولی یا ثانوی قسم کے کوئی امراض بالکل ظاہر نہ ہوں۔ اس کو قانون کالیس (Colles' law) کہتے ہیں۔ اس کا سبب اب عام طور پر یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ بچہ کے باپ نے ماں کو درحقیقت سرایت زدہ بنادیا ہے، لیکن بائیمپروہ مرض کے کوئی علامات نہیں ظاہر کرتی، اور اس سرایت کو جنین میں منتقل کر دیتی ہے، اور یہ امر اس واقعہ سے ثابت ہے کہ جب آتشک زدہ بچوں کی ماؤں کا بچہ کی پیدائش کے بعد جلد ہی امیٹن کیا گیا تو ایسی ۱۵ فیصدی ماؤں میں تعالیٰ داسرمن مثبت پایا گیا۔

ماوی آتشک موجود ہونے کی حالت میں سرایت فی الرحمہ (in utero) ہمیشہ نہیں واقع ہوتی اور بعض اوقات انتقال سرایت بیقاعدہ طور پر ہوتا ہے۔ یہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ انھیں والدین کو ایک بار تو ایسے بچے ہو سکتے ہیں جن میں تعالیٰ داسرمن مثبت ہوتا ہے اور دوسرے بار ایسے بچے جن میں یہ تعالیٰ منفی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک بچہ بڑی طرح ماؤف ہو اور دوسرا بالکل غیر ماؤف ہو۔

121 جنین کی موت - والدین میں سے کسی ایک کو آتشک ہونے کا ایک اثر

یہ ہے کہ جنین کی موت جلد ہی واقع ہو جاتی ہے، اور اس کا نتیجہ اطماس (miscarriage) یا بال ازہ وقت پیدائش ہے۔ درحقیقت تمام اطماسوں اور مردہ ولادتوں میں سے چندہ فیصدی سے لیکر ۲۰ فیصدی تک آتشک ہما کے باعث ہوتی ہیں۔ کسی شادی شدہ عورت کی سرگزشت میں یہ واقعہ کہ اسے اطماسات ہو چکے ہیں، خود اس میں یا اس کے شوہر میں آتشک کی موجودگی کے متعلق اہم شہادت ہو سکتا ہے۔ یہ کہنا آسان نہیں کہ جنینی موت کا حقیقی سبب قرشب آتشک کے فوری اثرات ہیں یا شیمہ (آنکول) کا کوئی مرض، اس ساخت کے اندر سخت زرد تودے پائے گئے ہیں، لیکن مونا ایسے کوئی خصائص نہیں ہوتے جو بجز نظر (خالی آنکھ سے) نظر آسکیں۔ حر دہین سے دیکھنے پر غلغات (villi) کی جسامت اور عروقت میں زیادتی نظر آتی ہے۔ التهاب بطانہ شرایین (endarteritis) نہیں موجود ہوتا۔ مگر جنین میں اکثر اوقات ہڈیوں، احتشار اور جلد کے امراض پائے جاتے ہیں، جن سے اس امر کا امکان ظاہر ہوتا ہے کہ وہ بدرجہ غایت مرضی ہے۔ ہڈیوں میں بڑائی غضار لیف (epiphyseal cartilages) اور پوری (shaft) کے اتصال

کے مقام پر خطِ نکس (line of calcification) ناہموار (بیمادہ) اور گہرا ہوتا ہے۔
 اسے غلٹی غفرونی التهاب (osteochondritis) یا التهابِ برنامی (epiphysitis) کہتے
 ہیں، اور یہ کسباحتہ (rickets) کے تغیرات سے مشابہ ہوتا ہے، باسستناار اس کے کہ
 آتشک میں نکس نسبتہ زیادہ واضح ہوتا ہے۔ مکن ہے کہ نرم آرکیٹ (granulation
 tissue) یا ریم (سپ) غضروف کو ہڈی سے جدا کئے ہوئے ہو۔ کبھی تغیرات صفحہ
 490 پر بیان کئے گئے ہیں۔ پھیپھڑوں میں بین جو فیزی بافت (interalveolar tissue)
 کی زیادتی کے ساتھ جو فیوزوں اور عروق شریک کا انقباض (پسکاد) اور بعض اوقات صمیدہ
 (gumma) پایا جاتا ہے۔ درقیدہ (thyroid) تیہوسہ (thymus) اور لبسلہ
 (pancreas) میں اتصالی بافت کی زیادتی، اور آنتوں میں قروح موجود ہوتے ہیں۔ جہاں
 اسرار نمایاں ہوں، وہاں بیج مویہ (spirochaetes) مل سکتے ہیں۔

اہم اشاری علامات۔ برنامی التهاب (epiphysitis) جو تقریباً ۱۶

فیصد حالاتوں میں واقع ہوتا ہے، بعض اوقات ان بچوں میں موجود ہوتا ہے جو زندہ
 پیدا ہوئے ہوں۔ ایسی صورتوں میں خاص برنامی (epiphyses) اپنی ہڈیوں سے
 جدا ہوتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو ارج بیکار پڑے رہتے ہیں جس سے طفل
 جیسی صورت ظاہر ہوتی ہے۔ نیز بعض اوقات بچہ ایسا پیدا ہوتا ہے کہ اس کی جلد
 پر ایک آبلہنا (bullous) ثوران ہوتا ہے، یا یہ قشع (rash) پیدائش کے بعد جلدی
 نقل آتا ہے۔ جھیلیاں اور تھوڑے ہمیشہ ماکف ہوتے ہیں۔ یہ ایک آتشکی طبع ہوتا ہے،
 جسے نومولودی دائر انقباض (pemphigus neonatorum) سے متفرق کرنا چاہیے
 جو ایک آبلہ دار صمیدہ (bullous impetigo) ہوتا ہے اور اکثر ان کے مقام پر عفونت
 کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن ایسی حالتوں کی بڑی اکثریت میں بچہ نہ صرف زندہ
 بلکہ تندرست اور موٹا تازہ پیدا ہوتا ہے اور پیدائش کے بعد مین یا چار مہینوں تک
 ایسا ہی رہتا ہے۔ پھر وہ ایک انفی نازلت یعنی التهاب الانف (rhinitis) میں
 مبتلا ہو جاتا ہے، جس سے وہ ملامت پیدا ہو جاتی ہے جو عرف عام میں ذہن یا خنسن
 (snuffles) کے نام سے مشہور ہے۔ اس التهاب میں پہلے پتلا اور مصلی اور ازاں بعد

زیادہ گارٹھا اور ری سواز خارج ہوتا ہے جو تشنگ ہو کر پٹریاں بنا دیتا ہے۔ یہ پٹریاں تنوں میں سکوٹ پیدا کر دیتی ہیں جس کی وجہ سے دودھ (چوسنا) مشکل ہو جاتا ہے۔ اسی کے ساتھ ایک غلط فہمی نمودار ہوتا ہے جو نہایت عام طور پر سرخیوں پر اور ان کے متعلقہ حصوں پر بشت اور شکم پر ہوتا ہے۔ یہ طبع بیشتر اوقات گولی چکیتوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ان کے بغیر چرنی کے گوشت (lean of ham) کی طرح ہور اساسرخ رنگ رکھتی ہیں اور تشنگ یہ حکم ار اور بے لچک (غیر مرین = inelastic) ہوتی ہیں۔ یہ چکیتیاں ایک دوسرے میں منہم ہو کر بے قاعدہ شکل کے نسبت بڑے رقبے بنا دیتی ہیں لیکن ان کی کور زیادہ تر خوب واضح ہوتی ہے۔ اسے سمیٹ (intertrigo) سے متفرق کرنا چاہئے [جو تھچا (flexures) میں واقع ہوتی ہے] نیز 'طغور والی' ('napkin-rash') سے جو ایک شرخ چکر دار سرخ التهاب ہو سکے اور اس رقبہ کی محدب سطحوں کو مؤف کر سکے جو بچہ کے میلے پوٹے (مڈی) کے تماس میں آتا ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 920, 930)۔ بعض اوقات ان دونوں حالتوں کا ایک ساتھ موجود ہونا ممکن ہے۔ نسبت کمزور صورتوں میں یہ طغ بھری قانچی، اور آبلہ ہوتا ہے۔ ابتدائی شیر خورائی کے زمانہ میں ہونے والے دوسرے افراد التهاب الغم (stomatitis) لبوں اور گوشہائے دہن (بانچھوں) کے قریب تقریباً (جو جلد ہی چل دی جھڑے بنا دیتے ہیں) اور التهاب گرد و غظم ہیں اور بہت سی حالتوں میں تحلیل کی کلانی پائی جاتی ہے۔ ان سب عوارض کے باوجود ممکن ہے کہ بچہ کا تغذیہ بہت کم متاثر ہو، لیکن بعض اوقات لاغری پیدا ہو جاتی ہے اور بچہ کا چہرہ ایک بوڑھےائی کی طرح مڑھائی اور غمگینی ہوئی شکل کا ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں ممکن ہے کہ ہلاکت واقع ہو جائے، لیکن علاج کے تحت یا بعد ریت دیگر یہ بھی ممکن ہے کہ تمام علامات رفع ہو جائیں اور بچہ بہت برسوں تک آلودگی کے کوئی آثار و علامات نہ ظاہر کرے اور پھر (اکثر زمانہ بلوغ کے قریب) ایسے علامات ظاہر ہو جاتے ہیں جو کم و بیش اکتسابی تشنگ کے تیسرے درجہ کے علامات کے مقابلہ کے ہوتے ہیں۔ ۹۰ فیصدی حالتوں میں تعالٰیٰ داسرین مثبت ہوتا ہے اور شرح ہلاکت اس قدر زیادہ کہ ۱۰ فیصدی کے برابر ہو سکتی ہے۔

متاثرہ علامات۔ یہ حسب ذیل ہیں۔ التهاب گرد و غظم (periostitis)

اور اس کے ساتھ گرمیوں کا ہنسا۔ زلابی التهاب (synovitis) بالخصوص دونوں گھٹنوں کے اندر ایک گرمیوں زلابی التهاب۔ پھلکے دار یا ذبذبنہ (lupoid) جلدی ٹورانات جو بہت عام نہیں ہوتے۔ دو جانبی بہرائیں، جو کانوں میں آوازوں کے ساتھ پیدا ہو جاتا ہے اگر کانوں میں درد یا اخراج (سواد) نہیں ہوتا۔ منتشر التهاب مشیمہ (dissiminated choroiditis)۔ قعر اعین یعنی کڑا چشم کے اندر نقطہ لوتیت (punctate pigmentation) اور التهاب قریبہ (keratitis)۔ آخر الذکر موروثی آنشک میں عام ہوتا ہے مگر کتبانی مرض میں عام نہیں ہوتا۔ عتیمیت قریبہ (opacity of the cornea) پیدا کر دیتا ہے، جو بعد رسیج اس قدر بڑھ جاتی ہے کہ قریبہ ایک اندھے شیشہ کی طرح نظر آئے لگتا ہے۔ یہ بدلی استلا (ciliary congestion) کے ساتھ متعلق ہوتا ہے اور آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قریبہ پر عروق بڑھ آئیں اور ایک سائن پچلی جیسی چمکتی (salmon patch) پیدا کر دیں۔ اس میں شغایات ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ لیکن ان تازہ امراض کے علاوہ موروثی آنشک بعض مستقل تشوہات (deformities) کی وجہ سے بھی شناخت کی جاسکتی ہے۔ یہ بیشتر آن تشوہات کا نتیجہ ہوتے ہیں جو زمانہ شیرخواری میں واقع ہو چکے تھے۔ ایسے اشخاص مندرجہ ذیل متاثر خصوصیات پیش کرتے ہیں:- ان کی پریشانی جوڑی ہوتی ہے اور ساتھ ہی عظم الجبرہ (frontal bone) کے نصف حصے غیر معمولی طور پر ابھرے ہوئے ہیں۔ ناک کا آئنا گریز اور بڑا اور بیٹھا ہوا! بچکا ہوا! ہوتا ہے۔ منہ کے گرد متعدد خطی ندبات (linear cicatrices) ہوتے ہیں جو دہن سے (جو مرکز ہوتا ہے) شعاعی شکل میں نکلتے ہیں۔ اور مستقل دانت، جیسا کہ ابنداز ہچمنسن (Hutchinson) نے بتلایا، اسے خصائص ظاہر کرتے ہیں کہ صرف انہیں سے اس حالت (پیدائشی آنشک) کی قطعی تشخیص ہو سکتی ہے۔ اس مقصد کے لئے صرف بالائی مرکزی ثنایا (upper central incisors) یعنی گھٹنوں پر ہی اعتماد کیا جاسکتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ دوسرے دانت بھی اسی طرح موقوف ہوں۔ یہ چھوٹے ہوتے ہیں اور مسوڑے کے قریب کے نسبت کوہ پر زیادہ تنگ (یعنی کم چوڑے) ہوتے ہیں، اور اس کوہ پر ایک منفرد مرکزی درز یا کناؤ ہوتا ہے۔ دانت نکلنے کے بعد ابتداً یہ کناؤ بیلہ ہی تشکیل دیتا ہے (dentine) کی کناؤ دار کوہ سے پر ہو جاتا

ہے جو غلبہ ہی ٹوٹ کر جدا ہو جاتی ہے۔ دانت کے اس تغیر کو اس سادہ عرضی تھیلے سے متفرق کرنا چاہئے جو شیرخواری کے زمانہ میں پارے کے زیادہ استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے التهاب الغم (stomatitis) ہو جاتا ہے اور دندانی تاجوں (tooth sacs) کے حصول میں مزاحمت واقع ہوتی ہے۔ قصبہ ہڈی میں گردِ عظمی (periosteal) تغیرات کا نتیجہ ہو سکتا ہے کہ اس کے اگلے کنارے کا انحداب پیدا ہو جائے جسے نام نہاد طور پر خنجر نما قصبہ (sabre-shaped tibia) کہتے ہیں۔ ایسے حشائی تغیرات بھی غیر عام نہیں جیسے کہ کلائی طحالی، داعی، التهاب، یا انحطاط (ملاحظہ ہو جوائنٹس فلیج: diplegia) لگاہے التهابِ قصبہ (orchitis)، رخنائی التهابِ کبد (interstitial hepatitis) (ملاحظہ ہو کبیت جگر: cirrhosis of the liver) عدم رویت کلائی طحالی کے ساتھ یا اس کے بغیر اور صغیئات (gummas) جو بالغ زندگی میں ظاہر ہوتے ہیں۔

تحریر :- اس پر دو منوانوں کے تحت غور کیا جاسکتا ہے۔

(۱) ماں کو سرایت سے محفوظ رکھنا۔ آتشک زدہ مردوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے، یا ان کے انتقالِ مرض کا خطرہ باقی نہ رہے۔ ضروری ہے کہ ان کا کافی داغ آتشک علاج ہو چکا ہو اور وہ اس مرض کے تمام سریریاتی مظاہر سے معز ہوں اور ان کے خون سے کم از کم دو سال تک منفی تغال و استرین حاصل ہو اہو۔ بعض اوقات خون مستقل جشت رہتا ہے۔ ایسی حالتوں میں اس امر کے متعلق یقین نہیں ہو سکتا کہ درحقیقت شفا ہو گئی ہے یا نہیں۔ ایسی صورتوں میں خطرہ اگرچہ خفیف ہوتا ہے مگر بعض کو اس سے آگاہ کر دینا چاہئے۔ یہ بھی غیر معمولی نہیں کہ حمل کے آخری مہینوں یا زمانہِ جنین میں شوہر بائز تعلقات پیدا کر لینے کی وجہ سے مبتلا سے سرایت ہو جاتا ہے۔ (چنانچہ اس کے تدارک کے لئے) کافی اور فوری علاج اختیار کرنا چاہئے اور سرایت سے پاک ہونے تک اسے صنفی تعلقات سے محترز رہنا چاہئے۔

(۲) آتشک زدہ ماں کا علاج عقل سے پہلے اور دورانِ حمل میں۔ مادری آتشک کی تشخیص میں تغال و استرین نہایت کارآمد ہوتا ہے، کیونکہ بہت سی مائیں آتشک میں مبتلا ہوتی ہیں اور ان کو اس کا علم نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ اولیٰ ضرب جنینی جو

اور اس سے نہایت کم تکلیف یا بے آرامی پیدا ہو۔ یہ یقینی ہے کہ بعض طبیی (یعنی غیر زخمی) عورتوں میں بھی تغاٹل و استسرن دورانِ حمل میں ثبت ہو کر ازاں بعد مہر صغی ہو جاتا ہے۔ لہذا جب تغاٹل و استسرن دورانِ حمل میں ثبت پایا جائے تو دارفِ آتشک علاج صرف اسی وقت عمل میں لانا چاہئے جبکہ آتشک کی مزید شہادت موجود ہو یعنی ہن اطلعات (miscarriages) کا سرگزشت، وغیرہ، یا شوہر کے خون سے حاصل شدہ ثبت تغاٹل و استسرن (اور شوہر کے خون کا امتحان ہمیشہ کرنا چاہئے)۔ واقع آتشک صلاح ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱۷) سارے زمانہ حمل میں عمل میں لانا چاہئے اور اس کے بعد بھی یہی رکھنا چاہئے۔ عورتیں سیلابی اشرابات (mercurial injections) کے مقابلہ میں ہمیشہ ہائڈراجرائی کم کریں (Hyd. c. Cret) کو زیادہ پسند کرتی ہیں۔

علاج۔ رضی آتشک (infantile syphilis) میں پارہ حیرتنگ

سرعت کے ساتھ عمل کرتا ہے۔ گرے پاؤ ڈرائیک گرین دن میں تین بار یا لاکرمانڈر جرائی پریکلورائیڈ (liq. hyd. perchlor.) یا قطرے پیرتھین (snuffles) یا دوسرے علامات کو اچھا کر دیتے ہیں اور اگر بچہ کا تغذیہ ناقص ہو تو ان سے اس کی بھی اصلاح ہو جاتی ہے۔ علاج کا بہترین طریقہ سیلابی تمرینج (mercurial inunction) کے ذریعہ ہے۔ چنانچہ روزانہ غسل کے بعد سیلابی مرعم (unguentum hydrargyri) بتدریج ذرا کم شکم پر عمل دینا چاہئے۔ اس مقام پر ایک فلانین کی بندش استعمال کی جاتی ہے۔ اگر ممکن ہو تو ماں کا بھی علاج کرنا چاہئے۔ آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم نسبت کم مفید ہوتا ہے، لیکن ۲ یا ۳ گرین کی مقداروں میں روزانہ تین بار دیا جاسکتا ہے۔ معطلی چیکیتی یا جلد کے تقرقات پر کیلول کا سفوف یا سیلابی مرعم (mercurial ointments) براہِ راست لگایا جاسکتا ہے۔

123

ریٹو سائز سان بھی طغخ اور التهاب انف (rhinitis) کو بہ سرعت دور کر دیتا ہے۔ اس کا استعمال ۵ تا ۱۵۔ گرام کی مقداروں میں دریدرواجی (jugular vein) یا جلد الراس کی وریدوں میں بتدریج اشراب کیا گیا ہے۔ بالائی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کے اندر بھی اشراب عمل میں لایا گیا ہے۔ لیکن پارے کے علاج

کی بھی ضرورت ہوتی۔ جب شیرخوار بچہ پستان پر درودہ (پھیلائی لادہ وہ پلاٹے ہوئے) ہوں تو اگر ممکن ہو تو ماں کا علاج بھی کرنا چاہئے۔

آرسینو بنیزال سے مسمومیت

(Poisoning by arsenobenzol)

علاج آشک میں کلکیڈا کے امیاتی مرکبات کا وسیع رواج ہونے کے بعد سے آشک ان کی میت سے بہت سی اموات کا اندراج ہوا ہے۔ کم از کم تین حالتوں کی تفسیر تھی ضروری ہے۔

(۱) اس دوا کے تباہ کن عمل سے بچ ہو یوں (۱) پائٹروکیٹس ہیں سے دوائیم (endotoxin) کی ناگہانی ربائی (تقابل) جراثیمیں (bacteria) reaction) پتہ موجود ہوتی ہے جو اشراب کے چھ تادس گھنٹے بعد شعریہ عضی، قے، ذہکم اور اس حال کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ پیش چند گھنٹوں میں طبعی ہو جاتی ہے۔ اس مسمومیت کو روکنے کے لئے آشکی علاج کو آرسینو بنیزال کی تھوڑی مقداروں سے شروع کرنا چاہئے۔

(۲) تب آبی (water-fever) جو آب عقیم میں کے جراثیم کے مراد، اجسام کے پروٹینی مشتقات (protein derivatives) سے منسوب کی جاتی ہے۔ یہ اشراب کے بعد نصف گھنٹے کے اندر شروع ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ شعریہ اور ذراق (cyanosis) ہو۔ تب آبی کو روکنے کے لئے آب کشیدہ تازہ تیار کرنا چاہئے اور استعمال سے پہلے اسے عقیم کر لینا چاہئے۔

(۳) کلکیڈا کے امیاتی مرکبات سے مسمومیت۔ یہ مسمومیت بعض اوقات دوا کے اندر لوٹ موجود ہونے کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ جب یہ دوا صنعتی طور پر بنائی جاتی ہے تو دوران ساخت میں کلکیدہ بآسانی واقع ہو جاتی ہے اور اس سے جو اشبار پیدا ہوتی ہیں وہ زہریلی ہوتی ہیں۔ (الف) اگر ۶۰.۶ کی اتم مقداریں (۶۶.۰ گرام)

بہت جلد خلد فاسلوں سے دی جائیں تو اثرات کے تقریباً پانچ روز بعد ضرع و شلج طاری ہو کر ہلاکت پیدا کر سکتے ہیں۔ بعد المات امتحان سے نژنی التهاب داغ (haemorrhagic encephalitis) نما ہوتا ہے جس کے ساتھ عروق شعریہ کی وسیع علیقت (thrombosis) موجود ہوتی ہے۔ نژنی التهاب کلیہ (nephritis) بھی ہو سکتا ہے۔ حد سے زائد بڑی مقداروں کے استعمال سے احتراز کیا جائے اور ۶۰۰ کے مختلف نصابات کے درمیان پہلے بیان کئے ہوئے اسلوب پر خالی وقفہ چھوڑے جائیں تو کسی پیش آئند خطرہ کی رو قرار آ جا ہی حاصل ہو سکتی ہے اور پھر ۶۰۰ کا استعمال موقوف کیا جاسکتا ہے۔ تشنج کے لئے ایڈرینالین (۱۰۰۰ میں حصہ) کے اثرات، اقطروں کی مقداروں میں دینے چاہئیں۔ (ب) سمومیت سے اولی التهاب (التهاب الجلد) پیدا ہو سکتا ہے جو اتراری (erythematous) بخوری اتراری (papulo-erythematous) ٹوران کی شکل اختیار کر کے بعض حالتوں میں تسلی التهاب جلد (exfoliative dermatitis) اور سموت پیدا کر دیتا ہے۔ سمومیت کے آغاز میں تاخیر بھی واقع ہو سکتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ اس قدر دیر سے کہ اثرات کے ایک نصاب کے تین ماہ بعد ظاہر ہو۔ اتراری کی ابتدائی ترین امارت ظاہر ہوتے ہی اس علاج کو موقوف کر دینا چاہئے اور ممکن ہے کہ اتراری سب سے پہلے کھنی کے خیم پر اس مقام پر نمودار ہو جہاں گذشتہ اثرات کے وقت آؤٹین لگا یا گیا تھا۔ یہ ایک قیمتی کارآمد دوائت ہے۔ کبھی رجفات پیسے نئے کے جھٹکوں کا فقدان بھی اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ان دوائوں سے سمومیت کا آغاز ہو گیا ہے۔

(ج) جگر پر بھی حمل ہو سکتا ہے۔ بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ وہ پہلے ہی سے ضرور ہو اور یہ دوا اس کے فعل میں اور بھی بستی پیدا کر دیتی ہے جس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ سمومیت کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا خاص سبب اس مرکب کے اندر کے نامیاتی اصلیات (organic radicals) کے نسبت زیادہ تر غالباً سنگھار ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ نامیاتی مرکبات بھی کچھ حصہ لیتے ہوں۔ ٹھنک حالتوں میں جگر چھوٹا پاتا جاتا ہے، اس کے کیرہ میں ٹھن یا بھریاں پڑ جاتی ہیں اور ممکن ہے کہ ترشے پر حادثہ زبول (acute yellow atrophy) سے مشابہ منظر نظر آئے۔ جگر میں شمی انحطاط

بھی پایا جاتا ہے۔ گڑے اسخاط یا فہ ہوتے ہیں۔

بعض اوقات دو یا تین اشرابات دے گئے جانے کے بعد ہی یہ علامات عا د طر یقہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن عموماً یہ علامات علاج کے ایک نصاب کے بعد تقریباً دس دن سے دیکر بھی یا سات ہفتوں، بلکہ بارہ مہینوں تک کسی وقت خود بخود ہوتے ہیں۔ ابتداً ر قان (لاحظہ ہو صفحہ 474) دیکھا جاتا ہے، جسکے ساتھ پاخانے پھیکے زرد رنگ کے ہوتے ہیں، اور اس بعد متلی، تھ، شرا سیخی درد (epigastric pains)، خون آلود تھ (haematemesis)، اور تھلک حالتوں میں ہڈیاں اور کوما ہوتا ہے۔ لیکن یہ کہ یہ ر قان کئی ہفتوں میں غائب (رفع) ہو۔ بلکہ کے ذبول (atrophy of the liver) کی تشخیص کے لئے لاشعائی امتحان ایک مفید طریقہ ہے (Strathy and Gilchrist)۔

124 امتحان وضع میں جگر کے سایہ (چھاؤں) کی ہندی میں کمی پائی جاتی ہے۔ کیسہ کے استیجا (ڈھیلا پڑ جانے) اور پھیپھڑے کے جگر (کھینچاؤ) کے باعث بالائی سطح نسبتاً زیادہ فٹے ہوتے اور نیچے کی کور لمبی حالت کے نسبت کسی قدر زیادہ انقباضی ہوتی ہے۔

آج کل سید کلر ریسرچ کونسل آر سیو ہینز آل اور اُس کے مشفقان کے تمام بیمار تہ نو نوں کا امتحان کرتی ہے، تاکہ وہ اجرو۔ اجو بطور لوٹ کے شامل ہوں خارج کر دیے جائیں۔ علاج سے پہلے جگر اور گردہ کے امراض کی امارات کے لئے مریضوں کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے اور دوران علاج میں یہ ر قان کی امارات کے لئے اُن پر نگرانی رکھنی چاہئے۔ مشتبہ حالتوں میں کبدی کارکردگی (hepatic efficiency) کی تعین کر لینی چاہئے (لاحظہ ہو صفحہ 473)۔ لکے کے لیویر دس اور دان دن برگ کے کشفات (levulose and van den Bergh's tests) بالخصوص مفید ہوتے ہیں۔ اشراب سے مبین پہلے اور رضا منکر جبکہ مریض ایک عورت ہو، ڈیکسٹروز (dextrose) کے ڈاؤس ویدینا ایک عمدہ تجویز ہے۔ علاج یہ ہے کہ غلیظ تعدادی جائے، جس میں کاربوہائیڈریٹس بہ افرات شامل ہوں اور چربی کم ہو تاکہ جگر کو کم کام کرنا پڑے۔ سوڈیم بائی کاربونیٹ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

فرا مینریا

(FRAMCESIA)

(یاز = Yaws)

یہ ایک نوعی متعدی مرض ہے جو مدارینی ممالک میں پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اسے برطانی نوآبادیات میں یاز (yaws) فرانسیسی نوآبادیات میں پیان (pian)، جنوبی امریکی ممالک میں پیو باس (bubas)، اور بوزنیو اور ریاستہائے ملایا میں پیوئر و (puru) کہتے ہیں۔ یہ مختلف ناموں سے سیلون (سنگا)، مغربی افریقہ، اور جنوبی بحری جزائر (South Sea Islands) میں بھی واقع ہوتا ہے۔ یہ مرض دونوں مسنون کو مساوی طور پر، نوعمر اشخاص کو دوسروں کے نسبت زیادہ، اور پیدا توام کے نسبت زیادہ اقوام کو زیادہ متاثر کرتا ہے۔ یہ آشک سے بہت مشابہت رکھتا ہے، اور کسی سطحی ضرر (مثلاً ایک کھراشچ (scratch)، زخم، یا کسی کپڑے کے کاٹنے کی جگہ) کی سرایت واقع ہو جانے کی وجہ سے جسم، پستانوں، باقموں، بازوؤں، پاؤں، گلوں پر ہو جاتا ہے، لیکن اعضائے تناسل پر شاذ ہی ہوتا ہے۔ دو مہینوں سے نیکر چار مہینوں تک کی حفاظت کے بعد جس میں کسی قدر کھینکھنی ہوتی ہے، مقام تطہیم پر اولیٰ ضرر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ ایک چھوٹا بشرہ (papule) ہوتا ہے جو ایک ہفتہ کے بعد ایک زردی مائل افراز سے تر ہو جاتا ہے اور اس کے خشک ہونے سے ایک پٹری بن جاتی ہے۔ اس کے نیچے ایک قرص بن جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ خشک ہو جائے اور اس کی جگہ ایک ندب یا داغ باقی رہ جائے یا یہ قرص نمویاب ہو کر ایک اریکی سلحہ نما (granulomatous) تودہ بن جائے۔ ممکن ہے کہ قرب و جوار کے لمغائی غذا بڑھ کر سخت ہو جائیں، لیکن یہ شاذ ہی متوقع ہوتے ہیں۔ اولیٰ ضرر کے آغاز ظہور سے ایک ماہ سے لیکر تین مہینوں کے بعد تک ثانوی ٹور ان ظاہر ہوتا ہے، اور اس کے ظہور سے پہلے بھی کسی قدر کھینکھنی، نپ، اور عضلات، ہڈیوں، یا مفاصل میں درد ہوتے ہیں۔ یہ

اضرار بھی اسی طرح شروع ہوتے ہیں۔ ایک یا زائد شورخاہر ہوتے ہیں، جو ابتداً تقریباً ایک اپسین کے سر کے برابر ہوتے ہیں اور پھر پڑھ کر قطر میں پاؤںچہ سے لیکر دو انچ تک کے ہو جاتے ہیں۔ زبردست پٹی پڑ جاتی ہے اور اس کے انشقاق کے بعد ایک کچی سطح باقی رہ جاتی ہے جس سے ایک مصلیٰ ریخی پیتال برستا ہے۔ اس کے خشک ہونے سے ایک پیڑی بن جاتی ہے۔ یہ ذرے شکل میں گول یا بیضوی، یا باہم ٹٹنے سے بیقاعدہ، نرم ٹھونے سے خیر حس پذیر ہوتے ہیں، لیکن ان میں خارش ہوتی ہے۔ یہ چہرے، لبوں، آنکھوں، گردن، بازوؤں، بغلوں، ٹانگوں، رانوں، پتھیلیوں اور تلوں، سرینوں اور خراج (vulva) کو مآذف کرتے ہیں۔ اگر ان میں اصلاح (درستی) ہوتی ہے تو یہ مسکڑ کر خشک ہو جاتے ہیں اور جلد میں بد رنگی یا بے رنگی رہ جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ بڑے بڑے قاعدہ زخم بنادیں، اور شروع کر عیسق تقریح یا انگلیں پیدا کر دیں۔

ثوران کی حسب ذیل حالتیں موجود رہ سکتی ہیں۔ التهاب منفصل (arthritis) اور اس کے ساتھ تپ، التهاب گرد غلطہ (periostitis) یعنی تپنا (muscular contractures) اور التهاب العصب (neuritis)۔ عموماً مرض کا اختتام شور کے سکڑنے سے ہو جاتا ہے لیکن ممکن ہے کہ ایک ثانوی درجہ بھی ہو جس میں مختلف بافتوں میں صمغہ نما گرہیں، جلد میں گہرے قروح، یا پٹوں میں گرہیں پیدا ہو جائیں۔

نسیجیاتی حیثیت سے اس مرض کے اضرار ذرا قی سلعہ (granulomata) ہوتے ہیں، لیکن اصلی سبب ایک مرغو لچہ (spirillum) یا پیچ مویہ (spirochete) ہوتا ہے جسے پیچ خیطیہ نازک (spironema pertenu) کہتے ہیں۔ یہ قسطالی (Castellani) کو اولیٰ اضرار میں عمومی ثوران کے نام سے شور میں، اور طحال، لیمفال غدود اور مغز استخوان میں ٹاگر خون میں نہیں ملتا۔

یہ مرض شور کی کھرچنوں کی تطعیم اور مریض کے خون کی تطعیم کے ذریعہ سے بندرہا میں منتقل کیا گیا ہے۔

اگر مرض کا علاج نہ کیا جائے تو وہ چھ ماہ سے لیکر بارہ ماہ تک بلکہ ساہا سال تک جاری رہ سکتا ہے۔ وہ شاذ ہی ہلک ہو تک ہے، اور جب ہلک ہوتا ہے تو عموماً ثانوی سرائیتوں کی وجہ سے ہوتا ہے، جو قرعہ آکلہ (phagedena) عفونتہ الدم

(septicæmia) یا نقیج الدم (pyæmia) پیدا کر دیتی ہیں۔

علاج۔ سائوزان اسی معاد میں دینے سے جو آتشک میں دیکھائی دے (یعنی ۱۶ گرام) یا زکونور اشفا ہو جاتی ہے۔ انٹی گودا (Antigua) میں پار سولینو میر سے دو مریضوں کے ہوائے سب ایک ہی درون عضل شراب سے شفا یاب ہو گئے، اور یہ باقی ماندہ دو بھی دوسرے شراب سے اچھے ہو گئے (McDonald)۔ ٹریٹی ڈاڈ (Trinidad) میں... ۵ مریضوں میں سے ۹ م کو شفا حاصل ہوئی۔ ان میں سے ۴ ایک ہی شراب سے شفا یاب ہو گئے۔ سنگییا کی دو دوسری تجویزات دینے سے آئین (soamine) اور آر سوڈان (orsudan) ایسا ہی (مگر نسبت بہت کم نمایاں اثر رکھتی ہیں) (Alston)۔ پہلے پوٹاسیم آیوڈائیڈ، مرکبوری (پارہ) اور لائیکر آر سیلیسیائی ایٹ بنیڈر اور جرائی آیوڈائیڈ (liquor arsenici et hydrargyri iodidi) استعمال کئے جاتے تھے۔ مقامی طور پر ٹوران کو روزانہ پزکلورائیڈ آف مرکبوری کے محلول (۰.۰۰۱ میں ۱۱) سے دھو سکے ہیں، اور قروح کا علاج مائیس (astringent) اور دافع عفونت (antiseptic) تجویزات [مثلاً آیوڈو فام (iodoform) اور بورک ایسڈ (boric acid)] سے کر سکے ہیں۔

تندرستی

(TUBERCULOSIS)

تندرستی ایک سرایت ہے جو ایک نوعی دقیق عضو یا ایسے کالج کے عصیہ تندرستی (Bacillus tuberculosis of Koch) سے واقع ہو جاتی ہے۔ اس سرایت کا مخصوص اور متمیز خاصہ یہ ہے کہ ایک یا نرا اعضاء کے اندر بعض اجسام پیدا ہو جاتے ہیں جو درنہ (tubercles) کے نام سے موسوم ہیں۔

بحث اسباب۔ درنی معیقات چھوٹے چھوٹے ڈنڈے ہیں جو سردی یا

منیت خفیف طور پر تھیدہ اور طول میں ۳ ملہ اور عرض میں ۵ ذ۔ ندر ہوتے ہیں۔ ان کی انتہائیں گول ہوتی ہیں، اور وہ دو یا تین لکڑیوں پر چبھ کر سر سے پراپک ایک دمبہ پیش کرتے ہیں جو ابتداء پر بندے سے لکھے جاتے تھے۔ دوسرے دقیق عضویوں کی طرح یہ بھی مخصوص کثاف متناظرات (reagents) سے رنگے جاسکتے ہیں، اور اس ذریعہ سے کثافت (sputa) کے اندر ان کی شناخت کا ایک طریقہ آگے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو شخصیں سل رپوی: diagnosis of phthisis)۔ بعض تازہ مشاہدات اس امکان کے طرف اشارہ کرتے ہیں کہ مصیبت درنہ اشتقاقی فطرات (fission fungi) (جیسا کہ پہلے خیال کیا گیا تھا) نہیں ہیں، بلکہ وہ سبھی شعریہ (streptothrix) کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں جو جالدار فطرات (hyphomycetes) میں سے ایک ہے۔ یہ مصیبت قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہیں۔ ان کی انسانی، بقربی (bovine)، لمیوری (avian)، و سبھی (reptilian) اور حوتی (piscine) قسمیں ہوتی ہیں جو تہا اجد احياتیا قی خصائص رکھتی ہیں۔ اس امر کا دعویٰ کیا گیا ہے کہ کاشت کے مخصوص طریقوں کے ذریعہ یہ اختلافات دور کئے جاسکتے ہیں۔ انسانی اور بقربی دونوں قسمیں انسان کے لئے مضر ہوتی ہیں۔

تدریس ثانی ایک مقامی مرض (endemic disease) ہے، اس مصیبت کی انسانی قسم غالباً تمام بڑی جماعتوں میں وسیع طور پر پھیلی ہوئی ہے، اور یہ یقین کرنے کے لئے معقول وجہ موجود ہے کہ یہ کثیر التعداد اشخاص کو سرایت زدہ کر کے ان میں درنہ کی پائیدل پیدا کرتی ہے اور اس کی موجودگی کا کبھی پتہ نہیں چلتا۔ بعد ازاں مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ تمدن کے پچھلے زمانہ سندھ ماہکے (مراکز مرض) پریشم اشخاص میں موجود ہونے میں نیز تقریباً اس فیصدی اشخاص کے فو میں زندہ عیسے مخفی پائے گئے ہیں، جن میں امتحان مہیت سے بجز و نظر (حالی آنکھ) یا خروین کے ذریعہ تدریس کی کوئی علامت نہیں ظاہر ہوئی۔ اس مرض کا نمونہ درج ذیل حالتوں کی وجہ سے ہوتا ہے:- (۱) عضویہ کی قشیت (۲) یا بندہ (recipient) کی جس پذیر ی یا قشیت ماضیت - اور (۳) عضویہ کے داخل ہونے کا طریقہ۔

(۱) پہلے عنوان کے تحت جو کچھ کہا جاسکتا ہے وہ بہت کم ہے لیکن اس میں شک نہیں کہ قشیت مختلف ہوتی ہے۔
(۲) یا تہدہ کی حالت کے تعلق (یہ امر قابل لحاظ ہے کہ) موروثی اثر

کو بہت اہمیت حاصل ہے۔ اعداد و شمار سے یہ نتیجہ نکالا گیا ہے کہ تدریسی اشخاص کے بچوں میں اس مرض کی ایک خاص صورتی استعداد موجود ہوتی ہے (Pearson)۔ ساتھ ہی یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے بچے ایسے ماحول میں پرورش پائے ہوئے ہوتے ہیں جہاں انھیں غنیمتوں کی بہت بڑی تعدادیں پہنچ سکتی ہیں اور وارڈ (Ward) کے معنی خیز مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ یہ ایک اہم جزوِ فعال ہے (آگے ملاحظہ ہو مدد سوری طرف یہ ہے کہ لمبا تنگ سینہ جس سے (خشش کی) ایسی حرکت کی قلت ظاہر ہوتی ہے، سہل ریوی (phthisis) کی مابقی استعداد پیدا کر سکتا ہے۔ یہ اکثر ایک پیدائشی خاصہ ہوتا ہے۔ ان تجربات سے جو جانوروں کے ساتھ کئے گئے، ظاہر ہو گیا ہے کہ تدریسی حیوانات بنوئیے یا تدریسی خسیوں سے نکلی ہوئی نسی سے بعض حالتوں میں تدریسی جنین پیدا ہو سکتا ہے۔ منجی تدریسی (placental tuberculosis) سے بھی ہی (اثر) ہوتا ممکن ہے لیکن یہ اجرام اُسے عالمِ مابعد زندگی کے تدریسی کے سبب کی حیثیت سے کوئی اہمیت نہیں رکھتے۔ نئی نوع انسان کی مختلف قوموں میں تدریسی سرایت کی مداخلت کی جو اضافی قوت موجود ہوتی ہے اُس میں بڑا اختلاف ہوتا ہے۔ غیر تمدن یافتہ قومیں بڑا اثر پذیر ہیں اور آسٹریلیائی شیا کے دیسی باشندے [جو اب تک تدریسی سے پاک رہی ہیں] جب تمدن چھوئے کے تماس کے باعث سرایت میں منکشف ہوتی ہیں تو نہایت جلد شرحِ ہلاکت ظاہر کرتی ہیں۔ اس کے برعکس یہودی، جو شہری زندگی کی وجہ سے بہت نسلوں سے سرایت میں منکشف ہو چکے ہیں، نہایت اعلیٰ درجہ کی قوتِ مدافعت ظاہر کرتے ہیں۔

126

تدریسی کی استعداد کا اکتساب کسی ایسے ماحول یا اجتماعِ حالات سے ہو سکتا ہے جو جسم کو کثیر المقدار سرایت کا ہدف بناتے ہوں یا اُس کی قابیلیتِ حیات کو خطرناک حد تک گھٹا دیتے ہوں، اور یہ خواہ غذا اور تازہ ہوا کی قلت، یا کمزور کرنے والی طویل بیماریاں ہوں، یا مخصوص سختی اثرات۔ ان میں سے سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہوتے ہیں۔ (الف) گھنائی (overcrowding) اور ناکافی ترویج، بند کمروں میں میس وغیرہ کے دشمنان میں کام کرنا۔ (ب) غذا کی ناکافی رسید، جو اکثر اوقات پہلے سبب اور دوسرے سبب کے ساتھ اختراک عمل کرتی ہے، (ج) خشکی پیدا کرنے والا کام، اسبابِ اہلک کے اختلاف ہیں۔ (د) تدریسی اور مہربیت میں منکشف (Buchanan) نے بتلایا

چے کہ مرطوب اور ناقص سیلیت والی زمینوں پر رہنے والی قوموں میں ریل ریوی اور امراض خشک کی وجہ سے واقع ہونے والی موتوں کا تناسب غیر معمولی (زیادہ) ہوتا ہے۔ حالیہ تازہ تجزیہ ہوائیں (۱۴)۔ (۱۵) اکثریت شراب نوشی (۱۶) ذیابیطس شکر -

بھیسٹروں کی حالت میں (الف) ممکن ہے کہ الہابی اضرار زندگی بالیدگی کے لئے زمین تیار کر دیں۔ یہ بالخصوص اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ نوئیہ کے بعد اور میزس اور کالی کھانسی کے شعبی ریوی الہاب (برائیکہ نوئیہ) کے بعد بھیسٹروں میں تدین کی صلاحیت پیدا ہو جاتی ہے۔ (ب) گرد و غبار کے ذرات کے استنشاق (سانس میں اندر لینے سے مزین خراش (مترب الزہ = pneumoconiosis) مثلاً سیلیکا (silica) سے تدین کی استعداد مندرجہ ذیل طریقے سے پیدا ہو جاتی ہے: - سانس سے اندر لینے کے بعد وہ آبیدگی (hydration) کے ذریعہ کولائیڈی سیلیکٹ ایسڈ (colloidal silicic acid) میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ معدنی سیلیکٹس (mineral silicates) بھی بانفوں کی CO_2 سے ٹوٹ کر سیلیکٹ ایسڈ بن جاتے ہیں۔ آفرالڈ کر ایک ذراتی سطحی تودہ بنا دیتا ہے، جو تخرک ایک مرکزی رقبہ ہوتا ہے، جسکے گرد الہابی نہیں ہوتی ہیں۔ عصبیت و رقبہ (tubercle bacilli) جو اس قدر مختصر تعداد میں ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں بافتیں ان کا تدارک کر دیتیں، اس مرکزی رقبہ کے اندر بہ سرعت بڑھ کر اس قدر کثیر التعداد ہو جاتے ہیں کہ کئی مدافعات ان کا مقابلہ نہیں کر سکتے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (۱۵)۔ (ج) دومی رسد کی بھی (میسسی کہ پیدا نشی مرض قلب میں ہوتی ہے) ریل ریوی کے حالات متعدہ میں سے ہے۔ اس کے برعکس یہ قابل الحاد ہے کہ علاج معامی (mitral stenosis) کے مرض میں جس میں خشک مژمن غور پر متکی ہوتا ہے، ریل ریوی نہایت شاذ ہوتی ہے۔

موضوع کی عمر بھی ایک اہم جزو عامل ہے۔ تدین فی حملہ نوعاً اشخاص میں خاص طور پر عام ہوتا ہے: شیر خواروں اور کم عمر بچوں میں مرض کا محدود سبب یا، باریٹون، لطفی غذا، بڑیوں اور مفاصل پر ہوتا ہے۔ نوعاً بالغوں میں ریوی تمدن (pulmonary tubercle) عام ہوتا ہے۔ چالیس سال سے بچاؤ و عمر والے اشخاص تدین میں پہلی بار شاذ ہی مبتلا

ہوتے ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ ان میں تدرنی انضام سپاس، اسٹو یا ستر سال کی عمر تک جاری رہیں۔

(۳) عصبیات درنہ نظام جسم کے اندر جلد کے تفریق اتصال (سلح شکنگی) سے، مناسلی بولی خطے سے، تنفسی راستوں سے، اور مجرائے غذا کی راہ سے داخل ہو سکتے ہیں۔

پہلے دو طریقے شاذ ہیں اور کوئی عملی اہمیت نہیں رکھتے، لیکن گذشتہ زمانہ میں استمان میت (لاشوں کو چیر کر امتحان) کرنے والے اشخاص کے ہاتھوں میں بعض اوقات سرایت واقع ہو کر ایک بعد المات ٹولول (postmortem wart) (تنفسی بروقت verruca necrogenica) پیدا ہو جاتا، جس میں عصبیات تدرن ملے ہیں۔ کبھی کبھی قصابوں میں بھی ایسے ہی انضام ہو جاتے ہیں۔ یہ نہایت آہستہ آہستہ بڑھتے ہیں اور درنہ نہایت شاذ صورتوں میں دوسرے اعضاء میں بھی پھیل جاتا ہے۔

تنفسی اور غذائی خطوں کی راہ سے سرایت کی انسانی کثرت وقوع کے متعلق عرصہ دراز سے اختلاف رائے ہے، لیکن اب خاصکر اول الذکر (یعنی تنفسی خطہ کی راہ سے وقوع سرایت) سب مرض سمجھا جاتا ہے۔ اس سوال کا جواب دینے کے لئے ہمیں سب سے پہلے اس امر پر غور کرنا چاہیے کہ بقری تدرن سب سے زیادہ کثرت وقوع ہے یا انسانی تدرن۔ (۱) بقری تدرن (bovine tubercle) تدرنی گایوں کے دودھ میں اور تدرنی گوشت میں موجود ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر کوئی اہم ذریعہ سرایت نہیں، کیونکہ قطع نظر اس امر کے کہ فروخت گوشت کے متعلق سخت ضوابط مائد ہیں، اس ملک میں گوشت کبھی بغیر پکائے ہوئے (کچا) نہیں کھایا جاتا۔ بقری تدرن کی سرایت لازماً جو غذا کی راہ سے واقع ہوئی۔ (۲) کورنٹ (Cornet) کی تحقیقات سے انسانی تدرن کو پھیلانے والے خاص عامل (ذریعہ انتشار) کا پتہ چل گیا۔ یہ عامل سلول کی سانس سے باہر نکلی ہوئی ہوا نہیں ہے بلکہ وہ رِساق (sputum) ہے جو رِسک کے نوعی دقیق عضوں سے پڑے ہوئے۔ اگر ایسا رِساق کسی کمرے کے فرش پر بار بار پڑے گا جائے اور وہاں خشک ہوئے دیا جائے، یا اگر اس کی معتد بہ مقداریں، رومالوں پر خشک ہو جائیں، تو ممکن ہے کہ بالآخر اس کمرے کی ہوائیں (عصیوں) سے اس قدر کافی سیر شدہ (معمور) ہو جائے کہ ان

جائی ہے۔ رسل، یوی کی حالتوں کی ۱۲۵ فیصدی سے بھی کم میں بقری قسم سبب مرض ہوا کرتی ہے۔ اس کے برعکس غنئی اور بغلی خد کو مائوف کرنے والے تدزن میں ۲ فیصدی حالتیں بقری درنہ کے باعث دس برس سے بچوں کے بچوں میں اور تقریباً ۲۰ فیصدی حالتیں دس برس سے اوپر کے بچوں میں ہوتی ہیں۔ پھر بڈیوں اور مفصل کے تدزن میں بقری حالتوں کی فیصدی تعداد پانچ برس کے بچے ۲۸ فیصدی، پانچ اور دس سال کے درمیان ۲۵ فیصدی، اور دس اور سولہ سال کے درمیان صرف ۹ فیصدی پائی گئی (Griffith)۔ انگلستان میں تراسلی بولی تدزن کی اوسطاً ۱۱ فیصدی تعداد بقری سرایت کے باعث ہے (۱۶)۔ تریئر (Fraser) کو ایک نبرا میں برآئی تدزن میں بقری درنہ کی نسبت بہت بڑی فیصدی تعداد، یعنی ۶۱ و ۶۲ فیصدی ملی۔ اغلب ہے کہ مختلف مقامات میں اختلاف واقع ہوتے ہیں۔ بچوں میں تدزنی التهاب سحمایا (tuberculous meningitis) نہایت عام طور پر صحنی شعبی خد کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے، اور پایا گیا ہے کہ کسی ۹ فیصدی سے زائد حالتیں دس اولی درنی مرکز کے باعث ہوتی ہیں جو پیچیدہ طور میں کسی جگہ ہوتا ہے (Ghon, Canti)۔ اس سے اس دلیل کی تائید ہوتی ہے کہ تدزنی التهاب سحمایا بیشتر حالتوں میں انسانی تدزن کے باعث ہوتا ہے، اور دراصل ایسا ہی پایا گیا ہے (Park and Kramwiede)۔ اس ضمن میں کس کام تحقیقات کا تذکرہ بھی ضروری ہے، جو ایسٹ وڈ (Eastwood)، ایف۔ گریفٹھ (F. Griffith) اور اسے۔ ایس۔ گریفٹھ (A. S. Griffith) نے بچوں کے صدری تدزن کے متعلق کسی قدر اور آگے کیا ہے۔ ان مصنفین، کو چھپا سٹھ حالتوں میں سے (اس وقت جبکہ تشریحی تہات قوی طور پر اس کی تائید میں تھی کہ سرایت بذریعہ استشق آدم کشی واقع ہوتی ہے) پیشہ حالتیں ایسی ملیں جو انسانی درنہ کے باعث تھیں اور صرف ایک حالت ایسی ملی جو بقری درنہ کے باعث تھی۔ ایسی تینیس حالتوں میں سے جن میں تشریحی تہات سے اس امر کی تائید ہوتی تھی کہ سرایت بحراشے خد کے ذریعہ سے واقع ہوئی ہے، ان حالات میں بقری درنہ کے باعث اور پانچ انسانی درنہ کے باعث تھیں۔ ان اعداد سے جو نتیجہ مستنبط ہوتا ہے وہ صاف ہے۔ وہ یہی ہے کہ تدزن بالغوں میں غالباً انسانی تہ کا ہوتا ہے، لیکن کم عمر بچوں میں ممکن ہے کہ ایک مستند بہ تناسب بقری درنہ کے باعث

ہو، اور یہ حالت اکثر اُس وقت ہوگی جبکہ تشریحی ملحوظات مجرائے غذا کی راہ سے سرایت واقع ہونے پر دلالت کرتے ہوں۔ مزید برآں بچوں میں جسمی غذا اور فطری تدثرن کے نسبتہ امید افزا امر سے ہم یہ نتیجہ نکال سکتے ہیں کہ انسان میں بقری تدثرن فسانی تدثرن کے نسبت ایک خفیف تر مرض پیدا کرتا ہے۔

انسانی منبع سے سرایت کے وقوع کی اہمیت کو وارڈ (Ward) نے جنوبی ڈیون (South Devon) کے دیہاتی اور نیم دیہاتی اضلاع میں مصروف کارگر، ایک دوسرے طریقہ سے ظاہر کیا ہے۔ تمام اقسام کے ہر عمر والے درنی مریضوں کے دو سلسلوں میں سے ۶۰ فیصدی مریض دوسرے درنی مریضوں کے تماس میں آچکے تھے، لیکن غیر درنی عیاری اشخاص کے ایک سلسلہ میں سے صرف ۱۲ فیصدی اشخاص درنی مریضوں کے تماس میں آئے تھے۔ زوجی تدثرن (conjugal tuberculosis) کا وقوع بھی اسی سمت کو دلالت کرتا ہے۔ جہاں شوہر یا بیوی کو تدثرن کا مرض تھا، ایسی حالتوں کی ۶۰ فیصدی میں دوسرا شریک زندگی بھی تدثرن میں مبتلا ہو گیا۔

تدثرن کے نظریہ ذاتی سرایت (auto-infection) کا تذکرہ بھی ضروری ہے۔ وہ یہ ہے کہ چونکہ بچوں کی اکثریت پہلے اس مرض میں مبتلا ہو چکی ہوتی ہے، لہذا مرض کوئی آئندہ ظہور پڑانے میں ہی کے پھر پھوٹ پڑنے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگرچہ اس سے انکار نہیں کہ ایسا واقع ہونا ممکن ہے بالخصوص اُس وقت جبکہ زائد طفلی میں سرایت شدید رہی ہو، تاہم اغلب یہی معلوم ہوتا ہے کہ بالنفوں میں یہ مرض بیشتر حالتوں میں ایک مکرر سرایت (re-infection) ہے۔

مرضی تشریح۔ ایک ابتدائی التهابی مرکز جسے ورنی غمیمہ

(bacillus tuberculosis) پیدا کرتا ہے (جو اس قدر چھوٹا ہوتا ہے کہ خالی آنکھ سے نظر نہیں آ سکتا) حسب ذیل ساخت رکھتا ہے:- خارجاً ریف آسا خلیے (lymphoid-cells) ان سے اندر کو سرطمانہ آسانیلے (epithelioid cells) اور مرکز میں ایک عفرتی خلیہ (giant-cell) جس میں متعدد دنوائے ہوتے ہیں۔

یہ غلیظے ایک نازک مخروطی جال کے ذریعہ باہم پیوستہ ہوتے ہیں اور تدریجاً کے میز قیستے عذرتی قیستے کے جسم کے اندر یا سرحد آسائلیوں کے درمیان پڑے ہوتے ہیں بعض اوقات عذرتی قیستے اور بعض اوقات سرحد آسائلیتے بھی غیر موجود ہوتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ در نہ صرف لطف آسائلیوں سے بنتا ہے بلکہ جیسے جیسے درنی ماسک (مرکز) بڑا ہوتا جاتا ہے، ناکافی عروقی رسد کے باعث (کیونکہ ماسک کے اندر کوئی خون کی رگ نہیں داخل ہوتی) اور بعض ایسے کیمیائی ایٹھا کا افراز ہونے کی وجہ سے جنہیں عیستے پیدا کر دیتے ہیں، ان غلیظات پر ترویجی مخروط (coagulative necrosis) کا عمل طاری ہو جاتا ہے۔

ایک در نہ (tubercle) اپنے ابتدائی ترین درجہ میں، جبکہ وہ ایک دھنی در نہ (miliary tubercle) کہلاتا ہے، ایک نیم شفاف موتی جیسی مادی گرہ ہوتا ہے جس کی جسامت تقریباً ایک باجرے کے دانے کے برابر ہوتی ہے، اور جو مخروطی مادے کی ایک مرکزی کیل پر مشتمل ہوتا ہے جو ابتدائی ماسکوں سے محصور ہوتی ہے۔ جیسے جیسے در نہ بڑا ہوتا جاتا ہے، وہ اپنے مرکز میں غیر شفاف زرد اور غیر نفا (cheesy) ہوتا جاتا ہے، اور اپنے محیط کے طرف اس عضو پر جس میں وہ واقع ہے زیادہ زیادہ حملہ آور ہو سکتا ہے، اور نیا در نہ بھی جب اس کی باری آتی ہے پھیری ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں اسے در نہ جینیہ (caseous tubercle) کہتے ہیں۔ خود بین کے نیچے اس جینیہ مادہ میں سکڑے ہوئے غلیظات، شحمی ذرات اور خواصل نظر آتے ہیں۔ ٹھوس احتشار کے اندر بڑے بڑے کرکوی جینیہ تو دے بن سکتے ہیں، جیسے کہ دماغ اور طحال میں نظر آسکتے ہیں۔ اگر یہ مرض کسی سطح پر حملہ آور ہوتا ہے تو عروقی درنی آرکیجی بافت (granulation tissue) بن جاتی ہے جو معمولی آرکیجی بافت سے مشابہ ہوتی ہے مگر جس میں بڑے بڑے یک نوائی، سرحد آسا اور عذرتی غلیظات، اور بعض اوقات خوب بنو یافتہ درنی ماسکے موجود ہوتے ہیں۔ تقریباً آسانی واقع ہو جاتا ہے۔ یہ تیشلی طور پر آنت کے اندر دیکھنا جاسکتا ہے۔

بعض جینیہ تو دوں میں بالآخر نکلیس (calcification) (زیادہ تر کیلیئم

فاسٹ بننے کی وجہ سے) واقع ہوتی ہے، ذرئی عصیانات تلف ہو جاتے ہیں، اور ایسا ضرر آب ساری نہیں رہتا۔ درنہ کے اختتام کا دوسرا طریقہ یعنی فیبریڈ (fibroid change) ہے۔ گر وہ پیش کی بافت کا نرسن التهاب اور نسلت واقع ہو جاتا ہے اور درنہ خود مسکڑ کر ایک فیبری گریڈ بن جاتا ہے۔ ایسا پلیٹورا اور باریٹون کی سطح پر زیادہ عام ہوتا ہے لیکن پھیپھڑوں میں بھی واقع ہوتا ہے۔

امراضیات۔ ان حالتوں کی بڑی اکثریت میں تدرنی حملہ جسم کے ایک

حصہ میں محدود المقام (localilized) ہوتا ہے اور صرف آہستگی کے ساتھ یا تو ایسی ساخت میں توسیع پانے سے جس پر وہ حملہ آور ہوا ہے یا مٹی عروق کے ذریعہ دوسرے متصل حصوں، بالخصوص لمفائی غدود میں پھیل جاتا ہے۔ یہ تغیر (مقاومت) اس مدافعت کی ایک نشانی بخش دلالت ہے جو بیشتر اشخاص سرایت کے مقابلہ میں ظاہر کرتے ہیں۔ جسم کے ہر خاص حصے کے تدرنی مرض کے نتائج علیحدہ طور پر بیان کئے جائیں گے [ملاحظہ ہوں، رسل ربوی (phthisis) تدرنی التهاب باریٹون (tuberculous peritonitis) گردہ کا درنہ (tubercle of the kidney) وغیرہ، وغیرہ۔]

عمومی سرایت (general infection) جس میں درنہ بیک وقت کئی جسمانی اعضا میں نمودار ہوا تقریباً ہمیشہ پھیپھڑوں، ٹہریوں، لمفی غدود، تناسلی و بیضی اعضا، یا دوسرے حصے میں کسی مقامی ضرر کے وجود کے بعد اور اسی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسے عمومی یا ذہنی تدرن (general or miliary tuberculosis) کہتے ہیں۔ یہ جوئے خون کے ذریعہ سرایت کے عام انتشار کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کے ساتھ جسم کے کسی عضو میں ذہنی درنہ (miliary tubercles) یا دقیق درنہ ماسکے بن جاتے ہیں۔ ایسا انتشار چند حالتوں میں قنات مدریہ (thoracic duct) کے تدرن کے باعث ہو سکتا ہے، لیکن حالتوں کی بڑی اکثریت میں یہ پایا گیا ہے کہ ایک درنی تودہ نے کسی ورید کا مکمل (eromion) پیدا کر دیا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ نتیجی مادہ خارج ہو کر اس ورید کے اندر داخل ہو گیا اور یکایک سارے جسم میں کثیر تعداد

درنی عفینات کا سیلاب عظیم واقع ہو گیا۔ یہ عیسے موت کے بعد اور دوران زندگی میں خون کے اندر پائے گئے ہیں۔ اس حملہ کے میں خضامض شدید منی (constitutional) علامات [جو غالباً شکر (intoxication) کے باعث ہوتے ہیں] میں بالخصوص بلند تپش اور تیز غبض۔ بعض اوقات ایک مریض میں ایسے کئی حملے واقع ہو سکتے ہیں اور یہ موت کے بعد مختلف اعضا میں دھنی درنوں کی مختلف جسامتوں سے ظاہر ہوگا۔ دھنی درن نے اس قدر بڑے نہیں ہوتے کہ بیشتر اعضاء کے افعال میں صریح مداخلت ہو۔ لیکن اس کے دو مستثنیات یاد رکھنے کے قابل ہیں۔ ۱۔ سحایا (meninges) کا دھنی تدرن افعال دماغ میں مزاحمت پیدا کر دیتا ہے اور پھیپھڑوں کی ایسی ہی حالت (یعنی دھنی تدرن) کسی قدر کم حد تک ان کے افعال میں مزاحم ہوتی ہے۔ چنانچہ تاؤنگ (یعنی اعضا) یعنی سحایا اور پھیپھڑے) ماؤف نہ ہو گئے ہوں، دھنی تدرن کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ نہیں کی جاسکتی۔ ممکن ہے کہ دھنی تدرن امتحان بعد المات میں محض اتفاقاً کسی ایسی حالت میں پایا جائے جس میں علامات فقط ایک اوّلی ضرر سے منسوب کئے گئے تھے، خواہ یہ ضرر پھیپھڑوں میں ہو [جیسے کہ سل زبوی (phthisis) میں] یا گرموں وغیرہ میں۔ اس سبب سے بہترین یہی ہوگا کہ دھنی تدرن اور درنی التهاب سحایا (tuberculous meningitis) کو ایک ساتھ بیان کیا جائے۔ اور ان دونوں کے درمیان کے فرق کو مناسب مقامات پر نوٹ کر دیا جائے۔

عمومی یا دھنی تدرن اور درنی التهاب سحایا

(General or miliary tuberculosis and tuberculous meningitis)

بحث اسباب۔ یہ مرض ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن عام طور پر خیال کیا جاتا ہے کہ بالوں کے نسبت بچوں میں زیادہ تر ہوتا ہے۔ یہ یقینی امر ہے کہ یہ عورتوں کے نسبت مردوں کو زیادہ ماؤف کرتا ہے۔ جہاننگ کہ اس کی تفسیر کا تعلق ہے

یہ ہمیشہ جسم کے کسی دوسرے مقام کے زیادہ ترقی یافتہ ذرنے کے ساتھ متعلق ہوتا ہے، اور اس کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ریبوی، کو لچھے کے جوڑے کے مرض (hip-joint disease) 'سٹوکی بوسیدگی' (caries of the spine)، یا دوسری ذری فکایتوں کے دوران میں پیدا ہو سکتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ بہت سی حالتیں، بالخصوص شیرخواروں اور بچوں میں، ایسے اشخاص میں پیدا ہو جاتی ہیں جو پہلے بالکل تندرست تھے، یا جن میں زیادہ سے زیادہ پہلے چند ہفتوں تک کسٹندی محسوس ہوئی تھی، لیکن بالخصوص ان مثالوں میں، موت کے بعد کوئی ایسا زیادہ پرانا ضرر پایا جاتا ہے جیسے کہ منجھن ششیں غسہ د (caseating bronchial glands) 'نسبتہ کم عام طور پر منجھن ماسا ریبی غد' یا اور کوئی دوسرا معنی ماسک۔

تشریح مرضی - دُغنی تدریس میں ہمیں ذرنے کی بنیاد تیشلی مثالیں

ملتی ہیں۔ پھیپھڑوں کے اندر ذرنے عموماً یکسانیت کے ساتھ کم و بیش گنجان طور پر پھیلے رہتے ہیں۔ چھوٹے رادی نقطوں سے لیکر زیادہ بڑے منجھن ذروں تک، ذرنے کی ہر قسم نظر آ سکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ آخر الذکر (یعنے بڑے منجھن ذرنے) مرکز میں ٹوٹ چھوٹ رہے ہوں اور ان کی شکست و ریخت سے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے بن رہے ہوں۔ نو بیانی تجمد (pneumonic consolidation) کی واضح چکیتیاں پیدا ہو جاتی ہیں، لیکن یہ عام نہیں ہوتیں۔ ششیات، بالخصوص صغیر ترین ششیات، کا کسی قدر التهاب ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ بعض اوقات پلیٹورائٹس پر ذرنے پائے جاتے ہیں، اور اس کا نتیجہ اکثر ذات الجنب (pleurisy) ہوتا ہے۔ ان حالتوں میں، جو مابقی رسل ریبوی پر تعلیم شدہ (یعنے بوند کے طور پر لگ گئی) ہوں، تجمد (consolidation) اور کھینے (cavities) بھی موجود ہوتے ہیں۔ دوسرے بیان کردہ اعضا میں بھی ذرنے پائے جاتے ہیں، جو مختلف حالتوں میں مختلف عروں کے ہوتے ہیں۔

سجایا (meninges) کے اندر جو میز مناظر نظر آتے ہیں وہ ذروں کی موجودگی اور ام حنون (pia mater) اور عنکبوتیہ (arachnoid) کے درمیان انقباض لیف کی موجودگی ہے۔ یہ لیف جو جیلانیٹینی اور نیم شفاف یا غیر شفاف اور رادی یا

رمدی مائل زرد ہوتا ہے، لیکن کبھی ریبی نہیں ہوتا، ریشخ (exuded) سیال، فائبرین اور لمفی قلیات پر مشتمل ہوتا ہے جو مختلف تناسب میں ہوتے ہیں۔ وہ بالخصوص قاعدہ دماغ میں، تقاطع بصری (optic chiasma) اس کے پیچھے کی آکاسی شکل، نصاع اور اس کی ہم پہلو ساقوں (crura) اور جسر (pons) میں دیکھا جاتا ہے۔ اس مرکز کی نقطہ سے وہ عموماً شقاق، سلو سیس (Sylvian fissure) کے اندر ہر ایک جانب پر وسطی دماغی شریان (middle cerebral artery) کے ٹکڑے برابر برابر جہاں وہ مقدار کثیر میں ہو سکتا ہے، پھیل جاتا ہے۔ دماغی نیم گروں کی سطح عموماً لطف سے پاک ہوتی ہے یا زیادہ سے زیادہ دھندلی یا چھپ دار ہوتی ہے جس کی وجہ سے مدلی التهاب سحایا کو اکثر قاعدی التهاب سحایا (basal meningitis) کہتے ہیں۔ لیکن دیشخ کے اگلے حصے کی چوٹی پر لطف کی ایک چھوٹی چمکتی کاٹنا عام ہے۔ لطف کے ساتھ عموماً درسنے مخلوط ہوتے ہیں، جو محض نقطوں سے لیکر باجر سے کے دائروں تک مختلف جہات کے ہوتے ہیں اور کبھی کبھی متشعب ہونا شروع ہوتے ہیں۔ یہ در بے شرائین سلو سیس (Sylvian arteries) کی شاخوں پر اور ام حنونہ (یا یا میٹر) پر بالخصوص بہ کثرت ہوتے ہیں۔ شرائین اور ام حنونہ کو دماغ سے علیحدہ کر کے انہیں پانی میں شیرانے پر یہ درنے پسیدہ نقطوں کی طرح دیکھے جاسکتے ہیں۔ خود بین کے نیچے نسبت چھوٹے درنے گرد و عرقی پوشش کے اندر لطف آماجیات (lymphoid corpuscles) کے اجتماعات پیش کرتے ہیں لیکن یہ نسبت بڑے درنوں میں تمام میز خصائص پائے جاتے ہیں لیکن عموماً عفرتی خلیات غیر موجود ہوتے ہیں۔

درنوں کے ساتھ التهابی لطف کی اضافت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ لیکن کچھ مخصوص و میز مقامات پر لطف بہ کثرت ہوا اور اس کے ساتھ قابل شناخت درنے اگر کچھ ہوں تو چند ہی ہوں۔ یا ممکن ہے کہ درنوں کی خاصی تعداد ہو اور اس کے ساتھ لطف نہایت ہی کم ہو۔ دماغ کے بطنیں (ventricles) عموماً سیال سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں (مادہ استسقاء الدماغ = acute hydrocephalus کا قدیم نام اسی بنا پر تھا)۔ کوئیف (convolutions) کھوپڑی کے برابر برابر آکر چپے ہو جاتے ہیں۔ دماغی بافت نرم اور اکثر سرسجھا ہوتی ہے۔ منجمی ام جانیفہ (cranial dura mater) عموماً

غیر متاثر رہتی ہے، لیکن بعض اوقات شوکی زخمی امّ جانیہ میں وقتی در نے پائے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ امّ حنونہ (pia mater) میں کالیف شجاع کے عصبی خصلے تک پہنچ جائے۔

دُخنی در نے عموماً جگر گردوں اور طحال کی سطح کے اندر اور اوپر بھی نظر آتے ہیں اور نسبتاً کتر اوقات شیر چشم (choroid of the eye)، قلب، ورقی، مغز استخوان اور باریٹوں ماؤف ہو جاتے ہیں۔ جسم کا کوئی بھی عضو متاثر ہو سکتا ہے اور کوئی عضو ایسا نہیں جو ہمیشہ ماؤف ہوتا ہو۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ صرف سچایا خالی آنکھ سے ماؤف نظر آئیں، لیکن ایسی حالتوں میں اقلب ہے کہ فرد بینی استخوان سے دوسرے اعضا میں بھی سرایت کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔

علامات - یہ پہلے اُس طرح بیان کئے جائیں گے حسب طرح کہ یہ عموماً

التهاب سحایا (meningitis) میں مبتلا بچوں میں واقع ہوتے ہیں۔ اکثر علامات مندرجہ کا ایک درجہ (prodromal stage) ہوتا ہے جس میں بچہ کی طبیعت غراب ہوتی ہے، وہ بچپن ہوتا ہے، اُس کی جھوک باقی رہتی ہے اور وہ ڈبلا ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ کبھی اُسے استقرار (تے) بھی ہو، اور اُسے قبض ہوتا ہے۔ مرض زیادہ معین طور پر در و سسر پاتے یا شاید مرض کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ در و سسر شدید اور مسلسل ہوتا ہے اور اُس میں وقتاً فوقتاً اشتدادات (exacerbations) ہوتے رہتے ہیں۔ بچہ اپنے سر کو ہاتھ لگاتا ہے اور ممکن ہے کہ اکثر "آہ میرا سر" "آہ میرا سر" کہہ کر جلاٹھفت ہو یا محض کراہتا ہو یا کہہ کر کبھی دیکھا ایک ایک مختصر سی چیخ نکل جاتی ہو۔ اسکے ساتھ معتدل درجہ کی تپ ہوتی ہے، نبض تیز ہوتی ہے اور روشنی انداز کی بے انتہا حساسیت ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے بچہ اپنی آنکھیں بند کر لیتا ہے اور چاہتا ہے کہ اسے بستر میں تنہا چھوڑ دیا جائے۔ پیچڑنا اُسے ناگوار گزرتا ہے اور اکثر قہقہہ و غلغلا کرتے والے دوستوں سے علیحدہ بستر میں خود کو سکیرٹر مڑ لیتا ہے۔ قے عموماً زیادہ عرصہ تک نہیں جاری رہتی۔ اگر بیماری ایک دورے کے ساتھ شروع ہوتی ہے تو یہ اکثر کمرہ میں ہوتا۔ کبھی کبھی حویل (squint) یعنی جھینگن بھی موجود ہوتا ہے اور

مکُن ہے کہ شفع (diplopia) یعنی دو نظری بالکل ابتداء ہی میں ہو جائے۔

چند روز کے بعد بدستور شدید درد سر کے ساتھ کسی قدر ہڈیاں ہو سکتا ہے اور مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی سر پیچھے کے طرف کھینچا ہوا پرکشش ہوتا ہے اور گردن اُکڑ کر سخت ہو جاتی ہے شکم میں گرٹھا پڑ جاتا ہے اور وہ پس کشیدہ (retracted) ہوتا ہے عضلات کے ٹکڑے (حدوداً جلد میں سے نظر آتے ہیں) اور پسلیوں اور عرضی غرفات (iliac crests) کے مائے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس حالت کے لئے کاریخی (carinated) اور کشتی نما (boat-shaped) کے مصطلحات استعمال کئے جاتے ہیں۔ بعض اوقات امارت کرنیگ (Kernig's sign) موجود ہوتی ہے، لاحتہ ہر صفحہ 732) انقباض دست رفتار ہو سکتی ہے اور اکثر غیر منظم (بیقاعدہ) ہوتی ہے۔ تنفس آہستہ، آہی (sighing) اور بیقاعدہ ہوتے ہیں۔ تپش اب بھی عموماً بلند ہوتی ہے یا 1.1 اور 1.3 درجہ کے درمیان جنبش کرتی رہتی ہے، لیکن مکُن ہے کہ وہ نہایت، بیقاعدہ ہو، اور بعض اوقات اس کی حرکتیں یا معکوس قسم (typus inversus) موجود ہوتی ہے جس میں صبح کی تپش بلند اور شام کی ادنی ہوتی ہے۔ وعاء حرکتی شلل (vasomotor paralysis) پر آسانی واقع ہو جاتا ہے۔ یہ چہرے کے توڑد (تھما ہٹا) اور جہاں کہیں زردیر دایا جائے وہاں سرخی کی چلتیاں ظاہر ہو جاتے ہیں دیکھا جاتا ہے۔ جب پیشانی یا شکم کی جلد پر انگلی تیزی کے ساتھ عرضاً کھینچی جاتی ہے تو فی الفور وہاں ایک چوڑی سرخ کیر نمودار ہو جاتی ہے جو مکُن ہے کہ پانچ منٹ یا اس سے زائد تک قائم رہے۔ اس حالت کو (جو التباہ سمجھا کے لئے مخصوص نہیں بلکہ صرف یہی ہے کہ اس میں زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے) خاص ذہنی (tache cerebrale) کہتے ہیں۔ (اس قدر ابتدائی درجہ میں بھی قرص بصری میں تغیرات نظر آ سکتے ہیں۔ یہ پہلے نہایت عرذتی ہو جاتا ہے اور پھر واضح التباہ قرص بصری (optic neuritis) ظاہر ہوتا ہے۔ عموماً کچھ ریوی علامات موجود ہوتے ہیں۔ کھانسی ہوتی ہے اور مکُن ہے کہ سینہ میں لفظات (rales) سنائی دیں۔ تاہم یہ امر حیرتناک ہے کہ باوجودیکہ بھیسپھرٹے دقیق درنوں سے اس قدر مسموم ہوتے ہیں پھر بھی ان میں کوئی کبھی امارات نہیں پیدا ہوتے۔

اس نقطہ سے آگے یہ مرضی حالت کسی تازہ علامت کے بغیر بھی برابر ایک ہلکا انجام تک پہنچ سکتی ہے۔ غذا ابھی طرح نہیں لی جاتی، اور آنٹوں میں قبض ہوتا ہے۔ غصہ دگی برعکس کوما (coma) تک پہنچ جاتی ہے، انتہاب قدر میں بصری زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے، شکم میں زیادہ زیادہ گڑھا پڑتا جاتا ہے، نبض زیادہ غیر حفظم اور عموماً تیز تر ہوتی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ تنفس بے چوٹی (Blot's respiration) نظر آئے (ملاحظہ ہو صفحہ 189) اور تپش کم و بیش سرعت کے ساتھ گر جائے، یا موت سے عین پہلے تیزی کے ساتھ 104 یا 106 درجہ تک چڑھ جائے۔ شعبی آنجوبات میں مخاط جمع ہو جاتا ہے، اور فٹل پذیر نبض کے ساتھ موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن اکثر آخری دو یا تین دن مقامی علامات سے متاثر ہوتے ہیں۔ ایک بازو یا ٹانگ، یا ایک بازو اور اسی جانب کی ٹانگ میں کڑخی اور سختی پیدا ہو جاتی ہے یا وہ مشلول ہو جاتی ہے، یا خیف و جی شکل (facial paralysis) یا تحول (پھیٹنا پن) یا استرخار (ptosis) پیدا ہو جاتا ہے۔ حدقات (ہٹکیاں) اکثر اوقات غیر مساوی ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ ایک یا دونوں ہٹکیاں روشنی سے حس نا پذیر ہوں۔ اکثر اوقات یہ درجہ تشنج کی وجہ سے متاثر ہوتا ہے، اور تشنج موت سے پہلے کئی بار مکرر واقع ہو سکتا ہے۔ ان علامات کے نو کے ساتھ کوما زیادہ گہرا ہو جاتا ہے، اور موت جیسا کہ اوپر بتلایا گیا ہے واقع ہو جاتی ہے یا مرض ایک تشنج میں منتہی (asphyxiated) ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات آخری چند دنوں میں پیشاب میں ٹھکر پائی جاتی ہے۔

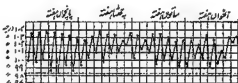
نمایاں علامات کے آغاز سے شمار کیا جائے تو یہ مرض دس دن سے لیکر تین ہفتوں تک جاری رہتا ہے، لیکن کبھی کبھی چار یا پنج یا تھے ہفتے بھی رہ سکتا ہے۔ مرض کاف سندرجہ بالا تین درجوں میں تقسیم کیا گیا ہے :- درجہ خراش (stage of irritation)، درجہ انضغاط (stage of compression) اور بالآخر درجہ شلل (paralytic stage)۔ لیکن ان درجوں کی تفریق ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، اور بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ زیادہ پیشگی علامات نہایت کم نمایاں ہوں، اور صرف کوما ہی نمایاں ہو۔

بالغوں کے تدریجی انتہاب سمجھایا میں علامات اکثر نسبت بہت زیادہ سرعت

کے ساتھ نویاب ہو جاتے ہیں۔ البتہ یہ ممکن ہے کہ مریض کی ابتدائی اس مرض کے علامات سے جو پیٹے سے موجود ہے (مثلاً بیل ریلوی کے علامات سے) مخفی رہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ نمایاں تبصرہ ہی علامات کے بدوں مریض پر ہدیان طاری ہو جائے، اور وہ ایک جاذبہ کے شغل یا چہرے کے شغل میں مبتلا ہو جائے، یا ایک دورہ پڑ جائے اور وہ جلد کو مازہ (comatose) ہو کر چند ہی دنوں کے اندر مر جائے۔ ایسی حالتوں میں التهاب سحایا کی پہلی علامت، جس کا بعض اوقات مشاہدہ ہوا ہے، احتباس بول (retention of urine) ہے۔

و مافیٰ نختائی شبال ابتدائی درجوں میں بالکل صاف ہوتا ہے، اگر یہ ممکن ہے کہ اس پر دباؤ بہت زیادہ ہو۔ بعد میں وہ خفیف طور پر گدڑ (گدلا) ہوتا ہے، لیکن برقی کبھی نہیں ہوتا۔ اس میں بعضی جہات حد سے زائد موجود ہوتے ہیں، اور بعض اوقات خصوصیات ذرئہ (tubercle bacilli) بھی مل سکتے ہیں۔ خون کے نسبت بیان کیا جاتا ہے کہ اس میں قلت غلیظت بیضا (leucopenia) ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ہی کثیر الاشکال نوائی سفید خلیوں کی (مضافی زیادتی) (Matthes)۔

عام تمدن کی ان حالتوں میں جن میں سحایا کی ماؤ فیت موجود نہ ہو، یا جب سحایا کی ماؤ فیت صرف آخری درجوں میں واقع ہو، ممکن ہے کہ علامات پیشتر عرضہ شدہ نہایت دھندلے (غیر واضح) رہیں۔ مریض کمزوری ناقابلیت کا زلاغری، عدم اشتہا، متلی، اور درد سر کی شکایت کرتا ہے۔ آنسوؤں میں قبض ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ کبھی کبھی چند وزن تک دست آئیں۔ یہ قاعدہ تپ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۱۱)۔



شکل ۱۱: عمومی تمدن کی ایک حالت کا ترماس (نقطہ) جو درمیان ہفتہ کے آغاز میں ہر ایک ہوئی۔

نفس تیز اور کمزور، اور زبان خشک ہوتی ہے۔ تیز مرض میں جسد زیادہ طوالت ہوتی ہے، پچھلے پھلوں میں ذرے اسی تناسب سے بڑھتے، ٹوٹتے پھوٹتے اور نمایاں علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ کھانسی، ہنر (dyspnoea) اور قلیل المقدار مخاطی نفث (mucous expectoration) جو تانبے، جس میں ممکن ہے کہ کسی قدر خون کی جھلک موجود ہو، اور بعض اوقات پہلو میں درد ہوتا ہے۔ طبعی امارات ابتدائے شعبی التهاب (bronchitis) پر دلالت کرتے ہیں۔ رنانت (resonance) کم متاثر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک داس کی رنانت میں خفیف سا غلغلہ واقع ہو گیا ہو، یا اس کے برعکس سارے سینہ پر کی رنانت میں کسی قدر زیادتی پیدا ہو جائے۔ سماع الصد سے ہم صغیری اور تان خسر خسرات (sibilant and sonorous rhonchi) اور باریک اور چھوٹے لفظت (fine consonating and small rales) سنتے ہیں، جن میں سے بہت سے ہم آہنگ (consonating) ہوتے ہیں۔ صرف کبھی کبھی ہمیں بلند ارتعاج آواز کے نفث (high-pitched breathing) یا ہم آہمیت (obscure dullness) کی منتشر پکیتیاں ملتی ہیں۔ اگر یہ حالت ایک پڑانے بقل ریوی کے بعد ثانوی ہو تو بلاشبہ اس کے امارات بھی ساتھ ساتھ مشابہہ میں آئیں گے۔ جب یہ حالتیں خوب نمایاں ہوتی ہیں تو مریض اعلیٰ درجہ کا ذراقی (cyanosis) ظاہر کرتا ہے اور اس کا چہرہ، لب، کان اور رخسار کبود اور انگلیاں مسکڑی ہوئی اور نیلی پڑ جاتی ہیں۔ سین سے آٹھ یا دس ہفتوں کے بعد جن میں ہنر، کبودی، انبطاع (prostration) یا افتادگی، اور خودگی میں زیادتی ہوتی جاتی ہے، موت واقع ہو جاتی ہے۔ التهاب صحایا کے علامات کسی وقت بھی طاری ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ التهاب صحایا سے پہلے کا درجہ (premeningitic stage)۔

ابتدائی ایام میں، تب کے سوائے دوسری کوئی علامت موجود نہ ہونے کے باعث تشخیص کے کوئی اسباب نہیں ملتے، اور غول تب پیدا کرنے والے تقریباً ہر عارضہ (لاختہ چھوٹے) کے متعلق غور کرنا پڑتا ہے ایک عمومی علامت کے ساتھ نامحسوس آغاز مرض (اور نسبتہ سریع التوزع انبطاع) (افتادگی) سے ہم آہمی اس مرض کو تب مویہ (enteric fever) کے ساتھ خلط ملط کر دیتے ہیں، اور شعبی التهاب (bronchitis) کے علامات،

جب تک کہ وہ اعتدال کے ساتھ ہوں، تشخیص کی وقت کو کسی قدر زیادہ ہی کر دیتے ہیں۔ تب معویہ کی تائید گلابی دھبوں، مثیلی امہال، پھوٹے ہوئے سٹم، اور کامیاب (خست) ہتھالی ویدال سے ہوتی ہے (لاحظہ ہو صفحہ 16)۔ دُغنی تدرن (miliary tuberculosis) کی تائید کرنے والے علامات حسب ذیل ہیں: ابتدائی سے سریع بخول (emaciation) چڑچڑاہٹ (irritability) پہرے کا مغلوط شوب (pallor) اور رزلاق (cyanosis) بخلاف تب معویہ کے شرح تمنا سے ہوئے رخسار اور سپید چہرے کے، اور سرعت تنفس جو علامات کے دوسرے امارات کے مقابلہ میں غیر متناسب ہوتا ہے۔ کسی دغنی علامت کے وقوع سے مرض کی نوعیت کافی انور سرائع لہجہ مانا چاہئے۔ قعر چشم (fundus of the eye) کا استحقان درنوں کے لئے کرنا چاہئے، اگرچہ وہ صرف مرئیوں کی اقلیت میں موجود ہوتے ہیں۔ التهاب قعر بصری (optic neuritis) سے مدینے کا امکان نسبت کم ہی ہوتا ہے، کیونکہ یہ عموماً خود دغنی علامات کے وقوع سے پہلے نہیں دیکھا جاتا، مزید برآں کبھی کبھی تب معویہ میں بھی واقع ہوتا ہے۔ وہ حالتیں جو غمخیاں طور پر دیوی ہوتی ہیں زیادہ تر شعبی التهاب (bronchitis) یا شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) سے غلط طہ ہوجانے کا امکان رکھتی ہیں۔ تیز تب، سریع بخول، دغیاں ذراق تدرن حاد (acute tuberculosis) کو مادہ شعبی التهاب سے تیز کرتے ہیں۔ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) کی حالتیں نسبت زیادہ مشکلات پیش کرتی ہیں۔ طبعی امارات، متوقف تب (remittent pyrexia) اور کسی قدر ذراق این دونوں میں مشترک ہوتے ہیں۔ عموماً نسبت کم مدت، یا بجمہ (consolidation) کے کسی قدر غیر مشکوک رقبوں کی موجودگی، شعبی ذات الریہ پر دلالت کرے گی۔ لیکن ممکن ہے کہ شعبی ذات الریہ اتنے طویل عرصہ تک جاری رہے کہ غلطی سے تدرن سمجھ لیا جائے۔ جب کسی بچہ کو کافی کھانسی کے بعد بروئی پیچید گیاں ہوجاتی ہیں، تو شعبی ذات الریہ (برائونوئیہ) اور تدرن کے درمیان فرق کرنا اکثر نہایت مشکل ہوتا ہے۔ اس صورت میں زیادہ عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ اول الذکر مرض کی تشخیص کر لی جاتی ہے اور اس حقیقت کو نظر انداز کر دیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ وہاں آخر الذکر بھی موجود ہو۔ اگر علامات طوائف پدید ہو کر کئی ہفتوں تک جاری رہیں اور ساتھ ہی ذراق اور لاغری

ترقی پذیر ہوں تو ممکن ہے کہ اس کا شیشہ کیا جائے۔

۲۔ درجہ التهاب سحایا (meningitic stage) — تدریجی التهاب سحایا کے میٹر خصوصیات حسب ذیل ہیں: غیر محسوس آغاز، ریوٹی علامات، جبکہ یہ موجود ہوں اور سر، چڑچڑاہٹ، دغواش پذیری، اجوبالائے غنودگی اور کوہا پیدا کر دے اور تھجی اعصاب کی سریع الوقوع ماؤفیت۔ مٹھی دزنات (choroidal tubercles) جب موجود ہوتے ہیں تو یہ دائمی مرض (pathognomonic) ہوتے ہیں۔ اس مرض کو التهاب سحایا کی دوڑی قسموں اور نام نہاد سحایت (meningism) اور درون جمی مرض (intra-cranial disease) کی دوسری قسموں، مثلاً رسولی دماغی جو فوں کے خراج اور طلیت (thrombosis) سے متفرق کرنا چاہئے۔ اس میں کوئی حقیقی مشکل نہیں پیش آتی، کیونکہ تدریجی التهاب سحایا کہالت میں دماغی نغائی سیال، جس میں لمفی جسمات کی زیادتی ہوتی ہے، بالکل میٹر ہوتا ہے۔ التهاب سحایا کی دوسری بہت سی قسموں میں آغاز مرض ناگہانی طور پر ہوتا ہے جیسے کہ دماغی نغائی نیب (cerebro-spinal fever) میں، یا کوئی صریح اولی ماسک مرض موجود ہوتا ہے جیسے کہ اس نقیجی التهاب سحایا (suppurative meningitis) میں جو درہمان گوش کے التهاب (otitis media) یا کسی دوسری حالت کے بعد واقع ہو۔ دماغی نغائی سیال معین طور پر مکرر (گدلا) ہوتا ہے اور اس میں کثیر الاشکال نواتی سفید جلیے موجود ہوتے ہیں۔ نمایاں پس تیندگی (opisthotonus) اور واضح امارت کرنگ سے تدریجی التهاب سحایا کے نسبت دماغی نغائی التهاب سحایا کی زیادہ تابید ہوتی ہے۔ حادث التهاب برما دالنجاع (acute poliomyelitis) یا سبائی التهاب دماغ (encephalitis lethargica) تشخیص میں مشکل پیدا کر سکتے ہیں۔ اول الذکر میں حملہ مرض ناگہانی ہوتا ہے۔ دماغی سلسلہ (cerebral tumour) اور خراج میں پیش عموماً زیادہ بلند نہیں ہوتی اور ممکن ہے کہ نبض سست ہو۔

ایک دوسری حالت جو کسی حد تک التهاب سحایا سے مشابہ ہو سکتی ہے وہ خشکی یا تحلیل قوت (exhaustion) ہے جو بالکل نوعمر بچوں میں نقص تغذیہ، غراب غدارسانی، یا شدید اسہال کے بعد ہوجاتی ہے۔ بچہ غنودہ (drowsy) یا کو مازدہ ہوتا ہے، اس کا چہرہ پھیکا زرد، آنکھیں اندر مٹی ہوئی اپتکیاں متع (پچھلی ہوئی)

اور نہ ہوا اور تنفس بے قاعدہ اور آہی ہوتا ہے۔ التهاب سچا یا سے اس کی شناخت سرگزشتہ مرض تپ اور مقامی شلل کی غیر وجود دلچسپکے ہوئے یا فوخ (depressed fontanelle) اور قوت بخش اور بہار دینے والے علاج سے مرض میں سرعہ اصلاح نوازد ہونے سے کی جاتی ہے۔

اُمدار۔ تندرستی التهاب سچا یا ایک نہایت ہلکے مرض ہے، لیکن اس میں شاک نہیں کہ چند ایسی حالتیں بھی شفا یاب ہو گئی ہیں جن میں دماغی نواحی پیتال کے اندر درنی عضیات و سیناب ہوئے تھے۔ لیکن یہ چند حالتیں اس قطعی ناموافق انداز کو نہیں بدل سکتیں جو ایک بار اسیت مرض معلوم ہو جانے کے بعد طیب کو پیش کرنا چاہئے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے لئے علامات میں ایک فترہ (remission) واقع ہو جائے۔ اس دُخنی تدرن (miliary tuberculosis) میں بھی، جو التهاب سچا یا کے غیر ہوا بھی اس صادق آتا ہے (یعنی ایسا ہی ہوتا ہے)۔

علاج۔ اس کا مقصد تخفیف علامات ہونا چاہئے۔ خوشہ قطنی

(lumbar puncture) نہایت کارگر تدبیر ہے۔ اس عمل سے در دوسری تخفیف ہو جاتی ہے اور عارضی طور پر علامات کی شدت میں خفیت (کم) پیدا ہو جاتی ہے اور یہ روزانہ عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ داخلی ادویہ میں آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم (iodide of potassium) اکثر ۳ یا ۵ گرین کی مقداروں میں بچوں کو دیا جاتا ہے، اور اتنی ہی یا نسبتہ زیادہ مقداروں میں بزرگ آدماء آف پوٹاشیم (bromide of potassium) یا کلورل (chloral) در دوسری تخفیف میں مدد ہو سکتے ہیں۔

جُذام

(LEPROSY)

(lepra, elephantiasis graecorum)

یہ ایک مزمن ساری مرض ہے جس کا میسر خاصہ بلند مٹی جلیوں اور حصیوں

کے گر کی اضرار ہیں۔ سائڈ بافتوں میں جیسے (B. lepræ = عصبیات جذام) جنہیں ابتدائے
ریساکن (Hansen) نے بیان کیا، ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ یہ درنی عصبیات سے
قرباً مشابہت رکھتے ہیں اور ترشہ قائم (acid-fast) ہوتے ہیں، لیکن بعض تو بخوبی
تعلات میں اور اس امر میں کہ یہ ہمیشہ بدھے ہوتے ہیں، ان سے مختلف ہوتے ہیں۔
مکن ہے مرض پھوٹ پڑنے سے سالہا سال پہلے یہ عصبیات بافتوں میں مخفی رہتے ہوں۔

بحث اسباب۔ بارستنا کسے ناروے کے یہ مرض یورپ میں عام

ہیں اور انگلستان میں عموماً صرف انہیں مریضوں کی حالت میں دیکھا جاتا ہے جو مشرق
ایجز امر غرب الہند (West Indies) میں رہ چکے ہوں۔ لیکن یہ جنوبی یورپ کے بعض
حصوں میں، اور دوسرے مقامات میں سے ہندوستان، استام، چین، جاپان،
افریقہ کے شمال و مشرق، روس، امیڈ جزائر غرب الہند، میکسیکو، و سنی
امریکہ اور جنوبی امریکہ کے بعض حصوں، اور بحر الکاہل کے بہت سے جزائر میں پایا جاتا
ہے۔ لیکن یہ کسی ایک قسم کی آب و ہوا یا زمین کے ساتھ منحصر نہیں۔ عورتوں کے
نسبت مرد زیادہ تر مآوف ہوتے ہیں، اور یہ مرض عموماً اولیٰ عمر میں تیس سال سے
پہلے پہلے ہوتا ہے، اور شیر خواری کے زمانہ میں شاذ ہی ہوتا ہے۔ چنانچہ فلیپائنس
میں جدائی والدین کے ساتھ ساٹھ سے لیکر دس سال تک رہنے والے بچوں میں سے
۴۴ فیصدی سرایت زدہ ہو گئے (Denny)۔ اس واقعہ عقیدے نے کہ یہ متعدی
ہے، ان ممالک کے رسم و رواج پر، کہ جن میں یہ پھیلنا ہوا ہے، صدیوں سے اثر ڈال
رکھا ہے۔ اور اگرچہ کہ بیمار دار عورتیں (nurses) جذامیوں کے شفا خانوں میں
سالہا سال تک بلا ضرورت ہی اس (جسکی وجہ یہ ہے کہ بڑی عمر والے اشخاص اس مرض
کی زیادہ حساسیت نہیں رکھتے)، تاہم بعض اوقات بلا واسطہ انتقال مرض ثابت
ہو گیا ہے۔ اس مرض کی تطہیم انسان میں کا بہاؤ کے ساتھ کی گئی ہے، اور موجودہ زمانہ
میں بھی نئے ملکوں میں کسی جذامی شخص کے پہنچ جانے اور وہاں بود و باش اختیار کرنے
کے بعد اس کا انتشار مشاہدہ میں آیا ہے، مثلاً نیوزیکی وڈو یا اوراری ٹیس میں۔ یہ پیدائش
نہیں ہوتا اور اس کے وقوع میں دراشت کا بہت ہی کم حصہ معلوم ہوتا ہے۔

اُمراضِ عیضات۔ ہڈام کی کسی حالت سے سرایت براہ راست جلد کے ذریعہ کسی مابین فراخندگی کے مقام پر واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض نے اپنی جلد کو کھرج کر مضرو کر لیا ہو یا اسے کیڑوں نے کاٹ لیا ہو۔ بہت سی حالتوں میں سرایت ناک کے اندر یا قریب شروع ہوتی ہے۔ یہ مشکوک ہے کہ آیا عیضے کبھی بھی براہِ ممت کیڑوں کے ذریعہ سے منتقل ہوئے ہیں۔ اولیٰ ضرر برادرم کے نیچے اڈمر (corium) کے عیضات کی لفظی فضاؤں میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے بعد دو امکانات ہوتے ہیں۔ (۱) درآسنا لیکہ ابھی عیضے اتنے کم ہوتے ہیں کہ نظر نہیں آسکتے، وہ اوپر پھیل کر جلد کے اوپر پر اعصاب میں تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ (۲) یہ عیضے عیضی لفظی فضاؤں کے اندر تعداد میں بڑھ کر نیچے کے طرف شعری جراثیموں کے ذریعہ پھیل جاتے ہیں اور ان کے نیچے اور جانا بھی۔ جب عیضے تعداد میں بڑھتے ہیں تو وہ ایک چسپدار (glutinous) شے کا افزا پیدا کرتے ہیں جو انھیں ایک ہی تو دے میں باہم بیوستہ رکھتی ہے اور جلد کا رنگ غائب ہو جاتا ہے۔ اسے طورِ ساکت (quiescent phase) کہتے ہیں۔ ایک مختلف عرصے کے بعد ممکن ہے کہ ہم ایک تعالیٰ طور (reactionary phase) دیکھیں، یعنی التهاب شروع ہو جاتا ہے، جلد کے عروق مسخ ہو جاتے ہیں، پھسپدار قالب (glutinous matrix) پارہ پارہ ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ عیضے سے اپنے سوم کے جوئے خون کے ذریعہ جسم کے طول و عرض میں پہنچ جائیں۔ ممکن ہے کہ اس سے جلد کے اندر کے عیضی تھوں کی عمومی سرایت پیدا ہو جائے، یا اڈمر کے اندر ویسے ہی منتشر اضرار بن جائیں جیسے کہ ابھی بیان کئے گئے ہیں۔ یہ التهاب بعض اڈمر کے اضراب سے، خواہش مقابل (counter-irritation) سے اور مختلف عمومی امراض سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اس درجہ میں عیضے متغیر دیکھے جاسکتے ہیں۔ بعض ایک نفلے دار یا ذراتی شکل رکھتے ہیں۔ دوسرے ہڈر سے جاتے ہیں، کیونکہ حالات ان کی بالیدگی کے لئے اس قدر موزوں نہیں ہوتے جس قدر کہ پہلے تھے۔ اُمرار (erythema) اور خلوی در ریزش سے جلد متورم ہو جاتی ہے، بشرہ (برجلو) برادرم کے میان عیضی راند سے چھپے ہو جاتے ہیں اور شعری جراثیم چمک جاتے ہیں۔ عیضوں کی جسامت ایک پسیدہ جیسے سے ٹیکر اس سے تین یا چار گونے تک مختلف

ہوتا ہے، اور ان میں کئی نوات ہو سکتے ہیں (lepra cells = جذامی خلیات)۔ بالآخر ہمیں درجہ انحلال (stage of resolution) ملتا ہے، جس میں احمراء غائب ہو کر جگہ نیلے ہوئے بجلی نما کاغذ (tissue paper) کی طرح نظر آتی ہے، کیونکہ سابقہ درم و دانہ کے بعد وہ متلی اور شکن دار ہو جاتی ہے۔ اب خلوی در ریزش کی جگہ یعنی بافت میلتی ہے یعنی اضمراء ہمیشہ یہ تین طور (phases) طے کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ تینوں ایک ہی پھیلتے ہوئے ضرر کے اندر موجود ہوں۔ اس حالت میں ہم ایک بیرونی منطقہ نوں سے متبر، دیکھتے ہیں۔ اس کے بعد ایک انتہائی احمراء سی منطقہ، جو کسی قدر لونی ہوتا ہے، اور وسط میں ایک ندبی رقبہ (۱۸)۔

جذام خود کو جلد، مخاطی جھلیوں اور محیطی اعصاب میں محدود رکھنے کا رجحان رکھتا ہے، اگرچہ خاصی ترقی یافتہ حالتوں میں عیسے اندرونی احشاء میں بھی ملتے ہیں، جو چربشی انحطاط (lardaceous degeneration) سے ماؤف ہو سکتے ہیں۔ جب اعصاب ماؤف ہوتے ہیں تو انکی پوشش میں نکاثر (proliferation) ہونے کے باعث دوا کڑا بھی طبعی جراثیم سے دس گنے یا گنے سو گنے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ محور استخوانی اسی وجہ سے بالآخر نابول یا تلف ہو جائیں۔ اگر کئی در ریزش بھی پیدا ہو جاتی ہیں، جو ان عصبی تنوں کی صورت میں جنکا محل وقوع اوپری (سطحی) ہو جلد کے نیچے محسوس ہو سکتی ہیں۔

علامات اور مضر۔ جلد کا مضر پہلے جوارح یا دھڑ پر سرخ یا بھورے سرخ دھبوں کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے (جذام لطفی = lepra maculosa)۔ قطر میں ۱/۲ سے لیکر ۳/۴ انچ تک، شکل میں گول یا بیضی، اور قدرے متورم ہو سکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ اپنے مرکزوں میں کچھ دھبوں کے صاف ہو جانے سے حلقے بنا دیتے ہیں جیسے کہ امراضیات کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے کہ یہ کھلا جائیں لیکن یہ اپنے پیچھے رنگ دار داغ یا بعض اوقات پسید داغ باقی چھوڑنے کا رجحان رکھتے ہیں اور وقتاً فوقتاً دھبوں کے تازہ ٹورانامات ہوتے رہتے ہیں۔

درنی جذام (lepra tuberculosa) یا کڑی جذام (L. nodosa) کا میسر خاصہ یہ ہے کہ دھبوں کے ساتھ ہمزمان طور پر، یا کچھ وقفہ کے بعد ایک گرہاوند

یا جذباتی سلعہ (leproma) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ جلد کا ایک سخت الجھار ہوتا ہے جس کی جسامت ایک فٹ سے لیکر ہینزل نٹ (hazel nut) کے برابر یا اس سے بھی بڑی ہوتی ہے۔ ایسی گرہیں طویل عرصہ تک قائم رہ سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ بالآخر یہ غائب ہو جائیں اور لونی دھبے باقی رہ جائیں۔ یا ممکن ہے کہ یہ گرہیں نرم ہو کر جلد کے پار پھوٹ نکلیں اور عسیر الامتدالی غیر مؤلم قروح (indolent ulcers) پیدا کر دیں، جنکے انکسور کنزور ہوتے ہیں اور جسے قلیل المقدار پتلی پیسٹ خارج ہوتی رہتی ہے۔ یہ گرہیں بیشتر چہرے پر، ہاتھ پاؤں کی ظہری سطحوں پر اور جوارح کے دوسرے حصوں پر شکل آتی ہیں۔ یہ آبرو (دیمون) آنک، کانوں اور کان کی ٹروٹوں (بنا گوش) کی بے انتہا دہانت پیدا کر کے چہرے پر بڑا تشوہ (deformity) (بدشکلی) پیدا کر دیتی ہیں۔ جو خصوصیت و تمیز ہستیت اس طرح پیدا ہو جاتی ہے، چونکہ وہ ایک شیر بر کے چہرے سے مشابہ ہوتی ہے لہذا اسے جھم یا شیر جھری (leontiasis) کہتے ہیں۔ چونکہ اکثر آؤف ہو جاتے ہیں اور دروں کے استفرج ہو جانے سے مرض کی توسیع گزرتہ چشم کے طبقات تک ہو جاتی ہے، لیکن عصب بصری (optic nerve)، شبکیہ (retina) اندر نہ چشم (lens) اور طبعاً زجاجی (vitreous) عموماً محفوظ رہتے ہیں۔ ذرے دہن، سنسور ہوں، تالو، حنجرہ یا ناک کی اغشیہ مخاطیہ میں بھی نمودار ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ آواز کرخت (جھاری) اور میٹھی ہوئی یا باریک (high-pitched) اور کمزور پڑ جائے۔ قرح اپنے نیچے کے حصوں کی گہرائی تک پہنچ کر آؤتار اور ہڈیوں کو کھا سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ مفصل کو کھول دیں ترقی یافتہ حالتوں میں خون میں مندرجہ ذیل تغیرات ظاہر ہوتے ہیں:- سرخ خلیات اور ہیموگلوبن کی قلت، اور ساتھ ہی لون فنا (color-index) ادنیٰ ہوتا ہے۔ بونقلوں خلوبیت (poikilocytosis)۔ الوان پسندی (polychromatophilia) یعنی ایسے خلیوں کی موجودگی جو مختلف اور گونا گون ہونے سے رنگے جاسکتے ہیں۔ اور بعض اوقات ایوسین پسند خلیوں (eosinophils) کی غیر معمولی زیادتی۔

عظیم المحس جذام (lepra anæsthetica) میں جو اعصاب کی ماؤفیت کے باعث ہوتا ہے، عصبی علامات کا ظہر ہوتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں جوارح اور

دھڑپ، بالخصوص عصبِ زندی (ulnar nerve) اور عصبِ ششی (peroneal nerve) کے ممر میں، درد اور جھنجھٹا ہٹ اور غلن کے احساسات مختلف جگہ لگنا چکیتوں میں محسوس ہوتے ہیں۔ بعد میں بے قاعدہ رتوں میں سن پن اور لمس اور رد کی حقیقی عدم حسیت مشاہدے میں آتی ہے۔ اور ان چکیتوں پر کی جلد یا تو طبعی جلد کے نسبت زیادہ پھیکے رنگ کی یا زیادہ ٹکون ہوتی ہے۔ بال بچوں اور عدم اللین ہوتے ہیں۔ اور جلد عمومی طور پر چکینی اور چمکدار ہوتی ہے۔ کچھ عرصے کے بعد منکشف اعصابی تے، مثلاً زندی (اکٹر) اور ششی (پیر و نیل) ریز محسوس ہونے لگتے ہیں۔ انھیں رتوں میں کے عضلات بالخصوص بائعہ اور پاؤں کے مینا العظام عضلات (interossei) اور نیس بازو کے عضلات، بلکہ ہڈیاں تک تبدیل ہو جاتی ہیں، اور ممکن ہے اس کا نتیجہ یہ ہو کہ عظمی ہاتھ (clawhand)، مسقوط الید (dropped wrist) اور مسقوط القدم (dropped foot) پیدا ہو جائیں۔ نیز اس عدم لمس قسم میں بائعہ اور پاؤں کی انگلیوں کے جوڑوں پر دقیق فقرحات پیدا ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ شلابیات (phalanges) پارسی (carpal) یا سمارتی (tarsal) ہڈیاں بالآخر جھڑک کر جائیں کہتے ہیں کہ انتہائی شلابیات اکثر بیج جاتی ہیں، اور بعض اوقات زخموں کا اندام جیر تناک طور پر کال اور کلی ہوتا ہے (lepra mutilans)۔

ایسی مخلوط حالتیں بھی شاذ نہیں ہیں جن میں عصبی اضرار اور جلدی اضرار دونوں ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن عصبی اضرار اس وقت ظاہر ہونے کا رجحان رکھتے ہیں جبکہ جلدی اضرار مندل ہو رہے ہوں، اور اس کے برعکس عصبی اضرار کے علامات اس وقت غائب ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں جبکہ جلدی اضرار پھیل رہے ہوں۔ مریض کے علامات کا انحصار درجہ مرض پر ہوتا ہے۔ ساکت طور پر درجہ (quiescent phase) میں باوجود اس کے کہ مریض کے اندر لاکھوں عجیبے پتہ گزین (موجود) ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ اسے کال محسوس ہو اور وہ اپنا کاروبار انجام دینے کے قابل ہو۔ تعالیٰ طور (reactionary phase) میں کسندی کا احساس اور تپ ہوگی۔ جب طرہ انحلال (phase of resolution) نمودار ہو جاتا ہے تو اس کو سمجھنے ہوتے ہیں کہ مریض کو کسی قدر راضعت حاصل ہو گئی ہے اور مرض اچھا ہو رہا ہے۔ گزشتہ زمانہ

کی موجودگی کے برعکس جذام دراصل ایک خود بخود اچھا ہو جانے والا مرض ہے اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اپنا قمر سا لہا سال تک جاری رکھے اور اس میں اشتداد (exacerbations) اور فترات (remissions) ہوتے رہیں۔ ازاروں (ماہینہ) میں عرصہ کردہ مجذومین کی اکثریت ایسی ہوتی ہے جو اپنے مرض کے آخری درجے کو پہنچ چکی ہے۔ وہ شفا یافتہ ہوتے ہیں، اگرچہ تشوہات (بدشکلی) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ان میں زندہ عیسے بناہ گزین (ہونٹا) نہیں پڑتے اور اب وہ ساری نہیں ہوتے۔ جذام بدانتہا لڑکت نہیں پیدا کرتا لیکن موت بھی پیچھے دس کے تندر، اقباب گردہ زحیر، گنگرین یا فلیج الدم (پائیسیا) پیدا کر نیوالی ثانوی سرایتوں، یا دوسرے بین رومرض (intercurrent affection) (مرض درمرض) سے اور کبھی کبھی جھجھکے کے تہہ دسے (جو جذام کا نسبتاً راست نتیجہ ہوتا ہے) واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ جذام کو تندرین اور آشک سے متفرق کرنا چاہئے، اور ممکن ہے کہ

یہ امراض اسی کے ساتھ موجود ہوں۔ تعال و اسرمن سے وہ نہیں ملتی، کیونکہ وہ جذام میں جھٹ ہو سکتا ہے۔ عدم حسیت کی موجودگی، جو کسی جلدی ضرر کے ساتھ معمولی ہو یا جلد کے کسی رقبہ میں، ایک اہم دلالت ہے۔ جذام میں عدم حسیت شاذ ہی کلی طور پر غیر موجود ہوتی ہے۔ سربیع الوقوع مظہروحات (جھاؤ) اکثر پیشانی یا انفی شتوی دہڑوں پر محسوس ہوتے ہیں۔ عصبیوں کو کسی کرک کے مصل میں کسی قرص سے نکلی ہونی پس میں یا انفی مخاط میں کلاش کیا جاسکتا ہے۔ مزد میں سرپستان (بھٹیاں) عموماً بڑے ہو جاتے ہیں۔

انذار۔ ٹرکی جذام (nodular leprosy) عصبی جذام (nerve

leprosy) کے نسبت زیادہ عا د اور خطرناک مرض ہو سکتا ہے۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ علاج کے جدید طریقوں سے جو اس مرض کے تمام درجوں میں اہتمام کئے جاسکتے ہیں، اندر ہندوؤں سے بہت بہتر ہو گیا ہے۔ ایک ایسے مریض میں جسے مرض کا تیسرا درجہ طے کر لیا ہو، اگر دو سال کے عرصہ میں عہدیم ایسٹ انڈیا کی تعداد یا جسامت میں زیادتی نہ ہوئی ہو اور متواتر تجربہ ثبوتی امتحان سے منفی نتائج حاصل ہوئے ہوں، تو اسے شفا یافتہ سمجھا

چاہئے۔ اگر مرض کے پہلے اور دوسرے درجوں میں جلدی اضرار علاج کے بغیر غائب ہو گئے ہوں یا اگر عدیم الحس چکیتیاں زیادہ تر غائب ہو چکی ہوں اور جراثیمیاتی امتحان دو سال تک منفی رہے ہوں تو ایسی حالت مرض "رکا ہوا" سمجھا جاسکتا ہے، لیکن اسے کال طور شفا یافتہ نہیں سمجھنا چاہئے۔

تحریر۔ گر کی جذام، بالخصوص جبکہ اس میں گرہوں یا ناک سے اخراجات نکلتے ہوں جذام کا ساری ترین درجہ ہوتا ہے، اور ایسے مریضوں کو بچوں اور تیس سال سے نیچے کی عمر والوں سے (جو نہایت حساس ہوتے ہیں) علیحدہ کر دینا ضروری ہے۔ ماہن (asylums) میں کے بیشتر مجنوں میں تیسرا درجہ طے کئے ہوئے ہوتے ہیں، چنانچہ وہ ساری نہیں ہوتے۔ تفرید یا علیحدگی کے جبری اختیارات ضروری ہیں، اور ساتھ ہی یہ بھی ضروری ہے کہ جدید طریقہائے علاج کے معلومات عام طور پر پھیلائے جائیں، تاکہ مریض خود کو ظاہر کرنے پر راضی ہوں۔

علاج۔ مریضوں کو تندرست ماحول میں رکھنا اور عمدہ غذا دینا چاہئے

اس کا خیالی رکھنا چاہئے کہ انھیں قبض نہو اور اجابتیں صاف آتی رہیں۔ انتہائی اعتدالی ضروری ہے اور مریض کو چاہئے کہ عدد سے زائد سخت اور بار سے پرہیز کرے اور خیال رکھے کہ خراب موسم میں تکشف نہ ہونے پائے (کھلا نہ رہے)۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ ہائڈروکارپس (hydrocarpus) اور چال موگرا (chaulmoogra) روغنوں کے شحمی ترشوں کے ایسٹرس (esters) کے اضرابات جلدی اضرار اور عدیم الحس چکیتوں کے نیچے کی سخت الجھناخت میں کرنے سے، یا اضرار پر ہر چھپے یا دوسویں دن لڑائی کلورائیڈک آئیڈ آف کیشیدہ کے اندر (ایک حصہ ۳ حصوں میں) ملا ہوا لگانے سے معیبتات جذام ہلاک کئے جاسکتے ہیں۔ اصول علاج یہ ہے کہ جذامی اضرار سے جینوں درجے جس قدر کم ہوں ممکن ہو طے کرا دیئے جائیں۔ شحمی ترشوں کے ایسٹرس کا طریقہ عمل یہ ہے کہ وہ اپنے مخدش (خراش آور) عمل سے بانٹوں کو فعال یا ردی عمل کی سیجیکس بہنچاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عقیقے تلف ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض کے پہلے اور تیسرے درجہ میں تو اثرات استعمال کئے جاسکتے ہیں، لیکن دوسرے درجہ میں جبکہ بانٹیں پہلے ہی سے ردی عمل ظاہر

کر رہی ہیں، نہایت احتیاط عمل میں لانی چاہئے۔ یہاں ٹرائل کلورائیڈ ایک ایسا دوا ہے
 طور پر مفید ہوتا ہے۔ تیسرے درجہ میں تعاطلات (دواؤں کا عمل) زیادہ وقت کے ساتھ ساتھ
 ہوتے ہیں، لہذا بڑی مقدار کے اشتراکات دینے چاہئیں۔ اگر پوٹاسیم آیوڈائیڈ ۱۰
 گرین سے شروع کر کے بڑھتی ہوئی مقداروں میں براہ دہن دیا جائے تو بہت سے
 مریض زیادہ آسانی کے ساتھ دواؤں کا عمل ظاہر کرتے ہیں لیکن اسے نہایت احتیاط کے ساتھ
 استعمال کرنا چاہئے۔ روغن چال سوگرا کے ایتھل ایسٹرس (ethyl esters) کا اشتراک
 بھی، ایک تجویز کی صورت میں جس کا نام موگروال (moogrol) ہے، ۱ تا ۵ یا ۱۰ مکعب سمکھا
 مقداروں میں درون عضلی راہ سے سریشوں کے اندر دیا جاتا ہے، اور اس کے عمدہ نتائج
 بیان کئے گئے ہیں۔

گلائنڈرس

(GLANDERS)

سُرخہ کنار

(Equinia, Malleus, Farcy.)

سرخہ یا کنار (glanders) ایک مرض ہے جو بالخصوص گھوڑوں، خچروں اور
 گدھوں میں بعض اوقات دوسرے خانگی جانوروں میں بھی آتا ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اتفاقی
 طور پر انسان میں منتقل ہو جاتا ہے۔ سائنس اصطلاح کے طراز میں، اور دوسرے اشخاص جیسے
 ہسپتالوں کی نگرانی پر، اس مرض میں مبتلا ہونے کا سب سے زیادہ رجحان رکھتے ہیں۔
 یہ مرض اپنی حاد شکل میں ایک عمومی عارضہ ہے، جس کے عین خصلتیں انسانی اور بعض حیوانی
 بھلیوں کے مخصوص امراض، تحت البھلہ گر ہوں کی ٹکونین اور لمبی عروق اور غدود کی آفات
 اور ایک جلدی ثوران ہیں۔ یہ مزمن شکل میں بھی ہوتا ہے۔ "فرسی" (farcy) کی اصطلاح
 کا اطلاق ان حالتوں پر کیا گیا ہے جن میں لمبی امراض کے ساتھ تحت البھلہ گر، کنار
 (=farcy buds) خفہ و فرسی) نمایاں مظاہر ہوتی ہیں۔ لیکن ایک مرض کے لئے دو نام

ہونا چنداں مرغوب نہیں، اور اب گلاڈرس (سراجہ - کنار) کا خطاب عام طور پر اختیار کیا گیا ہے۔

یہ مرض انسان میں زیادہ تر زخموں، پٹھروں (cuts) یا خراشیدگیوں (abrasions) کی اتفاقی تطبیع سے، یا تو کسی سراجہ زدہ جانور کی ہانسیں کرتے وقت یا اس مرض سے مرے ہوئے جانور کی کھال اکٹارتے وقت منتقل ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ گھوڑا اپنے سائیس کو کاٹ کھائے اور اپنے لعاب دہن کے ذریعہ مرض کو منتقل کر دے یا اس کے پیچھے سے پاس کھڑے ہوئے کسی شخص کی آنکھ، ناک، یا منہ میں کچھ انفی امخاطبہ بیج جائے۔ بیان کیا گیا ہے کہ یہ مرض کسی سراجہ زدہ جانور کا کچی گوشت کھانے سے بھی منتقل ہو سکتا ہے اور یہ کہ یہ اس طرح جانور خانوں میں لگ گیا ہے۔ یہ ایک انسان سے دوسرے انسان میں بھی منتقل ہو سکتا ہے۔ سراجہ کا عصیتہ (B. mallei) گرہوں کے اندر قہا ہے۔ جسامت میں وہ تقریباً عصیتہ درجہ (یوٹرکٹل نیسیلس) کے برابر ہے لیکن اس کی نسبت زیادہ موٹا ہوتا ہے اور طریقہ آرام سے بے رنگ ہو جاتا ہے۔

امراضیات - حاد سراجہ میں امتحان بعد المات میں اکثر وہی تغیرات

پائے جاتے ہیں جو تفتیح الدم (پائیسیا) کے لئے مخصوص دمیتر ہوتے ہیں۔ یعنی خون کی بڑھی ہوئی سیالیت اور پھیپھڑوں کے پھوڑے۔ یہ تفتیح الدم مقامی اضرار کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔

سراجہ کے میتر اضرار مخاطی جھلیوں، جلد اور پھیپھڑوں میں پائے جاتے ہیں۔ انفی مخاطی جھلی میں باجرے کی جسامت سے لیکر مٹر کی جسامت تک کی زیر سطحی آرگنیں پیدا ہو جاتی ہیں، جو لطف آسا جسامت یا قہمی جسامت پر مشتمل ہوتی ہیں۔ ایک بعد کے درجہ میں دیکھنے میں آتا ہے کہ ان گرہوں نے مستقیق ہو کر زردی مائل قاعدوں والے قروح چھوڑ دیئے ہیں جنکے گرد درزیش کی تازہ گرہیں بن گئی ہیں جو وہی عمل طے کرتی ہیں۔ مکن ہے کہ انفی فاصل میں مصلخ ہو جائے۔ اگر شفا ہوتی ہے تو بے قاعدہ شکن دار نمات باقی رہ جاتے ہیں۔ پھیپھڑوں میں ایسی ہی گرہیں بن جاتی ہیں، جنکے مرکزوں کی شکست در سخت سے جھنی چھڑا پیدا ہو جاتا ہے۔ ان کے ساتھ ساتھ

شعبی ریوی انتہاب در انکو نوینا کی چکیٹیاں ہوتی ہیں جو ممکن ہے کہ پھر ٹرسے بنادیں ایسی ہی گرد میں ملتھڑ، جیسی جو فوس (frontal sinuses) بلعوم، حنجرو، اسعار، جملہ سخت ارجملہ بافت، اور عضلات میں بھی بنجاتی ہیں۔

علامات - حاد سراجہ (acute glanders) - یہ مرض کسلندی

در دمر، آنکسی، عدم اشتہا، اور مفاصل اور جوارح میں دردوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے لئے اکثر رشتہ ستی تب (rheumatic fever) یا تب محرکہ (enteric fever) سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ پہلو میں درد یا تھیر (dyspnoea) ہو۔ اگر کوئی زخم یا کھڑبھج (scratch) براہ راست سرایت زدہ ہو گئی ہے تو وہ ملتھڑ تناؤ دار اور پُر درد ہو جاتی ہے، اور اس کے گرد و پیش کی جلد سرخبادہ (erysipelas) جیسی نظر آتی ہے۔ یہ زخم متفرق ہو کر ایک خلیسینی سیال (sanious fluid) خارج کرتا ہے اور ممکن ہے کہ متعلقہ اعضا عروق بڑے ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ مرض کے زیادہ میریز، خصوصا اس کے آغاز سے ایک ہفتہ یا زائد تک نمودار نہوں، نمودہ بعض اوقات نسبت جلد ظاہر ہو جاتے ہیں۔ ثوران (eruption) چھوٹے چھوٹے سرخ شور پر مشتمل ہوتا ہے، جن پر آبلے نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ جلد بڑے پھالے یا قانچے (pustules) بنا دیتے ہیں، جن کی جسامتیں مختلف اور قطر پانچ پانچ پنچ میک ہوتا ہے، اور جو چھپے یا مرکز میں نشیب دار ہوتے ہیں، ان کے اندر مصلی، قحی، یا خون آلود مواد ہوتا ہے۔ قاعدہ ملتھڑ ہوتا ہے، اور اس کے گرد و کاسبت کچھ فاصلہ تک دور سخت ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد اخراج خارج ہو کر ایک قرص باقی رہ جاتا ہے جو ایک کھڑبھج (slough) سے ڈھکا ہوا رہتا ہے۔ اگرچہ جو جلد کے نیچے بنتی ہیں، ابتداً سخت اور پُر درد ہوتی ہیں اور مونا متفرق ہو جاتی ہیں۔ لختی نذر ہمیشہ ملتھڑ نہیں ہوتے۔ مخاطی جلیقوں کی مٹو فیت ناک کے اخراج سے ظاہر ہوتی ہے، جو پہلے ایک پتلا مخاط ہوتا ہے لیکن بعد میں گاڑھا کارج، ربی، بدبودار اور اکثر خون آلود ہوتا ہے۔ اس کا تعلق ان ذرہ نما گرہوں کے بننے سے ہوتا ہے جنکا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

یہ مرض مونا قحی الدم (پائیریا) جیسی ملامتوں کے ساتھ برابر بڑھتا پاتا ہے۔

تپش بلند ہوتی ہے لیکن اس میں اُٹار چڑھاؤ ہونا ممکن ہے۔ بغض سرین اور زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے۔ قارورہ میں البیومن ظاہر ہوتا ہے، دھیمی ندیا (low delirium) کے بعد کو ماطری ہو جاتا ہے، تنفس زیادہ ہو جاتا ہے، اور بالآخر غمو آغا مرض سے دو یا تین ہفتوں میں موت واقع ہو جاتی ہے۔

مزمن سراجہ (chronic glanders) اس میں مقامی امراض کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ ایسے قروح ہوتے ہیں جن کی کور میں موٹی اور سخت ہوتی ہیں، یا ایسے پھوٹے ہوتے ہیں جو معاصر کے قریب ہوتے ہیں، یا ایک انتہائی درم جو جلد کے نیچے یا عضلات میں ہوتا ہے۔ ایک قاحلی ٹوران بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن یہ حادثہ کم فہمت زیادہ آہستہ آہستہ نمایاں ہوتا ہے۔ انفی مخاطی جلی بھی ماکوف ہو سکتی ہے، اور بعض حالتوں میں نخو (emaciation) ہو جاتا ہے، جسکے ساتھ آواز بھی ہوتی اور ایسے ریونی علامات ہوتے ہیں جیسے کہ کھانسی اور نفث الدم (haemoptysis)۔ مزمن حالتوں کی اوسط مدت چار ماہ بیان کی گئی ہے۔

تشخیص۔ ابتدائی درجوں میں غلطی سے اس مرض پر ریشمہ (رواٹزم) یا تپہ مخونکا اور بعد میں تفتیچ الدم (پائٹیا) کا گمان ہو سکتا ہے۔ مزمن حالتوں میں آتشک، خزانیر (scrofula) اور ریل ریوی (phthisis) سے مشابہت ہو سکتی ہے، بھٹاڑ یا حیوانی جراثیمی میں شبہ جانوروں کے اندر سیلین (mallein) کا اشتراک کر کے تشخیص کی جاتی ہے۔ سیلین ان کیمیائی اشیاء پر مشتمل ہے جو سراجہ کے عصیتوں کی مصنوعی کاشتوں میں موجود ہوتی ہیں۔ اگر جانور مرضی ہے تو ایک مہینہ قائل واقع ہوتا ہے، جسکے ساتھ ارتفاد تپش اسی طرح ہوتا ہے جیسا کہ انسان میں کاخ کی ٹیوبز کیو لین (Koch's tuberculin) سے پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو تشخیص ریل ریوی)۔

انذار نہایت ناموافق ہوتا ہے۔ حادثہ سراجہ سے شفایابی کی صرف چند ہی

مالتیں مرقوم ہیں اور مزمن حالتوں میں سے صرف نصف کے قریب ابھی ہوتی ہیں۔
علاج۔ محرک (supporting) اور تپش (stimulating)

ہونا چاہیے۔ داخلی طور پر کیوٹین (quinine) دینی چاہیے۔ اُنکی ضرر کا علاج واقع عفونتِ اِستِریا مثلاً کریسوت (creosote)، کاربولک ایسڈ (carbolic acid) اور آڈین (iodine) یا پوٹاشیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) کے غسول سے کرنا چاہیے۔ جب چلہ کے پھوڑ سے تیار ہو جائیں تو انھیں کھول دینا چاہیے۔ مژمن حالتوں کے لئے کاربولک ایسڈ، پوٹاشیم آئیوڈائیڈ (potassium iodide) اور آرسینک (arsenic) اسٹرنین (strychnine) اور سوڈیم بنزوایٹ (sodium benzoate) کی سفارش کی گئی ہے۔

سراجہ نما مرض

(MELIROIDOSIS)

یہ ایک شاذ مرض ہے جو سراجہ سے مشابہ ہوتا ہے اور بڑا اور بڑا ہوتا ہے لایا میں پایا جاتا ہے۔ یہ عصیہ و نموری (bacterium whitmori) کے باعث ہوتا ہے جو عصیہ سراجہ (B. mallei) سے قریبی مشابہت رکھتا ہے اور مرنے والے مریضوں کے قارورے، بُساق (sputum) اور چلہ دی آبلوں میں پایا گیا ہے۔ اس مرض میں متعدد چھوٹے چھوٹے ریوی خراج پیدا ہو جاتے ہیں۔ مرض حاد اِسمال اور ہبوط (collapse) سے شروع ہوتا ہے جو عرصہ سے مشابہ ہوتے ہیں۔ پھر اس کے بعد عفونۃ الدم اور ریوی اضرار پیدا ہو جاتے ہیں، اور مریض دس روز میں مَر جاتا ہے۔ مرض کی زیادہ مژمن شکل میں چلہ خراج اور بھیسیر ٹوں، جگر اور طحال میں پیپ کے اجتماعات ہو جاتے ہیں۔

جرمہ

(ANTHRAX)

انٹھراکس (جرمہ) کی اصطلاح، جو پہلے کاربونکل (carbuncle) (راج پھوڑے)

کالا یعنی مرادف تھی، اب عام طور پر ایک ایسے مرض کو موسوم کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو مختلف جانوروں کو مائوف کرتا ہے، اور ان جانوروں سے انسان میں منتقل ہو جاتا ہے۔ جانوروں میں اسے تپ طحالی (splenic fever) کہتے ہیں۔ انسان میں اس میں کسی مسمنین کا شائبہ (charbon) اور انگریزی مسمنین کا مائوف (malignant pustule) (قائضہ غیشہ) شامل ہے۔ اس کا تیز خاصہ ایک عقیصہ (جسمہری عقیصہ) (B. anthracis =) کی موجودگی ہے، جو مقامی انصرار، خون، احشاء اور افرازات کے اندر پایا جاسکتا ہے۔ یہ ایک غیر متحرک، گرام مثبت عقیصہ ہے، جو طول میں ۵ عکسے میکر ۲ عکسے، یعنی ایک خون کے جسمہ کے قطر سے بہت زیادہ لمبا ہوتا ہے۔ یہ عقیصہ لمبے ہونے کے بعد منقسم ہو کر تعداد میں بڑھتے ہیں۔ جسم کے باہر سے اپنے اندر ہی بند رہے پیدا کر سکتے ہیں، جو بالآخر آزاد ہو جاتے ہیں۔ ان بندوں کی حیثیت (قائلیت حیات) بہت ہوتی ہے اور یہ پیش کے بڑے تغیرات کے مقابلہ اور مدافعت کی قوت رکھتے ہیں۔ موافق ماحول میں یہ بند ۷ عقیصوں کو پھر پیدا کر دیتے ہیں۔

جانوروں میں یہ مرض راست تعلیم سے، غالباً ان حشرات کے کاٹنے یا ڈنک مارنے سے یا ان کتوں کے کاٹنے سے منتقل ہو سکتا ہے جنہوں نے اس مرض سے مرے ہوئے جانوروں کا گوشت کھالیا ہو۔ نیز یہ ان جانوروں کے ذریعہ بالواسطہ منتقل ہوتا ہے، جو مرطوب چراگاہوں میں یا تم زمینوں پر چرتے ہیں، جہاں اسبق بیمار ذر جانوروں کے ابرازات (dejecta) کے اندر اس کے نوعی دقیق عقیصے ایک فاعلی حالت میں مصنون رہ گئے ہوں۔ پاسبچر کا خیال تھا کہ عقیصوں کے بند ۷ جانوروں کی مدفون لاشوں کے گرد تعداد میں بڑھ کر زمین کے کیڑوں کے ذریعہ سے سطح زمین تک پہنچ سکتے ہیں، لیکن کتاخ کے بنا کردہ تجربات سے اس کی تصدیق نہیں ہوئی۔

انسان کے اندر سرایت ایک زندہ جانور سے واقع ہو سکتی ہے، (جیسے کہ گلہ بانوں، چرواہوں، اور کسانوں میں) یا جانور کی لاش سے، اور یہ نسبت بہت زیادہ عام ہے۔ مثلاً ذبح کرنے والے قصاب، اور وہ لوگ جنہیں کھانوں سے کام پڑتا ہے کسی کھرنچ یا زخم کے ذریعہ سرایت زدہ ہو سکتے ہیں، اور شاذ حالات

میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ بیمار جانوروں کا گوشت کھانے سے سرایت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن اکثر اوقات انگلستان میں یہ سرایت دباغوں، چمڑا رنگنے والوں (اور ان لوگوں میں ہوتی ہے) جنھیں بیرون ملک سے آئے ہوئے چمڑوں اور کھالوں کو ہاتھ لگانا پڑتا ہے، اور ان میں جو انھیں جانوروں سے حاصل شدہ اون اور بالوں کا کاروبار کرتے ہیں۔ اس طرح خنواف (wool-sorters)، فرائر (furriers)، دباغ (tanners) اور دوسرے ایسے ہر پیشہ پر یا تو پھشی ہوئی جلد کی راہ سے راست تعلیم کے ذریعہ یا ان اشیاء میں سے نکلے ہوئے گرد و غبار یا آونی ذرات کو سانس میں اندر لے کر ہش ہٹکا لے کر مرض ہو سکتے ہیں۔ بعض حالتوں میں جھامت کے برمنوں کے استعمال سے مرض پیدا ہو گیا ہے، یا مخصوص جاپانی ساخت کے برمنوں سے جو جمبرہ (اینٹھراکس) کی سرایت رکھنے والے بالوں سے بنے ہوئے تھے۔ شاذ حالتوں میں سرایت ایک انسان سے دوسرے انسان میں راست تماس کے ذریعہ منتقل ہو جاتی ہے۔ کچھ سازی کے کارخانوں میں کام کرنے والے لٹنیہیں (rag-sorters) ریوی جمبرہ (pulmonary anthrax) میں مبتلا ہو سکتے ہیں، اور جمبرہ کا عصیہ احشاء کے اندر پایا گیا ہے۔

تشریحی تغیرات۔ ہلک حالتوں میں ایسے تغیرات کا پایا جانا

مکن ہے جو مادہ عفونی مرض پر دلالت کرتے ہیں۔ سخت الخاطی اور سخت انفلی بائیوں میں، جرم قلب اور دوسرے عضلات میں گد مات (ecchymoses)۔ بھیسٹوں میں نرم یا پھینچ۔ جگر اور گردوں کا استلاء دھوی اور لیٹ (softening)۔ طحاک، ہمیشہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ جب مخصوص ریوی علامتیں موجود ہوتی ہیں تو قبضہ الہیہ اور شعبات کی مخاطی جھلیوں میں استلاء دھوی، بھیسٹوں یا پلوٹوراکس نیچے نزقات، عتقی اور طبعی غد کا قورم اور ساتھ ہی ان کے اندر آؤر ان کے گرد زف پلوٹورائی کہفوں کے اندر سیال، اور گردن اور واسطہ (میڈیا سٹائٹس) میں قصبہ اور واسطی غد کو گھیرے ہوئے گد م اور جیلانی یعنی رشخہ (gelatinous exudation) پایا جاتا ہے۔ معوی قسم میں ہاریلوں کے اندر متصل موجود ہوتا ہے جو اکثر خون آلود ہوتا ہے۔ ماساریٹا اور غلت الباریلونی اتصالی بافت میں نیم جیلانی دور برزشیں

ہوتی ہے، اس عاء اور معدے کی مخاطی جھلیوں اور تحت النخاطی بافتوں میں انتشار و دھواں اور
درم ہوتا ہے، جو ۱ تا ۲ انچ کے قطر کی چکنیوں میں ہوتا ہے۔ تراشنے پر یہ چکیتیاں گولائی
اور لمبی، مگر سطح پر بے رنگ، یا مسخج (excoriated)، یا خون کی ایک چپکی ہوئی
تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ سخت النخاطی اور سخت المعصلی نزفات بھی ہوتے ہیں،
اور طحال اور ماساریقی اور قطنی خدد اکثر کلانی یا فمہ ہوتے ہیں۔

نزفی التهاب سحایا (hemorrhagic meningitis) کی بعض حالتیں
بھی واقع ہوئی ہیں۔

علامات - اس مرض کی مختلف قسمیں حسب ذیل ہیں:- مقامی

یا۔ بیرونی جمرہ جو حقیقی خبیث قاسحہ (malignant pustule) ہے، اور جبری عفونت
(anthrax septicemia) جس میں ایک ربوی اور ایک معدی معوی قسم ہوتی
ہے۔ ان آخری دو میں سے کوئی ایک قسم مقامی قسم کے ساتھ مجتمع ہو سکتی ہے۔

خبیث قاسحہ (malignant pustule) - سرایت عموماً چہرے گردن
ہاتھوں یا بازوؤں پر کسی کھڑک یا خراشیدگی کے ذریعہ سے واقع ہوتی ہے۔
چند روز یا ممکن ہے کہ صرف چند گھنٹوں کی حضانت کے بعد اس مقام پر کھجلی یا پھلن
ہوتی ہے، اور احمرار کی ایک چھوٹی سی چکیتی نمودار ہو جاتی ہے جو اس شرہ سے جو
ایک معمولی پیتو کے کاٹنے سے بن جاتا ہے قدرے بڑی ہوتی ہے اس چکیتی کی چوٹی پر
ایک چھوٹا سا آبلہ ہوتا ہے۔ یہ بتدریج بڑا ہو کر پھوٹ جاتا ہے اور اس میں سے
ایک پتلا سیال خارج ہوتا ہے۔ پھر اس آبلہ کا قاعدہ ایک بھورا یا سیاہ سٹرا یا
مکلا ہوا حصہ (عشہ = eschar) بنا دیتا ہے، اور اس پاس کی جلد سرخ، متورم
اور متعذب ہو کر ایک انبار بنا دیتی ہے جس کا قطر ۱ تا ۲ انچ یا زائد ہوتا ہے۔
اس مرکزی مٹرے ہوئے حصے (eschar) کے گرد اکثر چھوٹے آبلوں کا ایک حلقہ ہوتا
ہے جن میں مصل بھرا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے گرد کی جلد کچھ فاصلہ تک
اڈیا لٹی ہو، اور قریب ترین لمفائی خدد بڑھے ہوئے اور آلیہم ہوں۔ تاہم بیشتر
حالتوں میں یہ قاسحہ ایسی غیر شکل نہیں رکھتا، بلکہ گھاؤ چپچک (vaccinia) سے

مشابہ ہوتا ہے۔ لیکن ہے کہ مریض تین، چار، یا پانچ دن تک اپنی معمولی تندرستی کی حالت محسوس کرے اور اپنا کام کرتا رہے۔ پھر وہ نیم محموم (feverish) ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی اسے انبطاح یا افتادگی (prostration) ہدیائیں، پسینہ، یا اسہال کی شکایت لاحق ہو جاتی ہے، اور بالآخر بہت سی حالتوں میں، مہیوط کے بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ - جھیش جہری أو مہلک (malignant anthrax oedema) میں کوئی مہینہ قائل نہیں بنتا، جبکہ ایک اذیمائی دم ہو جاتا ہے جو اکثر پوٹوں کو ماؤف کرتا ہے۔ دیگر لحاظ سے وہ جھیش قائل کی طرح ہوتا ہے، اور زیادہ تر جلد ہی مہلک ہو جاتا ہے۔

جہری عفونت الدم (anthrax septicæmia) مختلف مریضوں میں مختلف ہوتی ہے۔ ابتدائی علامات، عموماً بے چینی، پستی اور خستگی (تحلیل قوت) کا احساس، اور جو ارجح میں مہم احساسات۔ پھر یکایک حادثہ شروع ہو کر سنگی معمولی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور مزید برآں شدید انبطاح یا افتادگی، تنفس میں مزاحمت، اور سرخ مہیوط واقع ہو جاتا ہے۔ - اس کا دماغی نواحی تپ (cerebro-spinal fever) کی وہاں، جہری عفونت الدم (anthrax septicæmia) کے پانچ مریضوں میں دماغی نواحی تپ کے علامات سے مشابہت ظاہر ہوئی، اور ان کے جمرہ کے عقیصے دماغی نواحی تپ کے اندر پائے گئے (Reece)۔

ریوڈی قسم میں اہم خصائص یہ ہیں کہ سانس دقت کے ساتھ اور رک رک کے آتی ہے اور ساتھ ہی ضیق کا احساس، زراق (cyanosis) اور شدید انبطاح یا افتادگی ہوتی ہے۔ زیادہ کھانسی نہیں ہوتی، اور سبز خند لفظات اور تفرغات (râles and rhonchi) کے دوسرے کوئی طبی امارات نہیں ہوتے۔ فغش (expectoration) اگر کچھ ہوتا ہے تو لیکن ہے کہ وہ خون آلود ہو۔ موت سے پہلے ہدیائیں اور کو ما ہو سکتا ہے، یا لیکن ہے کہ ہوش و حواس آخر تک درست رہیں۔ یہی مرض عتوافین (اُون چنے والوں کا مرض: wool-sorters' disease) ہے جو براؤ فورڈ اور دوسرے مقامات میں دیکھا گیا۔

معدی سہوی قسم میں تے، دردِ شکم اور اسہال ہوتے ہیں، اور اکثر براز میں خون ہوتا ہے، بعض اوقات عسر البلع (dysphagia) یعنی نگلنے میں دقت

ہوتی ہے اور بلغم اور دھن سے خون آتا ہے۔ تپ خفیف ہوتی ہے لیکن مرض کے اختتام سے پہلے (جو ہمیشہ ہلکا ہوتا ہے) ابھر (dyspnoea) اور کبودی (lividity) بے چینی اور صرعی یا کراہی نوعیت کے تشنج ہوتے ہیں۔

جلدی جمرو (cutaneous anthrax) کی تشخیص بالکل ابتدائی درجے ہی میں آسان ہے، بشرطیکہ طبیب اس کے وقوع کے امکان کو ملحوظ خاطر رکھے۔ جو کچھ ضروری ہے وہ صرف اسی قدر ہے کہ آبلہ سے لی ہوئی آلود (smear) کو رنگ کر خود دھن کے نیچے امتحان کر لیا جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ مزر کو محض ایک ٹھنسی سمجھ کر بیڑ کیا جائے۔ بعد کے درجے میں یہ گھاؤ چھپک (vaccinia) سے مشابہت رکھتا ہے۔ ربوئی اور صوی جمرو میں تشخیص نسبت بہت زیادہ مشکل ہے۔ لیکن علامات کے ایک غیر معمولی اجتماع (مثلاً تپ اور درد مفاصل) سے شبہ پیدا ہو سکتا ہے۔ عقیقے خون، تپ، نفث، بول یا داغی نغائی سیال کے اندر مل سکتے ہیں۔ لیکن عموماً وہ خون کے اندر چند روز تک نہیں ملتے۔ تشخیص کی توثیق کے لئے مریض کے افرادات یا خون سے ایک خرگوش، گینی پگ، یا چوہیا کی تطعیم (inoculation) کی جاسکتی ہے۔ ایسی تطعیم سے اس جانور میں ابھر (dyspnoea) پیدا ہو جاتا ہے، اس کی پتلیاں پھیل جاتی ہیں، اور شاید تشنج ہونے لگتے ہیں، اور وہ دو یا تین دن کے اندر مر جاتا ہے۔ اور اس کے خون میں اس مرض کے میز عقیقے موجود ملتے ہیں۔

اِنداز ان مریضوں میں نہایت ناموافق ہوتا ہے جو بلا علاج چھوڑ دئے گئے ہوں، اور ہلاکت تقریباً وہ فیصدی ہوتی ہے۔

علاج۔ خبیث قاشحہ (malignant pustule) کی حالت

میں صحیح علاج ابتدائی درجوں میں لگتی جراحی امتیصال ہے لیکن اگر ضرر اس ابتدائی شرہ کے درجے سے جیسا کہ ریتو کے کاٹے ہوئے مقام پر بن جاتا ہے، بہت آگے بڑھ گیا ہو تو جراحی امتیصال عمل میں نہیں لانا چاہئے۔ مائوف حصے کو جبائر (splints) پاریت کی فعالیتوں کے ذریعہ بے حرکت کر کے اس پر دافع عفونت کسوت (مرہم جی) لگا دینی چاہئے۔ نیز انٹی آنتھراکس سیرم (مستحضرہ مصل) (مثلاً امکلاڈوکا مسلسل)

حتی الامکان جلد از جلد ویدرینا ضروری ہے۔ اس کے ۶۰ تا ۸۰ گھنٹے میں درون درید
راہ سے شرب کئے جاتے ہیں، اور اگر نکال (جو ارتقاع پیش سے ظاہر ہوتا ہے) نہ ہو
اور عام حالت میں اصلاح نہ ہوئی ہو تو دوسرے دن ۶۰ گھنٹے میں اور دئے جائیں۔
مصل کی عدم موجودگی میں آرسینو بینزول (arseno-benzol) استعمال کرنا چاہئے۔
براؤ فورڈ میں، جہاں مرض کو جلد تشخیص کرنے کے لئے خاص احتیاطوں سے کام لیا گیا
ہے، ہلاکت ۱۶ فیصدی سے گھٹ کر ۵ فیصدی رہ گئی ہے۔

منہ کھر کی بیماری

140

(FOOT-AND-MOUTH DISEASE)

وبائی حیوانی قلاع

(Aphtha epizootica)

مویشی اور بھیروں کا یہ مرض کبھی کبھی انسان میں منتقل ہو جاتا ہے۔ مویشی میں مرض
کا تشکیلی خاصہ دہن، لبوں اور زبان کی مخاطی بھلی پر آبلوں اور بڑے پھپھو لوں کا بنتا ہے۔
یہ آؤف جیسے متورم ہو جاتے ہیں اور رقی (عاب دہن) بنتا رہتا ہے۔ آبلے ٹھوٹ
جاتے ہیں اور ایک رنادی تہ پاتی رہ جاتی ہے جو ان کے قاعدے کو ڈھانکے رہتی ہے۔
پاؤں میں کھروں کے کناروں پر بھی آبلے نمودار ہو جاتے ہیں اور یہ قانگی ٹکڑیاں پیدا
کر دیتے ہیں۔ گایوں میں ایسے آبلے پاکھ (udders) اور ٹھنوں پر بھی جھاسے ہیں۔
تب معتدل درجہ تک ہوتی ہے۔ مرض تقریباً دو ہفتے تک جاری رہتا ہے اور اس کا
اختتام عموماً شفا یابی کے ساتھ ہوتا ہے، باسٹھائے پھپھروں کے جن میں سے ۵۰
۷۵ فیصدی ہلاک ہو جاتے ہیں، (جن میں سے بعض انتہائی اسفار کے باعث ہلاک
ہوتے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ یہ مرض انسان میں راست تعلیم کے ذریعہ، اور سرائے سندھ

حکامے کا دودھ پینے سے منتقل ہوتا ہے۔ لیکن جوتوں یا لباس کے ذریعہ بھی ایک انسان سے دوسرے میں منتقل ہو سکتا ہے۔

عضوئے کے متعلق ابھی شبہ ہے، اور اس کے انکشاف کا ایک تازہ دعویٰ غلط ثابت ہوا۔ اس کا قیشب باریک ترین نقطہ میں سے گزر جاتا ہے۔ زمانہ حضانہ تین سے پانچ دن تک ہے۔ ابتداً قویٰ تپ اور عجم اشتہا کی شکایت ہوتی ہے، پھر دہن کے اندر اور لبوں، زبان، صلقوم اور سخت تانوں پر تپے نظر آتے ہیں۔ یہ آبلے جسات میں نثر کے برابر تک پہنچ جاتے اور غیر شفاف ہو جاتے ہیں اور پھوٹ کر نکلے قروح بنادیتے ہیں، جنکا قاعدہ گہرا سرخ ہوتا ہے۔ کب متورم ہو جاتے ہیں اور رین اور مخاط معمول کے نسبت بہت وافر ہو جاتے ہیں۔ چہانے، نگلنے اور بولنے میں کسی قدر درد محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کچھ اہمال اور درد شکم بھی موجود ہو۔

بعض اوقات آبلے انگلیوں پر، بالخصوص ناخنوں کے قریب، بن جاتے ہیں۔ یہ قانچی ہو کر ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں، اور ایسے ہی قانچات پائوں کی انگلیوں اور ٹکڑوں پر، اور عورتوں میں سر پرستان (بجٹنی) پر ہو جاتے ہیں۔ مرض کی مدت دس دن سے دو ہفتہ تک ہوتی ہے، اور وہ شاذ ہی ہلک ہو جاتا ہے۔

علاج۔ بورکس (borax)، پوٹاشیم کلورائیٹ (potassium

chlorate) یا پوٹاشیم پیرمنگینیٹ (potassium permanganate) کٹکی کے طور

پر استعمال کرنا چاہئے، اور دردناک قروح کو ٹھوس کلورائیٹ (solid silver nitrate)

سے چھونا چاہئے۔ احمہ اور پاؤں کی انگلیوں کے تورانات پر زنک یا لیڈ کے مرہم

یا عسولات (zinc or lead ointments or lotions) کھجلی، رفع کرنے کے لئے

لگانے چاہئیں۔

شعاع فطرت

(ACTINOMYCOSIS)

شعاع فطرت کا نام اس ذراتی سلسلے ضرر (granulomatous lesion) کو

دیا گیا ہے جس سے تیشلی کبریتی ذرات ("sulphur granules") حاصل ہوتے ہیں جو خالی آنکھ سے نظر آ سکتے ہیں۔ یہ مرض شعاعی فطر (ray fungus) کے باعث ہوتا ہے جو سبھی شعریہ (streptothrix) کے گروہ (لاحظہ ہو صفحہ 10) سے تعلق رکھتا ہے اور شعاع فطر مویشیہ (actinomyces bovis) کے نام سے موسوم ہے (Wolf-Israel)۔ ۱۸۷۱ء میں اسرائیل برلینی (Israel of Berlin) نے انسان میں اس مرض کی پہلی وارداتوں کو بیان کیا، اور ۱۸۷۵ء میں پانفک (Ponfick) نے اس مرض کی انسانی حالتوں اور مویشی میں واقع ہونے والی حالتوں کی مماثلت کو ظاہر کر دیا۔

شعاعی فطرات ایسے تودے بناتے ہیں جو خالی آنکھ سے زرد، سبزی یا زرد یا خاکستری، چمکارا، کروی، ذراتی اجسام بناتے ہیں۔ جن کو کبریتی ذرات ("sulphur granules") کہتے ہیں۔ یہ فطر میں تقریباً نصف تا ایک ملی میٹر ہوتے ہیں اور خردین کے نیچے باریک ٹبے ہوئے فطری جال کے ڈوروں کے ایک مرکزی تودے اور ایسے عصائیاں اجسام کی ایک بیرونی پریشک ہوتے ہیں جو شعاعی یا نیم فطری صورت میں مرتب ہوتے ہیں اور وہ شعاعی منظر پیدا کر دیتے ہیں جو اس عضو کی وجہ تسمیہ ہے۔ یہ سبب پیدا جسامت سے غنوف ہوتا ہے۔ یہ عضو یہ غیر ہوا باش طریقہ سے بڑھتا ہے۔ دوسرے عضو یہ بھی بیان کئے گئے ہیں جو جانوروں میں اور کبھی کبھی انسان میں بھی ذراتی ملعی انفراد پیدا کر دیتے ہیں۔ بہر حال بیشتر انسانی وارداتیں شعاع فطر مویشیہ (actinomyces bovis) کے باعث ہوتی ہیں۔ انسان میں اس کی تسمیہ کے متعلق دو نظریے ہیں:-

(۱) ہوا باش سبھی شعری عضو ہے جو ہوا کے درجہ پیش میں بالیدگی حاصل کرتے ہیں، دلہلی اضلاع میں گھاسوں میں سے علیحدہ کئے گئے ہیں۔ قیاس ہے کہ انسان بوالہ، خواہ وغیرہ کھانے سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے، اور بعض حالتوں میں، بالخصوص اطفال کے آدمیوں میں، شعاع فطری سرایت کسی جسم غریب کے ساتھ (جو اکثر ایک جواہر ہوتا ہے) متوقف ہوتی ہے۔ اس کے برعکس سبھی شعریہ (اسٹریپٹو ٹھریکس) انسان کے اندر صرف جسمانی درجہ تپیں پر بالیدگی حاصل کرتا ہے اور



شکل ۱۲۔ جگر کی بھی ترش نہیں لڑنے سپانجیلی شعاع فطرت کی وجہ سے
شہد کے چیتہ کی طرح سوراخدار نظر آ رہا ہے۔

غیر ہوا پاش ہوتا ہے۔ چنانچہ اسے اُن عضویوں سے جو ہوا میں ملتے ہیں مختلف ہونا چاہئے۔

(۲) شعاع فطر مورشیہ (actinomyces bovis) ایک گندہ خود عضویہ ہے جو سنہ میں ہوتا ہے، اور بالخصوص عفونت دار (مُعِیَن) دانتوں کے گرد بالیدگی حاصل کرتا ہے۔ اُس کا داخلہ مغاطی بھتی میں چوٹ پہنچنے کے باعث ہو جاتا ہے اور یہ کسی جسم غریب، مثلاً ایک جو کے دانے یا پواں کھانے کے ٹکے سے پیدا ہو سکتی ہے۔ غریب برائے اس امر کی سریراتی شہادت موجود ہے کہ ایک سڑے ہوئے (مُعِیَن) دانت کو کھینچ کر نکال دینے کے بعد شعاع فطرت کامر میں پیدا ہو گیا۔ قبضہ الرہبہ کی راہ سے دانت کے اتقاق نیچے چلے جانے کے بعد صدری شعاع فطرت (thoracic actinomycosis) پیدا ہو گئی ہے، اور ایک حالت میں ایک مریض میں جس نے اپنے گھوٹنے سے ایک حریف کا دانت توڑ ڈالا تھا، زخمات (knuckles) پسینے ڈھلے سرایت زدہ ہو گئے۔

سرایت کا یہ دور انظر بہ زیادہ تر قرین قیاس ہے۔

عضویہ جب ایک بار داخل ہو گیا تو وہ غذائی یا نفسی گزرگاہوں کی سطح کے کسی نقطہ پر چپک جاتا ہے اور پھر عقیق تر حصوں میں داخل ہو کر جسم کے مختلف حصوں میں مقامی اضرار پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اضرار بالخصوص انتہائی تغیرات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو کم و بیش شدت کے ہوتے ہیں اور ذرات کے گرد شروع ہو کر بطنی الغوا (آہستہ آہستہ بڑھنے والی) رسولیاں بنادیتے ہیں۔ جو بالآخر شقیق ہو کر چھوٹ پڑتی ہیں اور مواد خارج کرتی ہیں۔ ایک ہی مقام پر (مثلاً جگر میں) طفیلیہ کی مسلسل بالیدگی اور تکثیر کی وجہ سے بڑی بڑی رسولیاں بن سکتی ہیں، جن کا قطر تین انچ یا زیادہ ہو سکتا ہے اور جو کھسکل بافت (cavernous tissue) پر مشتمل ہوتی ہیں، جس کی آہکیں پسینی آسا ہوتی ہیں، مگر اسکی فضاؤں میں یہ موجود ہوتی ہے اور اس پیپ کے اندر قطر کے زرد ذراتی تو دس کبھر سے ہوئے (گٹھلے گٹھلے یا غیر گنجان) پڑے ہوتے ہیں۔ مرض کا ایک عجیب غامضہ طریقہ ہے کہ جس سے اضرار بذریعہ تماس ایک بافت سے دوسری متصل بافت میں عرصہ دراز تک پھیلتے رہتے ہیں۔ لیکن کبھی کبھی طفیلیہ بذریعہ عروقی دور افتادہ حصوں میں پہنچ جاتا ہے، اور انتقال وضعی (metastasis) (contiguity) کہ

سے ایک نسبت زیادہ پھیلا ہوا جامد واقع ہو جاتا ہے۔ ایک میز خاصہ یہ ہے کہ لمبی قد نہیں ماؤف ہوتے۔

علامات اور محرک۔ ان کا انحصار اولیٰ حمل کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔

بہت سی حالتوں میں یہ مقام وہاں ہوتا ہے جیکہ عموماً پہلے ایک رسولی نیچے کے جیڑے کی جگہ کے نیچے یا جیڑے کی گور پر دیکھی جاتی ہے۔ یہ رسولی سخت ہوتی ہے جلد کو نہیں ماؤف کرتی، اپنے مخرج میں مزن ہوتی ہے، وقتاً فوقتاً جسامت میں تغیر ہوتی رہتی ہے، اور تدریج جیڑے کی گور سے ہجرت کر کے (مخرجی ہوئی) نیچے کے طرف گردن میں پہنچ جاتے کلاہجان رکھتی ہے اور اپنے راستہ میں کچھ حصہ تک سخت بافت کا ایک تنگ بندھ چھوڑتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ انتہائی بافت میں انداب (cicatization) واقع ہو کر یہ رسولی جڑ جڑ ٹکڑ ٹکڑ جائے لیکن نئے حصے بنتے رہتے ہیں اور بالآخر جلد ماؤف ہو جاتی ہے، جہم تھوچ (fluctuation) محسوس ہوتا ہے اور ایک پشما (مصلیٰ) ری لے ہو سکتا ہے خارج ہوتا ہے جس میں کبریتی ذرات موجود ہوتے ہیں۔ ایک ناسور (sinus) بن جاتا ہے جو شاہی بند ہوتا ہے، بلکہ مسلسل منفتح (کھلا) رہتا ہے اور اس کے اندر سے خفیف سا اخراج نکلتا رہتا ہے۔ اس امر کی شہادت موجود ہے کہ ان حالتوں میں مرض کا طفیلیہ کسی بوسیدہ دانت میں سے داخل ہو گیا ہے۔ ممکن ہے کہ رسولی جیڑے کے جرم کے اندر رہنے اور بڑی کو پھیلا دے۔ جب حملہ مرض اوپر کے جیڑے میں سے ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کال یا کینٹی میں رسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں، اور طبعوم کے ذریعہ سے کھوپری کے قاعدے یا واسطہ (mediastinum) میں مرض کا پھیل جانا ایک ایسا امکان ہے جسکی وجہ سے اوپر کے جیڑے کی ماؤفیت نیچے کے جیڑے کی ماؤفیت کے نسبت زیادہ خطرناک سمجھا جاتی ہے (esophagus) کے پھج جمانے سے وائرل خراج (mediastinal abscesses) یا تارکلی فقرات (erosion of vertebrae) پیدا ہو گیا ہے۔

معدی شعاع فطریہ (intestinal actinomycosis) میں جو بیشتر اوقات آئور (caecum) اور زائدہ دودھیہ (appendix) کو ماؤف کرتی ہے فتنے

کریں جس میں فطر موجود ہو۔ نیز ممکن ہے کہ عضو یہ کالہنباہی راستہ بھی سمیٹے سے آگے ڈیڈ فورم میں سے گزرتا ہو اعظم کے اندر یا ڈیڈ فورم کے پیچھے عضلہ خصریہ (psosas) اور عضلہ رفیہ (iliacus) ایک یا ایسوں کے درمیان ہوتا ہو اس سطح سیریز تک پھیل جائے۔ اس قسم کی ایک حالت میں جسے پرنگل (Pringle) نے درست کیا ہے اور جس میں جلد ثانوی طور پر ماؤف ہو گئی تھی، کثرت سینہ پر بڑی بڑی لمبی اسار کو مانا (لحم سلہ نما) بالید میں موجود تھیں جو حتی دار، گلابی سرخ اور زرد رنگ کی تھیں۔ یہ بالیدیں نہایت پتلی جلد سے ڈھکی ہوئی تھیں اور ان میں چھوٹے چھوٹے تقریقی فتحے موجود تھے جن کے اندر سے ایک چکنائی سال رستہ نکلتا تھا۔ ان میں ایک دوسری سیال بھرا ہوا انتھاجنس میں شعاع فطری ذرات موجود تھے۔ یہ اعمالی عموماً نہایت آہستہ آہستہ واقع ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ساتھ مختلف حالتوں میں مختلف مقداروں میں تپ ہوتی ہے جلد کی اولی سرایت نہایت شاذ ہوتی ہے۔ شعاع فطریدہ وراپا (madura foot) کی سفید قسموں میں سے ایک قسم کا سبب ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 143)۔

نسوانی تناسلی خطہ کی راہ سے بھی سرایت کا واقع ہونا غیر قویم ہے جس میں مرض کی توسیع بیضین اور فلوپس انوبات میں ہو گئی۔

تشخیص۔ اس مرض کی تشخیص کا خیال ایسے متعلّب اضرار سے پیدا

ہو سکتا ہے جو تقریباً غیر مؤلم اور آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہوں، لیکن جیکے گردش کی بافت جس کرنے پر ایک خاص چوٹی مزاحمت (wooden resistance) پٹل کرتی ہو۔ مرض کی یقینی شناخت صرف ایہ وقت ہو سکتی ہے جبکہ پیپ کے اندر یا انہوں کی آریجہ دار سطح پر یا تناسلی اور تارور سے میں کبریجی ذرات موجود ہوں۔ ان کو تلاش کرنے میں کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے۔ پیپ کے چند قطرے لیکر انھیں ایک استحانی ٹی میں جو پانی سے آدھی بھری ہوئی ہو ڈالٹ لگا کر زور سے ہلایا جائے اور پھر ٹی کو روشنی کے سامنے رکھ کر دیکھا جائے تو ذرات نظر آجائیں گے۔ پھر ان میں سے ایک تڑہ کو مشربو پر رکھ کر اسے ایک شیشہ محافظ سے آہستہ سے دبا کر پگل لیا جاتا ہے۔ اب (خود بین کی) ادنی طاقت سے میگز مشع (شعاعوں کی طرح پھیلتی)

والی) ساخت نظر آجائے گی۔ اب ذرہ کو اور زیادہ دبا کر کھینچنے سے ممکن ہے کہ فطری رمال کے پرشک (mycelial filaments) بھی نظر آجائیں۔ یہ طریقہ گرم سے کسی مائع پر تیز اندازہ طور پر رنگ قبول کرتے ہیں۔ بالآخر عضو سے کی اچھو پاش کا ٹیسٹ (anaerobic cultures) تیار کر لینی چاہئیں۔ دماغ کی شعاع فطريت کی شناخت دخر قطنی (lumbar puncture) کے ذریعہ کی گئی ہے، کیونکہ دماغی تنخائی سیال میں کے نقل (دورہ) کے اندر خردبین سے فطر شناخت کر لیا جاتا ہے۔

انذار۔ ان دس مریضوں میں سے جن میں چہرہ یا گردن ماؤن ہوئی تھی تو کو شفا ہو گئی، لیکن صدی اور شکی شعاع فطريت کی حالتوں میں انذار بڑا ہوتا ہے۔
(Colebrook)

علاج۔ اگر ممکن ہو تو پہلے جراحی تدابیر اختیار کی جائیں اور رموپلو

کے اندر متعدد دھکاف دیکر اریک داسطوں کو بجائے ایک تیز بجرف (curette) سے کھرپنے کے جس سے گرد و پیش کی تندرست بافت مجروح ہو جاتی ہے پسندیدہ تریہ ہے کہ خشک گلاز کے پٹھاروں (gauze swabs) سے رگڑ کر خوب صاف کر دیا جائے۔ شعاع فطريت کے علاج میں پوٹاشیم آئیوڈائیڈ نہایت قوی اثر رکھتا ہے اور اس کے استعمال سے نہایت حیرتناک نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اسے روزانہ دو، تین، یا چار ڈرامہ کی حد تک دینا چاہئے، اور دو یا تین خوراکوں میں یا زیادہ فاصلوں سے دینے کے بجائے بہتر یہ ہے کہ اسے چوبیس گھنٹوں میں دو یا تین گھنٹوں کے مختصر فاصلوں سے دیا جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 120)۔ جدرینات (vaccines) اور آرسینو بنیزال (arseno-benzol) دوسری ادویہ ہیں جنکا استعمال کیا گیا ہے۔ عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) بھی مفید ہوتا ہے۔

مذور اپا

(MADURA FOOT)

یہ مرض بوجہ ہندوستان کا فطری مرض ہے، دنیا کے متعدد حصوں میں ہوتا ہے، لیکن زیادہ خاص طور پر عمارینی حصوں میں پایا جاتا ہے۔

یہ پاؤں کے اندر ایک قسم کے فطریات غزلیہ یا جال دار فطرات (hyphomycetæ) یا محفظی فطرات (ascomycetæ) کے داخل ہوجانے اور ازاں بعد ہاں اس کی بالیدگی واقع ہوجانے کے باعث ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مقام ماؤف پر راسکی بافت (granulation tissue) پیدا ہوجاتی ہے، نتیجہ واقع ہوتا ہے اور نرم جیسے بلکہ ہڈیاں تک تلف ہوجاتی ہیں۔ ابتداً مرض میں جلد ہی نائو بکر سطح پر کھٹکتے ہیں، جگے اندر سے پیپ اور ذرات (sclerotia) (صلابت) خارج ہوتے رہتے ہیں، جو مرض کی قسم کے لحاظ سے یا تو سیاہ اور گہرے بھورے یا سفید یا زردی مائل سفید رنگ کے ہوتے ہیں۔ ذرات جسامت میں ایک الپین کے برابریں، عطر کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں، اور نساخدار فطری جال کے دعاگوں کے قودوں پر مشتمل ہوتے ہیں، اور یہ دعا گے اکثر ایک شعاعی ترتیب رکھتے ہیں۔ اس فطر کی کئی انواع بیان کی گئی ہیں۔ سب سے زیادہ معروف مدورۃ فطر سکعی (madurella mycetomi) یا مدورانی سنجی شعریہ (streptothrix madura) ہے، جس کے ذرات سیاہ یا گہرے بھورے رنگ کے اور قطر میں ۲۵ تا ۱۰۰ میٹر ہوتے ہیں۔ سپید قسموں میں سے ایک قسم درحقیقت شعاع فطرت کی ہے، اور اسکی فطر کے باعث ہوتی ہے۔ ایک تیشلی حالت سے حاصل شدہ سنجی شعریہ (ایمرٹو ٹھیکر کس) کی قطعیم بسند رہیں کرنے سے یہ مرض تجربہ بندروں کے پاؤں میں پھر پیدا کر لیا گیا ہے۔ انسان میں پاؤں تو نرم ہوجاتا ہے، بعضی محراب (plantar arch) پر ہو کر تختہ ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پاؤں کی انگلیاں زمین سے اٹلی ہوئی

حوالی ہوتا ہے۔ جلد سیاہ پڑ جاتی ہے اور سطح پر کثیر تعداد گرہیں اور فتحے ظاہر ہو جاتے ہیں جو کم یا سے کم اور زخموں خارج ہوتے ہیں۔ یہ فتحات گہرے داخل ہونے والے ناسوروں میں پہنچاتے ہیں۔

فصلی اوقات کے جسمی اسی طرح ماؤف ہو جاتا ہے، لیکن باستانہ شمع طری قسم کے یہ مرض بھی ہوتا ہے۔ علاج صرف یہی ہیں کہ ابتدائی درجہ میں بافت کا استئصال (excision) کر دیا جائے، یا جب مرض وسیع ہو تو عمل ہتر (amputation) کے ذریعہ پاؤں کاٹ دیا جائے۔

بذر شمریت (SPOROTRICHOSIS)

مرض کی اس قسم میں جلد پر کسی زخم یا کٹیر سے کئی راہ سے فطرت غزل کے بیٹے جالدار فطرت (hyphomycetes) کے فصل کے ایک عضو سے، (جو بیوٹورمانائی بذر شمریت sporotrichum beaurmanni کے نام سے مشہور ہے) اسرایت زدہ ہو جاتی ہے۔ یہ مرض پاکستان میں اکثر نہیں پایا جاتا۔ ابتداً یہ مرض اس میں امریکہ میں بیان کیا گیا اور اس کا کثرت کی وارداتیں فرانس اور یورپ کے دوسرے حصوں میں، نیز برازیل میں مگر اور سیلون میں ہوئی ہیں۔

عزلات کے ایک یا دو حصے بعد متعدد پھنسیاں یا چھوٹے چھوٹے اور دم بازو کے طور پر نکلیں گے۔ ان کے ذریعے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ یہ جلد اور سخت الجھدی بافت کے ذریعے سے لگ بھگ کثرت کی حساسیت تک کی سخت ٹھکانا کر کہیں بنا دیتے ہیں، اور اکثر زخم اور شمریت ہو جاتے ہیں! چھوٹے بنا دیتے ہیں۔ یہ محلی جھلیوں، عضلات، مناسل، بیج (epididymis) اور گرد و معبر میں بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ عموماً بعض قدر کو کانوں میں ہوتا ہے اور دم کے شمریت یا نڈرل کر کہوں سے قریبی مشابہت قائم کرتے ہیں اور کثرت کے ذریعہ کثرت کی شجاعت نامکں ہو جاتے ہیں۔

سے دیکھنے پر یہ گریب آری کی سلعی بافت (granulomatous tissue) پر مشتمل ہوتی ہے، جس میں سرحد آسا خلیے، حفرتی خلیے، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے، اور بندروں کے گروہ موجود ہوتے ہیں۔ مناسب دسائٹ پر کاشت کرنے سے فطری جال کی ایک نمد سے جیسی بناوٹ مع بندروں کے حاصل ہو سکتی ہے۔

عام صحت کم متاثر ہوتی ہے۔ لیکن اگر مقامی اضرار کا علاج نہ کیا جائے تو وہ طویل المدت ثابت ہوتے ہیں۔

144

علاج۔ پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے ذریعہ علاج کرنے سے مرض جلد متاثر ہوتا ہے۔ اس دو اکو روزانہ ایک ڈرام سے کم نہیں دینا چاہئے، اور مقامی اضرار کا تکثیف (مرہم جلی) ایک محلول سے کرنا چاہئے، جس میں آیوڈین احصہ پوٹاسیم آیوڈائیڈ ۱۰ حصے، اور پانی ۵۰۰ حصے شامل ہوں۔

اسفرجلوسیت

(ASPERGILLOSIS)

ایک اور فطر جو انسان میں خطرناک مرض پیدا کر سکتا ہے، مدخنی اسفرجلوس (*aspergillus fumigatus*) ہے جو مختلف فطرات (*ascomycetes*) کے قبیلہ سے تعلق رکھتا ہے۔ یہ بچیسپٹروں کے اندر بالیدگی حاصل کر کے متجہن (*caseating*) اور متفج (*suppurative*) اضرار پیدا کر سکتا ہے۔ یہ مرض ایک شاذ حالت کے طور پر کبوتروں کو غذا کھلانے والوں میں اس وجہ سے پیدا ہو سکتا ہے کہ یہ فطر اس بیج یا دانہ کے اندر موجود ہو تاکہ جسے غذا کھلانے والا اپنے منہ کے اندر رکھتا اور پھر کبوتر کے منہ میں منتقل کر دیتا ہے۔ یہ اضرار تدریج کے اضرار کی طرح ہوتے ہیں، اور ان میں رفتار ترقی اور بافتوں کی مزاحمت کے لحاظ سے کہنے، یعنی تغیرات، یا نفاخ (*emphysema*) پایا جاتا ہے۔ اور علامات مرض پیر (*dyspnoea*)، ناگہانی

نفث (expectoration) اور نفث الدم (haemoptysis) ہوتے ہیں۔ یہ نظر جسم کے دوسرے حصوں میں نہیں پھیلتا، اور ممکن ہے کہ شفایابی خود بخود واقع ہو جائے۔ بعض اوقات اس سفر جلوس آنکھ، کان اور ناک کے اندر زخموں اور قروح پر جلد پر (مرض پینٹا pinta کے بعض اقسام) اور پاؤں کی بافتوں میں (مدور اپاکی ایک قسم) باییدگی حاصل کرتا ہے۔

تب موش گزیدگی (چوہے کاٹے کا بخار)

(RAT-BITE FEVER)

(حمی لدغ الفار)

یہ مرض جو چین اور جاپان میں ہوتا ہے، ان جہاں وہ سوکوڈو (sokodu) اور سوکوشو (sokosho) کے ناموں سے موسوم ہے، حال ہی میں سلطنت متحدہ، امریکہ، اٹلی، فرانس، اور ہسپانیہ میں شناخت کیا گیا ہے۔ یہ مرض سرایت زد و چوہے کے کاٹنے (لدغ) سے منتقل ہوتا ہے اور سفید نیولے (ferret) یا بلی کے کاٹنے کے بعد بھی ہو جاتا ہے۔ کاٹنے کے بعد زخم طبعی طور پر مندمل ہو جاتا ہے، لیکن چھ یا آٹھ ہفتوں کے زمانہ حضانت کے بعد اس زخم میں درد پیدا ہو جاتا ہے، ٹانف جیسے متورم ہو جاتے ہیں اس پاس آبلے بن جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد تقریح اور اغشاش (sloughing) بھی واقع ہو جائے۔ اس کے ساتھ ہی مریض کو درد سر، قشریہ، متلی اور تھکے، اور بعض اوقات حلق میں خراش ہو جاتی ہے اور آواز بیٹھ جاتی ہے۔ تبش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی اور عموماً چار دن تک مسلسل بلند رہتی ہے لیکن یہ عرصہ بارہ دن کا طول کھینچ سکتا ہے جس کے بعد تبش کم ہو کر طبعی درجہ پر آ جاتی ہے۔ اکثر جسم بھرے اور جوارح پر ایک احمراری ثور ان پکٹیوں کی صورت میں پیدا ہوتا ہے (حمی احمر = erythema exudativum)۔ ممکن ہے کہ لمفی غدود متورم ہو جائیں، اور کثرت خلیاتہ مریض

(leucocytosis) یہاں تک ہو کہ ان کی تعداد انیس ہزار تک پہنچ جائے، لیکن حوالہ کی کلانی نہیں ہوتی تو اسے نیکر سات، یا آٹھ دن کے وقفے کے بعد تب کا دوسرا حملہ پہلے حملہ کی طرح ہوتا ہے اور تب کے یہ حملے کئی ہفتوں تک کر رہتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ ہفتوں اور برسوں تک ہوتے رہیں۔ تشخیص کی تصدیق اس طرح کی جاسکتی ہے کہ ایک متورم لمفی غدہ کے اندر عقیقہ مائع (sterile saline) کا اشرب کر کے پھر اس میں سے کچھ غدہ تیار کر کے لکڑی کا استعمال کیا جائے ممکن ہے کہ تاریک پس منظری تصویر (dark-ground illumination) سے اس میں مرغولے (spirilla) دکھائی دیں۔ یہ عضو، جسے پہلے ایک بیج کوہ (spirochate) خیال کیا جاتا تھا، اب اسپائرل مائینس (spirillum minus) (مرغولچہ) موسش گزیدی (S. morsusauris) کے نام سے مشہور ہے۔ کہتے ہیں کہ اس مرض میں شرح اموات ۱۰ فیصدی ہے۔ آرسینو بینزال (arseno-benzol) یا نوواریسینو بینزال (novarseno benzol) کا استعمال دریدی راہ سے کیا جائے تو اب دو گون کا اس مرض پر ایک نوعی اثر (مخصوص طور پر شفا بخش اثر) ہوتا ہے۔ اکثر اوقات نوواریسینو بینزال کی ۷۰ گرام کا ایک اشرب کافی ہوتا ہے۔ اگر ضروری ہو تو اسے چند روز کے فاصلہ سے کر دیا جاسکتا ہے۔

حمی ناکسہ یا تپ راجعہ

(RELAPSING FEVER)

(Febris recurrens; spirochaetosis recurrens)

تپ راجعہ ایک نوعی متغی مرض ہے، جو عموماً دباؤ کی صورت میں ہوتا ہے اور کسی طبع (rash) سے ہمیشہ نہیں ہوتا (یعنی اس میں جلد پر کسی قسم کے دانے نہیں نکلتے) بلکہ یہ ایک مختصر عرصہ کا تپ ہوتا ہے جو چھ یا سات دن میں یکایک ختم ہو کر تقریباً ایک ہفتہ کے وقفہ کے بعد اسی نوعیت کے ایک انگس (relapse) سے متاثر ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ تب راجعہ کا طہر عمر میں اور دونوں صفوں میں ہو سکتا ہے، اگر تھوڑے کم عمر میں نسبت زیادہ تعداد میں (دو کے مقابلہ میں تین) ہوئے ہیں، جراثیم کی وجہ سے بائیں سالہا سال پہلے ہوئی ہیں، لیکن اب یہ جراثیم کہ طحیوں کے ذریعہ ہمارے لئے لایا گیا ہو، یہاں شاذ ہی دیکھا جاتا ہے۔ لیکن یہ ہندوستان، روس اور امریکہ میں ہوتا ہے۔ اگر تھوڑے کم عمر میں اس مرض کی ایک خاص قسم ہوتی ہے (سینچے طحی طہر ہو)۔

یورپ کی تب راجعہ کا وقت مخصوص ایک بیج خیطیہ (spironema) ہے جسے پہلے اور برسر (Obermaier) نے ۱۸۸۲ء میں خون کے اندر دریافت کیا اور وہ بیج خیطیہ اور برسر (spironema obermaieri) ایک خیطیہ راجعہ (S. recurrentis) کے نام سے موسوم ہے۔ پہلے خیال کیا جاتا تھا کہ مختلف حصوں میں اس مرض کی مختلف پیرزائی قسمیں پیدا کرنے والے مخصوص خیطیاتی کھانے سے جدا کئے ہوئے ہیں، لیکن حال اسکا نہیں ہوتا۔ بیج خیطیہ راجعہ، جیسا کہ عموماً نظر آتا ہے، ایک نہایت باریک دھانکا ہوا ہے جس کا طول ۱۶ ملکر سے ۲۰ ملکر در عرض ملکر ہوتا ہے۔ وہ اولیٰ طور پر فولاد پر چڑھنے پر بیج ہوتا ہے اور ہمیشہ ایک تدریجی یا تازیانہ حرکت کرتا رہتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی خیطیہ ایک دوسرے سے جڑ کر تو دے (انبار) بنادیں یا وہ جیات دوسرے سے مسفر دے یا بہت سے ملکر ایک بچے نما صورت میں چپک جاتے ہیں۔ خون کے اندر ان کی تعداد اور مرض کے مختلف درجوں میں بدلتی رہتی ہے۔ دوروں کے دوران میں یہ نسبتاً موجود رہتے ہیں اور اکثر اوقات جیسے جیسے تب میں ترقی ہوتی ہے ان کی تعداد کم ہوتی ہے، لیکن بلند ترین بیش کے زمانہ کے قریب اور بحران سے عین پہلے ان کی تعداد میں کمی ہوتی ہے اور اس وقت تک یہ خون سے بالکل غائب ہو چکے ہوتے ہیں اور وہاں تک کہ قریب تک غائب ہی رہتے ہیں۔ اس مرض میں مبتلا ہونے والے خون کی تعمیر سے انسان اور نندردوں میں سرایت پہنچائی گئی ہے۔ سرایت کی حالت کے درمیان سے واقع ہوتی ہے اور ہندوستان، روس، شمالی امریکہ میں اس امر کا اس میں شہادت ملتی ہے کہ یہ بیج خیطیہ جو (lice) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے، اس کے جسم میں سے بھی نکلتے ہیں۔ لیکن ایسی شہادت دستی اور جنوبی

اس کی میٹھیں پانی باقی۔

وسطی افریقہ کی تپ قراوی (tick fever) بھی ایک تپ راجعہ ہے، لیکن اس میں تپ کے عرصے صرف دو یا تین دن تک کے ہوتے ہیں، یعنی وہ بہ نسبت ان عرصوں کے جسکا بیان آگے درج ہے کم مدت کے ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیچ خیطیہ (S. duttoni) کے باعث ہوتا ہے جو ایک شخص سے دوسرے شخص میں قراویار کٹی (ornithodoros moulata = قراویا الطیور) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ سرایت اس وقت ہوتی ہے جبکہ کٹی خون چوستی ہے۔ کیونکہ اس کے جسم کے سرایت زدہ افریڈز کا کچھ حصہ اس کے کانٹے کے مقام پر لٹک جاتا ہے۔ خود کٹی اس انسانی خون کو پینے کی وجہ سے جس میں پیچ خیطیہ موجود ہوتے ہیں، سرایت زدہ ہو جاتی ہے۔ یہ پیچ خیطیہ کٹی کے جسم کے اندر چھوٹے ذرات میں منتقل ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ ذرات کلیوں کے دوسری پشت میں منتقل ہو جائیں۔ بعض حالات کے تحت ممکن ہے کہ یہ ذرات اندر لئے جانے کے تقریباً دس روز بعد پھر پھوٹے پھوٹے پیچ خیطیوں میں تبدیل ہو جائیں اور یہ کٹی کی عمر بھر اسی شکل میں باقی رہنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ خیال کرنے کے لئے درج موجود ہے کہ یہی شکل یا اس سے ملین پہلے کا ذراتی درجہ انسانی موضوع کے لئے نہایت ماری (سرایت رساں) ہے۔ اغلب ہے کہ انسان میں کس پیچ خیطیوں کی ان تازہ فصلوں کے نوکے باعث ہوتا ہے جو پہلا حملہ کرنے والے پیچ خیطیوں سے غالباً طحال میں بنے ہوئے ذرات سے پیدا ہو جاتی ہیں (لشمان)۔ قراوی تپ کی ایرانی قسم پیچ خیطیہ بربری (spironema berberum) کے باعث ہوتی ہے۔ وسطی امریکہ میں پیچ خیطیہ (پیچ خیطیہ وینی زویلیائی = S. venezuelense) کلیوں (O. talaje = قراویا تاجی اور Ornithodoros venezuelensis = قراویا زویلیائی) سے منتقل ہوتا ہے۔ کسی قدر مثال مرکز ذرات پیچ خیطیہ راجعہ (E. recurrentia) کی حالت میں جوں (louse) کے اندر دریافت کی گئی ہے، لیکن اس صورت میں سرایت سوری طور پر اولاد میں منتقل نہیں ہوتی۔

مرضی تشریح - کوئی نوعی یا مستقل ضرر نہیں پایا جاتا، باستثنائے خون

کی اس حالت کے جو پہلے بیان کی گئی ہے۔ کٹانی یافتہ طحال میں جس کے پائے جانے کا امکان بالخصوص اس وقت ہوتا ہے جبکہ موت دوسرے کے دوران میں واقع ہو جائے، بعض اوقات انفارمات (infarctions) اور نسبتاً شاذ حالتوں میں چھوٹے چھوٹے پائے جاتے ہیں۔ عموماً بزرگی بڑا ہوا، سخت، اور خون سے گرا بنا پٹا یا جاتا ہے، لیکن برقیان کی توضیح ہمیشہ جگر کی ساخت کے کسی تغیر سے، یا اس کی قنات کے صریح سد سے نہیں ہوتی۔ لیکن ہے کہ گڑھے نشئی ہوں۔ دوسری امراضیاتی حالتوں کا تذکرہ یہیہ دیوں کے بیان میں کیا گیا ہے۔

علامات اور فحرم۔ زمانہ حضانت دونوں سے لیکر سولہ دن تک مختلف ہوتا ہے

ہے، لیکن اس کو معلوم کرنے کی غرض سے جن حالتوں کا امتحان کیا گیا ان کے بڑے تناسب میں وہ دونوں سے کم پایا گیا۔ تب یکایک جاڑے یا قشعریرہ کے ساتھ شروع ہو کر ازاں بعد جلد ہی صدام جہی (frontal headache) شروع ہو جاتا ہے اور پشت اور جوارح میں درد ہوتا ہے۔ متھوڑے عرصے بعد جاڑے کے بجائے گرمی کا احساس ہونے لگتا ہے، جلد خشک ہو کر تھلنے لگتی ہے اور درد سراور جوارح کے درودوں میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ پیش پیلے دن ۲۵ یا ۳۰ اور جریا اور بھی زیادہ بلند ہو سکتی ہے۔ مریض جلد ہی صاحب فراش ہو جاتا ہے اور اسے شدید تشنگی کے ساتھ عدم اطمینان اور شاید تشنگی اور تشنگی کی شکایت ہو جاتی ہے، چہرہ سرخ ہو کر تھلنا آٹھنا ہے اور زبان پر خرو (fur) کی ایک بولی پیدا ہوتی ہے۔ پیش سلسل بلند رہتی ہے اور شب کے وقت ۱۰، ۵ یا ۱۰۲ درجہ تک پہنچ جاتی ہے اگر صبح کے وقت اکثر ایک درجہ گر جاتی ہے۔

لیکن ہے کہ اس کے ساتھ گاہے گاہے قشعریرہ ہو جاتا ہو، اور بکثرت پسینہ بھی شاذ نہیں۔ نبض تیز، ۱۰۰ سے لیکر ۱۲۰ تک، اور تنفس تیز ہو کر تیس یا اس سے بھی زیادہ ہو جاتے ہیں۔ جوئی موسم سرما میں زیادہ عام ہوتی ہیں اور اس مرض کی دہائیوں بھی سال کے نسبتاً سرد حصوں ہی میں ہوا کرتی ہیں۔ ہندوستان میں موسم گرما کا زمانہ جوڑوں کو ہلاک کر دیتا اور اسی واسطے اس کی دباؤ کوک دیتا ہے جو آئندہ موسم بہار میں پھر شروع ہو جاتی ہے۔ سرایت تپہ راجہ کے مریضوں ہی سے براہ راست برآسانی

واقع ہو جاتی ہے اور ترسوں (تیمار دار عورتوں) اور ماہرین جراثیمات کو یہ مرض تمام جوڑوں کے تلف ہو جانے کے بعد بھی مریضوں کے خون، ابرازات، افشانات، سانس میں کے ریختی قطیروں (droplets of saliva) وغیرہ سے ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں یرقان موجود ہوتا ہے، لیکن یہ اکثر خفیف ہوتا ہے۔ ایسی صورتوں میں بول منہ سے تون ہوتا ہے، لیکن براز کو رنگ (معمولی) ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کبدی اور طحالی خطوں میں ایسیت ہوتی ہے اور جگر اور طحال دونوں بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ بعض اوقات لبوں کا نسل (herpes) خوب نمایاں ہوتا ہے۔

بول نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے اور اس کی مقدار غذائے، اور پسینہ آنے سے متاثر ہوتی ہے۔ تب کے عروج کے زمانہ میں کلورائیڈز (chlorides) کم ہو جاتے ہیں، اور کبھی کبھی البیٹمین کی تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات رقا (epistaxis) (کسیر پھوٹا) ہوتا ہے۔ اگرچہ کوئی تیشلی طبع نہیں ہوتا، تاہم بعض حالتوں میں ایریا ثوراکا دیکھا گیا ہے، جو یا تو کروی اور البین کے سر کی جسامت کے گلابی لکھات (maculae) کا ہوتا ہے یا منشد (petechiae) کا اور ممکن ہے کہ زنی پر پٹیا (purpura haemorrhagica) اور دم بولیت (hematuria) (بول دمی) ہو۔

تقریباً چھ دن تک مالت زیادہ تر ایک جیسی رہتی ہے۔ عموماً مریض کو صرف تھوڑی ہی نیند آتی ہے اسے شدید عضلی درد اور عضلی التهاب درد (arthritic pains) ہوتے ہیں۔ اس کے حواس حوۃ خاندہ کے قریب تک بالکل درست رہتے ہیں۔ مگر بالآخر وہ ہڈیاں میں جھٹکا ہو جاتا ہے۔ بعض دباؤں میں ہڈیاں ایک ابتدائی علامت کے طور پر دیکھا گیا ہے، اور سحالی التهاب دماغ (meningo-encephalitis) کے علامات اور ساتھ ہی عارضی شکل پایا گیا باصفوس وسطی افریقہ والی قسم (قرادی تب = tick fever) میں۔ اس قسم میں التهاب قزحیر (iritis) ایک کثیر الوتوغ پیچیدگی ہے۔ ایسی صورت میں تمام حوی حالات میں اشتداد واقع ہو جاتا ہے، مریض تیز ہو کر ۱۲ تا ۱۴ گھنٹوں تک ہو جاتے ہیں، تپش چند ہی گھنٹوں میں ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴ اور جب تک بلند ہو جاتی ہے۔ چہرہ سرخ ہوتا ہے اور زبان خشک یا پھوڑی ہو جاتی ہے، اور ہڈیاں زیادہ ہو جاتا ہے۔ اور پھر دفعہ سحران واقع ہوتا ہے۔ پسینہ پھوٹنے لگتا ہے اور جلد کی ایک بہت کثرت

اگر سال سے پیش، انقبض اور تنفس پر عمت کم ہو جاتے ہیں۔ چند گھنٹوں میں تپش ۹۸، ۹۹، ۱۰۰
 یا ۱۰۱ درجہ ہو جاتی ہے (لاحظہ ہو شکل ۱۳) انقبض شریا اس سے بھی کم ہوتی ہے، چلدر تڑا اور
 زبان صاف ہوتی ہے، اور مریض کا ہڈیاں رنج ہو جاتا ہے۔ اور بچہ اس کے کہ اسے کڑورفا



شکل ۱۳۔ حی ناکہ میں پیش

میں عجلت سے علاج ہے، ممکن ہے کہ وہ خود کو متبادل اچھا بنائے۔ لیکن جب تپش بہت زیادہ
 ہو جائے (کم ہو جائے) (اور ممکن ہے کہ یہ بارہ گھنٹے میں، اور جو یا ۱۲ درجہ گرے) اور
 اس کے اثرات آئے تو ممکن ہے کہ چند گھنٹوں تک شدید مہوط (collapse) رہے، انھوں
 سے مریضوں میں۔ بعض اوقات بچوں کے ساتھ اتمہال یا رصاف ہوتا ہے۔ اس
 مسئلے کے متناہی نہایت سریع ہوتی ہے۔ تپش، عجلت، الطبعی ہو گئی ہے، طبعی دل
 پر آسانی ہے۔ مریض کو علیٰ ہی شدت کے ساتھ بھوک لگتی ہے اور طاقت اس قدر جلد
 خود کو آتی ہے کہ وہ میں باچاروں میں کھڑا ہو جاتا ہے۔ درحقیقت وہ کامل طور پر
 نقیر (convalescent) معلوم ہوتا ہے، یہاں تک کہ کیک ایک تقریباً چودھویں دن
 پہلے تک کے استقامت سے ایک ہفتہ کے بعد پھر لڑو اور تپ کا حمل ہوتا ہے اور اس کے
 وقت اگر کوئی اور اس کے ساتھ ہو جائے۔ تپ و عجلت ہی بلند ہو جاتی ہے، سر پرست
 اور والدین میں اسے کی اور دہرائے گئے ہیں اور بچوں کی عکاسیت ہو جاتی ہے۔ چند

روز کے بعد پھر دوسرا بحران واقع ہوتا ہے اور کثرت پسینہ اگر تب یکایک موقوف ہو جاتی ہے۔ بعض مریضوں میں دوسرا گس (relapse) ہوتا ہے بلکہ بعضوں میں تیسرا، چوتھا یا پانچواں گس تک واقع ہوتا ہے۔ لیکن اس آخر الذکر قسم کی حالتیں نسبت بہت کم ہوتی ہیں۔ اس کے برعکس بعض مریضوں میں ہرے سے کوئی گس ہوتا ہی نہیں۔ نہایت عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ گس پہلے حملہ کے نسبت کسی قدر کم مدت کا ہوتا ہے اور اوسطاً چار سے پانچ دن تک جاری رہتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ صرف دو یا تین ہی دن کا ہو یا کتر وہ پہلے حملے کے نسبت خفیف تر ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ صرف نبض اور تپش کی خفیف سی زیادتی اور عام ٹھنڈی سے ظاہر ہو۔ لیکن گس زیادہ شدید بھی ہو سکتا ہے بلکہ حقیقتاً یہ ہے کہ دور این گس میں چند موتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں۔ تب راجعہ کے بعد نقیصت اکثر نہایت سست رفتار ہوتی ہے۔ اس ملک میں یہ مرض ٹائفئس یا تپ محرقہ دونوں کے نسبت بہت کم ہلکا ہوا ہے اور اس کی شرح ہلاکت ۴ فیصد ہی ظاہر ہوئی ہے (Murchison) لیکن روس، مصر اور ہندوستان میں شرح ہلاکت ۱۴ اور ۸ فیصد ہوئی ہے۔ موت نہایت عام طور پر پہلے حملہ کے زمانہ عروج میں نمایاں بحران کے بعد فوراً ہی خشکی (ختم قوت) اور مہبوط کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے اور ایسا خامس کر بڑھوں میں ہوتا ہے۔ لیکن بعض دباؤں میں انقطاع البول (suppression of urine) (اسر البول) اور تشنچ، شعبی التهاب (نونیہ)، حریر (پیش) ، التهاب غدہ کفیبہ (parotitis) (کن پھیٹر) موتوں کی تعداد زیادہ کرنے میں مدد ہوئے ہیں۔

پیشہ پید گیاں اور حواقب :- ایک اہم پیچیدگی ذات الریہ

(نونیہ) ہے جو بعض دباؤں میں کثیر الوقوع ہوا ہے اور ممکن ہے کہ موت کا سبب ہو جائے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ذات السنجب (پلیوریسی) بھی ہو، اور شاذ حالتوں میں پھیپھڑوں کی گنگرین پیدا ہو گئی ہے۔ ممکن ہے کہ طحال بہت بڑی جسامت حاصل کر لے اور یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ اس کا انشقاق ہو گیا جس کا نتیجہ ہلکا ہوا۔ بعض اوقات مہمال اور حریر (پیش) شدید شکل میں واقع ہو جاتے ہیں۔ یہ قال غالباً ۱۰ فیصد سے کم حالتوں میں ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ صرف پہلے حملے میں یا صرف گس میں یا دونوں

دوروں (باروں) میں ظاہر ہو۔ جن حالتوں میں وہ ہوتا ہے اُن جیسے بہت سی شدیدہ جگہ ہلک ہوتی ہیں، لیکن بعض بالکل خفیف ہوتی ہیں۔ زیادہ شدیدہ شکلیں میں ممکن ہے کہ اس کے ساتھ شراسینی (epigastric) اور خلی (hypogastric) رختوں میں درد، خون کی قے، البیومین بولیت، نثر فات، ہدیان، کوما اور نفخ (substitus) ہو۔ کبھی کبھی شرجیہ اور ٹانگوں کا اُڈیما پیدا ہو جاتا ہے اور بعض اوقات عقدہ کفیدہ (parotid gland) اور عقدہ تحت الفك (submaxillary gland) متغیب یا متفتح ہو جاتے ہیں۔ بعض دباؤں میں درد (opithalmia) واقع ہوا ہے اور آنکھ کی زیادہ گہری ساختوں میں ہوا۔ اسی وجہ سے التهاب کے بیزنی امارات سے پہلے کورن مشاہدہ میں آئی۔ حاملہ عورتوں میں تقریباً ہمیشہ اسقاط ہو جاتا ہے اور ایسی حالتوں میں ممکن ہے کہ رحم سے نرف کا وقوع خطرناک ہو جائے۔

تشخیص۔ تب کے پہلے دور سے میں میں تشخیص صرف خون کے اندر ہیج خلیہ (spironeme) ملنے سے ہو سکتی ہے اور ہر مشتبہ حالت میں خون کے ایک یا زائد امتحان جس قدر جلد ممکن ہو کرنے چاہئیں۔ دوران دبا میں یکا یک شدیدہ آغاز مرض، دوران کی غیر موجودگی، جوارح میں شدیدہ درد، اور یرقان جبکہ وہ موجود ہو، میر (علامت) ہوتے ہیں۔ لیکن انفرادی دار داتوں میں ممکن ہے کہ یہ مرض ٹائفس، تپ محرقہ، جھک، رشیتہ (رد ماہیڑم)، یا ذات الریہ (نمونہ) کے ساتھ اور مداری مالک میں تشنتر لیریائی تپ (remittent malarial fever) یا تپ زرد (yellow fever) کے ساتھ غلط ملط ہو جائے۔ دوران کی غیر موجودگی کی وجہ سے ٹائفس اور جھک کو جلد ہی خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ دوسری حالتوں میں ممکن ہے کہ بھجان کے واقع ہونے تک تشخیص مشکل ہو۔ ممکن ہے کہ اس وقت بھی غنی نمونہ مرض کا سبب خیال کیا جائے، یہاں تک کہ ایک ہفتہ کے بعد گس کا وقوع سبب مرض کو صاف ظاہر کر دے۔ شرج چہرہ، سفیدہ فردہ زبان، پسینہ اور شدیدہ دردوں کی وجہ سے اکثر حاد رشیتہ (acute rheumatism) سے عمومی مشابہت ہوتی ہے، لیکن عضلات میں درد کی موجودگی اور مفاصل میں درم کی غیر موجودگی سے غلطی کے ارتکاب کا سدباب ہو جانا چاہئے۔

شکر مرہ۔ جھوٹوں اور بکلیوں (قراو) کا تلف کرنا نہایت اہم امر ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۸)۔

آرسینو بینزال (arseno-benzol) یا نوو آرسینو بینزال (novarseno-benzol) کا استعمال پیچ خیطیہ (اسپائرٹو نیم) پر ایک نوعی عمل رکھتا ہے اور مریض کی حالت میں فوری اصلاح پیدا کرتا ہے۔ عضویہ خون سے جلد غائب ہو جاتے ہیں اور تپ کم ہو جاتی ہے۔ تپ راجہ کی تشخیص ہوتے ہی اس دوا کو دریدی راہ سے دینا چاہئے، لیکن اگر اسے غیر محوی زمانہ میں دیا جاتا ہے تو صریحاً غیر مفید ہوتی ہے۔ نوو آرسینو بینزال کے ۵۱۱ گرام کی مقدار اکثر کافی ہوتی ہے۔ آرسینو بینزال کے مرکبات سے علاج کے بعد عکس نہایت ہی شاذ ہوتا ہے۔

ملاوہ از یہ مریض کا علاج دوسری تپوں کی طرح کرنا چاہئے۔ تپ بہت زیادہ ہو تو نیم گرم پانی سے بدن کو اسفنج کرنے، یا تیز چادروں میں لپیٹ دینے (تلف بسلول) سے عارضی آرام حاصل ہوگا اور دوسرے علاج سرد دلا سقوں (cold applications) (تھنڈی بیٹیوں) سے کیا جاسکتا ہے۔ اس کے برعکس اگر جگر اور طحال کی آپریت زیادہ ہو تو نمکیدات (fomentations) سے آرام پہنچتا ہے۔ بحرآن کے شدید سیزم میں مریض کو حتی الامکان خشک رکھنا چاہئے۔ اور ہبوط کے رجحان کا تدارک مزید اوڑھنے کے کپڑوں، گرم بوتلوں اور سہل الاقشائیات (diffusible stimulants) سے کرنا چاہئے۔ فٹل قلب کے لئے ڈیجیٹالس (digitalis) کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔

ریگ گنسی تپ

(SAND-FLY FEVER)

قلیبا ئی تپ (phlebotomus fever)

تپ سہ روزہ (three days' fever)

یہ ایک مختصر تپ ہے جو گرم آب و ہواؤں (ہندوستان، اطالیہ، جنوبی آسٹریا)

مطلوبہ ہوتا ہے اور یقین کیا جاتا ہے کہ ایک مجموعی کسی کے کاٹنے سے پیدا ہوا جاتی ہے۔
 سے ریگ کس (sandfly) یا فلیبوٹومس پاپاٹاسی (phlebotomus papatasi) کے ہیں۔
 یہ جانور کاٹتا ہے کہ یہ کھیاں اپنے ٹپو کے سے ایک عضو یہ منتقل کر دیتی ہیں، لیکن اسکی
 شناخت ایک طبی طریق سے ہی ممکن ہے۔ اس میں اداں کرنا اور خزاں کے مہینوں میں سب سے زیادہ
 جانتا ہے۔ جبکہ ریگ کس کی شناخت کثیر انداز ہوتی ہیں۔

۱. زلزلہ، حفاظت میں سے یا مسات دن ہوتا ہے۔ آغاز میں ناگہانی ہوتا
 ہے جسکے ساتھ درد مگر آنکھوں کے نیچے شدید درد، تب عدم اشتہا اور خفیف سردی
 کا احساس ہوتا ہے (لیکن عموماً قشریہ اور زرد نہیں ہوتا)، اور کمر اور جوارح میں
 مستر درد (aching pains) ہوتے ہیں، بالخصوص عضلات میں۔ مصلحتات مشرب
 (injected) ہوتے ہیں۔ چہرہ سرخ ہوتا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ التهاب بلعوم
 (pharyngitis) یا التهاب لوزین (tonsillitis) سے بھی فائدہ
 ہوتا ہے اور جب سے ایک نمایاں خاصہ ہوتا ہے ریگ کسی تپ کے نشیبت زیادہ
 سے زیادہ نمایاں کی دلائل ہے۔ رُخاف (نکسیر ٹھوسا) غیر عام ہے اور عموماً ابتدائی
 میں اور آذان بعد بعض اوقات اہمال ہوتا ہے۔ پیش ۱۰ اور ۱۰۰ درجوں کے درجہ
 تک گرمی ہو کر تھریا دو دن تک مسلسل بلند رہتی ہے اور تیسرے دن کے اختتام کے
 وقت عموماً لمبی درجہ تک آچکی ہوتی ہے۔ شرح بعض میں زیادتی پیش کے تناسب
 سے کم ہوتی۔ بلند ترین پیش کے ساتھ ممکن ہے کہ مضمضہ آنتی کے پیچے ہو اور شاذ
 ہی کی صورت۔ اسے زائد ہوتی ہے۔ خون میں قلت غلیظت مینا (leucopenia) کے
 ساتھ ساتھ توانائی سیدھ غلیظوں کی خفیف امتدائی زیادتی پائی جاتی ہے۔ کھجی کے چھوڑے
 سے تشاؤات اور کسے شرح لکھنے یا نسبت بڑی تھوری درجہ شیش (papular
 infiltrations) ہوتی ہیں۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ ان اشخاص میں ریگ کسی تپ کے
 عمل کے بعد کھان سے جو ریگ کس کے کاٹنے پر نمایاں جلدی قتالی ظاہر کرتے ہیں
 اس وقت کے پیش سے اکثر اوقات ان مریضوں میں ہونے میں جن میں علامت کسی کے کاٹنے
 کی کوئی علامت نہیں ظاہر ہوتی۔
 اندازہ ہے کہ اس سے مراد ہے لیکن یہ کہ قلت الدم لا غسری، یا

عصبی ہنک (neurasthenia) کی وجہ سے فقہیت میں تاخیر ہو جائے۔ یہ مرض مناعت پیدا کر دیتا ہے، لیکن کس واقعہ ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ریگ گھسی تپ طیر یا اور نگرے بخار یا ہڈی توڑ بخار (dengue) سے غلط ملط ہو سکتی ہے۔ نگرے بخار میں درد بالخصوص جوڑوں میں ہوتے ہیں۔ طیریائی سرایتوں میں تپش بلا کونین کے بھی ریگ گھسی تپ کے نسبت بہت زیادہ سرعت کے ساتھ کم ہو جاتی ہے، مگر ریگ گھسی تپ طبعی درجہ تک پہنچنے میں ہمیشہ چوبیس سے اسی گھنٹے تک لیتی ہے۔

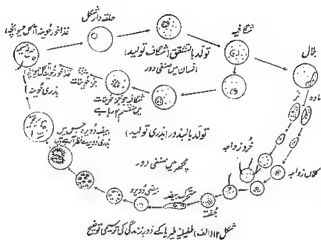
علاج۔ ریفین کو بستر میں آرام لینا چاہئے اور ایک مالح مسہل

(saline purgative) لینا چاہئے۔ بیشتر مصنفین کی رائے ہے کہ ٹینچر ادپائی (tinct. opii) (دس قطرے) ہی صرف ایک ایسی دوا ہے جو درد سر رفع کرنے میں کارگر ہوتی ہے۔ گس گزیدہ مقامات پر ٹینچر آف آیوڈین لگا دینا چاہئے تاکہ ثانوی سرایت نہ جوئے پاسے۔

طیریائی حمیات

(MALARIAL FEVERS)

بالخصوص دلدلی اسلڈع میں، لیکن مخصوص خصوصیات رکھنے والے دوسرے مقامات میں بھی بعض امراض مقامی طور پر واقع ہوتے ہیں، جنہیں ان کے سریر یا قیاس خاصوں کی بنا پر متوقف (وقف دار) (intermittent) یا متصرف (remittent) حمیات اور ان کے منبع کے لحاظ سے طیریائی (malarial) اجمی یا اجالی (paludal) اور دلدلی تپ (marsh fever) کہتے ہیں۔ پہلے نقطہ طیر یا (یعنی خراب ہوا) (virus) یا سرایت رساں مائل کو ظاہر کرنے کے لئے بھی استعمال کیا جاتا تھا، لیکن یہ اس وقت تھا جبکہ یہ معلوم نہ تھا کہ سرایت رساں مائل ایک عضو یہ ہے جو موسمی حمیات پر عمل آور ہوتا ہے۔



اور محضوں کے ذریعہ ایک انسان سے دوسرے انسان میں منتقل ہوتا ہے۔ صریحاً اب یہ ایک نکتہ نام ہے۔

اس مرض کی خفیف، ترجیحاً جو بیشتر معتدل ممالک میں ہوتی ہیں، متوقف حیات (intermittent fevers) ہیں (جنہیں انگلستان میں تپ فوبیہ = ague) کہتے ہیں، ان کی یہ خصوصیت ہوتی ہے کہ ان میں توئی حملے وقتاً فوقتاً ظہور پاتے رہتے ہیں اور درمیانی وقفوں میں صحت متقابلہ بہتر ہوتی ہے۔ یہ حملے چند گھنٹوں تک جاری رہتے ہیں اور ایک دن پھر ذکر دوسرے دن ٹکر ہوتے ہیں (تپ ثلاثی = tertian fever) یا تجارتی جس میں دوسرا علاءات کے تیسرے دن ہوتا ہے) یا ہر تیسرے دن ہوتے ہیں (تپ رابع = quarten fever) یا چوتھیا (اور ہر حملے یا باری کے بعد پیش کا زائل ہو جاتا وہ وقفہ (intermission) ہے جس سے ایسی تپوں کا نام (متوقف حیات یا وقفہ دار تپ) ماخوذ ہے۔ تپ ثلاثی یا تجارتی معتدل آب و ہواؤں میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ تپ رابع یا چوتھیا سب سے زیادہ قلیل الوقوع قسم ہے لیکن یہ اٹلی، افریقہ اور ہندوستان کے بعض حصوں میں عام ہے۔ معتدل منطقہ کے زیادہ گرم حصوں میں اور مداری ممالک میں یہ حملے اپنے وقوع میں اکثر زیادہ بے قاعدہ اور زیادہ طویل المددت ہوتے ہیں، اور ان کے درمیانی وقفے زیادہ مختصر ہوتے ہیں یا حلوں کے درمیان میں پیش درجہ قطعی پر نہیں پہنچتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تپ متوقف (intermittent) ہونے کے بجائے صرف متفتر (remittent) ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 21)۔ یہ تپ ہمیشہ اتنی بلند رہتی ہے کہ تپ مسلسل (continuous) رہتی ہے۔ سادہ متوقف قسم کے نسبت یہ قسمیں زیادہ شدید ہوتی ہیں، اور اطالیہ کے صیفی خریفی حیات (estivo-autumnal fevers) اور مداریں کی تحت الرابع (subtertian)، متفتر (remittent)، مسلسل (continuous) اور خبیث (malignant) قسمیں انہیں پر منتقل ہیں۔

سبب اسباب۔ یہ حیات ایک یا زائد دقیق عضویوں کے عمل کی وجہ سے

ہوتے ہیں، جو مریخ حیات کے اندر مشمول ہوتے ہیں، اور یہ عضو سے ایک انسان سے

دوسرے انسان میں پھرتوں کی بعض قسموں کے ذریعہ سے منتقل ہوتے ہیں جو جنس *Anopheles* سے تعلق رکھتے ہیں جنکے جسموں کے اندر عضو سے اپنے نوک کا ایک درجہ ملے کرتے ہیں۔ چنانچہ طیریاتی پتوں کی تنبیہ کی توضیح بڑی حد تک مچھر کی سرگزشت حیات سے ہوتی ہے۔ جہاں مچھر پیدا ہونے اور پھل پھول سکتے ہیں اور جہاں ان کے مروت (*larvae*) کی بانیہ گی کے لئے مصلحتی پانی میسر ہو وہاں طیر یا ہو سکتا ہے۔ جہاں پھر انہ سے بچے نہیں پیدا کر سکتے وہاں طیر یا نہیں ہوگا۔ مچھر پیدا کرنے والے ممالک یا اضلاع میں بھی وہ لوگ جو خود کو اس کیڑے دچھر کے کاٹنے سے محفوظ رکھ سکتے ہیں اس مرض سے محفوظ رہتے ہیں۔ اس سے پہلے کہ طیر یا کسی ضلع میں ایک مقامی مرض (*endemic*) بن سکے، انا فیلز مچھر کی موجودگی کے علاوہ ایک اور شرط بھی ہے جس کا پورا ہونا ضروری ہے۔ مچھر انھیں انسان کا خون چوسنے سے سراسیمہ نہ ہوتا ہے جو طفیلیات طیر یا کے حامل (*carriers*) ہوتے ہیں۔ لہذا انا فیلز انسان کا حامل موجود نہ ہونے طیر یا نہیں ہو سکتا۔

اگرچہ یہ مرض مداری ممالک سے مخصوص نہیں (اور فی الحقیقت اس کا غلبہ ایک زمانہ میں انگلستان میں بھی تھا) تاہم ان مقامات میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے جہاں کوہ ہوائی کی تپش بلند ہو مثلاً یہ ۶۳ درجہ شمال اور ۵۰ درجہ جنوب کے عرض البلد (*latitude*) کے اندر محدود ہوتا ہے۔ اس ملک میں یہ مرض اب بھی تھینٹ (*Thant*) اور آئل آف گرین (*Isle of Grain*) میں کم و بیش موجود ہے۔

انگلستان کے وہ حصے جہاں پہلے یہ مرض ہوا کرتا تھا کینٹ (*Kent*) اور ایسیکس (*Essex*) میں دریا ئے ٹیمس (*Thames*) کے ساحل مالدور کیمبرج شائر اور لیکن شائر کے دلدلی اضلاع تھے۔ اگرچہ یہ سب نشیبی اضلاع ہیں اور گوگھا سے پانی کے دلدل اس کے وقوع کے لئے اسی طرح مدد و موزوں ہوتے ہیں جس طرح کہ تازہ پانی والے رقبے، تاہم دنیا کے بعض حصوں میں طیر یا بلند کیوں پر بھی واقع ہونگے جیسے کہ مثلاً آپینیس نائرس (*Apennines*) میں سطح سمندر سے ۱۱۰۰ فٹ بلندی پر، پیرینیئس (*Pyrenees*) میں ۵۰۰۰ فٹ بلندی پر اور پیرو (*Peru*) میں ۱۱۰۰۰ فٹ بلندی پر۔ کوئی قوم اس سے کلی طور پر شنج نہیں، اگرچہ معلوم ہوتا ہے کہ سفید نام (گورے آدمیوں کے نسبت حبشی درنگی) اس سے کم حس پذیر ہوتے ہیں۔ یہ مرض

ہر عمر میں لاحق ہو سکتا ہے۔ وہ اشخاص جبکی صحت خراب ہو، اس مرض میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتے ہیں، نیز وہ جو مٹی، بیت، بارود اثرات، یا آفتاب کی شدید حرارت (تقرات) میں منکشف ہوں اور وہ جو کھانے یا پینے میں بے اعتدالی کے عادی ہوں، زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔

طبیعیاتی طفیلیات (malarial parasites) طیریا کے دقیق عضو

پہلے لاویران (Laveran) نے بیان کئے، اور اب معلوم ہے کہ وہ پلازموڈیڈ (Plasmodidae) خاندان کے اراکین ہیں۔ ان میں سے کم از کم تین انسان میں اور دوسرے پرندوں میں ایسے ہی امراض میں پائے جاتے ہیں۔ یہ تین حسب ذیل ہیں: ۱۔ غیر خبیث تپ ثلاثی (benign tertian fever) کا طفیلہ (پلازموڈیڈ) وی ویکس (*plasmodium vivax*)، تپ رالے کا طفیلہ (پلازموڈیڈ) لیری (*plasmodium malariae*) اور تحت الاثلاثی یا خبیث ثلاثی کا طفیلہ (پلازموڈیڈ) فالسیپارم (*plasmodium falciparum* or *laverania*)۔ یہ سب یا لاویرانیا تیری (malarial parasites) ہیں۔

ان عضووں میں سے پہلا اور دوسرا عضو، دونوں شخڑ مائی اجسام غذا خور حیوانات (trophozoites) ہیں جو آبائی حرکات ظاہر کرتے ہیں، اور وقفہ (intermission) کے ابتدائی حصے میں پہلے سرخ جسامت کے اندر ماسف فضاؤں کی طرح نظر آتے ہیں۔ چند غصٹوں کے دوران میں یہ بڑے ہو کر تدریج جیسرے کے زیادہ زیادہ حصہ پر قابض ہو جاتے ہیں، اور ان کے اندر لون میں ذراست لون (haemozoin) جمع ہو جاتے ہیں۔ پھر یہ لون عضو کے مرکز میں مجتمع ہو جاتا ہے اور عضو میں (جس کا آبائی نوعیت اب باقی رہتی ہے) ایک نوات تشکیل پایا جاتا ہے اور اسے شکار خیمہ (schizont) کہتے ہیں۔ پہلے نوات اور پھر خلیہ مایہ کی تقسیم (segmentation = یا تدریت = sporulation) کا عمل واقع ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شکار خیمہ ٹوٹ ٹوٹ کر چھوٹے لیکر سولہ نمونہ چھوٹے صاف اجسام میں تقسیم ہو جاتا ہے، جن کو بذور (spores) یا جو حیاتیات (merozoites) کہتے ہیں۔

کہتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ اور ذرات لئون دونوں خون کے پلازما میں آزاد ہو جاتے ہیں یہ عمل انقطاع فیسیہ (ague) کے دورے کے آغاز کے ساتھ متاخر ہوتا ہے اور اگلے نمبر کے دوران میں گو بعض جزو حیاتات بلاشبہ سفید جسمیات کے اندر مشمول ہو کر تلف ہو جاتے ہیں، تاہم دوسرے جزو حیاتات نازہ مرخ جسموں کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور غذا خور حویاتات (trophozoites) اور شگافیہ (schizonts) بنانے کیلئے بڑے ہو کر افعات کا ایک نیا دور شروع کر دیتے ہیں اور یہ دونوں بھر ٹوٹ پھوٹ کر جزو حیاتات بن جاتے ہیں۔ اس طریقہ تکثیر کا نام تولد بالتشقق یا شگافیہ تولد (schizogony) ہے۔

تب رابع (quartan fever) یعنی چوتھے کا طفیلیہ اپنے نو میں نسبت زیادہ مست ہوتا ہے اور وہ جسم کو پر کرنے اور خود مقلوع یا مشقوق ہونے میں تین دن لیتا ہے، لیکن تب ثلثی یعنی تجارتی کا طفیلیہ صرف دو دن لیتا ہے۔ اسی فرق سے تب رابع اور تب ثلثی کے دھنوں کے طولوں کے درمیان کے فرق کی توجیہ معلوم ہوتی ہے۔ مزید برآں تب رابع کے طفیلیہ کا خاکہ زیادہ واضح اور مختصر ہوتا ہے اور وہ (یعنی طفیلیہ) خون کے جسم کو (جس میں دوسرے طور پر بہت کم تغیر ہوتا ہے) اس قدر مکمل طور پر پر نہیں کرتا، اس میں سیاہ بھورے یا سیاہ رنگ کے موٹے ذرات موجود ہوتے ہیں، اس کے ایجابی حرکات نسبت زیادہ مست ہوتے ہیں اور وہ چھو قطعوں سے لیکر بارہ قطعوں تک میں منقسم ہوتا ہے۔ اس کے برعکس تب ثلثی کے طفیلیہ کا خاکہ نسبت کم واضح اس قدر ہوتا ہے، یہ طفیلیہ خون کے جسم کا دم اور خوب (نند یا پیکا رنگ) پیدا کر دیتا ہے اس میں باریک زردی مائل بھورے ذرات لئون ہوتے ہیں نیز اس کے ایجابی حرکات نسبت زیادہ قاعلی (تیز) ہوتے ہیں اور یہ پندرہ سے لیکر بیس بندوں تک میں منقسم ہو جاتا ہے۔

لیکن ممکن ہے کہ تب ثلثی کے طفیلیہ کی دو طفیلیں (پیداوار) یا گروہ ہوں جن میں سے ایک ایک دن اور دوسرا دوسرے دن (یعنی ہر ایک تہادہ) مشقوق ہو یا بندرے پیدا کرے۔ ایسی صورت میں تب کو تب رومیہ (quotidian fever) یا دوہری ثلثی (double tertian) قسم کا سمجھا جائے گا۔ اسی طرح تب رابع کے

طفیلیہ کے بھی دو گروہ ہو سکتے ہیں، جو مختلف دنوں میں پختہ ہو کر دو ہری تپ رابع (double quartan fever) پیدا کر دیتے ہیں۔ یا اس کے بھی تین گروہ ہو سکتے ہیں جو تہری تپ رابع (triple quartan) پیدا کر سکتے ہیں۔ بالفاظ دیگر چونکہ اس میں ہر روز تپ ہوتا ہے، لہذا یہ ایک دوسرے قسم کی تپ یومیہ ہے۔ جزو حیاتیات سے متاسلی قسمیں بھی نویاب ہو جاتی ہیں، یعنی ایک سوئٹ قسم یا کلاب زواجی خلیہ (macro-gametocyte) جس میں نواسہ چھوٹا گول اور خارج المکرر اور خلیہ مایہ ذرات اور لون سے جہرا ہوا ہوتا ہے۔ اور ایک مکثر قسم یا خرد زواجی خلیہ (micro-gametocyte) جس میں نواسہ بڑا اور خلیہ مایہ نسبتاً صاف ہوتا ہے۔ جسم انسانی کے اندر متاسلی خلیوں کی ٹکوبیں ایک ایسا عمل ہے جو تولد بالاشتقاق (مشکاف تولید = schizogony) سے جہدگانہ ہے، اور جسے عام طور پر زواجی پیدائش (gametogony) کہتے ہیں۔

تحت اشطانی طفیلیہ (L. malariae) (subtertian parasite) انسانی میریانی کے اندر ایک ایسا دور حیات رکھتا ہے جو دوسری دو انواع سے بالکل جہدگانہ ہوتا ہے۔ غذا خور حیوانات (trophozoites) نہایت چھوٹے ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک یا زائد ایک ہی جسم پر علہ آور ہو جائیں۔ اعلیٰ انعطافی طاقت سے لکھنے پر یہ اکثر چھوٹے حلقہ نما اجسام کی طرح نظر آتے ہیں، جنکا قطر سرخ جسم کے مقابل میں پتا ہوتا ہے، اور جن میں دوسری قسموں کے نسبت کم لون پایا جاتا ہے۔ ان کا عرصہ نمو بمقاعدہ ہوتا ہے اور چوبیس سے سیکڑا تالیس گھنٹوں تک مختلف ہوتا ہے۔ آخری درجوں (بدرتیتا) میں یہ میخلی عروق دویہ میں نہیں پائے جاتے بلکہ صرف اندرونی احشاء (مشطاطحال) اور مغز استخوان کے عروق شریہ میں موجود رہتے ہیں۔ کلاب زواجی خلیہ اور خرد زواجی خلیے ہلالی اجسام (eresscentic bodies) بناتے ہیں، جن میں سے جسم بے رنگ، شفاف، غیر متحرک تو وہ ہوتا ہے، جسکے اندرون میں ذرات لون ہوتے ہیں، اور جو سرخ جسم کے لمبی قطر سے ٹویل تر ہوتا ہے اور جس پر سرخ جسم پھیلا ہوا نظر آتا ہے۔ کلاب زواجی خلیہ خرد زواجی خلیہ کے نسبت زیادہ لمبا اور زیادہ ہٹکا ہوتا ہے، اس کا خلیہ مایہ زیادہ سیاہ اور کروہایتین زیادہ ٹھوس ہوتا ہے۔

میریانی طفیلیات کے ساتھ چھپر کا تعلق۔ میریانی سرایت

سے قتل رکھنے والے پتھر آنا فلیکس میکروپنیس (Anopheles maculipennis) اور جنس آنا فلیکس (anopheles) کی بعض دوسری انواع ہیں۔ وہ نہ صرف طیریائی عضووں کو ایک انسان سے دوسرے انسان میں منتقل کر دیتے ہیں، بلکہ اپنے اجسام کے اندرون میں ایک حقیقی تناسلی عمل (تبدیلہ - تولید بالذور = sporogony) واقع ہونے دیتے ہیں، جو اس عمل سے بالکل مختلف ہوتا ہے جو انسانی خون کے اندر واقع ہوتا ہے۔ جب مذکورہ مونت زدا جوں کو مشمول رکھنے والے مریض کا خون چمکھ کے معدے میں چوس لیا جاتا ہے تو زواہی خلیے جیلتے جیلتے کے اندر سے خارج ہو کر آزاد ہو جاتے ہیں اور ان میں مزید تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ تجوزہ و اجمی خلیہ بعض لونی تغیرات کے بعد تین یا چار باریک ریشک یا سوئیے (flagella) (خوزرہ اچھے = microgametes) یا منوی خودیثات (spermatozoon) باہر نکالتا ہے، جو نازیانے نما حرکات عمل میں لاتے ہیں، اور بالآخر اس کڑ سے جدا ہو کر سیال کے اندر آزادانہ نقل و حرکت کرتے ہیں۔

نیکو گریو مناسی لاکلاں زواہی خلیے جسامت میں کم ہو کر ذراتی کڑوں کی طرح باقی رہتے ہیں جن میں سوئیے نہیں ہوتے (لکلاں زواہی = macrogametes) آزاد شدہ سوئیے ذراتی کڑوں کے قریب آکر ان کے چوم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور اس طرح ان میں استقرار عمل کر دیتے ہیں (یعنی انہیں حاملہ کر دیتے ہیں)۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ کڑے مستطیل اجسام بن جاتے ہیں، جن کا سرا نو کدار ہوتا ہے اور یہ دوسرے مادوں یا محروں کے اندر داخل ہونے کے قابل ہو جاتے ہیں۔ ان کو جفتہ (zygotes) یا متحرک بیضہ (ookinets) کہتے ہیں۔ پھر یہ جفتے دیوار معدہ میں داخل ہو جاتے ہیں، جہاں یہ دیکھے گئے ہیں، اور جہاں یہ ۶۰ تا ۸۰ مد کے قطر تک بڑے ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ اس جانور (پھر) کے کھفہ جسمی کے اندر ابھر آتے ہیں۔ ان جفتوں کے اندرون میں، جو معدے کے باہر پہنچا کر اب کروی بیضہ دوبرے (oocysts) بن جاتے ہیں، اکثر خودیثات (نذری خودیثات = sporozoites) بن جاتی ہیں، جو جفتہ یا بیضہ دوبرے کے چھلنے سے چمکھ کے خون کے اندر خارج ہو جاتی ہیں۔ وہاں سے وہ اس رہتی غذا کے خلیوں میں پہنچ جاتی ہیں، جو خرطوم یا سونڈ (proboscis) کے قاعدے میں ہوتا ہے، اور یہاں سے وہ کچھ کے (شخز) کے مل کے دوران میں دوسرے انسان کے خون میں

مقتل ہو جاتے ہیں جس پر میجر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ بذریعہ خونیات (sporozoites) انسانی جسمیات کے اندر داخل ہو کر ان امیبا آسا اجسام یا غذا خور خونیات (trophozoites) کو پیدا کر دیتے ہیں جنکا ذکر ابتداء کیا گیا ہے سخت اشلانی طفیلیہ (Laverania) کی حالت میں ہلائی زواجی خلیے، خرد ذرات (microgametes) اور کلاں ذرات میں نمو یا بھونے سے پہلے کروی بناتے ہیں۔

مرضی نشریہ - ہلاک حالتوں میں سحایا اور دماغ کے سپید جرم میں

نقطہ نما زخات ہوتے ہیں۔ عروق شعریہ میں سرایت زدہ سرخ خلیے موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان کے درون حملہ میں کبھی فساد پایا جائے۔ کلاں شدہ طحال میں گوشت کی ہسکیں سرایت زدہ سرخ خلیوں سے بھول جاتی ہیں، لیکن بالیگی جسمیات رنگدار نہیں ہوتے۔ جگر میں عروق شعریہ کا درون حملہ بھولا ہوا اور رنگدار ہوتا ہے۔ کبدی خلیوں میں ہیپوسیدیرین (haemosiderin) موجود ہوتی ہے جو کھٹک کی مرکز کا ورید کے گرد نہایت افراط کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ لُب عظام (مغز استخوان) میں طفیلیات اور ہیپوزائن (haemozoin) موجود ہوتے ہیں۔ یہ بڑے ایک نوائی سپید خلیوں کے اندر اور کلاں اکال خلیوں (macrophages) میں بھی ہوتے ہیں اور آزاد بھی پائے جاتے ہیں۔ جب ہلال (crescents) دوسری جگہ قلیل تعداد ہوتے ہیں تو یہاں اکثر پائے جاتے ہیں۔ زیادہ مدت کے مریضوں میں ممکن ہے کہ زر د مغز استخوان سرخ ہو جائے۔

موی علامات دالے طیر یا میں طفیلیات نکلات (villi) کے عروق شعریہ

میں بکثرت ہوتے ہیں۔

پرانے مریضوں میں، اور طیرائی ضعف (malarial cachexia) میں، طحال زیادہ یعنی سخت، نوچدار اور ٹٹون ہو جاتی ہے، بالخصوص جرابوں کے گرد کی اتصالی بافت میں اس کا کیسہ اکثر دہازت یافتہ ہو کر گرد و پیش کے حصوں سے چپکا ہوا ہوتا ہے۔ اس میں فیصلات (infarcts) پائے جاتے ہیں۔ اور زیادہ

دست کے فصعہ میں وہ شاید چریشی (lardaceous) ہو جاتی ہے۔

خون میں بخور سے یا سیاہ ذرات ہون، یا تو آواز اور یا سپرد موسی خلیوں کے اندر موجود ہو سکتے ہیں، اور یہ خون (جو طحال، جگر، دماغ، گردوں، قلب، اور معی غدود اور مغز استخوان میں بھی پایا جاتا ہے) مختلف بافتوں کو سیٹ جیسا یا سیاہ رمادی رنگ دیدیتا ہے۔ اس حالت کو سواد موسیت (melanaemia) کہتے ہیں۔ جگر ٹوٹن ہوتا ہے، خاص کر لٹنگوں کے محیط میں۔ عروقی شعریہ متضیع ہوتے ہیں اور ان کا سر طرہ ٹوٹن ہوتا ہے۔ کبدی خلیے نڈول ہو جاتے ہیں۔ لمبی ٹڈیوں کا گودا غمو مارش ہو جاتا ہے اور طبعی ناہضات (normoblasts) موجود ہوتے ہیں۔

سلیم یا غیر خفیت ثلاثی (benign tertian) اور تپ رابعہ

(quartan) کی سرایت کے علامات۔ زمانہ خفیت تین سے بارہ دن تک ہے۔ یہ زمانہ بے قاعدہ قسموں میں نسبت مختصر اور باقائدہ قسموں میں طویل تر ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ تکثیف کے بعد تقریباً فی الفور حملہ ہو جائے، جیسا کہ ہمہ یہ بھی ممکن ہے کہ پہلا قابل شناخت حملہ برسوں کے بعد واقع ہو۔ بعض حالتوں میں علامات مندرہ یا پیشہی علامات (prodromal symptoms) ہوتے ہیں، جو کسمندی، درد سرا، اعضا شکنی، شراسینی پری (epigastric fullness)، مٹنی، اور خفیف جاڑے یا تورد (flushes) پر مشتمل ہوتے ہیں۔

غیر یا تپ لرزہ کا تیشلی حملہ تین درجوں پر مشتمل ہوتا ہے: یعنی سرد درجہ (cold stage)، گرم درجہ (hot stage) اور تعریقی درجہ (sweating stage) پر۔

سرد درجہ۔ مریض کو ٹکان اور ناہال پن کے ساتھ، دردمر ہوتا ہے اور پشت و کمر میں درد محسوس ہوتا ہے۔ پھر اسے سردی معلوم ہوتی ہے اور تشعیر لہ یا لرزہ شروع ہو جاتا ہے۔ وہ عموماً بستر میں رہتا ہوا ابرار ہوتا ہے، سر سے پاؤں تک کا پتہ ہے اور اس کے دانت بجھنے لگتے ہیں۔ بدن کی سطح فی الحقیقت سرد ہوتی ہے، لیکن اگر دہن، مستقیم یا بغل میں پیش ہوا رکھا جائے تو ظاہر ہوگا کہ پیش پہلے

ہی درجہ طبعی سے بہت اوپر پہنچ چکی ہے۔ دراصل مقبوضہ ہوا سے چند منسلک ڈیالیک ایکس
یاد و گھٹنے پہلے ہی بلند ہونا شروع ہوتی ہے۔ لیکن سردی کے ساتھ ساتھ اور سطح کی نفی
سردی کا سبب سطحی بخرواق کا انقباض ہے۔ تقاریر ہ معتد اور میں تو زیادہ اور معتدلتہ بخرواق
اور اگر کی کثافت (density) اوتی ہوتی ہے۔ مثالی اکثر موجود ہوتی ہے اور تقریباً
نہایت عام ہے۔ یہ درجہ آدھے گھٹنے سے دو گھٹنے تک بخاری اور جتنا ہے اور جس درجہ
کے انقباض کے قریب اصل کی تقیر بہ سرعت بلند ہو کر ۱۰، ۱۰۰، ۱۰۰۰ ڈیالیک اور اندر تک بہت
گہ۔ بخ جاتی ہے۔

درجہ گرم کی ابتداء گرمی کے احساس کے ساتھ ہوتی ہے جو بدن اور مصلیٰ بخلا ہے اور سطحِ جواہر یک سرد تھیں، بنا بہت گرم ہو جاتی ہے۔ بخلا کی پیشانی سرد و درجہ کے مختلف ہوتے ہیں۔
پھر تھیں اس کے نسبت اور بھی زیادہ بلند ہو جاتی ہے۔ شریانیں مگر تھیں (دوسری) ہو جاتی ہیں۔
قبض سرخ، ممتلی (full) اور سخت بر پائی ہے۔ شریانی شریانوں (arteries) میں ضربان (پتک) (throbbing) ہونے لگتا ہے۔ پیڑہ نمبتا اٹھتا ہے اور سر میں اور ہوتا ہے۔
بعض مریضوں میں ڈہول یا جڑہوشی (stupor) یا بدن خان طاری ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔
اس درجہ میں بخلا کیلئے مقدار اور زیادہ ہوتا ہے اور اس کی کیفیت شدید درجہ کی ہوتی ہے۔
اکثرہ دہن کے گرد و پیش خلد (herpes) کا ایک ٹوران ہوتا ہے۔ یہ درجہ تھیں سے لیکر چار گھنٹے تک جاری رہتا ہے۔

قعر پتلی درجہ - جلد جو اچانک ٹھنک گئی، اب تندرید پر مرطب ہو جاتی ہے لیکن چند گھنٹوں تک خشک رہتا ہے۔ درجہ گرمی کے دروں اور تکلیف میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ نبض زیادہ تیز (softer) اور زیادہ مست، اور زبان تر ہو جاتی ہے۔ پیش پیلہ تو آہستہ آہستہ پھر زیادہ تیزی کے ساتھ ٹھک ہو کر درجہ طبعی تک پہنچ جاتی ہے اور بالآخر پیش کے زوال کے ساتھ قعر پتلی موقوف ہو جاتی ہے اور صحت کی مابقی حالت عود کر آتی ہے۔ اس درجہ میں بول کی کثافت بلند درجہ کی ہوتی ہے، اور اس میں یوریکس (urates) کی دُر درجہ جاتی ہے۔

جب یہ ملاحظہ ہوا ہے تو مریض کو مسئلہ ہوتا ہے کہ میں بالکل اچھا ہوں لیکن کچھ وقفے کے بعد (جو طبعیات کی نوعیت اور تعداد کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے) مریض

پہچھڑی طرح کے دوسرے دور سے کا حل ہو جاتا ہے۔
لیکن یہ ضروری نہیں کہ سلیم یا غیر ضیث شلاقی کی سرایتیں ہمیشہ مذکورہ بالا تیشی طرحی
حلائی ہر کریں۔ بار بار ایسا ہو سکتا ہے کہ تیش ایک یا دو دن تک بلند رہے اور پھر کثرت
پسینہ کے ساتھ چند گھنٹوں میں ایک ایک درجہ طبعی یا تھمت الطبعی پر گر جائے۔ نئے کا
ہونا نہایت کثیر الوقوع ہے، بالخصوص حمل کے آغاز میں۔

طبریہ کے پہلے حمل کے دوران میں طحال عموماً قابلِ جس (palpable) نہیں ہوتا
یعنی ٹوٹنے سے محسوس نہیں ہوتا لیکن ان حالتوں میں جو کچھ عرصہ تک جاری رہی ہوں
وہ عموماً منطقی ماسٹے کے نتیجے ایک نرم ایلم تو دسے کے مگر پر محسوس کی جاسکتی ہے۔ اور
بھی زیادہ مزن حالتوں میں وہ واضح طور پر سخت اور اکثر نسبتہ کم ایلم ہو جاتی ہے
خون میں علاوہ طبریہ طبعیات کی موجودگی کے، ہیمو گلوبن کی کمی اور سرخ
اور سپید دونوں قسم کے جیسات کی کمی ظاہر ہوتی ہے۔ آخر الذکر میں سے کثیر الاشکال ٹوٹی
سپید فیٹے اور بعضی خلیے سب سے زیادہ مآؤف و متناثر ہوتے ہیں لیکن بڑے یک نوا
خلیتوں کی اضافی زیادتی پائی جاتی ہے۔ یہ حالت حمل کے بعد چند ہفتوں تک قائم رہتی ہے
یہ حمل زیادہ تر صبح کے اوقات میں یا دوپہر میں ہو کرتے ہیں اور شلاقی اسے
حمل بالخصوص دوپہر کے وقت واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعد میں جو حملے کیے بعد دیگرے
ہوتے ہیں وہ اسی وقت پر نہیں ہوتے، بلکہ ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں وہ مقررہ وقت
سے پہلے ہو جائیں اور ازاں بعد اور پہلے ہوتے جائیں۔ اور بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ یہ
حملے مقررہ وقت کے بعد ہوں اور ان کی یہ تاخیر زیادہ زیادہ ہوتی جائے۔ اول الذکر
حلوں کے متعلق کہا جاتا ہے کہ وہ تعذیم کرتے ہیں (یعنی جیش از وقت ہوتے ہیں) اور
آخر الذکر کے متعلق کہا جاتا ہے کہ وہ تاخیر یا التوا کرتے ہیں۔

شلاقی تب کے معمولی حملے شاید ہی ہولناک ہوتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ نہایت
نوعریاسن رمیدہ اشخاص میں یا ان میں جو مابقی حالاتوں کی وجہ سے کمزور ہو گئے
ہوں، موت واقع ہو جائے۔ اگر طحال کلائی یا قفسہ ہے تو خفیف چوٹ سے اس کے
پھٹ جانے کا امکان ہو سکتا ہے۔

153

سادہ شلاقی تب کا پیچیدہ گیاں تعداد میں زیادہ نہیں۔ شعبی نازلت

(bronchial catarrh) ٹرماف (epistaxis) اور آئیسیمن بولیت گاہت کا ہے۔ وقوع ہو جاتے ہیں۔ قلت الدم (anæmia) ان مریضوں میں ایک مستقل مظہر ہے جو اس مرض میں کچھ عرصہ تک متلازمہ چکے ہوں۔ وجع العصب (neuralgia) بالخصوص فوق الفجری عصب کا، مزمن حالتوں میں اکثر اوقات پایا جاتا ہے۔

خبیث ثلائی کی سرایت تحت الثلائی (subtertian) خفیضی خونی

([estivo-autumnal]) - خبیث ثلائی کی سرایت کا زمانہ حسناوت دس دن سے لیکر کئی ہفتوں تک مختلف ہو سکتا ہے۔ عموماً مرض کا آغاز مخفی (insidious) ہوتا ہے اور اس کے ساتھ عام صحت کی خرابی ترقی پذیر ہوتی ہے اور گاہے گاہے خفیف ارتقاعات پیش ہوتے ہیں۔ اکثر جبکہ مریض ابتداً طبی مشورہ کے لئے آتا ہے تو وہ پہلے ہی سے نمایاں طور پر فیصل الدم (anæmic) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کی طحال بھی واضح طور پر بڑھتی ہوئی ہو۔ خبیث ثلائی کی سرایت میں تمثیلی طیرانی، قشعریر سے شناذ ہوتے ہیں اور سلیم یا غیر شبیث سرائیوں کے نسبت تپ کم درجے کی ہونے کا اور زیادہ بریقاعہ ہونے پر رجحان رکھتی ہے۔ معدی علامات کے ساتھ تکلیف دہ قے اکثر اس کا نمایاں خاصہ ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتداً بخفیں شکایتوں کے لئے طبی امداد کا طالب ہو۔

غالب علامات کے لحاظ سے خبیث ثلائی کی سرایت کی مختلف قسمیں بیان کی گئی ہیں۔ مرض کی شدید قسموں کی گروہ بندی تین خاص عنوانوں کے تحت کی جاسکتی ہے۔ ٹائفائیڈی قسم، بارڈ قسم (algid form) اور دینی قسم۔ یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ ایسا ممکن ہے کہ ایک مرضی حالت ان قسموں میں سے کسی ایک قسم کے ساتھ سختی کے ساتھ (یعنی زور سے طور پر) مطابقت نہ کرے۔

ٹائفائیڈی قسم میں جو ایک زمانہ میں محرقی طیرانی تپ (typho-malarial fever) کے نام سے یاد کی جاتی تھی، پیش بہت دنوں تک بلند رہتی ہے اور اس میں فترہ (remission) بہت کم ہوتا ہے۔ مریض کی عام ہیئت بہت کچھ تپ محرقہ (enteric fever) پر ولالت کرتی ہے۔ نہاکت (asthenia) نمایاں درجہ کی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ مریض کو ہیست یا دھیمہ ہڈیاں (low delirium) لاحق ہو جائے۔

لیکن تھے تب مجرد کے نسبت زیادہ عام ہوتی ہے۔ گاہے گاہے ممکن ہے کہ یرقان ایک نمایاں خاصہ بن جائے۔ اگر مرض کی شناخت ہو کر اس کا علاج کوئین سے کافی شدہ ہو مدد کے ساتھ کیا جائے تو پیش پر سرعت کم ہو جاتی ہے اور علامات میں اصلاح ہو جاتی ہے لیکن اگر مریض کا علاج تب مجرد کی طرح کیا جائے تو ممکن ہے کہ تب ایک یا دو ہفتوں تک جاری رہے اور پھر کوہا، ہڈیاں اور ہسٹوٹ کے ساتھ ہلکے نتیجے پیدا ہو جائے۔

غیر بانی بار دہشتم (algid form) نسبت بہت کم عام ہے۔ پیش درطبعی سے نیچے گر جاتی ہے اور شدید ہسٹوٹ کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ منہ کی پیش و پشائی طور پر کم ہو کر ۸۸ درجہ تک ہو سکتی ہے۔ جلد سرد اور سینہ سے تر ہوتی ہے تھوڑے اور اہمائل مسلسل اور دشوار علاج (intractable) ہوتے ہیں اور گاہے ماہے ممکن ہے کہ خون کی تھوہو یا معادہ مستقیم کی راہ سے خون خارج ہو۔ بعض اوقات تھوہو (haematemesis) سے لی ہوئی آلودوں (smears) میں طفیلیات دکھائے جاسکتے ہیں۔ اس قسم کی مرضی حالت میں کوئین کے ذریعہ علاج کرنے کے باوجود انداز عراب ہو سکتا ہے۔

داخلی قسم عموماً نہایت سریع السعدوث ہوتی ہے۔ مریض بالکل اچھا ہوتا ہے یہاں تک کہ یکایک اس پر شدید درد سر، دوران سر، اور غنودگی کا حمل ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامات پر سرعت کاٹلے ہو جاتی ہیں یا ممکن ہے کہ اسے خارج نقصی (hemiplegia) یا خارج (paraplegia) جسم (aphasia) یا مریض بالکل تشنج (epileptiform convulsions) ہو جائیں۔ دوسری حالتوں میں تند و تیز یا وحشیانہ ہڈیاں (wild delirium) اور مانیا ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر گرم آب و ہوا میں نہایت عام ہے۔ مستقبلتی پیش ۱۱۰ درجہ یا زائد تک بلند ہو سکتی ہے اور اس کے ساتھ نذراق (cyanosis)، شخیری تنفس (stertorous breathing)، کوہا، اور تشنج ہو سکتے ہیں اور یہ حالت ضربہ الحار (heat-stroke) سے بالکل مشابہ ہو جاتی ہے۔

مخلوط سرائیش (mixed infections)۔ خون کے اندر سلیم (غیر خبیث)

اور خیمیت طیفیات کا ایک ہی وقت میں پایا جانا کوئی غیر معمولی امر نہیں اور اغلب ہے کہ ایسا جس قدر خیال ہے اُس کے نسبت زیادہ اکثر ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ جب مشاہدہ کو ذہن قسموں میں سے کسی ایک قسم کا طیفیہ مل جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ فردِ افزیدہ اور دوسرے قسم کے طیفیہ کی تلاش سے دست بردار ہو جائے۔ اس طرح شدید طیرانی حملوں کی بہت سی حالتوں میں جنہیں محلِ یعنی تجربہ گاہ کی اطلاعات سے صرف مسلم (غیر خیمیت) ثلاثی طیفیہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے، بہت ممکن ہے کہ زیادہ طویل تلاش سے خیمیت ثلاثی طیفیہ کی موجودگی کا بھی پتہ چل جائے۔

نیز بہت سے مریضوں میں ایک وقت میں (عموماً گرما کے ابتدائی پریشانیوں میں) تو مسلم (غیر خیمیت) ثلاثی طیفیہ پایا جاتا ہے اور موسمِ خزاں کے طیرانی حملوں کے دوران میں خیمیت ثلاثی طیفیہ قسماً ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اکثر ایک ہی مریض میں یہ دونوں طیفیات موجود ہوتے ہیں، لیکن خون کے اندر ان میں سے ایک یا دوسرے طیفیہ کا غلبہ سال کے مختلف موسموں میں ہوتا ہے۔ مخلوط اسراریتوں کی حالتوں میں قسطاً میں تبض (temperature charts) قدرتی طور پر کم تبضیلی ہوتے ہیں اور علامات زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

طیرانی دباؤں کے خصائص مختلف ملکوں میں نہایت مختلف ہوتے ہیں، اگرچہ بظاہر وہ طیفیات جو ان کا سبب ہوتے ہیں شکلیاتی لحاظ سے مماثل ہوتے ہیں۔ مثلاً دورانِ جرگہ میں مقدّمہ قیہ میں طیرانی نسبت زیادہ شدید قسموں کا ہونے کا رجحان رکھتا تھا، درآئیں ایک عراق میں گو خیمیت ثلاثی کی سرایت بہت زیادہ تھی لیکن باوجود اس کے وہاں شدید حالتیں شاذ و نادر ہیں اور شرحِ اموات نسبتاً ادنیٰ تھی۔ غالباً اس فرق کی توجیہ یہ ہے کہ بعض رقبوں میں طیفیات کی خیمیت زیادہ ہوتی ہے، اتنی اچھی نہیں ہوتی جتنی کہ اس امر سے ہوتی ہے کہ طیفیات کی متباد میں اختلاف ہوتا ہے۔ جہاں فوجیں پھرتی ہیں وہاں سے اپنی حفاظت کرنے پر کم قادر تھیں اور جہاں پھرتے ہوئے تھے ان میں موجود تھے وہاں طرح کی قسم نہایت شدید ہونے کا رجحان رکھتی تھی۔

طیرانی ضعف (malarial cachexia) - بعض اشخاص میں

جن میں نیریز کے کمرے ہو چکے ہوں اور بعض ایسوں میں جن پر طیرانی اضلاع میں رہنے کے باوجود ایسے حملے ہوئے ہوں نیز غراب طور پر باؤف رقبوں کے دسی باشندہ ہو چکے اور پانچوں میں جہاں صحت میں خطرناک طور پر گھٹن لگ جاتا ہے۔ ان میں نہایت نمایاں خاصہ یا علامت قلت الدم (anemia) ہوتی ہے جس سے ان کی شکل زرد اور چھلکی شیلے رنگ کی ہو جاتی ہے اور لمبوں میں زردی (شعوب) پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان میں طیریا کے طفیلیات خون کے جھیمات کو قلع کر دیتے ہیں اور ہیموگلوبین (haemoglobin) ایک بیاء لون میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ نیز خیر القواد فعلی اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں، اور دوران سرانقصان شہتا، ہضمی فتور، سفال اور عضلات کے درد، خشکی اور صحت کے لیے بے رغبتی وغیرہ علامات موجود ہوتے ہیں۔ زیادہ شدید قسموں میں استسقاء ہے زرقی (ascites) آؤ یا (تورچ) یا زرق ہوتا ہے لیکن تپ نہیں ہوتی۔ ایسی حالتوں میں طحال کھانی یافتہ ہوتی ہے اور ناف کے لیول سے نیچے تک اور سامنے کے طرف خط وسطی تک پہنچ کر وہ حالت پیدا کر دیتی ہے جسے ابتدائی انگریز مصنفین نے ایگمو کیلک (ague cake) (توربہ روٹ) کا نام دیا تھا (ہندوستان میں عوام اس کو ٹمپ تلی کہتے ہیں) ایسی طحال سخت ہوتی ہے اور اکثر ایلیم ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بزرگ بھی کھانی یافتہ ہو۔ کبھی کبھی وہ ہستی یا اکھب (cirrhosed) ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس کی جسامت میں بھی مختل درجہ کمی ہو جاتی ہے۔ مگر کبھیست (cirrhosis) اور طیریا کا باہمی تعلق ہنوز کسی طرح واضح طور پر معین نہیں ہوا ہے۔

تنگس۔ باوجود مرگرم اور طویل علاج کے طیریا کی سرایت کا پہلے حملہ کے بعد

کامل طور پر شفا یاب ہو جانا نسبت شاذ ہے۔ یہ امر سلیم (غیر ضیعت) سرایت کے متعلق تو واقعی ہے، مگر غیبت سرایتیں بعض اوقات شفا یاب ہو جاتی ہیں۔ واقعہ یہ ہے کہ فی الجملہ اول الذکر قسم میں آخر الذکر کے نسبت کمس کار حجام زیادہ ہوتا ہے۔ کمسوں کا عام خاتمہ زیادہ تر پہلے حملوں جیسا ہی ہوتا ہے، لیکن عموماً وہ نسبت کم شدید ہوتے ہیں۔ اس کی وجہ ایک حد تک یہ بھی ہے کہ مریض عموماً ابتدا ہی میں کوئین لے لیتا ہے۔ اگر مریض بدلتو سرایت میں متکشف رہا ہے تو کمس کی بعض ظاہری مالتیں مکرر سرایت

کے باعث ہو سکتی ہیں، لیکن نہایت عام طور پر گسٹریٹس کے طیریائی ممالک سے چلے جانے کے بہت عرصہ بعد واقع ہوتے ہیں۔ دوران گسٹریٹس میں طیفیات عموماً خون کے اندر دکھائے جاسکتے ہیں۔ اگر سردی (chill) لگ جائے یا حد سے زیادہ محنت کی جائے تو یہ چیزیں حملہ پذیر کرنے میں مدد دیتی ہیں۔ سرایت دو یا تین سال کے بعد رفتہ رفتہ ختم ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے، اور حملے نسبتاً کم شدید اور تحلیل الوقوع ہوتے جاتے ہیں، بشرطیکہ مکرر سرایت نہ واقع ہو۔

تشخیص۔ متوقف ہونے کی تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے۔ ان کے ملے اکثر

بطور خود نمیز ہوتے ہیں، اور باقاعدہ وقفوں سے ان کے مکرر واقع ہونے سے ان کی نوعیت کی تصدیق ہو جاتی ہے، بشرطیکہ یہ وقفے تپ شکائی (سجاری) یا تپ رابع (چوتھا) کی شکل رکھتے ہوں۔ روزانہ تشعیرروں پر کم اعتماد رکھنا چاہیے، کیونکہ وہ مختلف غوطی جانوں میں بھی واقع ہوتے ہیں، مثلاً تفحج الدم (پائیمیا) بخراج کبد (abscess of the liver) اور جیشیت التهاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis) میں معرے اقسام کے تفحج میں اور سبیل روی میں واقع ہونے والے حوی حملے تپ لرزہ یا لومبیا (ague) سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ان شکایتوں کے تشعیر سے بالکل بے قاعدہ ہوتے ہیں۔ اگر ان کا علاج اس مفروضہ کی بنیاد پر طیریائی ہیں، کو مین سے کیا جائے تو کوئی نتیجہ (فائدہ) نہیں حاصل ہوگا، درانحالیکہ طیریائی کو اس دوا کی کافی مقداریں دینے سے فائدہ پہنچتا ہے اور وہ جاننا رہتا ہے طیریائی تپ کی زیادہ شدید قسموں میں مگن ہے کہ کسی مقامی عارضہ کے نمایاں ہونے، اور حوی خاصاً ضعیف طور پر نمودار ہونے کی وجہ سے اصلی نوعیت مرض نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کوئی مسموم (comatose form) کو غلطی سے سکتہ (apoplexy) اور دوسری قسموں کو فوات الرمد (عموئیہ) یا ہضمیہ (کارا) سمجھ لیا جائے۔ طیریائی مسلسل قسموں کا تپ محدود (مؤقت) سے مشابہ ہونے کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ اس کے برعکس ایسی مخفی سرایتیں (latent infections) بھی ہوتی ہیں جو اس قدر کافی طور پر نمویاب نہیں ہوتیں کہ ایک تشلی حملہ پیدا کر سکیں۔ ان تمام حالتوں میں لیشمن (Leishman) کے طریقے سے توین کردہ

آلود خون (blood smear) کا امتحان کرنے سے تشخیص قائم کی جاسکتی ہے (ملاحظہ فرمائیں)۔
 خوں۔ لطیفیات عام طور پر دو دن کے دوران میں خون کی غلوں کے اندر نسبت زیادہ آسانی کے
 ساتھ دکھائی دیتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ غیر موزوں زمانوں میں بھی احتیاط کے ساتھ امتحان
 کرنے پر لطیفیات کی غیر متوقع شکلیں نمودار مل جائیں۔ پانچویں طریقہ اس طرح فرم نشین
 کر لیا جاتا ہے کہ خون کا ایک واحد نئی امتحان عطا کوئی قیمت نہیں رکھتا۔ یہ امر اس وقت
 بالخصوص ملاحظہ آتا ہے جبکہ مریض کو مین بطور حفظ و نقد می دو ایک یا موزوں حملے کے دوران
 میں استعمال کرتا رہا ہو۔ اکثر مصل۔ اگر مریض کو مین ہی کا امتحان تب کو کم کے بغیر محیطی خون
 کو لطیفیات سے پاک کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ پسید جیہات کو شمار کرنے سے بھی مدد
 حاصل کی جاسکتی ہے۔ یہ عموماً لرزہ اور تپ کے دوران میں معمول کے نسبت زیادہ ہونے
 ہیں اور پھر دوسرا حملہ ہونے تک ان کی تعداد معمول سے نیچے گر جاتی ہے (leucopenia)۔
 قلت خلیات مریض۔ تقریبی شمار بڑے یک نواہی جیہات (large mononuclears)
 کی بڑی زیادتی ظاہر کرتا ہے یا بالخصوص غیر موزوں زمانہ کے دوران میں اور اس زمانہ میں ان
 جیہات کی زیادتی جو جملہ جیہات کی ۲۰ فیصد تک ہو، مشتبہ حالتوں میں طیریا کی قوی
 شہادت ہے (Stephens)۔ ممکن ہے کہ پسید جیہات یا بالخصوص یک نواہی جیہات
 (mononuclears) کے اندر رنگ کے ذرات موجود ہوں۔

ایسے ملک میں جہاں طیریا ایک مقامی مرض ہوا ہر جہول السبب تپ کی
 حالت میں طیریا کی ممکن تشخیص کو یاد رکھنا چاہئے۔ بلکہ ان حالتوں میں بھی جن میں
 خون کے اندر لطیفیات نہ بتلائے جاسکیں، اگر طیریا کا کوئی بھی امکان ہو تو دانشمند
 ہی ہے کہ کوہین کے اثر کو آزمایا جائے۔ یہ بالخصوص اس حالت کے لئے ملاحظہ آتا
 ہے جبکہ مریض خطرناک طور پر بیمار ہو گیا ہو کہ اب اگر لطیفیات کے نہ ملنے کے باعث
 کوہین کے استعمال سے احتراز کیا جائے گا تو سخت اندیشہ ہو سکتا ہے کہ مریض کی شفا یابی کے
 امکانات میں خلل واقع ہو جائے۔ ساتھ ہی یہ بھی فراموش نہ کرنا چاہئے کہ جب کسی طیریا کی
 موضوع (مفصل) پر کسی عارضہ سے مشابہت مثلاً موزوں یا افسلہ مریض کا حملہ ہوتا ہے تو اس کے
 ساتھ عموماً اس پر طیریا کا مستزاد حملہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے اگر لطیفیات مل جائیں تو ایک
 لازمی طور پر یہ معنی نہیں کہ مریض مریض طیریا ہی میں مبتلا ہے۔

تحریر۔ اس مقصد میں اسور ذیل سے امداد مل سکتی ہے۔ (۱) طیریائی رقبوں میں سیلیٹ (drainage) کے انتظام سے؛ نو بیہ بیسے تپ روزہ اس طریقہ سے جزا اس برطانیہ سے تقریباً کئی طور پر معفود ہو گیا ہے۔ (۲) پتھر کے استیصال سے؛ اس کی کوشش اس طرح کی گئی ہے کہ پانی کے کن گڑھوں پر جن میں پتھر انڈے بچے دیتے ہیں اور پیدا ہوتے ہیں، کیروسین بیسے مٹی کا تیل ڈالا جاتا ہے تاکہ پتھروں کے انڈے اور کیروسین (larvae) تلف ہو جائیں۔ ۱۵ مربع فٹ سطح کے لئے ایک اونس کیروسین کافی ہوتا ہے۔ (۳) پارک گاز (بالی) کے پتھر دانوں (مٹہری) سے جسم کے کھلے ہوئے حصوں کی حفاظت، بالخصوص شب کے وقت (کیونکہ پتھروں کی بعض انواع صرف شب کے وقت ہی حمل کرتی ہیں) (۴) طیریائی اضلاع میں رہنے والوں کے لئے کوئین کا دہائی استعمال داخلی طور پر بیسے براہ دہن روزانہ بغیر ۵ گرین۔ اس نام نہاد حفظہ مانتھی کوئین کی صنعت کسی طرح معین طور پر ثابت نہیں بھیج سکتی۔ اس کے استعمال سے طیفلیات کا پتہ چلانا یقیناً زیادہ مشکل ہو جاتا ہے، اور اس کا بھی امکان ہے کہ اس طیریائے علامات ظاہر نہیں ہونے پائیں۔ لیکن یہ بہت مشتبہ ہے کہ آیا اس سے حقیقت سہا ریت حرکتی بھی ہے۔ روزانہ کوئین کا استعمال موقوف کرتے ہی تپ کے حملے شروع ہو جاتا ہے، امکان ہوتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں ممکن ہے کہ اس سے معین طور پر نقص پہنچے، کیونکہ اس امر کا امکان ہوتا ہے کہ مرض طیریائے کسی حادثہ کے (جسکی وجہ سے اس کی حالت کی طرف توجہ مبطل ہوتی) رفتہ رفتہ نامحسوس طور پر طیسریائی ضعف (malarial cachexia) کی حالت میں پہنچ جائے۔ ہندوستان اور دیگر مقامات میں اس مرض کے غلبہ (پھیلاؤ) کے متعلق کئی دو طریقوں سے تیار کئے گئے ہیں:-
۱۔ اکثر تعداد اشخاص کے خون کا امتحان کر کے ان اشخاص کی فیصدی تعداد معلوم کی گئی جن میں طیفلیات مل سکتے ہیں (Stephens and Christophers)۔
۲۔ تحقیق کیا گیا کہ بچوں کی کس قدر فیصدی تعداد میں کلائی طحال موجود ہے۔

علاج۔ طیریائے علاج میں کوئین سب سے زیادہ کارگر دوا

ہے۔ اس دوا کے استعمال کے مختلف طریقے ہیں اور اسی طریقہ کو منتخب کرنا چاہئے جو کسی

خاص حالت کے لئے سب سے زیادہ موزوں ہو۔

سب سے زیادہ وسیع طور پر کام میں لایا جانے والا طریقہ استعمال بالہضم (oral administration) یعنی براہ دہن لینے کا ہے۔ اتنا د اگرین کی مقدار دن میں تین بار ایکس آمیزہ (اکسیجر) کی شکل میں دی جاسکتی ہے۔ نہایت عام طور پر کوئین سلفیٹ (quinine sulphate) استعمال کی جاتی ہے، لیکن اس سے معدے میں بہت کچھ غش پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں کوئین سلفیٹ قرص کی صورت میں بہت تھکن ہے کہ سخت ہو جائے اور براہ کے ساتھ غیر متغیر شکل میں خارج ہو جائے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ شقیہ یعنی شکر غلافی (sugar-coated) ہو۔ کوئین ہائڈروکلورائیڈ (hydrochloride) یا بائی ہائڈروکلورائیڈ (biihydrochloride) عموماً زیادہ کارگر ہوتی ہے، کیونکہ وہ نسبت بہت زیادہ حل پذیر ہوتی ہے۔ استعمال بالہضم (براہ دہن استعمال) کا طریقہ اس وقت مطلقاً ناجائز اور مسترد (contra-indicated) ہے جبکہ قے کی کوئی شکایت ہو یا جب زبان پر موٹے فروئی نہ چڑھی ہو، جس سے اس امر کی دلالت ہوتی ہے کہ معدے میں فتور یا بے ترتیبی ہے۔ ایسی حالتوں میں کوئین کا براہ دہن استعمالیہیکارہ ہے، کیونکہ کوئین معدی علامات میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے اور جذب نہیں ہوتی۔

تحت الشانی طیریائی حالتوں کے لئے درون عضلی (intramuscular injection) کا طریقہ بدرجہا بہترین ہے۔ بائی ہائڈروکلورائیڈ کا اشتراک، اتنا اگرین کی مقداروں میں، تقریباً ۵ تا ۱۰ اکب سمر آب کشیدہ کے اندر حل کر کے کیا جاتا ہے۔ اشتراک کے لیے بہترین مقام عضلات سیرن کے عمق میں ہے اور یہ عضب سائیڈ (sciatic nerve) کے نقطہ خروج (مخرج) سے اوپر کسی جگہ بھی ہو۔ یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ سخت مدیم العنونتہ (aseptic) احتیاطوں سے کام لینا چاہئے۔ ایک ایسی سوئی استعمال کرنی چاہئے اور اس کا خیال رکھنا چاہئے کہ دوا کے کسی حصے کا تحت الجلدی اشتراک نہ ہونے پائے، کیونکہ اگر ایسا ہو گیا تو بیلہ کا غثث (sloughing) واقع ہو جائے گا۔ عموماً دو تین اشتراکوں میں مریض اتنا کافی شفا یاب ہو جاتا ہے کہ پھر وہ کوئین براہ دہن استعمال کر سکتا ہے۔

156

طیریائی شدید ترین شکلوں (مثلاً دماغی قسم) میں درون وریدی کوئین

داعیہ علاج ہے۔ - اما اگرین کی ایک مقدار دینی چاہئے۔ اس مقصد کے لئے کوئین بائیٹ
ہائڈروکلورائڈ سب سے زیادہ سودوں ہے اور اس کا نہایت سہولت بخش طریقہ یہ
ہے کہ اسے - ۲ گھب سحر آب کشیدہ میں حل کر کے کھنٹی کے سلسلے کی ایک درجہ میں شربت
کر سکتے ہیں۔ اگرچہ کھنٹے کے اندر علامات میں نمایاں طور پر اصلاح نہ ہو۔ اسے تو ایک
دوسرا دروں وریدی اشتراہ دیا جاسکتا ہے اور دروں عضلی طریقہ سے بھی کام لے سکتے
ہیں۔ دروں وریدی اشتراہ آہستہ آہستہ کرنا چاہئے اور پوری مقدار کے اشتراہ
میں دو سے لیکر تین منٹ تک لگے جائیں۔ دوران اشتراہ میں ممکن ہے کہ مریض
طنین (tinnitus) اور ڈار پیٹھ دوران سر (vertigo) اور پھر (dyspnoea)
کی شکایت کرے لیکن خطرناک علامات عموماً معلوم ہیں۔

بعض اوقات کوئین تحت الجلدی راہ سے بھی دی جاتی ہے اور کہتے ہیں
کہ دروں عضنی راہ کے نسبت اس طریقہ سے دینے میں جذب زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اگر
یہ طریقہ کام میں لایا جائے تو اس دوا کو خوب مرقق کر کے دینا چاہئے کیونکہ قوی محمولات
جلد کاغشت (sloughing) پیدا کر دیں گے۔

جب مادی علامات زائل ہو جائیں تو کوئین براہ درجن روزانہ ۳ گریں کی
مقداروں میں تین مہینے تک استعمال کرنی چاہئے۔ اس درجہ میں کوئین سچو کے ساتھ
لاگرو آرسینیکیس (liquor arsenicalis) بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں ملا کر
دیتی کہ ۶ قطروں تک مقدار جو مائے دن میں تین بار دینا چاہئے۔ تین ہفتوں کے
بعد کوئین کی مقدار بخوراک گھٹا کر روزانہ دس گریں تک کر دینا چاہئے اور اسے
ایک ماہ سے لیکر تین ماہ تک جاری رکھنا چاہئے۔

طبیعیاتی حملوں کے علاج میں کوئین کے علاوہ یہ امور بھی شامل ہونے چاہئیں۔
تفادش (confinement to bed) یعنی مریض کا لیٹا رہنا۔ درمیں تسکین
کے لئے اسپیرین (aspirin) یا ڈوہرس پاؤڈر (Dover's powder) کا استعمال
اور انتوں کے قفل (ریف قبض) کا خیال رکھا جائے۔ آخر الذکر کے لئے شب کے
وقت ایک گریں کیلول (calomel) استعمال کرنے کا مشورہ دینا چاہئے اور اس کے
بعد صبح کے وقت ایک مائع مفتوح (saline aperient) استعمال کرنا چاہئے۔ جب

تھے نمایاں علامت ہو تو ہر قسم کی غذا روک دینی چاہئے اور دہن کی راہ سے صرف پانی تھوڑی تھوڑی مقداروں میں دینا چاہئے۔ جب پیش بلند رہتی ہو تو نیم گرم یا سرد پانی سے اسفنج کرنے سے فائدہ ہوتا ہے اور جب تب شدید (hyperpyrexia) ہو تفصیل حوالت کے وہ موثر اور انتہائی طریقے کام میں لانے چاہئیں جن کی ضرورت بحالت (heat-stroke) یعنی لڑکے کے لئے سفارشی کی گئی ہے۔

طیریا کے علاج میں یہ امر نہایت اہم ہے کہ کوئین بالاکراہ یعنی ادھورے دل سے نہ استعمال کی جائے۔ اسے پوری مقداروں میں استعمال کرنا چاہئے اور اگر مریض ذرا بھی سمجھ دیش طور پر بیمار ہو تو اسے دروں عضلی اور دروں وریدی راہ سے استعمال کرنے میں دریغ نہیں کرنا چاہئے۔ اگر یہ کیا جائے اور مریض ایک یا دو دن میں تعال (رد عمل) نہ ظاہر کرے تو اس کی علامت کا سبب غالباً طیریا ہی ہے اور دوسری تشخیص کی جستجو میں سعی کرنی چاہئے۔

کوئین کے استعمال سے، بالخصوص اگر یہ عرصہ دراز تک ہو تو بعض ناگوار علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے سب سے زیادہ عام طنین (tinnitus) ہے، جو اس قدر نمایاں ہو سکتا ہے کہ ممکن ہے کہ فکر بجا نکل بہر این پیدا کر دے۔ دم آغشتا، رعشہ (tremor) اور دوران سر دوسرے ناگوار علامات ہیں جو اکثر کوئین کے طویل نصاب کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض اشخاص میں کوئین کی غیر معمولی حساسیت ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ان میں ایک ہی خوراک کے بعد ایک وسیع ششیر لکھ (urticarial rash) نمودار ہو جائے۔ ایسی حالتوں میں تجے کے شدید حملے بھی ہو سکتے ہیں۔ گاہے گاہے اگر کوئین کیساتھ برومائیڈ (bromide) کی تھوڑی مقداریں شامل کر کے دی جائیں تو اس سے کوئین کی برداشت بہتر ہوتی ہے۔ ذیل میں ایک سہولت بخش نسخہ درج ہے:- کوئین ٹریدوکلورائیڈ، اگرین، آئسڈ ٹریدو برومک، ڈائلیوٹ، قطرے، سیرب اور انشائی، ڈرام، آئیکوکلور فارمی، نصف آونس۔ دن میں تین بار۔ بعد غذا۔ اگر کوئین کی برداشت نہ ہو تو نیو سال ورسان (neo-salvarsan) ۳۵۰ گرام کے اشرا بات دینے چاہئیں۔

نگسات (relapses) کا علاج اصولاً وہی ہے جس کی تفصیل اوپر درج ہو چکی ہے

لیکن بار بار ایسا ہوتا ہے کہ ایک طیریائی موضوع کو اس کا علم ہو جاتا ہے کہ اب مجھے کس ہونے والا ہے اور وہ نوٹس مرض کو روکنے کے لئے کوئین کی کافی مقداریں لے سکتا ہے۔

سیاہ بولی تپ

(BLACK WATER FEVER)

طیریائی ہیموگلوبین بولیت

(malarial haemoglobinuria)

دنیا کے بعض حصوں (افریقہ کے مغربی ساحل، سید افاسکرا اور افریقہ کے شمالی مشرقی ساحل، یام، نیو گائنا، جنوبی ریاستہائے متحدہ امریکہ، اور ونیزویلا اور گائنا) میں جو بیشتر مداریں ہیں اور سب کے سب طیریائی رقبوں کے اندر واقع ہیں، متاثر کر دیا لانا موں والا مرض ہوتا ہے اور یہ مرض زیادہ تر انھیں لوگوں کو مار ڈالتا ہے جو کچھ عرصہ تک اس مقام میں رہ چکے ہوں اور جن پر بیشتر حقیقی طیریائی حملے ہو چکے ہوں چند غیر بھی علامات (prodromal symptoms = علامات مندرجہ) پسندیدہ اعضا شکنی اور درد سر کے بعد ایک واضح تشہیر (یرہ) ہوتا ہے جس کے بعد صفری تپ ہوتا ہے اور پھر چند ہی عمارتیں سرخ یا سیاہ بول کی کچھ مقدار خارج ہوتی ہے جس کا رنگ ہیموگلوبین کے باعث ہوتا ہے کہ خون کے تدرست جسمیات کے باعث (تدرستہ) جو ہیموگلوبین بولیت (haemoglobinuria) - یہ پورے جسم میں لگتی ہے اور طیریائی ہوتا ہے (اے سیاہ) کے طریقہ شناخت سے فی ہزار ٹیٹام کی حد تک، اور اس میں سرخ رنگ ایک تیلے جھور سے فضل، ذراتی تیلہ اور زجاجی سیاہی - ایک جوارہ تیلہ ہوتا ہے۔ تھریس کے ساتھ پیش ۱۰۰ درجہ یار اند تک بلند ہوتی ہے لیکن چند گھنٹوں کے بعد گر کر کسی قدر کم ہو جاتی ہے، پھر تھریس کے ساتھ بلند ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ایسا کثرت ہو۔ مریض کو کم دیش گہرا یرقان ہوتا ہے اور اس کے جگر اور طحال کلائی پانیت

اور انہیں ہو جاتے ہیں۔ امیڈا فراعاتوں میں یہ علامات تقریباً ایک ہفتہ تک جاری رہتے ہیں۔ مگر ہر ایک حالتوں میں تپے جاری رہتی ہے، بول زیادہ البیومینی اور تخفیل مقدار ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ کہ اسرا بول (suppression) واقع ہو جائے، اور اس کے بعد کوما (غفلت) یا ہبوط (collapse) یا بول دمویت (uræmia) کی وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ شرح ہلاکت ۱۰ تا ۵ فیصدی ہے۔

امراضیات - تازہ تحقیقات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ سیاہ بولی تپ

ہمیشہ تحت اخلاقی طفیلیہ کے ساتھ متعلق ہوتی ہے اور غالباً کسی نہ کسی طریقہ سے ان سمیات کے باعث ہوتی ہے جو اس عضو سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ بتا دیا گیا ہے کہ اگر سیاہ بولی تپ کے آغاز سے پہلے امتحان کیا جائے تو اس طفیلیہ کے غذا خور خورینات (trophozoites) تکفیل تعداد میں پائے جاسکتے ہیں۔ لیکن خوں پائینگی (haemolysis) کے عمل کے دوران میں وہ جیسات جن میں طفیلیات مشمول ہیں ٹوٹ جھوٹ کر تلف ہو جاتے ہیں، اور سیاہ بول تپ سے شفا یابی کے بعد عموماً طیر یابی سرائیت سے کلی شفا حاصل ہو جاتی ہے۔ اس خوں پائینگی کی نتیجہ بنیادی میکابیت ابتک واضح طور پر متعین نہیں ہوئی ہے۔ لیکن (Plehn) کا خیال ہے کہ وہ ایک انتہائی (anaphylaxis) عمل سے واقع ہو جاتی ہے، اور یہ کہ عمومی حملوں کے دوران میں طفیلیات کے متواتر اختلاف کے سبب سے جسم میں طیریائی طفیلیہ کے پڑھن کی مضطرب حساسیت پیدا ہو جاتی ہے، اور جب یہ مضطرب حساسیت کافی بلند درجہ پر پہنچ جاتی ہے تو ممکن ہے کہ طفیلیات کی ایک یا کچھ قلیل تعداد کے مزید انخوال سے یہ بحران واقع ہو جائے، ایسے دوران مرض میں ایک ناگہانی تفسیر واقع ہو کر دم پائینگی ہو اور اس کے ساتھ سیاہ بولی خارج ہونے لگے۔ کوئین کا بڑی مقداروں میں دینا ممکن ہے کہ کسی نہ کسی طریقہ سے ایک محرک عامل کے طور پر عمل کرے، اور یہی وجہ ہے یہ مقبول غوام نظر یہ پیدا ہو گیا ہے کہ کوئین ہی سیاہ بولی تپ کا سبب ہے۔ یہ تصور کلی طور پر صحیح نہیں ہے، اس کا اندازہ اس واقعہ سے ہو سکتا ہے کہ سیاہ بولی تپ ان اشخاص میں بھی پیدا ہو سکتی ہے جنہوں نے کوئین کبھی نہیں لی ہو، اور

حقیقت الامر یہ ہے کہ یہ مرض اس دوا کے معلوم ہونے اور رواج پانے سے بہت پہلے معلوم تھا۔ غالباً یہ کہنا صحیح ہے کہ بعض لوگوں میں، جن میں کوئین کی خاصیت متاثریت موجود ہے، کوئین دیم پائیدگی کی پیداوار میں ایک جزو عامل کے طور پر عمل کر سکتی ہے۔ اسی خریقہ سے کہ جس طرح سے سردی، انفکال، یا دوسری سختی ایسا کرتی ہیں۔ استخوان بعد المیات میں بہت یرقان زدہ (jaundiced) پائی جاتی ہیں، خون نہایت پینال ہوتا ہے، اگر وہ کھائی یافتہ اور گہرے مستی ہوتے ہیں، ساتھ ہی ان کے انوبی سرملہ (tubal epithelium) کا انحطاط پایا جاتا ہے۔ جگر کھائی یافتہ ہوتا ہے اور ترخو بین سے اس میں تخر (necrosis) کے رقبے پائے جاتے ہیں اور اس کے خلیات میں بہت ہی ہیموسائیڈیرین (haemosiderin) موجود ہوتی ہے۔ اور ان میں سے بہت سے خلیے شخی انحطاط ظاہر کرتے ہیں۔

علاج۔ کامل سکون و آرام (استراحت) اور عمدہ تیمارداری (مرض)

ضروری ہیں۔ مرقق مشروبات (diluent drinks) کی افراط سے گروہوں کا آزار نہ فعل حاصل کرنا چاہئے۔ ہی اثر طبیعی مائع محلولات (normal saline solutions) کے دروں و ریبیدی اشرباب سے بھی حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اکثر خیال کیا گیا ہے کہ کوئین کے ذریعہ نوعی علاج (specific treatment) کرنے سے صورت حال بہتر ہو۔ مگر کوئین بولیت زیادہ ہو جاتی ہے، لیکن اس کے استعمال کی اس وقت اجازت دی گئی ہے (Manson, Crosse) جبکہ یہ دکھلایا جاسکے کہ طیرائی طفیلیات موجود ہیں۔ اگر کوئین استعمال کی جائے تو اسے بائی ڈاکٹر وکلورائڈ کے اشربات کی صورت میں دینا چاہئے اور اس کے استعمال سے پہلے کالشیئم لیکٹیٹ (calcium lactate) کی مقداریں دینی چاہئیں۔ کوئین سلیفٹ نہیں دینا چاہئے۔

مرض ترخانی ترخانت

(TRYPANOSOMIASIS)

(مرض النوم = sleeping sickness)

اجسام ترخانیہ تخر حیوانی مضمویہ ہیں جو انسان، گھوڑوں اور مویشی میں مرض

کا سبب ہوتے ہیں۔ وہ انواع جو انسان میں افریقہ کا مقامی مرض النوم (endemic sleeping sickness) پیدا کر دیتے ہیں، گیمبیا کی اجسام ترخانیہ (trypanosoma gambiense) اور روموڈیسیائی اجسام ترخانیہ (T. rhodesiense) ہیں۔ ایک دوسرا انسانی ترخانیہ (T. cruzi) = کرڈزی ترخانیہ) برازیل میں بیان کیا گیا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس سے تپ، قلت الدم اور عذی کلانی پیدا ہو جاتی ہے۔

مرض النوم کا ترخانیہ (ملاحظہ ہو شکل ۱۴ اور شکل ۱۵) ایک لمبو تراغو کی طرح نما طفیلیہ ہے، جو طول میں سب سے کم ۱۸ ملد تا ۲۵ ملد، اور عرض میں ۲ ملد تا ۳ ملد ہوتا ہے۔ چنانچہ طول میں وہ خون کے ایک سرخ جبرجہ کے قطر سے تقریباً بگٹتا ہوتا ہے۔ اس کے غول کے تقریباً وسط میں ایک بڑا بیضوی نوا ترخانیہ (trophonucleus) ہوتا ہے۔ کند سر سے پرکروماٹین کا ایک چھوٹا ریز جزو قاعدی جسم = parabasal) ہوتا ہے، اور اس کے قریب ہی ایک نسبتاً چھوٹا جسم جن جن (blepharoplast) ہوتا ہے، جس سے ایک سوطیہ (flagellum) آگے بڑھتا ہے، اندر ایک تنوچی دھارہ جلی نکلتا اور کنارے کے برابر برابر دوڑ کر عضویہ کے دوسرے سر سے نکل جاتا ہے اگر اس نے آگے کچھ فاصلہ نکل باہر نکلا ہوا رہتا ہے۔ یہ طفیلیات خون، لمفی غد اور دائمی ششائی ریتال کے اندر



شکل ۱۴

گیمبیا کی اجسام ترخانیہ (تین تین برس)

tadpole-like

۱۵

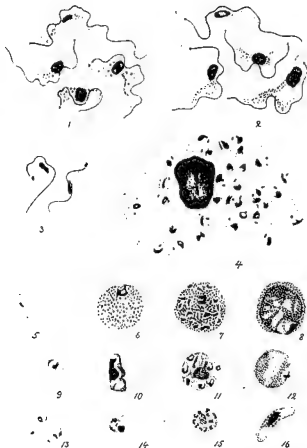


Fig. 1. *Hymenocys salmositica* (Wigg.) sp. nov. (Dissociation flask multiplication 2 years).

1. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
2. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
3. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
4. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
5. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
6. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
7. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
8. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
9. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
10. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
11. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
12. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
13. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
14. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
15. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).
16. *Parasitophous vacuole* of *Hymenocys salmositica* (Dissociation flask multiplication 2 years).

پائے جاتے ہیں، اور آخر الذکر کے اندر ان کی موجودگی اس مرض کے مخصوص و ممتاز علامات پیدا کر دیتی ہے۔ یہ خون کے اندر آہستہ آہستہ مرفولی طریقہ سے (یعنی بیچ و خم کھاتے ہوئے) نقل و حرکت کرتے ہیں۔ یہ خون کے سرخ جسامت کے اندر گہمی نہیں لٹے، لیکن سپید جسامت ان کو رنگ کر تلف کر دیتے ہیں۔ طفیلیات موجود رکھنے والے خون یا دماغی نخاعی سیال کی تقسیم بند روں میں کر کے ان میں یہ مرض پیدا کیا گیا ہے۔

بحث اسباب۔ عمر دراز سے اس مرض کا افریقہ کے مغربی ساحل

پر، سینگیال اور نوآئڈا دریاؤں کے درمیان، اور چند ہزار میل تک اندرون ملک میں ہوتا معلوم ہے۔ حال ہی میں یہ دو گائڈا، رجوڈیسا، نیاسا لینڈ اور افریقہ کے متصل حصوں میں دیکھا گیا ہے۔ یہ دنیا کے دوسرے حصوں میں بھی ہوتا ہے، مگر جو شخص اس مرض میں مبتلا ہوتا ہے وہ ہمیشہ پہلے افریقہ میں رہ چکا ہوتا ہے۔ اب تک یہ مرض جمیشوں کے سولے دوسروں میں شاذ ہی دیکھا گیا ہے۔ اس کا حملہ دونوں جنسوں اور سب عمروں میں ہوتا ہے، شاید یہ انتہائے شیرخوار سچوں یا بستر بوڑھے شخصوں کے۔ انتشاریہ مرض طبریا کے انتشار سے بعینہً مماثل ہے، اور انسانوں میں طفیلیہ کی تقسیم بیسی گھٹی (tsetse fly) کی ایک خاص قسم کے کاٹنے سے ہوتی ہے۔ چنانچہ گیمبیائی ترکانیہ (T. gambiense) (جو کانگو اور پوجانڈا میں مرض النوم کا سبب ہے، اور تقریباً بکلہ انسان تک محدود ہوتا ہے، اور موریشی اور جنگلی شکاری جانوروں کو نہیں متاثر کرتا) بجاسی گھاسینا (Glossina palpalis) کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ اور رجوڈیسیائی ترکانیہ (T. rhodesiense) (جو موریشی اور جنگلی جانوروں میں ایک مرض پیدا کر دیتا ہے جس کا نام دنگنا ہے، اور نسبتاً بہت کم تناسب میں نیاسا لینڈ اور رجوڈیسیا میں انسانوں کو متاثر کرتا ہے) ایک دوسری کیٹسی گھٹی ایسے گزندہ گھاسینا (Glossina morsitans) کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ خاص اثرات عصبی نظام میں پائے جاتے ہیں، اور وہ مزمن سحالی دماغی التهاب (chronic-meningo-encephalitis) اور سحالی نخاعی التهاب (meningo-myelitis) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اقم منوہ و عنکبہ تسم

(pia-arachnoid) خیر شفاف اقد سے وابستہ یافتہ اور شائد چھکی ہوئی ہوتی ہے اور خردین کے نیچے گول خلیوں سے درختہ نظر آتی ہے۔ یہ خلیے گرد و دقتی فضائوں میں بھی برا فراط ہوتے ہیں۔ زیرِ عکبیت بیبال مقدار میں بڑھا ہوا پوال جیسے رنگ کا، اور کسی قدر گندلا ہوتا ہے، لیکن ریوی شاذ ہی ہوتا ہے۔ تشریف داغ میں ہر می خلیے (pyramidal cells) کم ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ جبلی شوکی (سناخاع) میں منتشر صلابت اور ساتھ ہی محوروں (axons) کا اختلاط ظاہر ہو۔ ان محوروں کے درمیان بعض اوقات اجسام تر فانیہ عروق دمو سے باہر پڑے ہوئے دکھائی دے سکتے ہیں۔ جیسے پھرے تقریباً ہمیشہ مستی اور اُویائی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ایک یا زائد مقامات پر متحد (consolidated) ہوتے ہیں۔ قلب عموماً پیللا اور بھیکے زرد رنگ کا ہوتا ہے، اوپری اور عمقی لمفی غدو بہت کثافت یافتہ ہوتے ہیں، اور آٹھے لمفی جسامات (lymphocytes) بہت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ بہت سے اعضاء میں عروق کے گرد پسیدہ جسامات کی در زرش موجود ہوتی ہے (Low and Mott)۔

159

علامات۔ مرض کے مرکزین مرحلوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے،

زمانہ حضانہ عمومی و درجہ اور دماغی درجہ۔

زمانہ حضانہ۔ گلا سینا کے کاٹنے سے عموماً ایک مقامی التهابی تعال پیدا ہو جاتا ہے، جو چند روز تک جاری رہتا ہے اور اس تعال کے نسبت جو ایک غیر سرایت زدہ کھی کے کاٹنے کے بعد ہوتا ہے نمایاں طور پر زیادہ شدید ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ زمانہ حضانہ صرف دو ہفتے سے میکرو تین ہفتے تک ہو، لیکن بعض اوقات وہ چند ہفتوں بلکہ برسوں تک طویل ہو جاتا ہے۔ علامات عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔

عمومی درجہ۔ سر میں تپ کے علوں میں مبتلا ہوتا ہے، جو تقریباً ایک

ہفتہ تک جاری رہتے ہیں اور بار بار مکرر ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی ایک احمراری طغ (erythematous rash) جو شکل میں اکثر پیر پیچ (circinate) ہوتا ہے، بالخصوص دھڑ پر نمودار ہو جاتا ہے۔ گردن کے پچھلے مشلشوں میں کے لمفی غدو بھی

کلافی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ شرح بخش غیر حوی زمانوں میں بھی سریع ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ گہروا جانے سے پیش حسیّت پائی جائے۔ بعض حالات میں مرض اس درجہ تک پہنچ کر ختم ہوتا معلوم ہو گا۔



شکل نمبر ۱۰

روحہ ڈیسیائی ترنانیہ (T. rhodesiense) جو خفوات ودا اشکال ظاہر کر رہی ہے۔ نیما لینڈ (پتہ برکوس)۔

دماغی درجہ۔ جب یہ عضو یہ دماغی خفای عکس کوئی کہفہ میں پہنچتا ہے تو عصبی نظام نمودار ہو جاتے ہیں۔ اس مرض کا مہمّہ خاصہ فہم دگی ہے جو بند رج بڑھ کر نفاس (somnolence) میں اور بالآخر گہرے کو ما میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ بعض اپنا کام کاج کرتا رہے، لیکن وہ فہم دہ بے سندہ اور ٹڈھال ہوتا ہے یا اس کی جسمانی حالت کمزور ہوتی ہے۔ اس کا چہرہ بے اظہار ہوتا ہے اور پرکے ہوئے لٹک پڑتے ہیں، اور نیچے کا لب گرا ہوا ہوتا ہے (جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نیچے کے اذنت دکھائی دینے لگتے ہیں) اور یہ لب خشک اور تر کا ہوا ہوتا ہے۔ اذناں جسد چہرہ بے اظہار ہو جاتا ہے اور چھو لائیو (المعلوم ہوتا ہے) زبان اور ہاتھ ریش کی وجہ سے ہر تہز تہہ ہیں۔ ایک یا دو ہسینوں میں انبطاح (prostration) بڑھ جاتا ہے۔ بعض وقت کے ساتھ کڑی کسے سہارے سے چلنے کے نیچے کا ہونٹ اور زیادہ برون گردیدہ

(everted) ہوتا ہے اور اس پر سے رال بہتی رہتی ہے۔ تپش شام میں قدر سے بلند ہو جاتی ہے، اور نبض اکثر نہایت سریع ہوتی ہے۔ لمفی غدہ کلانی بافت رہتے ہیں، لیکن نسبتاً چھوٹے اور سخت ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ بالآخر غماص (somnia) پیدا ہو جاتا ہے کہ مریض متواتر ایک ہی وضع میں پڑا رہتا ہے، یا تو زمین پر برابر آوند چاٹتا ہوا، یا ایک کر دھ پر پیچ کھایا ہوا (سکڑا ہوا)، یا سائے کو گھٹنوں کے بل گرا ہوا۔ آخری درجوں کے دوران میں وہ صرف وہی کھاتا ہے جو کچھ کہ اس کے سامنے لایا جائے بلکہ جو غذا اس کے منہ میں ہوتی ہے اسے بھی کھانا موقوف کر دیتا ہے۔ اگر دوسرے اس کی خبر گیری ذکر میں تو وہ فائدہ سے رہیگا۔ جن میں وہ زیادہ ناعس (somnia) ہوتا جاتا ہے اس کے افراد اس کے قریب جمع ہوتے جاتے ہیں اور بہت سے قروح الفراش (bedsores) بن جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ زرقن شکل خستہ چوڑ (choreiform spasms) اور جھٹکوں میں مبتلا ہو جائے اور سریع لاغری اور اہمال واقع ہو جائیں۔ بٹوری آبلہ نما اور قالمکی تورانات اور جلد کی ایک جھجھکی وار حالت بھی دیکھی گئی ہے۔ مریضوں کی نسبت تنہا اور قعد میں علالت کے کسی زمانہ میں مایا پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مرض پانچ ماہ سے لیکر پندرہ مہینوں تک جاری رہتا ہے۔

تشخیص کسی لمفی غدہ میں سے پذیریدہ و خنز (puncture) نکالے ہوئے

میٹال کے اندر اجسام ترخانہ کی موجودگی نہایت آسانی سے دکھلائی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اجسام خون میں بھی موجود ہوں۔ اگر دماغی خستہ میٹال کا امحص (centrifugalization) کیا جائے تو ممکن ہے کہ اس میں بھی طفیلیات ملیں اور ساتھ ہی غلوی عناصر کی زیادتی نظر آئے، اور جھک حالتوں میں وہ جرم دماغ کے اندر بھی دکھلا دیے گئے ہیں۔ بلکہ آخر الذکر ہسپتال کے اندر اجسام ترخانہ کے ظاہر ہونے سے پہلے ہی کثیر التعداد لمفی خلیے، بڑے سرخلی خلیے، اور لٹی خلیے (myelocytes) ملنے اور معصی گلابیو لین (serum globulin) اور معصی البیو مین (serum albumin) کی زیادتی بھی پائی جائے گی۔

اتذار۔ اگرچہ مرض النوم ایک نہایت خطرناک مرض ہے تاہم یہ ضروری

نہیں کرتے، ہمیشہ جھلک ہو۔ ناخیر یا ذریہ پوچھا کہ میں ایسے املاح ہیں جہاں کے درمی باشندے اب اس طریقہ کے متعلق ہو گئے ہیں۔

علاج۔ مریض کو مقامی مرضی رقبہ سے باہر منتقل کر دینا چاہئے۔ حال

ہی میں تیر کے ۲.۵ ("205" Bayer) کے ذریعے کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ یہ دوا ایک ایٹمی مرکب ہے جس کے ترکیبی اجزاء اسکو تیار کرنے والی پیرکیمینی نے ایک ظاہر نہیں کئے ہیں۔ (۱۹)۔ اس کا اشتراک تحت الجلدی راہ سے کر سکتے ہیں، مگر بہتر طریقہ یہ ہے کہ ایسے ایک گرام کی مقداروں میں۔ اقبعدی طاقت کے محلول کی صورت میں دروں و رینڈی ماہ سے دیا جائے۔ انہیں ایک ایک ہفتے کے وقفوں کے بعد کر دینا چاہئے۔ یہاں تک کہ اجسام ترغاب نہ لیں اور خوان یا دوائی خفاشی سیال کے اندر ان کا کس نہ ہو تو ہی بتلنا اثر پیدا کرنے کے لئے یہ بہتر ہو سکتا ہے کہ پہلے تین اشتراکات بلاناغہ روزانہ دئے جائیں (پچھنے تین دن تک ہر روز ایک اشتراک ہو)۔ علاج کا ایک نصاب دس یا پندرہ گرام ہفتہ دینے کے برابر ہوتا ہے۔ اگر حالت (اس پر بھی عسر العلاج اور بے اثر رہے تو تیر کے ۲.۵ کے کر استعمال سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہو گا کہ ٹریپ آرسینائیڈ (tryparsamide) کو آزالیا جائے۔ چونکہ یہ اشتراکات عموماً ایٹمی بین پولیٹ پیدا کر دیتے ہیں، اور ساتھ ہی تار و ریشہ سبب تک (casts) نمودار ہو جاتے ہیں، لہذا وقتاً فوقتاً کر دے کے فعل کا امتحان کرتے رہنا چاہئے۔

دوسری کارآمد ادویہ آرسینک (arsenic) (سم الغار) اور آنتی مونی (antimony) (کھلی) کے مرکبات ہیں۔ اول الذکر میں سے ایٹاکسل (atoxyl) ہے جس کا دروں عضلی اشتراک کیا جاتا ہے۔ مینٹن (manson) سفارش کرتا ہے کہ پہلی تین گرین کی مقدار تیسرے دن دو سال تک دینی چاہئے۔ کبھی کبھی ممکن ہے کہ یہ دوا ذہول عصب بھری (optic atrophy) پیدا کر دے۔ ایسی ماسٹے بعض اصحاب نکلیا کے ایک مائل نمونہ کم سمی مرکب کی سفارش کرتے ہیں جو سو آمین (smamin) کے تجارتی نام سے مشہور ہے۔ ٹریپ آرسینائیڈ (tryparsamide) بھی ۲-۳ گرام کی مقدار میں نہایت کارگر ہے، بالخصوص ان مالتوں میں جن میں دماغی ماؤنیٹ ہو۔ اس علاج

کا مجموعی غلبہ جو دو ہسینوں پر پھیلا ہوا ہو، ۲ گرام ہوتا چاہئے۔ لڑکھی مونی (کھلیہ) انارٹا امیٹک (tartar emetic) کے متفرق اشربات کی شکل میں دیا جائے تو نہایت کارگر ہوتا ہے۔ پہلی مقدار جو دی جائے، پاگین چوٹی چاہئے، اور اسے بتدریج ۱/۲ اگرین تک بڑھا سکتے ہیں۔ یہ اشربات ہفتہ میں دو بار کئی ہسینوں تک دئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ اس کی مجموعی مستقل مقدار سو گریں تک پہنچ جائے۔

جیتنگ کہ تمام علامات ہسینوں تک غائب نہ رہ چکے ہوں، اور جیتنگ کہ مریض کے خون کا اشراب حساس یا فوریوں میں ترخانی مرض کے علامات پیدا کرنے میں ناکام رہا ہو، یہ نہیں سمجھا جاسکتا کہ مریض شفا یاب ہو گیا ہے۔

لیشمانیہ

(LEISHMANIASIS)

اس اصطلاح میں وہ امراض متضمن ہیں جو ایک کھجور حیوانی عضو یعنی لیشمانیہ (Leishmania) کی سرایت کے باعث ہو جاتے ہیں۔

ان طفیلیات کو پہلے میجر جنرل سر ڈیو لیڈمان (W. Leishman) اور کرنل ڈونون (Donovan) نے ایک مداری مرض کا (Kala-azar) کے مریضوں کے اعضا میں بیان کیا اور یہ لیشمانی ڈونون کی اجسام (bodies) کے نام سے مشہور ہیں۔ یہ اجسام بیجی (oats) کی شکل کے، بیضوی یا گروی اور ایک جیسے ردوی کے قطر کے مقابلہ میں تقریباً ایک مثلث (۱/۵ تا ۱/۲ x ۱/۲ تا ۱/۳) ہوتے ہیں، اور دو قوتی اجسام پیش کرتے ہیں۔ یعنی ایک بڑا (نوائے یا نوائے کبیر = nucleus or macro-nucleus) جو بیضوی ہوتا ہے، اور کسی قدر دھندلا رنگ قبول کرتا ہے۔ اور دوسرا [جو ایک جھن مایہ = blepharoplast اور ایک جھن مایہ = rhizoplast سے مرکب ہوتا ہے] چھوٹا اور محض ہوتا ہے، گہرا رنگ قبول کرتا ہے اور عموماً اس کا ایک برابر سے نوائے کے طرف رخ رکھتا ہے۔ یہ دونوں اجسام

عضویہ کے محیط کے سلسلے ایک دوسرے کے متقابل واقع ہوتے ہیں۔ یہ طفیلیات طحال، جگر، مغز، استخوان، ماساریقی اند، گردے اور سومی قردرج میں پائے جاتے ہیں اور کلانی یافتہ طحال میں دوران زندگی میں بذریعہ دختر (یعنی کچھ کچھ لگاتار سے) حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ یہ رومانو سکی کے رنگ (Romanowsky's stain) کی مدد سے خوب نمایاں ہوجاتے ہیں۔ یہ تھریٹونائیڈا (Harpelomonida) ناندان سے تعلق رکھنے والے ایک سوطی تغریبیوان (flagellate protozoan) کی نوع کے ابتدائی مارج ہیں اور اب ڈائوڈائی لیشمانیہ (Leishmania donovani) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ ان کے مزید نوک مشابہ مناسب واسطہ (media) کے اندر کیا جاسکتا ہے۔ مثلاً یہ کہ یہ طفیلیہ ذیلی تقسیم سے تعداد میں بڑھتا ہے، جن میں (blepharoplast) کے قرب و جوار سے ایک سوطیہ (flagellum) کا ارتقادیات ہو جاتا ہے، اور جنہو یہ لمبا ہو کر ایک نکلے نا جسم بن جاتا ہے، جو طول میں ۱۲ سے ۲۰ میکرون تک پہنچ سکتا ہے، اور جس میں سوطیہ اور جنسن مایہ ایک برے پر ہوتا ہے اور نواتہ کبیر (macronucleus) مرکز کے قریب یا دوسرے سرے کے قریب واقع ہوتا ہے۔

ایسے ہی عضویہ (L. infantum = رضیعی لیشمانیہ) بحاروم کے رقبے میں رضیعی طحالی نقص الدم (infantile splenic anemia) کی حالتوں میں جو کالا آزار سے قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور رکتوں کے ایکسٹراکٹ میں مرض (L. caninum = کلبی لیشمانیہ) میں پائے جاتے ہیں۔ رائٹ (Wright) نے قرح مشرقی (oriental sore) میں جو طفیلیات دریافت کئے ہیں وہ بھی اسی جنس (L. tropica = لارسنی لیشمانیہ) سے تعلق رکھتے ہیں۔ اسی طرح جنوبی امریکہ کا ایک عام آفتی طبعی تقریح ایک مائل طفیلیہ (L. braziliensis = برازیلی لیشمانیہ) سے پیدا ہو جاتا ہے۔

کالا آزار

(KALA-AZAR)

بیاض تب (Black Fever)

یہ مرض ہندوستان، آسام، اور چین میں پھیلا ہوا ہے اور میڈیٹریئن الجزائر، مالٹا، عرب، مصر، اور سوڈان میں بھی پایا جاتا ہے۔ وہ عوارض جو ماریخی تھل (tropical splenomegaly) تب (Dum Dum fever) اور بنگالہ کی نسفی تب (cachexial fever of Bengal) کے ناموں سے مشہور ہیں تب ہی ہیں۔

بحث اسباب۔ ویب ثعلیہ (herpetomanas) یا لیشمانیہ کی

مختلف انواع مکھیوں، بچڑوں اور کھلموں کی غذائی مایوں میں پائی جاتی ہیں اور خیال کیا جاتا ہے کہ وہ فوفولی لیشمانیا (Leishmania donovani) کو جو کالا آزار پیدا کر دیتا ہے، بطن حشرات ایک آدمی سے دوسرے میں منتقل کر سکتے ہیں۔

امراضیات۔ جب یہ عضو پر ابتداء جسم کے اندر داخل ہوتے ہیں

تو عروقی شعریہ کے درخلی غلیوں میں داخل ہو جاتے ہیں۔ وہاں یہ انشقاق کے ذریعہ بڑھ کر ایک ہی جیسے میں بڑی تعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ جب یہ ان غلیوں سے باہر نکلتے ہیں تو انھیں کثیر الاشکال نواتی اور تک نواتی دونوں قسم کے پسیدہ پیلے اپنے اندر لیتے ہیں اور یہ محیطی دوران خون میں پہنچ جاتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس سے آگے لیشمانیہ کا نواسانی جسم سے باہر واقع ہوتا ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ موت کے بعد جو حالات پائے جاتے ہیں وہ سخیل

(emaciation) اور عضلی قبول کے علاوہ کثافت طحال و جگر، استثنائی انقباضات اور تفریح معاد کبیر ہیں۔ طحال کثافت یافتہ اور سخت ہوتی ہے، اس کا رنگ گہرا سرخ

ہوتا ہے اور کسبہ یا غلاف اور سسکیں (trabeculae) دبا زت یافتہ ہوتا ہیں طفیلیات اس کے گودے کے خلیوں میں ملتے ہیں اور عام طور پر باطنی جسامت کے اندر نہیں ملتے۔ جگر سیاہ جھور یا چرتی دار بھورا اور زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی آپس میں متصل دھبہ کی کوبیتہ (cirrhosis) ہوتی ہے طفیلیات بڑے وعلی خلیوں کے اندر اکثر مسخ دردوں لنگھکی عروق شریہ میں پائے جاتے ہیں۔ وہ کبدی خلیوں کے اندر کبھی نہیں ہوتے، لیکن کبدی خلیے قبول یافتہ ہوتے ہیں اور ان میں نواتی اور خمی اسخط پایا جاتا ہے۔ مغز استخوان کے یک نواتی خلیوں میں اکثر التعداد طفیلیات موجود ہوتے ہیں، اور مغز استخوان سرخ قسم میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ قویوں اور یکماہد (تقریباً سیسی) میں مختلف جسامت کے قرعے پائے جاتے ہیں اور ندبات (cicatrices) عام ہوتے ہیں۔

علامات - علامات اکثر تب کے ساتھ شروع ہوتی ہے اور یہیں

تبش پے قاعدہ متفرق (remittent) یا متوقف (intermittent) ہوتی ہے۔ یہ تب عموماً تین ہفتوں سے لیکر چھ ہفتوں تک جاری رہتی ہے اور پھر چند ہفتوں کیلئے ایک وقفہ (intermission) واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد تب کے مزید حملے واقع ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات قرطاس تبش چوبیس گھنٹے کے دوران میں دو فترات (remissions) ظاہر کر سکتا ہے اور یہ تشخیص مرض کے لئے ایک تقریباً تمیز خاستہ خیال کیا گیا ہے۔ نمایاں خصائص یہ ہیں: قلت الدم جلد کا بیٹا لاشعوب (earthy pallor)، لاغری اور فقدان قوت، مگر اور طحال کی کلانی، ناک یا سوڑھوں سے یا جلد کے نیچے گاہے گاہے نزفات کا وقوع، لمبی ہڈیوں کے ہردوں میں درد، اور چہرے اور شمنوں کا سرخ الزوال، تھینج، اور زیادہ کلانی مگر کلانی حالتوں میں استسقاء، ظلمی (ascites) تک کا ہونا۔ اسہال، پھیپھڑوں میں استسقاء، دہری اور ذات الریہ (نونیہ) بھی اکثر وقوع ہیں، اور ہلکے نتیجہ اکثر ان میں سے کسی ایک کے باعث، یا کسی دوسری اتفاقی پیچیدگی کے باعث۔ تاہم - خون کی حالت چوپائی جاتی ہے وہ نہایت مستقل ہوتی ہے (یعنی ہر حالت میں ایسی ہی ہوتی ہے) سرخ خیمے ۶۰ یا ۵۰ فیصدی تک گھٹ جاتے ہیں۔ نیز گلوبین کم

ہو جاتی ہے اور قلبت خلیات ابیض (leucopenia) نمایاں ہوتی ہے، چنانچہ سپید خلیات فی مکعب ملی میٹر صرف ۲۰۰۰ یا ۱۰۰۰ ہو سکتے ہیں۔ تقریبی شمار (differential count) میں غیر الاشکال نواتی خلیوں (polymorphonuclears) کی بڑی کمی اور عموماً بڑے یک نواتی خلیوں (large mononuclears) کی بڑی اضافی زیادتی ظاہر ہوتی ہے۔

تشخیص۔ تیشمانی ڈانوفانی اجسام کو محیطی دوران خون میں تلاش کرنا چاہئے، لیکن ممکن ہے کہ اس میں طویل وقت لگ جائے اور تلاش منفی ثابت ہو یا بلکہ ایک مصنوعی قانچیت سے حاصل کردہ رشیخہ (exudate) کا امتحان کیا جائے (Cummins)۔ اگر ان میں ناکامی ہو تو طحال کے وخرچہ (کچھ کے) کے ذریعہ خون حاصل کیا جائے، لیکن اسے احتیاط کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔ سفید دھوئیت (leukemia) اور طیریا کو امتحان خون سے اور تپ مرقہ (ٹائفائیڈ) کو الٹرا قی تعامل (agglutination reaction) کی غیر موجودگی سے خارج کر سکتے ہیں۔

انذار۔ یہ مرض کئی ماہ تک جاری رہتا ہے اور ۹۰ فیصدی مالتوں سے زندہ میں ہلک ثابت ہوا ہے۔

علاج۔ کالے آزار کا واحد نومی علاج جو آب عام طور پر متعل

ہے اڑنی موئی (کھنکھ) کے مرکبات سے ہوتا ہے، ٹارٹاریمیک (tartar emetic) کو عموماً معقیم آب کیشہ کے ساتھ ۲ فیصدی محلول کی صورت میں تیار کر کے مہینوں تک ہفتہ میں دو بار دروں دریدی راہ سے اشتراک کیا جاتا ہے۔ اس نمک کی ابتدائی معاد ایک بالغ کے لئے پانچ گریں ہے اور یہ معاد بتدریج بڑھائی جاتی ہے یہاں تک کہ اتم معاد جس کا مریض متحمل ہو سکتا ہے (یعنی پانچ گریں) ہو جائے۔ یہ دوسرے نمکین کے نسبت دیرسی باشندے ٹارٹاریمیک کے عموماً کم متحمل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مستقل شفا حاصل کرنے کے لئے ۱۰۰ گریں یا زائد کی ضرورت ہو، اور ٹیپسٹ

(Napier) کی رائے ہے کہ مریض کے وزن کے ہر سو پاؤنڈ کے لئے، اگر گین سیاری مقدار ہونا چاہئے۔ بہتر یہ ہے کہ ہر شراب سے پہلے تازہ محلول تیار کر لیا جائے، اور ایک گرین سے اوپر کی مقادروں کے لئے دس گوب سمریٹال لینا چاہئے۔ جب مریض (diluent) کی مقدار محدود کر دی جاتی ہے تو اس سے پیدا ہونے والے تعاملات (مثلاً مبتلی، کھانسی اور قے) خارج ہو جاتے ہیں (یعنی اُن کا شائبہ نہیں ہوتا)۔ نیشیٹھی مونی کے مرکبات میں جو تازہ اصلاحات ہو گئی ہیں (سٹیا سیٹین (stihacetin) اور وائن ہیڈن ۴۱ (۴۱ von Heyden 471)، جن کی انفرادی مقدار ۳-۵ گرین ہے) اُن سے زیادہ مریض اور تشنہ بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ شراب کرتے وقت اس امر کی بڑی احتیاط رکھنی چاہئے کہ محلول کا کوئی حصہ ورید سے باہر نہ جانے پائے، کیونکہ ایسا ہونے سے بہت مقامی درد اور ورم، بلکہ اعشاش (sloughing) تک واقع ہو سکتا ہے۔ مریض کا وزن بڑھ جائے، طحال کی جسامت کم ہونے اور خون کی حالت میں اصلاح ہونے سے علاج کا اثر جلد ہی نظر آ جاتا ہے۔ بچوں میں دروں وریدی شراب اکثر مشکل ہوتا ہے اور ریٹروٹائی راجرس (Sir Leonard Rogers) نے اس کے بجائے باریک پیسے جوئے فلزاتی کھلیہ (metallie antimony) کو ٹینولین میں ملا کر بطور ڈھان (inunction) استعمال کر کے کسی قدر کامیابی حاصل کی ہے۔

جلدی قیشمانیت (cutaneous Leishmaniasis) کا علاج بھی مثال طریقوں سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے، لیکن بعض حالتوں میں اشعاع (X-rays) سے یا کاربونک آئسڈ سٹو (carbonic acid snow) کے استعمال سے، یا کمپسین (emetine) کے ۱-۲ گرین کا شراب قرص میں کرنے سے بھی مادی فائدہ حاصل ہوتا ہے۔

زحیر

(DYSENTRY)

یہ بڑی آنت کا التهاب ہے جس کا نام التهاب قولون (colitis) ہے،

کی آبادی (باشندوں) میں زحیر کے وبائی صورت میں پھیل جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ سرایت زدہ برائے آلودہ کپڑوں اور برتنوں سے انگلیوں کی آلودگی ہو کر راست سرایت واقع ہو سکتی ہے۔ سرایت زدہ آبی رسد سے بھی مرض پھیل سکتا ہے۔

اسی واسطے زحیر کے پھیلاؤ کے لئے مناسب اور موزوں حالات، میدان جنگ میں فوجوں کے درمیان پائے جاتے ہیں، تا وقتیکہ سخت مابین صحت (sanitary) احتیاطیں عمل میں نہ لائی جاسکیں۔ ۱۸۹۹ء تا ۱۹۰۲ء کی جنوبی افریقہ کی جنگ کے دوران میں اس مرض سے افواج کا قتلہ واقع ہو گیا۔ تازہ جنگ یورپ میں فرانس میں اس کی مقابلہ چند ہی وارداتیں ہوئیں، لیکن مشرقی محاذات جنگ میں، موسم بہار اور خزاں کے مہینوں میں جبکہ کمبیاں بکثرت تھیں، اس مرض کا نہایت زیادہ غلبہ رہا۔ بیشتر مشرقی شہروں میں، جہاں صفائی کی حالت ناقص اور کھیاں لاتعداد ہوتی ہیں، یہ مرض مقامی ہوتا ہے۔ انگلستان میں یہ مرض مطلقاً ناپید ہے، یا سنشائے زہنی عصبیوی قسم کے اُن حلوں کے جو کبھی کبھی تھن (asylums) میں ہو جاتے ہیں۔

عصبیوی زحیر

(bacillary dysentery)

زحیر پیدا کرنے والے عصبیوی کا نام زحیری عصبیہ (bacillus dysenteriae) ہے، اور ان کی گئی قسمیں شیگا (Shiga)، کرڈمی (Kruze)، فلیکسنر (Flexner) اور سونے (Schmitz) سمیت اور دوسروں نے بیان کی ہیں۔ ان کی خاصیتیں یہ ہیں۔
 (جو منسٹریٹ (mannite) میں خمیر نہیں پیدا کرتا) اور فلیکسنر کا عصبیہ (جو منسٹریٹ میں خمیر پیدا کرتا ہے)۔ عصبیوی زحیر کے مبتلا مریض کے مصل سے ان عصبیوں کا الزاق ہو جاتا ہے، لیکن ایجابی مریض کے مصل سے ان کا الزاق نہیں ہوتا۔ فلیکسنر کے عصبیہ کی اب پانچ مستقیم مصلیاتی حالتیں شناخت کی گئی ہیں اور ان کو V. W. X. Y. Z. کہتے ہیں۔

یہ عصبے آنت کے اندر اُگتے اور تعداد میں بڑھتے ہیں اور فی الحقیقت وہاں کوئی آضرار پیدا کئے بغیر کچھ عرصہ تک زندہ رہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ عموماً مسموم پیدا کرتے ہیں جو خون کے اندر جذب ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے بعض آنتوں سے خارج ہوتے ہیں اور زحیری علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسرے ممکن ہے کہ عصبی نظام پر عمل کر کے مختلف پیچیدگیاں پیدا کر دیں۔

امراضیات - جراثیمی زحیر کے اضرار کے متعلق یقین کیا جاتا ہے کہ

وہ عمل یا زہ میں تو فون کی بافتوں پر مسموم کے فعل سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ساری مخاطی جھلی کا احاد التهاب ہو کر ترویجی (coagulation necrosis) کے رقبے پیدا ہو جاتے ہیں، جو بے سرعت غیر عمیق قرصے بنا دیتے ہیں۔ آنت کے تحت المخاطی عضلی اور باریطونی لمبقات محفوظ اور غیر متاثر رہتے ہیں۔

ایک ابتدائی درجے ہی میں مخاطی جھلی پر شدت مشرب اسرغ اور متورم ہو جاتی ہے۔ اکثر یہ سرخی مخاطی جھلی کے جیود (ridges) کی ابھری ہوئی کوروں تک محدود رہتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ سرخی بیقاعدہ طور پر منقسم ہوئی ہو۔ اور سطح خون سے رنگی ہوئی مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے منفرد جراثیم (solitary follicles) مقابلہ جلد ہی متورم ہو جاتی ہیں، اور کچھ وقت کے بعد جراب کی سطح خراشیدہ ہو جاتی ہے اور ایک چھوٹا سا زخم پیدا ہو جاتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد سطح کے بہت سے حصے بالخصوص سیوندنی چوٹیاں یا مخاطی جھلی کے ڈھراؤ، ایک پسیدی مال یا مینز ترویج یا نہ رشحہ یا جھلی سے ڈھک جاتے ہیں، اور گرد و پیش کا مخاطی طبقہ (mucosa) بیش دہی (hyperemic) اور اذیمیائی ہو جاتا ہے۔ پھر بے قاعدہ جسامت اور مختلف وسعت کے غیر عمیق قرصے بن جاتے ہیں، جو ابتدا میں منفرد جراثیم کو اکثر اکوف تو نہیں کرتے مگر انہیں مخاطی جھلی کے ایک چھوٹے سے حلقے سے گھرا ہوا چھوڑ دیتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے کہ یہ بھی جدا ہو کر گر جائیں۔ اس کے بعد آنت ایک سرخ یا زردی مال بہور انگ پیش کرتی ہے جو متفرق حصوں سے متناظر ہوتا ہے اور اس کے ساتھ نیلگوں سرخ یا زردی رنگ کی چکیاں یا جزیرے جڑتے ہیں، جو اس

مکتبہ مخاطمی جھٹی کے قائم مقام ہیں جو اب بھی باقی رہ گئی ہے۔

ایک بعد کے درجہ یا نسبتہ شدید تر قسم میں گنگرین واقع ہو جاتی ہے اور اسنی رمادی یا کسی قدر مجموعہ سرخ یا گہرے سرخ یا سیاہ رنگ کی پکیٹیاں ملتی ہیں، ہنسے ایک گنگرینی ہو سکتی ہے۔ ایسی چکیٹیاں بالکل چھوٹی ہو سکتی ہیں، یا قطر میں چند انچ کے برابر۔ اس طرح سے ماؤف شدہ آنت میں اکثر ایک گنگرینی بوڈار مجموعہ مانع موجود ہوتا ہے، جسکے ساتھ بعض اوقات خون ملا ہوا ہوتا ہے۔ جب خیشے (sloughs) جدا ہو جاتے ہیں تو ایسے قروح باقی رہ جاتے ہیں، جنکی کوریں زیر کاویدہ (undermined) ہوتی ہیں۔ امید افزا حالتوں میں ان قروح میں انڈاب (cicatrization) واقع ہو جاتا ہے۔ خیشوں یا قروح کے درمیان کی مخاطمی جھٹی بیش دمویتی ہوتی ہے اور مصل اور خون سے درخیز ہوتی ہے۔

زحیر میں آنت کے وہ حصے جسکے مرضی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے معاً مستقیم قرون اور اخور (caecum) ہیں، اور بعض حالتوں میں مرض لفافنی اعور (cecal valve) سے آگے بڑھ کر لفافنی (ileum) کے زیرین حصہ تک پھیل جاتا ہے۔ مرض اکثر ایک حصہ میں بڑھا ہوا اور دوسرے حصے میں ابھی صرف شروع ہوتا ہے۔ ابتدائی حالتیں شفا پذیر ہوتی ہیں اور اگر اضرار بہت وسیع نہوں تو گنگرینی درجہ سے بھی شفا یابی ممکن ہے۔ قروں پر انگور (آریکات = granulations) اٹھکر بالآخر ندبات (cicatrices) پیدا ہو جاتے ہیں جو ابتدائیں تو باقی رہی ہوتی مخاطمی جھٹی کے جزائر کے لیول سے نیچے ہوتے ہیں، لیکن بعد میں ان کی سطح زیادہ ہموار ہو جاتی ہے۔ معاً اسفل کے تغیرات کے علاوہ ممکن ہے کہ معیدے اور چوٹی آنتوں میں بھی کچھ نازلت (catarrh) موجود ہو۔ ماساریعی غد دستورم اور سرخ ہو جاتے ہیں۔ مگر دستورم اور بیش دمویتی ہوتا ہے۔ طحال عموماً چھوٹی ہوتی ہے۔ جسم عام طور پر مدیم الدم اور لاغر ہو جاتا ہے۔ زحیری قروح کا دیر پا نتیجہ مزمن زحیر (chronic dysentery) کا سبب ہوتا ہے۔

علامات۔ جن حالتوں میں زما دحضانت متعین کرنا ممکن ہوا ہے

ان میں یہ چند دنوں سے گیارہ دن تک مختلف رہا ہے۔

مرض کی حاد قسم میں مریض پہلے اہمال میں مبتلا ہو جاتا ہے اور اسے روزانہ دو سے لیکر پانچ یا چھ تک زرد یا بھوری زرد پتلی سیال، اجابتیں ہوتی ہیں۔ کچھ درد شکم اور کسی قدر کسندی ہوتی ہے، اور ساتھ ہی عدم اشتہا۔ عین یا چار دن کے بعد اجابتیں لیکا لکڑی یا زیادہ باریک ہو کر جو بیس گھنٹوں میں دس، بیس، چالیس یا سٹ یا اس سے بھی زائد تک پہنچ جاتی ہیں اور ان میں زحیری اجابتوں (dysenteric stools) کے مخصوص خصائص پیدا ہو جاتے ہیں۔ ہر اجزاج (اجابت) کی مقدار نہایت قلیل ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چند ڈرام سے زائد نہ ہو، لیکن چوبیس گھنٹے میں مجموعی مقدار تیس آونس سے لیکر پچاس آونس تک ہو سکتی ہے۔ مرض کے عروج کے زمانہ میں اجابتوں میں قدرتی برازی مادہ موجود نہیں ہوتا بلکہ وہ تھامڑا مخاط (آؤں)، مصل خون، اور پیپ پر مشتمل ہوتی ہیں اور یہ چیزیں مختلف تناسلوں میں ہوتی ہیں۔ ساتھ ہی کچھ ریخت (détrit) یعنی چوڑا اور شامہ مخاطی جھلی کی تختہ و جھیاں (جیسے پتھر) ہوتی ہیں۔ ابتدائی درجوں میں اجابتوں میں زردی مائل شفاف مخاط (آؤں) اور خون کے چوٹے ڈلے یا دھاریاں موجود ہوتی ہیں بعد کے درجوں میں خون زیادہ افراط کے ساتھ ٹھکوں یا ڈکوں کی صورت میں ہوتا ہے، جو ایک سرخ مصلی سیال میں تیرتے ہوئے ہیں بعض اوقات یا تو مخاطی جھلی کے سرخ افروغ انتشار سے یا عروق کی دیواروں کے تقریح کی وجہ سے خالص خون خارج ہوتا ہے۔ تنہا پیپ موجود ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ ایک یا کئی یا بھورا سرخ بدبودار مخاطی (slimy) سیال ہو، جس میں ہافت کے وہ حصے موجود ہوتے ہیں جو غشت یافتہ ہو کر جھڑا ہو گئے ہیں بعض اوقات اجابتوں میں مخاط کے عجیب لو پیدا تو مے مینڈک کے انڈوں یا آبابے ہوئے ساگو دانے کی طرح ہوتے ہیں۔ دوسری دو کثیر افروغ علامتیں یہ ہیں۔ ٹروڑ کے ساتھ درد شکم اور تار سیر (tenesmus) (یعنی درد کے ساتھ کوتھنا؛ straining) یا اجابت کی خواہش ہونا۔ آخر الذکر علامت صرف اسی وقت ہوتی ہے جبکہ مستقیم کانیریں سرا ماؤف ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ حاد مستقیم اور سبزد میں ملن اور درد کا احساس ہوتا ہے۔ اکثر اس کے بعد کوئی افروغ (اجابت) نہیں ہوتا یا زیادہ سے زیادہ یہ ہوتا ہے

کہ نہایت خفیف کسی مقدار خارج ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ بار بار پیشاب (micturition) ہوتا ہے۔ ان شدید مقامی حالتوں کا ردی عمل قبلہ ہی عام صحت پر ہوتا ہے۔ مریض بر سرعت ڈبلا اور کمزور ہو جاتا ہے، اس کا چہرہ بھیچکا پیسلا یا زرد جھلک دار ہوتا ہے۔ زبان پر دبیز فرد پڑھا ہوا ہوتا ہے۔ تپ معتدل ہوتی ہے اور تپش ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی درد سر، دوران سر، صدمہ اشتہا اور تشنگی زیادہ ہوتی ہے۔ خون کے امتحان سے سرخ خلیوں کی کمی اور کثیر الاشکالی نروائی سپید خلیوں کی خفیف سی زیادتی (polymorphonuclear leucocytosis) ظاہر ہوتی ہے۔ خفیف حالتوں میں آٹھ یا دس دن کے بعد ان علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ درد اور تاء سیر (tenesmus) میں کمی ہو جاتی ہے، اجابتیں بتدریج زیادہ بستہ اور زیادہ براری ہو کر بالآخر بالکل قدرتی طرز کی ہو جاتی ہیں۔ زیادہ شدید حالات میں آخر اجابت (اجابتوں) میں خون اور پیپ زیادہ زیادہ ملی ہوئی ہوتی ہے، یا وہ سبزی مائل سیاہ اور بدبودار ہوتی ہیں (گنگرینی قسم)۔ مریض کی تشنگی (تحلیل قوت) بڑھ جاتی ہے۔ اجابتوں پر قابو (قبض) نہیں رہتا، میرزا اور گرد و پیش کے ہتے مسخج (excoriated) ہو جاتے ہیں (یعنی پھیل جاتے ہیں) اور سوت سے پہلے ہسو طہ (collapse) واقع ہوتا ہے، جس میں چہرہ پچکا ہوا ہوتا ہے، اطراف نیلے پڑتا ہیں، آواز بیٹھ جاتی ہے اور نبض بمشکل محسوس ہوتی ہے۔ تحے، جو بہت سی حالتوں میں ایک ابتدائی علامت ہوتی ہے، زیادہ خطرناک قسموں میں شدید اور مسلسل ہو جاتی ہیں بول کی مقدار کم ہوتی ہے اور اس میں کلورائیڈز (chlorides) نہیں ہوتے، لیکن وہ عموماً ایسویہ منی نہیں ہوتا۔

بعض مریضوں کی حالت مزمن نہیر (chronic dysentery) کی ہو جاتی ہے۔ اجابتیں بعض اوقات تقریباً طبیعتی یعنی معمولی قسم کی ہوتی ہیں اور دوسری اوقات میں وہ مخاط (آؤں) پیپ اور خون کے مختلف آمیزے ہوتی ہیں جن میں ویسوی بدبو ہوتی ہے جیسی کہ عا در رجوں میں ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ حالت کم و بیش شدت کے ساتھ ہفتوں تک جاری رہے۔ مریض ڈبلا اور کمزور رہتا ہے، اور ممکن ہے کہ معقول علاج سے شفا یاب ہو جائے، یا ممکن ہے کہ وہ بالآخر تشنگی (تحلیل قوت) کی وجہ سے یا ایسی پیچیدگیوں کے باعث [جیسے کہ التهاب بائیلون

سے جو بوجہ اشقاب معاد پیدا ہو جائے، کیا ضیق معاد سے جو ندبہ (cicatrix) کے
نقباض سے پیدا ہو جائے [نغمہ اجل ہو جائے۔

پیچیدگیوں کی حیر کی خاص پیچیدگیوں میں۔

التهاب قزحیہ (iritis) جو عموماً دو جانبی ہوتا ہے اور سینات کے انجذاب کا نتیجہ
ہوتا ہے۔ التهاب مفصل (arthritis) اور تری زلالی التهاب (teno-synovitis) کئی
کئی گتے (parolial buboes) اور جسم کے مختلف حصوں میں خراجات اور گنگرینی
حالتوں میں آنت سے زف۔ التهاب مفصل عموماً ایک ہی مفصل کو موقوف کرتا ہے
اور سوزاکی مفصلی التهاب (gonococcal arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔
نسبتہ کم تر، التهاب مفصلی متعدد مفصل میں ہوتا ہے۔ یہ التهاب مادہ حیر
علامات موقوف ہو جانے کے بعد واقع ہوتا ہے۔ زحیر کے سبب سے پیدا ہونے والا
التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) بھی بیان کیا گیا ہے۔

تشخیص۔ لیسب کو چلے اس امر کے متعلق یقینی طور پر مطمئن ہونا چاہئے

کہ حالت دراصل زحیر کی ہے، اور پھر اسے یہ یقین کرنا لازم ہے کہ آیا وہ جسمی
(bacterial) یا خنزجی (protozoal) زحیر ہے۔ پہلے اجابتوں کی نوعیت کو
دیکھنا چاہئے اور یہ بھی کہ آیا ان کے ساتھ تارسیس (tenesmus) اور مرڈ موجود
ہے یا نہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ آخر الذکر دونوں علامتیں غیر موجود ہوں۔ مستقیم اور
تقریبی سینی (sigmoid) کی بایدگیوں (رسولیاں) مستقیم استیجان اور سگماٹو سینی
(sigmoidoscopy) کی مدد سے خارج کی جاسکتی ہیں۔ سگماٹو سینی (نظارہ تقریبی
سینی) مزمن عیسوی زحیر کی تشخیص میں نہایت کارآمد ہوتی ہے، اور اس سے علاج
کو کامیاب بنانے میں بڑی رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ (زحیر میں بھی) مناظرہ
ہوتے ہیں جو کہ شغری التهاب قولون (ulcerative colitis) میں پائے جاتے ہیں
(جس کا بیان ملاحظہ ہو)۔ انقباض الامعاء (intussusception) میں خون کے تپے
سے بھی تشخیص میں غلطی ہو سکتی ہے۔ عیسوی اور امیبائی زحیر کی تفریق میں (یاد رکھنا چاہئے)

کہ) برازی مادے کی کامل غیر موجودگی اور ایسی طرح تپائی موجودگی (مخفیہ سیلری) سرایت کی قوی دلائل ہے۔ گذشتہ جنگ میں زحیرا غصوی اور ایمائی دونوں قسم کی) اکثر اوقات محرقة نما (paratyphoid) تپوں میں سے کسی ایک قسم کی تپ کے ساتھ مختلف پائی جاتی تھی، اور بعض اوقات یہ تپیں خالص زحیری ملاہتوں کیساتھ شروع ہوتی تھیں۔

اگر کسی حالت میں زحیر کا شبہ ہو تو ایک نہایت تازہ آنی ہوئی اجابت میں کی مخاط (آؤن) کی کاشت تیار کرنی چاہئے۔ اجابتوں کے اندر کے غلوی رشحہ (cellular exudate) کے فرد بینی امتحان سے نہایت قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہیں۔ مخفیہ زحیرہ میں کثیر الاشکال نوال (polymorphonuclear) ربی غلیوں کا غلبہ (کثرت) ہوتا ہے، اور بعض بڑے بڑے انعطافی خلیے بھی نظر آسکتے ہیں جنکو کال (کالکٹا) (macrophages) کہتے ہیں مثبت اکتشافات (positive findings) زیادہ تر مرض کے ابتدائی درجوں ہی میں حاصل ہوتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جب مرض چند روز تک جاری رہ کر ترقی پا چکنا ہے تو یہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے کہ مزید غصیہ پر در سرے عضویوں کی مفرط بایڈگی غالب آجاتی ہے۔ زحیری دروں ایسا (dysenteric entamoeba) کی موجودگی کو مستثنیٰ کرنے کے لئے فرد بینی امتحان بھی کرنا چاہئے۔ شیکا (Shiga) اور فلیکسٹر (Flexner) کے غصیوں کے لئے الزاتی تعال بھی (agglutination reaction) بھی دیکھ لینا چاہئے، لیکن یہ چنداں قائل اعتبار نہیں ہوتا، نیز علامات کے پہلے سات دنوں میں حاصل نہیں ہو سکتا۔

انذار۔ مخفیہ زحیرہ کے مادہ عملوں میں ہلاکت مقابلہ شاذ ہوتی ہے!

استثنائے ان اشخاص کے جو سختیاں جمیل جمیل کر یا دوسرے امراض کی وجہ سے کمزور ہو گئے ہوں۔ موت واقع ہونے کا زیادہ امکان مزمن حالتوں میں سرایت کے اشتدادات کے دوران میں ہوتا ہے۔ لیکن مختلف وباؤں میں شرح اموات میں نہایت اختلاف ہوتا ہے۔ غصیہ شیکا کے باعث واقع ہونے والی مریتیں ان حالتوں کے نسبت عموماً زیادہ شدید ہوتی ہیں جو غصیہ فلیکسٹر کے باعث

موقعہ ہیں۔ تحریر۔ یہ ایبائی زحیر کی تحریر سے ماٹل ہے۔

علاج۔ مریض کو سختی کے ساتھ بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے اور

گرم رکھنا چاہئے اور بستر پر (bed-pan) کا استعمال لازمی طور پر کرنا چاہئے۔ حاد درجوں میں سوائے پانی یا البیومین واٹر (albumin water) کی تھوڑی مقداروں کے (جو متواتر وقفوں کے بعد دی جائیں) ٹنڈ کی راہ سے اور کچھ نہیں دینا چاہئے۔ جیسے جیسے اجابتوں کی نوعیت درست ہوتی جائے، بتدریج غذا بڑھائی جاسکتی ہے۔ معتدل شدت کی حالتوں میں مریض عموماً دس دن کے بعد پھل کی ہلکی غذائے سکتا ہے۔ خراش اور امشیا، مثلاً گرم کنکڑ سے اس وقت تک پرہیز لازم ہے جب تک کہ نقیہیت پوری نہ ہو جائے۔ مادہ درجوں میں الجھل کا استعمال ممنوع اور ناجائز ہے البتہ جبکہ اس کی غیر موجودگی مریض کے لئے زیادہ اختلال و تکلیف کا باعث نہ ہو۔ دواؤں سوڈیم سلفیٹ (sodium sulphate) ایک ڈرم کی مقداروں میں گھٹے گھٹے کے وقفہ سے دینا چاہئے۔ اس علاج سے درمیں سریع تخفیف ہو کر اجابتوں میں بتدریج اصلاح ہو جاتی ہے۔ ابتدائی چوبیس گھنٹوں کے بعد یہ دوا عموماً ہر دو گھنٹے یا تیسرے گھنٹے دی جاتی ہے۔ بہتھ کے مرکبات (bismuth compounds) سے احتراز لازم ہے۔ تاؤ قینکہ اجابتیں خون یا مخاط (آؤن) سے متراہ ہو جائیں، سوڈیم سلفیٹ ۴ ڈرم کی مقداروں میں روزانہ دو بار جاری رکھنا چاہئے۔

تخصیوی زحیر کے علاج میں گذشتہ چند سالوں کے اندر ضد زحیر مصل (anti-dysenteric serum) کے استعمال سے ایک انقلاب عظیم واقع ہو گیا ہے۔ اگر حالت شدید ہو اور سریریاتی لحاظ سے تخصیوی زحیر سے مشابہت پائی جائے تو جیسے جاکہ مریض زیر علاج کئے مصل فی الفور استعمال کرنا چاہئے۔ اس کے استعمال میں اجابتوں کی کاشت تیار ہوتے تک تاخیر نہیں کرنا چاہئے۔ اس کی مقدار بڑی (زیادہ) ہونی چاہئے، یعنی ساٹھ تا سو مکعب سمر سے کم نہ ہو، اور اسے دو یا تین دن کے وقفہ سے کر دینا چاہئے۔ یہ مصل کثیر گرفتہ (polyvalent) ہوتا ہے اور اس کے

استعمال کے بعد عموماً چوبیس گھنٹے کے اندر نہایت حیرتناک اصلاح نظر آتی ہے۔ دس یا بیس کلب سمر کی چھوٹی چھوٹی معتادیں بیکار ہوتی ہیں۔ مصل کے دینے کا بہترین طریقہ دوں دریدہ ہے، بالخصوص شدید حالتوں میں۔ لیکن اس کا شراب سخت الجھدی راہ سے (پہلوؤں کے اندر) اور ذروں عضلی راہ سے بھی کیا جاسکتا ہے۔

اگر در نہایت شدید ہو تو ممکن ہے کہ سخت الجھدی راہ سے ماریفا (morphia) دینے کی ضرورت پڑے۔ شکم پر گرم پانی کی بوتل (hot-water bottle) لگانے سے عموماً آرام معلوم ہوتا ہے، لہذا ماریفا دینے سے پہلے اسے ہمیشہ آزمایا جاتا ہے۔

حادی حالتوں کے نسبت وہ حالتیں جو مزمن ہو چکی ہوں علاج کی محبت نسبت بہت کم تفتی بخش طور پر ظاہر کرتی ہیں۔ مصل کے سات اشربات کا نصاب استعمال کرنا چاہئے، اس طرح پر کہ روزانہ ایک اشربا دیا جائے۔ ایسی حالتوں میں فلولات قولون (colon irrigations) مفید ہوتے ہیں۔ شاید بہترین محلول جکامال کیا جاسکتا ہے البارجین (albargin) (نی اونس ایک گرین) ہے۔ کوئین ٹینک آئیڈ (tannic acid) (نی اونس ۴ گرین) اور صبی مائع (normal saline) کے محلولات کی بھی سفارش کی گئی ہے۔ شدید حالتوں میں تغصیر بالزائدہ (appendicostomy) اور تغصیر بالاعور (caecostomy) کے عملیات کئے جاسکتے ہیں۔ اگر قولونی اشربات (فلولات) استعمال کئے جائیں تو ان کے طریقہ استعمال پر احتیاط کے ساتھ توجہ دینا چاہئے۔ تلی کو معاد مستقیم کے ذرا ہی اندر تنگ لیجا جاتا ہے اس سے زیادہ آگے داخل کرنے کی کوشش نہیں کرنی چاہئے۔ مریض کو بائیں کر وٹ سے بٹا سکتے ہیں، لیکن اگر اس میں اتنی کافی طاقت ہو کہ وہ کبھی مرفقی وضع (knee-elbow position) میں ہو سکے تو اس سے نہایت کارآمد فلول (irrigation) حاصل ہوتا ہے۔ اشربا آہستہ آہستہ اور نہایت آدنی دباؤ پر دینا چاہئے۔ اس سے پہلے قولون کو مائع سے دھو ڈالنا چاہئے (saline colon wash-out)۔

ایمبائی زحیر

(AMOEBAIC DYSENTERY)

ایمبائی زحیر قولون کی اُس سرایت سے پیدا ہوتی ہے جو ایک نخرہ حیوان کے باعث ہو جاتی ہے، جس کو شیج پاش دروں ایمبا (entamoeba histolytica) کہتے ہیں۔ یہ عضو بے قطر میں ۳۰ ملد سے ۱۰ ملد تک مختلف ہوتے ہیں اور گول اجسام ہیں، جو ایک انعطافی بروں (ectoplasm) پر (جو کاذب پیروں کے طور پر باہر کو ابھرا ہوا ہوتا ہے) اور ایک درون (endoplasm) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ دروں (ایمبا) ایک ایسے چھوٹے نوات کو گھیرے ہوتا ہے جسکی وضع عموماً منحرف المرکز ہوتی ہے۔ ورنیون (Wenyon) نے یہ بتا دیا ہے کہ وہ چھوٹی فستیں جو بعض لوگ دروں ایمبا (E. minuta) کے نام سے یاد کی جاتی ہیں، بعض شیج پاش دروں ایمبا کی سرگزشت حیات میں ایک درجہ ہیں۔ جیسے جیسے سرایت کے زیادہ عا در درجے گزر چکے ہیں، یہ عضو بے کردی دیر سے بنا دیتے ہیں، جن میں چاند لوات ہوتے ہیں۔

امر اضمیہ است۔ حاد ایمبائی زحیر معارض مستقیم سے لیکر لغائی امور صراع (ileo-caecal valve) تک سارے قولون کو غشت پذیر (فیشٹ) یا انگہ بنی قروح سے مبتلا کر سکتی ہے۔ یہ قرحے مدور ہو سکتے ہیں یا آنت کے طول میں مزنّا پھیل سکتے ہیں۔ لیکن یہ ہمیشہ تندرست مخاطی تہلی کے ذریعہ ایک دوسرے سے ملحقہ ہوتے ہیں۔ یہ منظر حاد تصیری زحیر سے مختلف ہوتا ہے، جس میں تقریح زیادہ سطحی (آؤپری) ہونے کے علاوہ قولون کے نسبت زیادہ لمبے خطوں پر مسلسل کے ساتھ پھیلتا ہے۔ مزمن ایمبائی زحیر میں تقریح بعض اوقات آخورد (سیکم) تک محدود رہتا ہے۔ سخت المخاطی بافت میں آئسوں کی موجودگی سے مخاطی طبقہ کی دربرزش پیدا ہو جاتی ہے اور وہ (مخاطی طبقہ) آنت کے اندر جابجا ابھرتا ہے۔

اس اُبھار پر ایک غشیہ (slough) بنکر یا آخر ایک قرعہ پیدا ہو جاتا ہے۔ جراثیم اور آمیبوں کے مشترک اثر سے یہ قرعہ مختلف سمتوں میں گہرے پھیل جاتے ہیں۔ موت کے بعد بڑی آنت میں اُس کے تمام طبقات (بالخصوص تحت المخاطی طبقہ) کی اُذیمائی دہازت اس تحت المخاطی طبقہ کی جیلانیٹنی لینیت (gelatinous softening) اور تھیک، اور اُس کے اوپر کے مخاطی طبقہ کے غشت کی وجہ سے قروح کی تشکیل دوسیع پائی جاتی ہے۔

علامات۔ عموماً ایہاں زحیر کا آغاز نہایت غیر محسوس ہوتا ہے۔

سب سے پہلی علامت اہمال کے حملے ہیں جو قبض کے ساتھ متبادل ہوتے رہتے ہیں۔ لیکن ایسی حالتیں بھی ملتی ہیں جن میں سرایت کے چند روز کے اندر ہی مادہ علامتیں پائی جاتی ہیں۔ پہلے اجابتیں نایع اور معمولی اہمال سے ناقابل تیز ہوتی ہیں۔ چونکہ مرض ترقی کرتا جاتا ہے، اُن میں براز کے ساتھ سیاہ خون اور کسی قدر مخاط کی آمیزش پائی جاتی ہے۔ نہایت شدید سرائتوں میں بھی اجابتوں کی برازی نوعیت شاذ ہی متاثر معفود ہوتی ہے۔ ذہنی اختلال خفیف ہوتا ہے اور عموماً کوئی تب نہیں ہوتی۔ درہم جسکی نوعیت قریح نما ہوتی ہے، ایک نمایاں منظر ہوتا ہے، اور عموماً سارے سیر (tenesmus) موجود ہوتی ہے۔ اگر قولون کے مقام (معر) پر اوپر سے ٹٹول کر دیکھا جائے تو وہ اَلیم پایا جاتا ہے اور ممکن ہے کہ کبھی کبھی وہ دہازت یافتہ محسوس ہو، بالخصوص دائیں طرف حفرہ میں پسیدہ خلیوں کی کثرت (کثرت خلیات) اور عموماً ۵۰۰۰ تک موجود ہوتی ہے۔ کبھی کبھی یہ حالتیں شدید گنگرینی قسم کی ہوتی ہیں اور ممکن ہے کہ سیاہ غشیہ (sloughs) خارج ہوں۔ اگر علاج نہ بھی کیا جائے تو بھی کچھ عرصہ بعد بیشتر حالتوں میں علامات میں اصلاح ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے، لیکن تھوڑے ہی وقفہ کے بعد علامات اور زیادہ شدت کے ساتھ پھر ظاہر ہو جاتی ہیں۔ معقول علاج کے بعد بھی نگہیں مرض نہایت عام ہے، اور جب وہ لوگ جنہیں پہلے ایک بار یہ مرض ہو چکا ہے، ایسے ممالک میں جاتے ہیں جہاں یہ مرض مقامی ہوتو انہیں مکرر سرایت ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔

پیچیدگیاں - عام ترین پیچیدگیاں ایمبائی التهابی جگر (amebic hepatitis) اور خراج جگر (liver abscess) ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 169)۔ شش، طحال، خستین اور دماغ میں ایمبائی خراجات کا وقوع بھی بیان کیا گیا ہے۔ انقباض قولون (perforation of the colon) شاذ ہی ہوتا ہے اور جب ہوتا ہے تو ہمیشہ ہلک ہوتا ہے۔ آنت کے عمیق تقرع سے معوی ترف کا وقوع بھی ممکن ہے۔

تشخیص - اس امر کی تعین کہ علامتوں کا سہارا و نشان زحیرہ ہے، متذکرہ بالا وجوہات سے اور براز کے خوردبینی امتحان سے کی جاتی ہے۔ ایمبا کے دریافت کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ پہلے ایک گرم کئے ہوئے برازی ٹیسٹ کے اندر براز کو جمع کیا جائے۔ چوہل سے بڑا ہو۔ پھر اس براز میں سے خون آلود مخاط (آؤل) یا فیشہ کا ایک چھچھڑا ایک گرم کئے ہوئے شریچہ پر لیکر اس کا امتحان کیا جائے۔ اسی صورت میں ممکن ہے کہ ایمبا زندہ اور متحرک ہو۔ نیچ یا ش دروں ایمبا کے لئے ایک مفرد منفی امتحان کوئی وقت نہیں رکھتا، بالخصوص اس حالت میں جبکہ مریض کو میسٹین (emetine) کے کچھ اشتراکات دئے جا چکے ہوں بہت سے سولی مضروبوں (flagellate organisms) جیسے کہ ٹریبلیہ (Lamblia) یا شعری ثالیہ (Trichomonas) کی موجودگی سے ایمبائی سرایت کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ نیچ یا ش دروں ایمبا ایک غیر مضر بخیر خوردبینی غلط طے کیا جاسکتا ہے جس کا نام قولونی دروں ایمبا (E. coli) ہے۔ اول الذکر زیادہ سرایت کرتا ہوتا ہے اس میں خائے (vacuoles) نہیں ہوتے، اس کے کاؤب پر شبہ زیادہ ہوتے ہیں، اور اکثر اس کے اندر دموی جسامت موجود ہوتے ہیں۔ نیچ یا ش دروں ایمبا کے ذریعے قولونی دروں ایمبا کے ذویروں سے اس وجہ سے شناخت کئے جاسکتے ہیں کہ ان میں آٹھ یا سولہ کھربائے صرف چار نوٹ موجود ہوتے ہیں۔ مزین ایمبائی زحیرہ کی حالتوں کی تشخیص میں سگنڈوسکوپ (منظار تقرع سیسی = sigmoidoscope) نہایت کارآمد چیز ہے۔

مخاطبی جعلی بطبعی نظر آتی ہے، باسٹشنائے اس کے کہ اس پر گول ٹرخ اور تفاعات ہوتے ہیں ہر ارتفاع کے مرکز میں ایک چھوٹا نشیب دار زرد قرص ہوتا ہے جس کا حاشیہ زرقی ہو گا۔ یہ قرص اس نقطہ پر ہوتا ہے جہاں تحت المخاطبی خراج غشائے مخاطبی میں سے راستہ کر کے بھوٹ نکلا ہے۔ شعلہ صورت زفات بھی دیکھے جاتے ہیں۔

انذار۔ باسٹشنائے مرض کی انگریزی قسم اور آن مزمن حالتوں کے جو کمزور اشخاص میں ہوں، توقع حیات امید افزا ہوتی ہے۔

تحریر۔ زحیر کی تسیب میں کھٹیاں جو اہم حصہ لیتی ہیں اس پر پہلے ذرا دیا جا چکا ہے۔ چنانچہ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کھٹیوں کی پیدائش روکنے کے لئے تمام ممکن تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔ چونکہ اس مقصد کے متعلق اس سے زیادہ نہیں ہوتا کہ یہ نہایت نامکمل طور پر حاصل ہو سکے، لہذا یہی تدبیر باقی رہتی ہے کہ کھٹیوں کو یا نہایت اندرونوں میں سے کسی ایک تک نہ پہنچنے دیا جائے، اور اس طرح انھیں نہ منتقل کرنے کا موقع نہ دیا جائے۔ اولیٰ الذکر مقصد اس طرح حاصل ہوتا ہے کہ دفعیۃً براز (disposal of faeces) کی نگرانی بہت احتیاط کے ساتھ کی جائے۔ یاد رکھنا چاہئے کہ نہ صرف زحیر کے مریض بلکہ بہت سے بظاہر تندرست اشخاص کی اجابتیں بھی ساری (سرائت رساں) ہوتی ہیں۔ کمپوں وغیرہ میں بیت الخلائیں اس طرح بنائی جائیں کہ اجابتیں کریسال (cresol) یا کوئی دوسرا دفعیہ عفونت دوا موجود رکھنے والے ظروف کے اندر داخل ہوں اور پھر انھیں ایک مبرکہ (incinerator) میں جلا کر یا دفن کر کے تلف کر دیا جائے۔ بیت الخلائیں باورچی خانوں سے بالکل جدا رکھی جائیں اور ممکن ہو تو ایسے مقام پر ہوں کہ مستوی ہوا رہائشی مکانوں سے مخالف سمت میں ہو۔ تمام غذا احتیاط کے ساتھ یا تو تارک جالی کے تحت خانوں (الماریوں) میں یا باریک جالی کے ٹسل کے نیچے ڈھکی ہوئی رکھنی چاہئے، اور اسے حتی الامکان میز (یا دسترخوان) پر آفر وقت تک (یعنی کھانا شروع کرنے تک) لا کر نہیں رکھنا چاہئے اور چرخانوں میں بھی یاد

کاغذ یا ٹکس گیر (fly-trap) کا انتظام کرنا چاہئے، اور دریںچوں اور دروازوں کو مانع گس (fly proof) بنادینا چاہئے۔ یہ مفادلہ سادہ احتیاطیں زحیر کے انتشار (پھیلاؤ) کو کم کرنے میں بہت کارآمد ہوں گی۔

سرایت زدہ مکوں میں ہر قسم کے پانی کو یا تو ابال لینا چاہئے یا کلورین زدہ (chlorinated) کر لینا چاہئے، لیکن اگر کسی قدر مشتبہ ہے کہ آیا پانی کی کلورین زدگی (chlorination) دیکھنے والوں کو کف کر دیتی ہے یا نہیں۔ تازہ پھلوں سے یا تو قطعی اجتناب لازم ہے یا انھیں کلورین زدہ پانی سے دھو لینا چاہئے۔

زحیر کے حاملین (dysentery carriers) کے مسئلہ کے متعلق عملاً پورے طور پر تدارک کرنا ناممکن پایا گیا ہے، بالخصوص اُن اشخاص کے متعلق جنکے براز میں شیشہ پوش دروں ایبیا (E. histolytica) موجود ہوتا ہے۔ دوسرے جیک آڈمز (MacAdams) نے دکھلا دیا ہے کہ اُن ۲۰۰۰ اشخاص میں سے جو عراقی میں مختلف اسباب کی بنا پر معذور (invalid) قرار دئے گئے تھے، ۳۰ فیصدی سے زائد شیشہ پوش دروں ایبیا کے حامل پائے گئے۔ ان اعداد پر نظر کرتے ہوئے یہ زیادہ امید افزا معلوم ہوتا ہے کہ ایبیا زحیر کے حفظ و انقضاء کی کوشش حاملین زحیر کے باضابطہ تدارک کی سہائی کے ذریعہ کرنے کے سبب سے صحیح صحیبات اور حفظ صحت (sanitation) کے ذریعہ کی جلتی، کیونکہ حاملین کے مقابلہ معقول سے ہی مناسب میں بھی ایسے حالات موجود ہوتے ہیں جو انھیں زیر مشاہدہ لانے کے لئے کافی ہوں۔

103

علاج۔ غذا، تیمارداری اور بستر میں سکون و آرام کے متعلق ایبیا

زحیر پر انھیں عام اصول کا اطلاق ہوتا ہے جو عصبی سرایت میں کام میں لائے جاتے ہیں۔ جیسے ہی کہ ایبیا زحیر کی تشخیص متعین ہو جائے، اسے پی کا کیوٹا

(ippecacuanha) کے آس اکو لائڈ کا استعمال کرنا چاہئے جس کا نام امین (emetine) ہے۔ اسے یا تو دروں عضل طریقہ سے یا تحت الجلدی راہ سے دیکھتے ہیں۔ معمولی حالتوں کے لئے عموماً آخر الذکر طریقہ ہی کام میں لایا جاتا ہے۔ اسے ایک گرین کی مقدار میں روزانہ بارہ دن تک دینا چاہئے۔ اس عرصہ کے دوران میں مریض کو تسخیم کے ساتھ بستر میں

رکھنا چاہئے، گو علامات میں بہ سرعت اصلاح ہو رہی ہو۔ عموماً تین یا چار اِشربات کے بعد اجابتوں سے تمام خون اور مخاط (آؤں) غائب ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ آنتوں میں قبض ہونے کا رجحان ہو۔ چنانچہ مائع مہلکات (saline purgatives) کی تھوڑی خوراکیں استعمال کرنا چاہئے تاکہ قبض نہ ہونے پائے۔ اگر تین کا نصاب ختم ہونے کے بعد اجابتوں کے کم از کم تین نمونوں کا امتحان کر کے دیکھنا چاہئے کہ آیا ان میں اب بھی شیعہ پاشی و زروں ایسا کے دُور سے موجود ہیں۔ چونکہ یہ فعال امیہوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، لہذا ان کی موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ مرض اب تک شفا یاب نہیں ہوا ہے۔ دورانِ جنگ کے تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تنہا امیشین کے اِشربات اجابتوں کو دُور سے پاک کرنے میں اکثر ناکام رہتے ہیں۔ لہذا اس مقصد کے حصول کا گوشش میں امیشین بسمتھ آیوڈائیڈ (emetine bismuth iodide) براہِ دہن استعمال کرنا چاہئے۔

اس کے استعمال کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ کئیشتے (enchets) = برشام یا جیلاتین کے کیسوں (gelatin capsules) میں ۴ گرین وزن میں ایک بار، تقریباً بارہ دن تک دئے جائیں۔ بسمتھ سے یہ دوا انتہائی اورتے پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ بعض اوقات اس کے استعمال سے آدھا گھنٹہ پہلے دس قطرے پیچر اوپیلی (tinctor opili) دیدینے سے ممکن ہے کہ یہ نہ ہونے پائے۔ مریض کو نہایت پرہیزی کا اہتمام کرنا چاہئے، جو ۳۳ پائمنٹ (تقریباً پونے دو سیرا وودہ، ٹوسٹ اور اگر ضرورت ہو تو ایک آدھے پر مشتمل) ہونی چاہئے۔ اگر دودھ کی برداشت ہو تو گوشت کے خلاصہ جاست (meat extracts) دئے جاسکتے ہیں۔ اس دوا کو آخری کھانے سے دُعا ل گھنٹے بعد دینا

چاہئے، اور پھر مریض کو چند گھنٹوں تک خاموش لیٹے رہنا چاہئے اور اگر ممکن ہو تو اسے روکنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ اس زمانہ میں جبکہ امیشین دی جا رہی ہو اجابتیں اکثر رائج (دیتی) رہتی ہیں، کیونکہ یہ دوا آنتوں پر ایک ہلکا سا سحر اثر اثر رکھتی ہے۔ اگر امیشین متوقف کر دینے کے بعد اہمال بدستور جاری رہے اور اگر اجابتوں کے اندر امیہ موجود نہوں تو بسمتھ کچھر (bismuth mixture) دیا جائے، جس سے اکثر یہ شکایت جلد دور ہو جاتی ہے۔ تمام فاعلی علامات غائب ہو جانے کے بعد عرصہ دراز تک آنتیں غیر معمولی طور پر فراش پذیر رہتی ہیں اور

فدا کی ذرا سی بے احتیاطی (بالخصوص انکھل) اسے اسہال کا حملہ شروع ہو جاتا ہے۔ عام طور پر ان لوگوں کے لئے جو ایمیا زحیر میں مبتلا رہ چکے ہوں، بہتر قاعدہ یہی ہے کہ انکھل سے چند سال تک تقریباً قطعی طور پر پرہیز رکھیں۔ کس کے علاج کے عام اصول وہی ہیں جتنی سفارش ادیر کی تھی ہے، اگرچہ شاید خفیف حالتوں میں ایسٹین کے صرف چھ اشرا بات ہی دینا کافی ہو۔ معلوم ہوا ہے کہ ایسٹین قلب پر ایک مرکب کا یا اجتماعی اثر (cumulative effect) رکھتی ہے اور ممکن ہے کہ مچھلی اعصاب کا وسیع التیاب پیدا کر دے۔ اگر اس دوا کے استعمال کے دوران میں مریض کو بستر پر رکھا جائے تو کوئی نقصان نہیں ہوتا۔ لیکن اگر یہ دوا اس وقت دی جائے جبکہ مریض اٹھ کر چلتا پھرتا رہے تو بہت سی حالتوں میں قلبی بیقاعدگی (cardiac irregularity) بلکہ ٹائٹوں کا آزیما تک پیدا ہو گیا ہے۔ ممکن ہے کہ مبوط (collapse) کی نہایت شدید حالتوں میں آجن میں اسہال کے باعث یہاں بہت ضائع ہو گیا ہو، جیسٹنس تنشی مارلج (hypertonic saline) کے ۳ یا ۴ پائٹ ڈروں وریدی راہ سے دینے کی ضرورت پیش آئے اسی طرح جسطرح کہ راجرس (Rogers) نے پیشہ کئے لئے سفارش کی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸۲) یا قسمتی سے ایمیا زحیر کی حالتوں کا کچھ تناسب ایسا بھی ہے جو ایسٹین اور ایسٹین نسبتہ آؤ ڈاؤ سے غیر علاج (بے اثر) رہتا ہے۔ بعض اوقات ایسا اتفاق ہو سکتا ہے کہ محدود مہنی امتحان کے لئے مہوٹنس میٹر ہونے کی وجہ سے مچھوی یا ایمیا زحیر کی شیعین تشخیص نہ کی جاسکے۔ ایسی صورتوں میں اور جہاں کوئی شبہ موجود ہو قرین مصلحت یہی ہے کہ نسبتہ زحیر مصل (anti-dysenteric serum) اور ایسٹین دونوں دیدے جائیں۔ یہ بھی ہرگز فراوش نہیں کرنا چاہئے کہ دوسری سرایت کی حالتوں کا بلتا بھی نہایت عام ہے۔ اس امر کے متعلق کوئی مشاہدات موجود نہیں کہ غیر چھپیدہ مچھوی زحیر میں ایسٹین کوئی منفعت رکھتی ہے۔

ایمیا زحیر کے ان مریضوں کو جنھیں کٹی حملے ہو چکے ہوں، ایسے کلین کی سکونت ترک کر دینا چاہئے جہاں یہ مرض مقامی ہو۔ اس مرض کے متواتر حملوں کے بعد خفیف التهاب قولون (colitis) ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور اس کی

وجہ سے اس شخص میں مکرر سرایت کا زیادہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے اس حالت میں بھی جبکہ اصلی یا ابتدائی حملے بظاہر شفا یاب ہو چکے ہوں۔

جگر کی ایمبائی سرایت

عمرہ دراز سے معلوم ہے کہ جن مارینی ممالک میں زحیر پھیلی ہوئی ہو وہاں کے باشندوں میں جگر کے تفتیحی امراض میں مبتلا ہو جانے کا خاص طور پر رجحان ہوتا ہے۔ گذشتہ چند سالوں میں مارینی خراج جگر (Tropical liver abscess) اور اس کی مرنی (میتھ) ہمرنان، یا سابقہ ایمبائی زحیر کا باہمی تعلق ابھی طرح ظاہر ہو گیا ہے۔ نہ صرف خراج جگر کے اعداد و شمار ایمبائی زحیر کے حدود کے ساتھ براہ راست بدلتے رہتے ہیں، بلکہ عموماً خراج جگر کے اخراج (discharge) میں سیج پاش درول ایمبیا (E. histolytica) بتلایا جاسکتا ہے، گو خراج جگر کی ہر حالت میں قدرتا ایمبائی زحیر کی سرایت ثابت نہیں کی جاسکتی۔ یہ اس وجہ سے چنداں تعجب خیز نہیں کہ ایمبائی زحیر اپنے آغاز میں بے فتنہ مضمی اور غیر محسوس ہو سکتی ہے اور اکثر اوقات اسہال کے گاہ بقاہ حلوں سے زیادہ نہیں ہوتی۔ یہ علامتیں فی الحقیقت ایسی ہیں جن کا تجربہ ان اشخاص میں سے جو کچھ عرصہ تک مارینی ممالک میں سکونت رکھ چکے ہوں چند ہی کو نہیں ہوا ہے (یعنی مارین میں رہے ہوئے بیشتر اشخاص کو ان علامات سے دوچار ہونا پڑتا ہے)۔

بحث اسباب۔ اگرچہ ایمبائی زحیر اب ہمیشہ خراج جگر کی پیدائش

کا خاص عامل (سبب) سمجھی جاتی ہے [بالخصوص اس بڑے منفرد خراج کی پیدائش کا] جسے بعض اوقات مارینی خراج (tropical abscess) کہتے ہیں، تاہم آخر الذکر مرض کے صنفی اور قومی حدود سے صاف ظاہر ہوتا ہے کہ کوئی دوسرا جو دعامل ضرور ہونا چاہیے اعداد و شمار سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہندوستان میں ویسی باشندے یوروپین اشخاص کے نسبت زحیر میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں اور خراج میں کم، اور مزید برآں یہ کہ خراج بالغ

یور و پینٹین مردوں میں بہ نسبت عورتوں اور بچوں کے بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ ان اختلافات کی توضیح دونوں قوموں اور مسموموں کی زندگی اور عادات کے فروق سے بخوبی ظاہر ہو سکتی ہے، بالخصوص ان کی خوراک اور غذا کے فروق سے ہندوستانی اور یور و پینٹین دونوں اپنی غذا میں، بالخصوص اٹکھل کے متعلق، یور و پینٹین کے نسبت بہت زیادہ اعتدال پسند ہوتی ہیں۔ آخر الذکر (یعنی یور و پینٹین مرد) میں ماریخی مالک میں اٹکھل حد سے زیادہ استعمال کرنے اور ورزش بہت کم کرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ یہ دونوں (یعنی اٹکھل کی زیادتی اور ورزش کی کمی) ایسے عادات ہیں جن کا نتیجہ آسانی یہ ہو سکتا ہے کہ جگر میں استسار پیدا ہو جائے، اور اس سے سرایت کی مدافعت کی وہ قوت جو جگر میں موجود ہوتی رہے ٹھٹ جاتی ہے۔ اس واقعہ کی تصدیق تجربہ سے ہوئی ہے جو یہ ثابت کرنے کا رجحان رکھتا ہے کہ جگر کی ایہائی سرایت ان لوگوں میں عام ترین ہے جو اٹکھل کی کثیر مقدار میں عادات استعمال کرتے ہیں۔ مزید برآں اگر ہندوستانی شخص کھانے لگے (اور خاص کر پینے کے) معاملہ میں یور و پینٹین عادات میں اختیار کر لیتا ہے تو گہری سرایت کی وہ اضافی شامت جو اس میں موجود ہے بھائی رہتی ہے۔

مرضی تشریح۔ ایہائی سرایت کے ابتدائی درجوں میں پھوٹے بننے

سے پہلے ممکن ہے کہ جگر میں صرف استسار اور خفیف سی کلانی پائی جائے، جس کے ساتھ شاید چند ایسے غیر واضح المحدث اور ہلکے رمادی رقبے ہوتے ہیں، جہاں کبھی خلیوں میں تشویر ہوتا ہے۔ خرومین سے دیکھنے پر ابتدائی ترین درجہ دریدہ الباب (پورل و ہین) کی صغیر ترین شاخوں میں (جہاں ایسے ٹھہر جاتے ہیں) خون کے ٹھکانے کا ہوتا ہے۔ اس درجہ کو ایہائی التهاب جگر (amoebic hepatitis) کہتے ہیں۔ ایک کسی قدر بعد کے درجے میں ممکن ہے کہ ہین میں سے ایک رقبے کا مرکز امامت یافتہ ہو جائے اور ایک ناہموار پرنشیب و فراز خراجی کہنہ بن جائے۔ جیسے جیسے مرض ترقی کرتا جاتا ہے اس پاس کی گہری یافتہ کے متخثر سے یہ خراجی کہنہ یا کہنہ بڑے ہوتے جاتے ہیں۔ دو قسموں کے پھوٹے سے پائے جاتے ہیں۔ ایک تو متعدد چھوٹے چھوٹے پھوٹے ہوتے ہیں، اور دوسرے ایک بڑا پھوٹا، جو عموماً منفرد ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات دو یا تین

بڑے پھوڑے بھی ہو سکتے ہیں۔ منفرد پھوڑا عموماً دہن لٹخنے کے بالائی حصے میں واقع ہوتا ہے۔ تازہ پھوڑوں میں کوئی واضح دیوار نہیں پائی جاتی، لیکن شاذ حالتوں میں ممکن ہے کہ وہ دُور ہند (encysted) ہوں، یعنی ایک نرم لینی دیوار سے محصور ہوں۔

آجیائی پھوڑے کا مافیہ بعض اوقات چاکلیٹ کے رنگ کا ہوتا ہے اور ان میں خون کی دھاریاں پائی جاتی ہیں۔ بعض اوقات اس میں صفرا کی آمیزش کی وجہ سے جھلک ہوتی ہے۔ تا وقتیکہ ثانوی سرایت نہ ہوئی ہو، ریم تراعضو سے (pyogenic organisms) غیر موجود ہوتے ہیں، لیکن ایسے تقریباً ہمیشہ دکھلائے جاسکتے ہیں، بالخصوص پھوڑے کی ناہموار دیوار میں سے حاصل کردہ کھرجنوں میں۔

امراضیات۔ ایسے جگر میں ورید الباب (پورٹل دین) کی راہ سے پہنچتے

ہیں۔ قوتوں میں سخت النحالی حالت میں پائے جاتے ہیں، اور یہاں سے آسانی بائی نظام کی املیات (radicles) میں داخل ہو سکتے ہیں۔ ایسے دارپ کے پستی اثرات سے جانوروں میں کبدی خواجات تجربہ پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ بعد المات اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ متعدد چھوٹے پھوڑے (جو جسامت میں ایک انزوٹ سے لیکر ایک بڑی آپسین کے برابہر ہوتے ہیں) ان حالتوں میں واقع ہوتے ہیں جہاں سارے قوتوں میں وسیع پھیلا ہوا اضافی تفریح موجود ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جگر پر کثیر التعداد امیبوں کا حمل ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس بڑے پھوڑے تفریح کی نسبت زیادہ مزمن حالتوں میں ہوتے ہیں، جو اکثر اخور (سیکم) تک محدود ہوتی ہیں بعض اوقات جب ایک پھوڑے کی تشخیص ہو جاتی ہے تو زحیر کی کوئی شہادت بالکل نہیں پائی جاتی۔ لیکن بعد المات امتحان میں اس کمنہ زحیری تفریح کے علامات پائے جاتے ہیں، جو صریحاً اس پھوڑے کا سبب تھا۔ حالتوں کی اقلیت میں جگر کے پھوڑے دوسرے جراثیم مثلاً *تھیبیہ* (*اسٹیفیلو کاکس*)، *نیفٹ* (*سٹیپھ*)، *اسٹرپٹو کاکس* اور *مخضیہ* قوتوں عمومی (بیسلیس کولائی کیسوس) سے ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ آغاز و مزید ہی دوسرے امراض میں اس قدر تغیر پذیر

ہوتے ہیں جس قدر کہ وہ جگر کی ایمبائی سرایت میں ہوتے ہیں۔ بہت سی حالتیں صحت کی تبدیلی خرابی کے ساتھ شروع ہوتی ہیں، جو اس قدر غیر محسوس ہوتی ہیں کہ آغاز علامات کی کوئی تاریخ متعین نہیں کی جاسکتی۔ لیکن بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ درد اور تپ کی متعین علامتیں ابتدا ہی میں، اور پہلا ہر یک ایک شروع ہو جائیں۔ ان حالتوں میں جن میں زحیر کی متعین سرگزشت موجد ہوتی ہے، وہ زمانہ (وقفہ) جو زحیر اور کبدی علامات کے نوکے درمیان گزرتا ہے، بہت مختلف ہوتا ہے ممکن ہے کہ کبدی علامات مستثنیٰ طور پر چند ہی ہفتوں کے بعد نمودار ہو جائیں، مگر زیادہ عام طور پر وہ چھٹیوں یا برسوں کے بعد واقع ہوتی ہیں۔ اس مرض کی مرضی تشریح کے باب میں جو کچھ کہا گیا ہے اُس کے ذہن نشین ہو جائے گا کہ تمام حالتوں میں ایک پیش پستی (presuppurative stage) ہوتا ہے جسے ایمبائی التهاب (amoebic hepatitis) کہتے ہیں، جو کم از کم کوئی ایک جسامت کا چوڑا بننے سے پہلے معین علامات پیدا کر دیتا ہے۔ فیصیب کا مقصد یہ ہونا چاہیے کہ مرض کو ایسی درجہ میں روک دے۔ لہذا مناسب ہے کہ ان علامات کو جو نہایت کثیر الوقوع میں مختصر بیان کر دیا جائے۔

ان میں سے دو ایک ایسی علامت ہے جو ہمیشہ پائی جاتی ہے اور جس کا نو (آغاز) عموماً سب سے پہلے ہوتا ہے۔ یہ شراسیف (epigastrium) میں ایک بوجھ کے احساس کی طرح شروع ہوتا ہے، لیکن جلد ہی ایک معین درد و بوجھ ہوتا ہے، جو عموماً دائیں ضلعی ماسٹھے میں جگر کے رقبے پر محدود و انتہا ہوتا ہے۔ جگر پر جس یا قرع کرنے کی کوشش میں دباؤ پڑنے سے یہ درد زیادہ ہو جاتا ہے۔ اور اگر صدر کی دائیں جانب کو دھکے اتارنے کے درمیان ایک ایک مضبوط کر لیا (دبایا) جائے تو نہایت شدید اور متفرق (lancinating) نوعیت کا ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتیں بھی کافی کثرت کے ساتھ (بار بار) دیکھنے میں آتی ہیں جن میں دائیں شانے میں محکوس درد ہوتا ہے، لیکن ان حالتوں میں جگر پر ہمیشہ اہمیت پیدا کی جاسکتی ہے (دبانے سے بعض درد محسوس کرتا ہے)۔

تربہ ہمیشہ نہیں لیکن اکثر ایمبائی التهاب جگر کے ساتھ تپ ہو کر پیش خاں میں صبح کے نسبت ایا ۲ درجہ زیادہ بلند ہوتی ہے۔ تا وقتیکہ پھوڑا مویاب نہ ہو جائے قشعر برہ اور تعریق (پسینہ) دونوں عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔

امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ مگر اوپر کے طرف اور نیچے کے طرف، دونوں سمتوں میں کسی قدر کلائی یافتہ پایا جائے، لیکن عموماً دائیں عضو مستقیم کی حسنی یا کرسٹنی کے باعث ضلعی حاشیے کے نیچے جگر کا جس نہیں کیا جاسکتا۔ کسی قدر کثرت خیالات میں جمیدہ وجود ہوتی ہے (عموماً ۲۰ تک)۔

اگر یہ علامات شناخت میں نہ آئیں، یا اگر ان کا علاج طیریہ کی علامات کی طرف لایا جائے تو قاعدہ ہے کہ التباہ جگر کی یہ حالت اور آگے بڑھ کر ٹوکسین خراج و چوڑا ہنہنگ پہنچ جائے گی۔ قشعر یہ اور شرابور کرنے والی شب بھرتی (drenching night sweats) نمایاں خضامض بجاتے ہیں، اور تپ و قندار قسم کی ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ دہن کا رنگ مٹکا اور ضعیفی (cachectic) ہو جاتا ہے، لیکن حقیقی یرقان شدید ہوتا ہے۔ تنفس نہایت مضطرب ہوتا ہے، اور اکثر کھانسی نمودار ہو جاتی ہے۔ حالتوں کی بڑھتے مناسب میں دائیں قاعدہ میں ذات الجنب (پلیٹوری) کے اور بعض اوقات تحت الجنب (consolidation) کے امارات پاشے جاتے ہیں۔ دائیں پیلو پر لیٹنے سے بہ در عموماً بڑھ جاتا ہے۔ اُن حالتوں میں جن میں دایاں لسنہ تاؤف ہو کیسی امیت (liver dullness) اوپر کے طرف بڑھی ہوئی پائی جاتی ہے، اور اس امیت (دھیمے پن) کی بالائی حد دائیں بطن میں پختے نما ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ لاشعاعی امتحان سے جگر کی دائیں جانب اوپر بڑھی ہوئی، اور دایاں ڈائفرم عملاً غیر متحرک نظر آئے۔ آخری درجوں میں بعض میں لاشعاعی فضاؤں میں اذیا اور مقامی ابھار ہو سکتا ہے۔ اُن حالتوں میں جن میں پھوڑا جگر کے اندر دلی جیسے ہیں ہو، ممکن ہے کہ وہ سٹراسیٹ (epigastrium) میں ایک ڈھیلے کی طرح محسوس ہو، بلکہ نظر بھی آئے اور یہ ڈھیلہ قریح کرنے پر انجم اور جس کرنے پر انجم پایا جائے۔

اختیارات۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ یہ پھوڑا نہایت عام طور پر نش پیلو یا بار بطون کے اندر، اور شاخ حالتوں میں معدے یا قون کے اندر خود بخود پھوٹ پڑے۔ شش کے اندر پھوٹنے کی حالت میں پیپ کھانسی کے ساتھ باہر نکل آتی ہے اور ممکن ہے مریض کو از خود شفا ہو جائے۔ پھوٹنے یا جراحی علاج کے علاوہ مریض پر پھر مرقی حالت طاری ہو جاتی ہے اور اس کے بعد وہ عموماً خستگی یا قلیل قوت

کے باعث نشہ اہل ہر جاتا ہے۔

تشخیص۔ عموماً جگر کا پھوڑا متذکرہ بالا مثالی امارات و علامات سے

معین طور پر تشخیص کیا جاسکتا ہے، لیکن ہر حالت میں اس تشخیص کی تصدیق جگر کے استقصا (exploration) کے ذریعہ کیا جاسکتی ہے۔ اس کے لئے ایک ٹریس آلمی سوئی کی ضرورت

ہوتی ہے جو ایک استقصائی پمپکاری (aspirating syringe) سے پیوستہ کر دی جاتی ہے۔ اگر پہلی کوشش میں پیپ نہ ملے تو دوسری غذاؤں میں استقصا کرنا چاہئے۔ جلد کے لئے

ایک مقامی مخدوم جس (آمیپیدین نوکین (novocaine) ایڈرینالین کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے۔ خود خنزیر جگر (liver puncture) دردناک نہیں ہوتا۔

اگر دو یا تین خنزیرات سے زائہ کی ضرورت ہو تو کوئی عمومی مخدوم جس دوا استعمال کرنی چاہئے۔

تقریبی تشخیص۔ جگر کے پھوڑے کی حالت میں تشخیص میں عام ترین غلطی یہ ہے کہ اس کی علامات کو طبر یا یا نمونہ (ذات الریہ) سے منسوب کر دیا جائے۔ اولاً فکر

(طبریا) کو اس بنا پر تاراج کیا جاسکتا ہے کہ تب معقول طور پر استعمال کردہ کیوین کا تھال نہیں ظاہر کرتی (یعنی کوئین سے بے اثر رہتی ہے)۔ اور ایک ماریجی کلک میں ایسے

اشارات کے متعلق جسے دائیں قاعدہ سے کے نمونہ یا ذات الحجب (ہیپوٹرمی) کا اشارہ ہوتا ہو، یہ خیال کرنا چاہئے کہ ممکن ہے کہ یہ جگر کے پھوڑے کی وجہ سے ہوں، بالخصوص اس

وقت جبکہ ان کی ابتدا غیر محسوس یا مخفی طور پر ہوئی ہو۔ پسیدہ غلیظوں کا شمار طبریا سے تشخیص کرنے میں مدد ہوگا، اور اس طرح لاشعاعی استخوان بھی۔ جب کسی کوئی معقول

شہد ہو تو استقصائی خنزیرہ (exploratory puncture) برابر عمل میں لانا چاہئے۔

آئندہ۔ ان حالتوں میں جسکی شناخت ابتدائی میں ہو گئی ہو، اور

جن میں صرف التهاب جگر کی حالت ہو، ہمیشہ کے علاج سے آئندہ ہمیشہ اچھا ہوتا ہے۔ ان حالتوں میں جو غیر تشخیص شدہ ہوں یا جن میں متحد و پھوڑے سے وجود ہوں،

انداز برآہو تاکہ لیکن اگر ایسٹین کے ذریعہ متعدد سے علاج کیا جائے تو کسی قدر امید ہوتی ہے۔ مگر کے اُس پھوڑے میں جس کا علاج متواتر متقاضی (aspiration) سے کیا گیا ہو، شرح ہلاکت چوداھ فیصدی بلکہ اس سے بھی کم ہوتی ہے لیکن اگر کھلے عملیہ (open operation) سے علاج کیا جائے تو شرح ہلاکت پچاس فیصدی سے اوپر ہوتی ہے کیونکہ اس صورت میں جگر کی ثانوی سرایت باہر سے واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ اگر پھوڑا بننے کی معین طبی امارات ملنے سے پہلے مریض کی

تشخیص ہو جائے تو ایسٹین روزانہ ٹیک گرین کی مقداروں میں سخت البند راہ سے فوراً دیدینا چاہئے۔ اس سے عموماً تین دن کے اندر درد اور تپ دونوں میں نمایاں اصلاح نظر آتی ہے۔ ایسی حالتوں میں ایسٹین کا ۱۲ گرین کا ایک نصاب دیا جاتا ہے اور مریض میں کلی شفا ہو جاتی ہے یا کم از کم مرض رک تو جاتا ہے۔

ان حالتوں میں جن میں پھوڑا بن گیا ہو ایک عریض امتصاصی سوئی کے ذریعہ ساری پیپ کھینچ کر نکال دینی چاہئے اور اگر اس سے تپش وغیرہ میں تخفیف نہ ہو تو کثرت امتصاص کرنا چاہئے یا مزید استقصا (exploration) عمل میں لانا چاہئے۔ اس کے ساتھ ہی ایسٹین کے بارہ سخت البند راہات کا ایک نصاب دینا چاہئے۔ ایسٹین کا اشتراب ربی کہفہ (pus cavity) کے اندر کرنے میں کوئی فائدہ نہیں معلوم ہوتا۔ اگر پیپ اتنی زیادہ گاڑھی ہو کہ سوئی میں سے اُس کا کھینچنا دشوار ہو تو اس صورت میں پوئین کے مصاص (Potains aspirator) کے ساتھ ایک سبزل اورنگی (trocar and cannula) لگا کر استعمال کرنا چاہئے۔ استقصا سے حاصل شدہ پیپ کا ہر ٹومیاقی امتحان کر کے دیکھنا چاہئے کہ آیا وہ ثانوی طور پر سرایت زدہ تو نہیں ہے۔ پیپ نکال دینے کے بعد پھوڑے کا کہفہ مصلیٰ ارتشاح سے پُر ہو جاتا ہے تا وقتیکہ یہ ارتشاح ربی ہو جائے اسے خارج کرنا ضروری نہیں۔ کھلے علیہ کے ذریعہ پھوڑے کی میلینیت (drainage) صرف اسی وقت عمل میں لانی چاہئے جبکہ پیپ ربیم زاحضیوں سے بہ کثرت سرایت زدہ پائی جائے (21)۔

حمی بحرِ روم

(MEDITERRANEAN FEVER)

مالٹائی تپ (Malta fever) - تپ متوج (Undulant fever)

یہ ایک لمبائی المدت مسلسل تپ ہے جو تپ مہمو سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے لیکن ممالکی وجہوں کی غیر موجودگی کے باعث اور اس واقعہ کی وجہ سے کہ اس میں پتھر کی چکٹیاں کافی یافتہ یا متفرج نہیں ہوتیں، اور شرحِ ہلاکت اونٹنی ہوتی ہے اس سے ستریز ہوتی ہے۔

اس کا نوعی عضو یہ ایک خرد متبذ (خرد متبذہ مالمی) (M. melitensis) ہے، جو خون اور بول و براز سے اور دورانِ حیات میں بذریعہ خردہ طحا سے حاصل کیا جاسکتا ہے اور موت کے بعد طحال، جگر، گردوں، مغز استخوان اور ماسارینی غد دیمل سے مل سکتا ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض مالٹا میں پھیلا ہوا ہے اور بحرِ روم کے دیگر

جزیروں میں اور ساحلوں پر بھی ہوتا ہے۔ اور اس کی جزئیات کی تحقیقات کے بعد سے اس کی موجودگی ہندوستان، چین، جنوبی افریقہ، اوسٹریلیا اور امریکہ میں بھی ثابت ہو چکی ہے۔ یہ دونوں مضمون کو تقریباً مساوی طور پر متاثر کرتا ہے، لیکن یورپ کے نسبت نوعروں میں زیادہ کثیر التوقع ہے، بالخصوص گیارہ سال اور تیس سال کی عمر کے درمیان یہ سال کے نسبت گرم مہینوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ قطعی طور پر متلاویا گیا ہے کہ مالٹا اور دوسرے مقامات کی بکریاں، جیسے دودھ کی رسد حاصل کی جاتی ہے، اس کے خرد متبذہ سے سراپت زدہ ہوتی ہیں۔ اور یہ کہ ان بکریوں کے دودھ یا دودھ کے پتھر کاغذ کے طور پر استعمال بھی اس مرض کے

پھیلنے کا عام ترین سبب ہوتا ہے۔ لیکن مزید جلد کے ساتھ دودھ کے تماس سے اور شامہ راست مرایت سے، یا خون چوسنے والے (خون آشام) حشرات کے ذریعہ سے اس کا منتقل ہونا بھی ممکن ہے۔

مرضی تشریح۔ طحال بڑی ہوتی ہے، اکثر ماس کا وزن اتنا زیادہ کہ ۱۶

اونس تک ہوتا ہے اور وہ نرم اور ستودہ (diffluent) ہوتی ہے ساتھ ہی اجسام مانعہ بھی متورم اور غیر متمیز ہو جاتے ہیں اور لطف آسایافت کی بہت زیادتی ہوتی ہے۔ مگر اور گردے متلی ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ آخر الذکر قنبلیکی التهاب گردہ (glomerular nephritis) کی حالت میں ہوں۔ ماساریقی غدہ کسی قدر کلائی یافتہ ہوتے ہیں۔ تپہ کی چکینیاں نمائی آنکھ سے معمولی نظر آتی ہیں۔ گردہ میں سے زیادہ سے زیادہ بھی نظر آسکتا ہے کہ غلوی عناصر کا خفیف ٹکڑا ہے۔

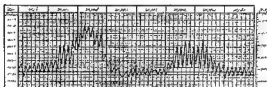
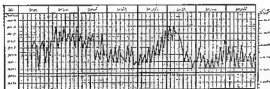
علامات۔ زمانہ حضانت عموماً چودون کے قریب ہوتا ہے۔ علامات

غیر محسوس طور پر طاری ہو جاتے ہیں اور حسب ذیل ہوتے ہیں: تپ، درد سر، بھبھوں میں درد، بیخوابی، تشنگی، فردار زبان، عدم اشتہا، متلی، اور شراستیں خفیفے میں گرانی اور اہمیت۔ عموماً قیض موجود ہوتا ہے، طحال ہمیشہ کلائی یافتہ اور اکثر اہم یا دردناک ہوتی ہے۔ بعض اوقات بگر کلائی یافتہ ہوتا ہے۔ پسینہ کمزرت آتا ہے اور عرق دانوں (sudamina) کی فصلیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ درد سر اور زیادہ شدید علامتیں دو یا تین ہفتوں میں رفع ہو جائیں، لیکن تب زیادہ طویل عرصہ تک (بلکہ تین یا چھ یا نو ماہ تک) جاری رہ کر صرف بتدریج رفع ہوتی ہے۔ اس سارے زمانہ میں پیش سلسلہ طور پر بلند نہیں رہتی، بلکہ اس میں دو دو یا تین تین ہفتوں تک کے اشتدادات ہوتے ہیں اور پھر ایسے وقفے ہوتے ہیں جن میں پیش نسبتاً بہت کم یا تقریباً شبہی درجہ پر رہتی ہے۔ چنانچہ اس مرض کا قرطاس پیش تپ عموماً (relapsing enteric fever) کے قرطاس پیش سے قریبی مشابہت پیش کرتا ہے۔

قلت الہم عموماً نمایاں ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سرخ جیہات گٹ کر ۲۰ لاکھ

(۳ ملین) سے نیچے ہو جائیں، لیکن لمفی جسامت (lymphocytes) اور یک ذاتی خلیوں (mononucleurs) میں اضافی زیادتی ہو جاتی ہے۔ تقریباً نصف حالتوں میں مناسل سرخ، منوترم اور دردناک ہو جاتے ہیں، اور انقباضی پیتالی میں سے اس مرض کا خرد قبحہ علحدہ کیا گیا ہے۔ التهاب عصب (neuritis) بھی ایک عام واقعہ ہوتا ہے، بالخصوص عصب نسائی (sciatic nerve) کا التهاب، جو حادث طور پر شروع ہو کر طویل عرصہ تک نسبت کم شدید شکل میں جاری رہتا ہے۔ بچوں میں سحائی دماغی التهاب (meningo-encephalitis) ہونے کا اسکان ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں التهاب خفیہ (orchitis) یا التهاب برتخ (epididymitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ بول قلیل المقدار ہوتا ہے، اور اس میں یورک ایسڈ کا جماد اور شاید البیٹومین حادث رجول میں موجود ہوتا ہے، لیکن عموماً دوسرے اوقات میں بول طبیی ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرعت قلب (خفوق القلب) (brachycardia) یا بطور العکس (brachycardia) پایا جاتا ہے۔ اس مرض سے عام طور پر اسقاط واقع ہو جاتا ہے۔

173



شکل ۱۲۔ توجی قسم کے حلی باطنی کی ایک حالت میں چش۔

ان حالتوں کی غالب تعداد سنڈ کروہ بالا توجہ قسم (undulant type) کے مطابقت رکھتی ہے۔ استثنائی طور پر حاد یا خفیف حالتیں بھی ہوتی ہیں، جن میں تپش ۱۰۱.۰-۱۰۲.۰ اور جب تک بلند ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ میسویں دن سے لیکر تیسویں دن تک موت واقع ہو جائے۔ اس کے برعکس، بعض حالتوں میں مریض اس قدر خفیف نہیں ہوتا کہ صاحب فراموش ہو جائے۔ اور دوسری حالتوں میں ممکن ہے کہ تپ صرف دو ہفتوں تک جاری رہے۔ شرح ہلاکت ۲-۶ فیصدی ہوتی ہے۔ لیکن چھوٹے بچوں میں اور چالیس سال سے زیادہ سن کے اشخاص میں دیم ساز مفعولیوں سے متاثری سرایت ہوجانے کی وجہ سے شرح ہلاکت نسبتہ زیادہ ہوتی ہے (22)۔

تشخیص۔ حئی بحیرہ روم جن امراض سے خلط ملط ہو سکتا ہے وہ محقق حیثیت (enteric fevers)، طیسریا، رشیتہ (رومانزم) آئڈن (ٹیو بریکو لوسس) اور ششم ادم (septicemia) ہیں۔ تشخیص عموماً الراتی امتحانوں (agglutination tests) سے کی جاسکتی ہے، مریض کا مصل خرد مفعولوں کا التزاق بعض اوقات اس قدر بیکرد ہوتا ہے کہ تنوں میں ایک یا ہزار میں ایک کی ترقیعتوں میں التزاق پانچویں ہی دن ہوجاتا ہے، اور اس کا یہ عمل دوران نقیبت میں بطول عرصہ تک، بلکہ ساہا سالانی رہتا ہے۔ ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ خون، اطمال، یا بول یا براز سے مفعولیوں کی کاشت تیار کی جاتی ہے۔

حال ہی میں ایک مالطہ ناتپ (Paramelitensis fever) بیان کی گئی ہے، جو حئی بحیرہ روم سے قریب رشتہ رکھتی ہے جو کہ محرقہ ناتپ، تپ محرقہ سے کہنی ہے۔ رویشی میں ایک دوسرا عضو یہ نہایت عام طور پر پایا گیا ہے، جس کا نام عصیتہ اسطاطی (Bacillus abortus) (Bang) ہے، جس کا نوعی مالطائی مصل سے التزاق ہوجاتا ہے، لیکن انسان کے لئے اس کی سرایت، رسانی خفیف معلوم ہوتی ہے، اگرچہ آپ اس سے پیدا ہوجانے والی توجہ تپ (undulant fever) کی وارداتوں کی اطمالیں رعوڈیسیا سے وصول ہو رہی ہیں۔

تحریر۔ اس کے لئے ضروری ہے کہ اس مرض کی وارداتوں کی اطمالیں

اقتضای تعلقہ کو دی جائے بکریوں سے حاصل شدہ دودھ کا بار بار امتحان کیا جائے اور یہ دیکھ جائے کہ انوروں کی تشدید (segregation) یعنی علیحدگی عمل میں لائی جائے۔ مستعمل طریقہ شناختہ "امتحان زیمیت" (Zammit test) ہے جو اس امر پر منحصر ہوتا ہے کہ نوئی الزائین (specific agglutinins) دودھ کے اندر موجود ہوتے ہیں اور یہ خرد بقیہ کو جھنڈوں میں مجتمع کر دینے اسی طرح جب طرح کہ تب محرقہ کے لئے امتحان ویدال میں ہوتا ہے دودھ کی ۱۰ میں اتر قیق کی اور حشرہ ذبیحہ بالطی کے آبی استحلب کی مساوی مقداروں کو ملا دینے سے شتغل (sedimentation) یعنی یہ نشینی واقع ہوجاتی ہے (لاحظہ ہو صفحہ ۱۶) معلوم ہوتا ہے کہ اس خرد بقیہ کی جدرین (vaccine) کی تطہیر کر دینے سے مرایت میں مشکشف شدہ شخص کو عارضی تحفظ حاصل ہوجاتا ہے۔ استعمال سے پہلے دودھ کو جوش دے لینا چاہئے۔

علاج۔ اس مرض پر نہ تو کینوین (quinine) اور نہ سوڈیم سالیسیلٹ

(sodium salicylate) کوئی اثر رکھتا ہے۔ اس کا علاج اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جب طریقہ سے خفیف تب موی کا علاج کیا جاتا ہے۔ خود زاد جدرین (autogenous vaccines) کو احتیاط کے ساتھ تدریجی مقداروں میں استعمال کرنے سے کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ لیکن مرض کے حاد درجوں میں جدرینوں کے بجائے جدریم منسل (anti-toxic serum) استعمال کرنا چاہئے۔ منفعلی مرض کے لئے ایوڈین یا مرقعہ (liniments) کے ساتھ فبرک (ماس) کی سفارش کی جاتی ہے۔

نوزدیرقانی پیچ موی مرض

(SPIROCHLETOSIS ICTRO-HAEMORRHAGICA)

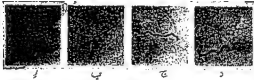
ساری یرقان (infectious jaundice) تویل کل مرض (Weill's disease)

یہ ایک موی مرض ہے جس میں یرقان ایک نمایاں علامت ہوتا ہے اور

جگر، گردوں اور بول کے اندر ایک پچ ہو یہ پایا جاتا ہے جس کا نام زفریر قاتلی خیف مغولہ (Leptospiro ictero-haemorrhagiae) ہے (لاحظہ ہو شکل ۱۰، الف - ب - ج)۔
 یرقان، جو کہ بعض اوقات موٹے میکانی اسباب (مثلاً کسی قنات صفر، کی مسدودگی
 ولاحظہ ہوں امراض جگر) کے باعث ہوتا ہے، مختلف اقسام کی سرایت کے ساتھ بھی ترقی
 رشتہ رکھتا ہے۔ وہ تپ زرد (yellow fever) کا ایک ضروری جزو ہوتا ہے۔
 تپ راجعہ (relapsing fever) تپ محرکہ اور محرکہ نہایتوں میں، اور ذات الریہ
 (نمونہ) میں دو گاہے گاہے نمودار ہونے والا واقعہ ہوتا ہے، جس کے نسبت یہ خیال کیا
 جاسکتا ہے کہ اس وقت عضو یہ یا ان کے سمیات بالخصوص جگر یا خون کے طرف راجع
 ہو کر یہ پیچیدگی پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن تپ اور یرقان کی دوسری ایسی حالتیں بھی
 ہوتی ہیں جو مستزکرہ بالا میں شامل نہیں کی جاسکتیں، جو وبائی ہوتی ہیں اور شاذ ہی ہلک
 ہوتی ہیں، اور جن کو مختلف ناموں سے موسوم کیا جاتا ہے، مثلاً حموی یرقان (epidemic jaundice)
 (Lancereaux) (febrile jaundice)، وبائی یرقان (epidemic jaundice)
 ساری یرقان (infective jaundice)، سرایت رساں یرقان (infective jaundice)
 (jaundice)، کیپ جانڈیس (camp jaundice) (عسکری یرقان)، اور کبھی محرق
 (hepatic typhoid) (Landouzy)۔ اغلب ہے کہ نازلی یرقان (catarrhal
 jaundice) کی بہت سی حالتیں فی الحقیقت سرایت کے باعث ہوتی ہوں، نہ کہ محض
 مشترک قنات صفر (common bile duct) کے انسداد کے باعث۔

یرقان کی ایک قسم، جسے سرایت رساں یرقان (infective jaundice)
 کہتے ہیں [جسے ہیڈلبرگ (Heidelberg) کے ویل (Weil) نے مشہور میں بیان کیا]
 شناخت کی گئی ہے، جو دنیا کے مختلف حصوں مثلاً جرمنی، مصر، ہندوستان، اور
 ریاستہائے متحدہ میں واقع ہوتی ہے، لیکن انگلستان میں شاذ ہی ہوتی ہے۔ ویل
 نے بیان کیا ہے کہ وہ گرم موسموں میں ظاہر ہوتی ہے اور نو عمر بالغ ذکر میں عام تھی۔
 اس کا آغاز دھند، اکثر چار سے کے ساتھ ہوتا، اور حسب ذیل علامات موجود ہوتے ہیں۔
 تپ، درد سر، معدی اختلال کے امارات، یرقان اور عقلی درو بالخصوص بدلیو
 میں۔ تپ آٹھ یا دس دن تک جاری رہتی، اور بعض اوقات ایک سے (relapse)

ہوتا۔ طحال اور جگر عموماً کھانی یافتہ ہوتے، لیکن ہمیشہ نہیں اور جگر دبانے سے اکثر الیم پیا یا جاتا۔ التہاب گردہ اکثر اور خلعہ (herpes) اور احمرار (erythema) گاہے گاہے مشاہدہ میں آتے۔ موتیں متبادلۂ شفا ذہن میں۔ بعض اشخاص عمومی قولونی عصیتہ (Bacillus coli communis) کو مجرم (سبب مرض) سمجھتے تھے اور کہا جاتا ہے کہ مرنے والے کی بعض ہڈیاں حالتوں میں بی پروٹینس فلوروسینس (B. proteus fluorescens) کی کثیر الاشکال ترشیری عصیتہ مختلف اعضا سے حاصل ہو رہے۔ ۱۹۱۷ء میں جاپانی مشاہدین نے ان مرضی حالتوں سے جو یہ ظاہر مرض وکیل سے مائل تھیں، ایک پیچ مویہ (spirochæte) حاصل کیا جس کا نام زرد پیرقانی خفیف مرنی (Leptospira ictero-hæmorrhagiae) ہے۔ دوران جنگ میں خاندانہ (کلیونک)



شکل ۱۷

(الف) ۱۔- تعلیم کردہ گینٹن برگ کے خونی میں کا زرد پیرقانی خفیف مرنی (L. ictero-hæmorrhagiae)

(ب) ۲۔- (ج) ۱۱۔- دسانی خون میں کا زرد پیرقانی خفیف مرنی (علامت کے دوسرے دن) یہ تان نوردار ہونے سے پہلے۔

(د) ۱۲۔- ابتدائی قرحہ آئسنگ سے حاصل کردہ شوبلی پیچ خفیفہ (spironema)

(پالیدم) (ادپر کی شکل) اور انعطافی پیچ خفیفہ (spironema refringens)

(بچے کی شکل)۔ مقدار ۲۵ (بہ تیج ۱۔۷۰۔ ۱۔۷۰۔ کر لیز)۔

کی فوجوں میں یرقان کی ایک محدود دوا واقع ہوئی جسکے متعلق ثابت ہو گیا ہے کہ وہ ایک مثال عضویہ کی سرایت کی وجہ سے تھی (23)۔ اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نرف یرقان پیچ سوئی مرض (spirochaetosis ictero-haemorrhagica) اور مرض ویل (Weil's disease) ایک ہی ہیں۔

جاپان میں اور فرانس کے رقبہ جنگ میں دونوں جنگ یہ پیچ موبیہ جو ہر دم کے خون، گردوں اور بول میں پائے گئے ہیں، اور حال ہی میں بتلادیا گیا ہے کہ یہ عضویہ کڑوئیں کے اندر متقابل عام ہوتا ہے، جن میں یہ ایک سرخ اہلاکت یرقان مرض پیدا کرتا ہے۔ مزید برآں مشاہدہ کیا گیا ہے کہ فرانس میں یہ مرض انھیں اشخاص کو لاحق ہوا جو خندق کے بعض قسم قطاعات (sectors) میں تقسیم تھے۔ مزید برآں ان قطاعات میں سے کڑے ہوئے چوہے پیچ موبیوں سے سرایت زدہ پائے گئے، جسے گینی گوں میں یرقان اور ترنات پیدا ہو گئے۔ اس مشہادت سے معلوم ہوتا ہے کہ سرایت چوہے کے بول سے انسان میں پھیلتی ہے۔ بخیر بشہ بتلادیا گیا ہے کہ سرایت ایک نواسمیدی (abrasion) کی راہ سے، بلکہ غیر متضرر (صحیح و سالم) جلد کی راہ سے بھی واقع ہو سکتی ہے۔ لیکن ہے کہ چوہوں نے خندقوں کے پانی کو سرایت زدہ کر دیا ہو اور پیچ موبیہ تر جلد کی راہ سے یا پینے کے پانی کے ساتھ جسم میں داخل ہوئے ہوں۔ اس ملک میں پیچ موبیہ چوہوں (موش ناروے: *Rattus norvegicus*) میں پائے گئے ہیں (24) اور ایک واردات دریائے ٹیمز میں غرق ہونے کے بعد واقع ہوئی (25)۔

مرضی تشریح - مختلف ممالک حالتوں میں بعد المات مناظر حسب ذیل

پائے گئے ہیں:- بعض ممالک حالتوں میں اثنائ عشری کی مخاطی جلی کا شدید امتلا اور دم پایا گیا اور ساتھ ہی قنارہ صفرا کے داخلہ کے مقام پر کے جھلیک کا دم، لیکن دوسری حالتوں میں یہ مظہر غیر موجود تھا۔ مگر میں اکثر ایک سبزی نائل مھلک موجود ہوتی ہے لیکن دوسرے لحاظ سے وہ شکل میں طبی نظر آتا ہے۔ طحال طبی جسامت کی یا نسبت چھوٹی ہوتی ہے۔ گردے بڑے اور متوسم ہوتے ہیں اور ان میں ترنات پائے جاتے ہیں جو قشری انیہیات (cortical tubules) میں واقع ہوتے ہیں۔ پیچ موبیوں میں نرف

نظر آتے ہیں، بالخصوص پٹوہ اس کے نیچے، اور بعض اوقات ذات الریهی وغوئیائی اچکنیاں۔
 پٹوہ اگر قلب پر اپری کی کارڈیم اور باریطون کے نیچے نشانات (petechiae) یا زیادہ
 بڑے نزفات ہوتے ہیں۔ قلب نرم اور پھیلا ہوتا ہے۔
 گردن کے نیچے جگر کی رخنکی ساخت میں نسبتہ چھوٹی صفرائی قنائوں کے
 گرد کثیر الاشکال قوائی غلیظے نظر آتے ہیں۔ گردوں میں نزفات کے علاوہ انیسیمی سرحد
 کا دم اور ذرائی اسخطاط پایا جاتا ہے۔

علا مات۔ آغاز مرض اکثر نیک ایک ہو کر تیش ۱۰، ۱۰، ۱۰ یا ۱۰

نیک بلند ہو جاتی ہے اور مرض کے سر، آنکھوں، عواج اور مرق (hypochondrium)
 میں درد ہوتے ہیں۔ جلد بھی وہ بہت بیمار اور کمزور ہو جاتا ہے اور اسے
 عدم اشتہا، متلی، یا تے، بخوانی، بلکہ ہدیان کی شکایت ہوتی ہے۔ تیش سات
 آٹھ، یا نو دن تک حوی رہتی ہے اور پھر تدریجاً تختل (lysis) کے ذریعہ یا زیادہ
 سرعت کے ساتھ بزرگ طبعی ہو جاتی ہے۔ چوتھے، پانچویں، یا چھٹے دن یرقان نمودار
 ہو جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات خفیف ہوتا ہے اور کبھی زیادہ شدید۔ ممکن ہے کہ جگر
 کلانی یافتہ اور الیم ہو۔ اور شاؤد حالتوں میں طحال بھی اسی طرح سے ماؤف ہوتی ہے۔
 نبض ابتداً تیز، لیکن جب یرقان نمودار ہوتا ہے تو اضافی سست ہو جاتی ہے۔
 تنفسی نظام میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ بول میں عام طور پر البیومین اور بیلک (casts)
 ہوتے ہیں۔ عضو یہ نثر قافیہ خفیف مغولہ (L. ictero haemorrhagiae)
 دسویں دن سے آگے تک درد میں ل سکتے ہیں۔ اجابتیں، جو ابتداً اکثر پتلی ہوتی
 ہیں بعد میں قلیل الوتوح اور پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہیں۔ لمفی غدہ اکثر کلانی یافتہ
 ہوتے ہیں بالخصوص صدری خطے کے غدہ اور گردن اور رتن ان کے غدہ۔ طعماست
 اکثر گہرے مشرب ہوتے ہیں۔ یرقان سات دن سے لیکر نو دن تک جاری رہتا ہے
 اور دوسری ملا متیں تیش کے گرنے پر صاف ہو جاتی ہیں۔ بہت سی حالتوں میں
 سر حوی یا بیسویں دن کے قریب تپ کا گھس ہوتا ہے۔ لیکن اکثر ان کے ساتھ
 یرقان دوبارہ نہیں نمودار ہوتا، اور یہ تپ اولی یا ابتدائی تپ کے نسبت

خفیف تر (رگی) ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اور متعدد دلیف پیچیدگیاں نظر آئیں، مثلاً اجمرار (ایریٹھیمیا)، شری یا پچی دانے (آرٹیکیریا)، نملہ (ہیرمیس)۔ اہم ترین پیچیدگیاں نزفات ہیں، جو زخاف (epistaxis) کی شکل میں، یا جلد طمحات، یا منخالی جھلیوں پر نشات (petechiae) کی شکل میں، یا اجابتوں میں خون، بول الدم (haematuria) یا نغث الدم (haemoptysis) کی شکل میں ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ جب سموی (محرۃ اور محرۃ نما) امراض کے ساتھ یرقان موجود ہو تو یہ مرض ان کے ساتھ خلط ط ہو سکتا ہے۔ محرقی اقسام کے ایزاتی استہانات (agglutination tests) ان کو متفرق کرنے کے لئے کارآمد ہونگے۔ مزید برآں محرقی قسموں میں یرقان پیچ ہوئی مرض کے یرقان کے نسبت بہت بعد میں ہوتا ہے۔ چند دانتوں میں ممکن ہے کہ مرض کے پانچویں اور نویں دن کے درمیان خون کا استہان کرنے پر طویل تلاش کے بعد پیچ سمویہ بچائے۔

مریض کے خون سے گینی پگوں میں تعلیم کی جاسکتی ہے۔ اگر اس سے سرایت واقع ہو جائے تو جانور میں تقریباً دس دن کے عرصہ میں یرقان اور کثیر التعداد نزفات (جلد اور مصل جھلیوں کے نیچے، پس باریطہ فی شحم پھیپھڑوں، گردوں اور سرگردوں میں اور بعض اوقات عضلات میں نمودار ہو جاتے ہیں۔ لیواڈیٹی کے طریقہ (Levadditi's method) سے رنگے ہوئے جگر میں پیچ سمویہ نظر آتے ہیں۔ گینی پگ کی تعلیم پانچویں یا چھٹے دن سے پہلے کرنی چاہئے۔

شرح ہلاکت کم ہوتی ہے اور علاج تا حال محض استنظار (expectant) ہے۔

تپ زرد

(YELLOW FEVER)

تپ زرد ایک مادی نوعی مرض ہے، جو بعض جغرافی حدود کے اندر واقع ہوتا ہے

اور ان خصائص سے ممیز ہوتا ہے۔ ۱۔ قلیل المذت تیب، پہلے کی زرد رنگت، شدید سردی
سوی اختلال اور البیومین بولسٹ یا اُسٹریبول (suppression of urine)۔

بحث اسباب۔ یہ مرض ابتداً ۱۸۶۷ء میں ایسٹ انڈیز

میں پایا گیا اور جسے تائر کے آس گردہ اور شمالی اور جنوبی امریکا اور
آخر بقیہ کے مغربی ساحل کے ساتھ مختص ہے۔ اس میں شک نہیں کہ کبھی کبھی یہ دیکھ کر
بچوں میں بھی منتقل ہو گیا ہے مثلاً ۱۸۶۵ء میں یہ سوان سی (Swansea) میں منتقل ہوا
جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ وہاں ایک خفیف سی دیا ہوئی۔ لیکن یہ مرض تذکرہ بالا مقامات سے
(جو شمال میں ۴۸ درجہ کے عرض بلد اور جنوب میں ۳۵ درجہ کے عرض بلد کے درمیان واقع
ہیں) اور کبھی نہیں قائم رہا۔ یہ صرف گنجان شہروں میں اور خاص کر ان شہروں میں ہوتا ہے
جہاں بحری تجارت کا کاروبار جاری ہو۔ نیز یہ زیادہ تر نیچے لیوئوں میں محدود ہوتا ہے
اور سمندر کے لیوئوں سے ۲۰۰ فٹ سے اوپر شاذ ہی پایا جاتا ہے۔

170

اسے ایک بلند تپش کی ضرورت ہوتی ہے، جو ۱۰۰ یا ۱۰۲ درجہ فارن ہارٹ
سے کم نہ ہو، لیکن معلوم ہوا ہے کہ یہ نسبتاً اونچی تپشوں میں بھی ہوا ہے مثلاً ۱۰۵ درجہ پر۔
بیان کیا گیا ہے کہ یہ ایسی سردی سے جو زمین پر ابھاد پیدا کرنے کے کافی ہو، بالکل
موقوف ہو جاتا ہے اور گرما کے ہینوں میں (مٹی سے ٹیکراگست تک) نہایت ہلکا
ہوتا ہے۔

یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بچوں کے
نسبت بالغوں میں زیادہ کثیر الوقوع اور زیادہ شدید ہوتا ہے۔ جسمی یقیناً کلی طور
پر مضعف (مارمون) نہیں ہوتے اور بعض اوقات شدت کے ساتھ مبتلا ہو جاتے ہیں۔
لیکن زیادہ اکثر ان میں یہ مرض نہایت خفیف شکل میں ہوتا ہے۔ سر۔ آ۔ بو ایس
(Sir R. Boyce) نے اس اضافی سماعت کو قوی اختلاف سے نہیں منسوب کیا، بلکہ
اس طویل تماس سے جو دیہی باشندوں کو ایک مقامی مرض (endemic disease) کے
ساتھ رہتا ہے۔ عموماً یہ ایک ہی شخص میں دوبارہ نہیں ہوتا۔

تیب زرد کا سرایت رساں عامل ایک انسان سے دوسرے انسان میں
پتھر کا ایک نوع [tiger or brindled mosquito - سیٹر پتھر پات کبرے پتھر]

Aedes argenteus = تقریاً ایڈیزم کی رسالت سے (جسے پٹے و حارنی دار قلیسیہ *stegomyia fasciata* = کہتے تھے) منتقل ہوتا ہے اسی طرح جسطرح کلمیریا اور مرض النوم (sleeping sickness) کے عضو سے منتقل ہوتے ہیں۔ یہ پچھتر شہروں میں ہوتا ہے، دلدلوں یا وہلوں (swamps) یعنی جھبڑوں میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ گھروں کے صحنوں میں صاف پانی کے برتنوں میں، حوضوں، پیسوں، اور زمین کے ٹوکوں میں جو تہ خیر آب کے لئے کام میں لائے جاتے ہوں، پرائی بوتلوں، گوشت اور دودھ کے ڈبوں، گلوں وغیرہ میں، اور چھوٹی کنستیوں میں جمع شدہ پانی کے اندر آٹھ سے بچے رہتا ہے۔

۱۹۱۸ء میں نوگوتچی (Noguchi) (20) نے تپ زرد کے مریضوں کے خون سے ایک منقار گزار مفعولہ علیحدہ کیا، جو ایک بیج مویہ (اسپائرڈ کیٹ) ہے جسے یہ قاتی خجیف مرغولہ (*Leptospira icteroides*) کہتے ہیں، جو شکیلیاتی لحاظ سے اس خجیف مرغولہ سے ناقابل تمیز ہوتا ہے جو زفر قاتی بیج مویہ مرض (*spiruchetosis ictero-haemorrhagica*) میں پایا جاتا ہے۔ یہ ایک ایسا انکشاف ہے جو ان دونوں امراض کے نہایت مائل علامات کے لحاظ سے حیرت انگیز نہیں۔ تپ زرد کے مریض سے خون بیکراؤس کا اثر ایک گھنٹی تک میں کرنے سے اس جانور میں زفری علامات پیدا ہو جاتے ہیں اور وہ مر جاتا ہے اور اس کے خون، جگر اور گردوں سے بیج مویہ پھر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ متاعنی تغاوت سے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ قاتی خجیف مرغولہ (لیپٹوسپائرڈ ایکٹیوٹروائڈس) اور زفر قاتی خجیف مرغولہ (لیپٹوسپائرڈ ایکٹیوٹروہیرائی) مائل عضو سے نہیں ہیں۔ شکیلیاتی لحاظ سے ایک دوسرا قابل تمیز مفعولہ، خجیف مرغولہ تپ ہفت روزہ (*Leptospira hebdomadis*) ہے، جو جاپان کی ایک خجیف ہفت روزہ تپ کا سبب ہے جس میں یہ قات کار جہان نہیں ہوتا۔

تشریحی تغیرات۔ حسب ذیل تغیرات بیان کئے جاتے ہیں: رقت الم

اور جگر کا شحمی انحطاط۔ معدہ کی مادنازلت، مع کدم (ایکیموسس) یا زفری سادکلات (*haemorrhagic erosions*) کے پچھلی پھروں کی ساخت میں اور بلکوار کے نیچے زخفات۔ قلب کی حفاظتی مچھلی کو پھیکا زرد و کبود رنگ، یا حادثی انحطاط یا کدمات۔ گردوں کا

حاد قنبلی (acute glomerular) اور سختی (parenchymatous) التهاب،
 جیسے ساتھ سطحی انحطاط اور بعض اوقات لمبی خرابی (miliary abscesses)
 ہوتے ہیں، جس سے شدید درجہ کا احتباس پوریا پیدا ہو جاتا ہے۔ طحال طیریائی مرض کی طحال
 سے حیرتناک طور پر مختلف ہوتا ہے، کیونکہ وہ عموماً ناقص شیرتار شرہ ہوتی ہے۔ مہو گلو مین کی
 مقدار کم ہو جاتی ہے اور حیدر ضعی نامیاضات (normoblasts) موجود ہوتے ہیں۔ پسید
 خلیے اکثر کم ہو جاتے ہیں، اور اگر ان کی کوئی زیادتی ہوتی ہے تو اس کا تعلق کثیر الاشکال نواتی
 خلیوں سے ہوتا ہے، نہ کہ ایک نواتی خلیوں سے۔ جگر اور گردے کے کیمیائی تغیرات زنف یرقانی
 بیچ مولی مرض (spirochaetosis ictero-haemorrhagica) کے نسبت اس مرض
 میں بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔

علامات و فہم۔ زمانہ حضانہ تقریباً پانچ دن ہوتا ہے۔ لیکن اگر کسی
 شخص کو مریت زدہ پتھر کاٹے تو اس کے کاشنہ کے تقریباً پانچ دن بعد علامات
 ظاہر ہوتے ہیں۔

بعض اوقات ایک، اور بعض اوقات اچھال پن اور سر یا کلسندی کے ایک
 مختصر زمانہ کے بعد کم یا زیادہ شدت کا جائز آیا تشغیر ہوتا ہے۔ اس کے بعد عمومی
 ہونٹا ہے، پیش دو یا تین دن میں ۵۔ اور جنگ یا اس سے بھی زیادہ بلند ہو جاتی ہے۔ عموماً
 جیہی درد اور شدید قطعی درد (درد کمر) یا مفاصل میں درد ہوتے ہیں۔ نبض ۱۰۰ یا
 ۱۲۰ تک مختلف ہوتی ہے، اور پیش کے تناسب سے بیشتر اتنی تیز نہیں ہوتی جتنی کہ بعض
 دوسری تپوں میں زبان عموماً ایک سوٹے بالائی نمائندہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور اس کی
 گوری اور نوک شوخ سرخ رنگ کی رہ جاتی ہیں۔ بیشتر شریف (کوڑی کے مقام) پر اہمیت
 اور درد ہوتا ہے، جیسے ساتھ متلی یا تے ہوتی ہے۔ تقریباً تیسرے دن مٹھاس

(conjunctivae) زرد ہو جاتے ہیں، اور یہ قان سارے جسم میں پھیل جاتا
 ہے۔ پیشاب مقدار میں کم ہوتا ہے، اور اس میں ہمیشہ ایسٹوین موجود ہوتا ہے، جو
 ابتدا ہی میں لیٹے علامات کے دوسرے روز ہی ٹل سکتا ہے۔ صفیہ صفیہ ادی
 (bile pigment) چشمہ روز بعد ظاہر ہوتا ہے۔

تیسرے یا چوتھے دن تپش میں اکثر فترہ (remission) ہوتا ہے اور

عام درد در وقوع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ تقریبیت کی ابتدا ہو اور زرد جھلک بتدریج صاف ہو جائے، پیشاب سے البیوسین بھی غائب ہو جائے اور مریض دو یا تین ہفتوں میں شفا یافتہ ہو جائے۔

لیکن بہت سی حالتوں میں زیادہ خطرناک علامتیں جاری رہتی ہیں۔ تبش پھر ۱۰ یا ۱۰۰۳ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ لیکن نبض سست رہتی ہے، بلکہ دوسری علامتوں کی شدت کے تناسب سے زیادہ سست ہو جاتی ہے (مارٹن ہاجیٹ: (Faget's sign)۔ یرقان زیادہ گہرا ہو جاتا ہے اور جلد کے نیچے نمشات (petechiae) نمودار ہو جاتے ہیں۔ پیشاب کی مقدار اب بھی کم ہوتی ہے، لیکن البیوسین زیادہ اور پوری کم ہو جاتا ہے، اور سببناک موجود ہوتے ہیں۔ اور بالآخر ممکن ہے کہ کامل انقطاع بول (انٹرا بول) واقع ہو جائے۔ تھے زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے۔ ابتداً صرف معدی مایہ کم و بیش صفرا کے ساتھ ملے ہوئے خارج ہوتے ہیں، لیکن بعد میں ان میں خون کی موجودگی کی وجہ سے تام نہاد سیاہ فتنے (black vomit) ہوتی ہے جو اکثر ایسی شکل میں ہوتی ہے جیسے اکثر دُر و قہوہ (coffee grounds) سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ بعض اوقات اس سے پہلے ایک صاف بیچھا، زرخشاں، دودھیا (opalescent) سیال خارج ہوتا ہے، جسے سفید فتنے (white vomit) کہتے ہیں۔ جب معدے سے خون خارج ہوتا ہے تو وہ اکثر اجاتوں میں بھی نکلتا ہے۔ ناک اسخ یا مسوڑھوں سے بھی ترف ہو سکتا ہے۔ اور اس وقت تک زبان کا قرد غائب ہو چکا ہوتا ہے اور وہ سیاہ پوری، کچی اور خون کی پٹریوں یا دسج (sordes) سے دھنکی ہوئی ہوتی ہے۔ ہڈیاں نمایاں ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ مریض پر کوئی جھلک مہیول (collapse) طاری ہو جائے۔

ہلاکت مختلف دباؤں میں ۵ سے لیکر ۱۰ فیصد تک مختلف ہوتی ہے۔ موت بعض اوقات پہلے ہی دورہ میں آغاز مرض سے چند گھنٹوں کے اندر زیادہ اکثر تپ کے ختمہ (remission) کے بعد یا تو مہیول سے واقع ہو جاتی ہے (جو اکثر ترف کی وجہ سے ہو جاتا ہے) یا کوئی وجہ سے ہوتی ہے (جو عموماً اسرا بول اور پوری یا یعنی بول و موت سے منسوب کیا جاتا ہے)۔ بعض اوقات موت کے بعد فی الفور تبش ۱۰۰ یا ۱۰۱۰ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ان مقامات میں جہاں یہ مرض پھیلا ہوا ہوتا ہے تشخیص کے متعلق عموماً کم وقت ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتدائی مادی علامات کسی ایسے مرض جیسے کہ کھجک یا ذات الریہ، قونیہ کے آغاز سے کسی قدر شبہیت پیش کریں بعد میں اسے غائب کر طبعیاتی تپوں سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ یہ آغاز اکثر مقامی امراض ہیں، اور اس طرح انتقال پذیر نہیں ہوتے کہ نئے مقامات میں تندرست اشخاص کو متاثر کر دیں؛ ان میں (تب کے بعد) ایسے وقفے (intermissions) پائے جاتے ہیں جن میں جتنی صحت کی حالت عود کر آتی ہے، یا کم از کم ایسے فترات (remissions) تو ہوتے ہیں جو اشتدادات کے درمیان باقاعدگی کے ساتھ گزرہوتے رہتے ہیں۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور وہ شخص اپنی بیماری کی وجہ سے آئندہ حملوں سے محفوظ نہیں ہو جاتا۔

تب راجعہ (relapsing fever) کے ساتھ ممکن ہے کہ یرقان بھی ہو۔ لیکن اس کی ابتدائی تب نسبتاً زیادہ طویل ہوتی ہے، اور درمیانی وقفہ میں مریض کی حالت میں بہت بڑی اصلاح پائی جاتی ہے۔ طحال کھانی یافتہ ہوتی ہے۔ جگر کا مازور زردی (acute yellow atrophy) زیادہ تندہی طور پر شروع ہوتا ہے، اور اس میں اکثر بظاہر سادہ یرقان ہوتا ہے۔ تب زرد اپنے علامات کے ارتقاء میں زیادہ سریع ہوتا ہے اور ترقب یرقانی بیچ ہوئی مرض (اسپائروکیٹو بس ایکٹیو ہیمرا جیکا) کے نسبت زیادہ بلند شرح اموات رکھتی ہے۔ لیکن آخر الذکر کی ایک شدید حالت جس میں تباہ تھے یا یقان التهاب گردہ، اور بطء القلب (bradycardia) موجود ہوتے ہیں، تب زرد سے ناقابل تمیز ہوتی ہے۔ اسی طرح خفیف قسم کی تب زرد بھی زرد یرقانی بیچ ہوئی مرض (اسپائروکیٹو بس ایکٹیو ہیمرا جیکا) سے مشابہ ہوگی۔ ابتدا میں ہی میں مریضوں کے خون کی تعلیم گہنی چکوں میں کر دینی چاہئے۔

انذار۔ ناموافق امارات حسب ذیل ہیں:۔ نہایت بلند تپ، دافر البیومین بولیت، اسر البول، سیاہ قے، یا نمایاں مصلی علامات۔

تحریر۔ یہ انہیں طریقوں سے عمل میں لانی چاہئے جو طبعیاتی متعل ہیں

پنے افراد کو میچروں کے کاٹنے سے محفوظ رکھا جائے اور ان حشرات (میچروں) کا قطع قلع کیا جائے۔ آخر الذکر مقصد کے لئے پہلا طریقہ جو استعمال کیا گیا ہے تھا کہ سُر دات (larva) کو تلف کرنے کے لئے پانی کے گرمیوں میں پیٹرولیم (دستی کا تیل) ڈالا جاتا تھا، لیکن اب ایک قسم کی چھوٹی پھلیاں استعمال کی جاتی ہیں اور اس سے ساوی کامیابی حاصل ہوتی ہے اور سرفہ نسبتہ کم ہوتا ہے۔ جو آٹا، نیو آریٹس، چٹاٹا، راپو اور بعض دیگر سرایت زدہ مقامات میں ان سدا بیر سے پوری کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ وقوع مرض کی اطلاع دی (notification) بلاشبہ ضروری ہے اور ان لوگوں کو جو سنج (immune) نہوں وقوع سرایت کے بعد پانچ دن کے لئے قرنطینہ میں رکھنے کی سفارش کی گئی ہے اور یہ اسی کا نتیجہ ہے کہ اب شمالی امریکہ میں تیب زرد علی طور پر ناپید ہے۔

عضوہ کی کردہ کاشتوں کے ذریعہ تحقیقی جدید رسائی (preventive vaccination) بھی نہایت کامیاب ثابت ہوئی ہے۔

تیب زرد کا مریض بھی اپنی علالت کے پہلے تین دنوں میں میچروں کو سرایت پہنچا سکتا ہے۔ اور اس طرح سرایت زدہ میچر تقریباً دس دن گزر جانے کے بعد اس مرض کو تندرست اشخاص میں منتقل کر سکتا ہے۔ یہ قوت انتقال مرض میچر میں بہت ہی کم ہو جاتی ہے۔

علاج۔ درجہ حاد میں علاج مرض میں تین اہم نکتے یہ ہیں کہ مریض کو حرکت نہ دی جائے، اسے فراڈ یا نی دیا جائے اور کوئی غذا نہ دی جائے۔ گھوڑے کی قطعیم سے تیار کئے ہوئے آنتی ایکٹیرائڈس سیرم (anti-icteroides serum) واقعہً مفید ہے، جبکہ یہ چوتھے دن سے پہلے دیا جائے، شرح اموات ۵۲ فیصدی سے گھٹ کر ۱۲ فیصدی ہو گئی ہے۔ اس سے موضوعی اور معدنی سریر یا قی علالت میں سربہ تخفیف ہو جاتی ہے۔

ڈینگہ

(DENGUE)

(ہڈی توڑ بخار)

ڈینگہ یا ڈانڈی تپ (dandy fever) ایک مرض ہے جو صرف مارین میں یا مارین کے قریب وجواریں واقع ہوتا ہے۔ اس کی ابتدا چند روز تپ سے ہوتی ہے، جس کے ساتھ مفاسل اور جوارح میں درد ہوتے ہیں۔ پھر ایک مختصر وقفہ کے بعد جس میں تپ نہیں ہوتی، ریکس (relapse) واقع ہوتا ہے، یعنی دوبارہ تپ ہوتی ہے اور اکثر ایک جلدی کھج (cutaneous rash) نمودار ہو جاتا ہے۔

اس مرض کی وبا میں ہندوستان، برما، ایران، مصر اور افریقہ کے دوسرے حصوں میں، اور شمالی اور جنوبی امریکہ، اور ویسٹ انڈیا، جزائر میں آباد ہیں۔ یہ مرض عموماً ایک مچھر، تقری ایڈز (Aedes argenteus) کے کاٹنے سے منتقل ہوتا ہے، جسے پہلے دھاری دار قلیسہ (stegomyia fasciata) کہتے تھے، اور اس مرض کا پھیلاؤ اس مچھر کے پھیلاؤ سے تقریباً مماثل ہوتا ہے۔ تجربہ یہ مرض ایک سرایت زدہ شخص کے خون کی درون و ریدی تقطیم سے بھی پیدا کیا گیا ہے۔ اب تک اس مرض کا کوئی عضو یہ شناخت نہیں ہوا ہے، لیکن اس امر کی تجربی شہادت موجود ہے کہ یہ ایک منقطع گزار قشب (filter-passing virus) سے پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات - زمانہ حضانت تین دن سے لیکر چھ دن تک ہے۔ مرض

پر ایک ایک درو کا حملہ ہوتا ہے، جو عموماً ٹانگوں یا قطنی خٹے (اکر) میں ہوتا ہے، اور ساتھ ہی درد سر اور تپ ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی مفاسل ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر مچل درد عضلات میں ہوتا ہے۔ عام طور پر مفاسل میں سرخی یا قرم نہیں ہوتا،

اور دردِ ریشمی (روماتزمی) تپ کی طرح لک جھٹے سے دوسرے جھٹے میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ دردِ سر کے ساتھ کڑاوتِ چشم میں بھی درد ہوتا ہے۔ نپیش ۱.۲ یا بلکہ ۰.۵ اور جتنا تک بلند ہو جاتی ہے، اور نبض عموماً اسے قدرے اوپر ہوتی ہے۔ بہت سی حالتوں میں اس ابتدائی تپ کے ساتھ ایک طغیح بھی موجود ہوتا ہے، اور جبرے میں سرخی پیدا ہو جاتی ہے یا ایک عام سرخی (سارے بدن پر) پھیل جاتی ہے۔ اور غصے کے طغیح میں بھی خراش ہو۔ لیکن طغیح جو مِس گھٹنے میں غائب ہو جاتا ہے اور تقریباً اس کے ساتھ ساتھ تپ کا خاتمہ بھی ہو جاتا ہے، کبھی کبھی ایک اور بھرائی علامات (مثلاً تقریباً یعنی سیستہ آنے) کیساتھ۔ اب درد کم ہو جاتے ہیں، اور مریض مقابلتہ آرام محسوس کرتا ہے، لیکن وہ دو تین یا چار دن تک کمزور رہتا ہے۔ اس کے بعد اسے پھر مرارت ہو جاتی ہے اور ایک طغیح نمودار ہوتا ہے جو یا تو قرمز (اسکاریشینا) کی طرح منتشر ہوتا ہے یا خسرو (میزس) کی طرح نقطہ دار (maculated) ہوتا ہے۔ یہ طغیح پھیلاؤ پر اور ہاتھوں کی پشت پر شروع ہو کر سارے جسم میں پھیل جاتا ہے، اور چند گھنٹوں سے پیکر دو یا تین دن تک قائم رہتا ہے، جس کے بعد قشر (desquamation) (یعنی چھلکے اترنا) شروع ہوتا ہے۔ اس دوسری تپ میں مفاصل کے درد بھی نمودار ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ تپ رفع ہو جانے کے بعد بھی جاری رہیں یا ان کا کس واقع ہو جائے۔ مرض کی ساری مدت تقریباً اکٹھے دن ہے۔ بعض حالتوں میں تپ رفع ہونے کے بعد مفاصل مہینوں دردناک یا متورم رہتے ہیں۔ جلے کے دوران میں خون کے سپید خلیوں کی کمی (leucopenia) ایک مستقل خاصیت ہے۔ یہ مرض علائکہ نہیں ہوتا، شاید جیسز شیعہ خواروں اور مغیرہ اشخاص کی حالتوں کے۔ خفیف قسموں میں ممکن ہے کہ صرف کسکندی، خراشِ حلق، اور دوسرا یا مہتابائی توران (tormental eruption) ظاہر ہو۔

علاج۔ امعلک حالت پر تو جب کے بعد عام حالت کے لئے مالحات (salines) اور مُعرقات (diaphoretics) کی سفارش کی گئی ہے۔ دردِ مفاصل کیلئے ڈوورس پاؤڈر (Dover's powder) دیکھتے ہیں یا اینٹی پیرین (antipyrin) اسپیرین (aspirin)، یا فیناسیٹین (phenacetin) کی تھوڑی سی مقداریں۔ حرارتِ بلند

میں عمروں کے استعمال کے اور دوسرے طبع کی غراش میں کیمنورینڈ آئل (camphorated oil) کے استعمال سے تخفیف و تسکین حاصل ہو سکتی ہے۔ دوران ہیضہ میں آرٹن (لوہ) دینا چاہیئے

ہیضہ

(CHOLERA)

ایشیائی ہیضہ (Asiatic Cholera)

ہیضہ ایک مادی مرض کو کہتے ہیں جسکے خاص خاص خصائص حسب ذیل ہیں۔
 امعاء سے آبی افراغات (watery evacuations) (پتلے دستوں) کا وافر اخراج ہوتے
 ہیضہ (collapse) پینڈلیوں کی آٹھین (cramps) اور سرخسوں (suppression
 of urine)۔ یہ مرض ہندوستان میں ہمیشہ موجود رہتا ہے جہاں آج کل بھی کئی
 ہزار آدمی اس کی وجہ سے لقمہ اجل ہوتے ہیں۔ گذشتہ سو سالوں میں یہ وقتاً فوقتاً اور سب
 میں پھیل گیا لیکن وہاں اسے کبھی مستقل گرفت حاصل نہیں ہوئی۔ انگلستان کو ۱۸۱۷ء
 ۱۸۱۹ء اور ۱۸۵۲ء میں اس کی شدید وباؤں سے، اور ۱۸۱۶ء میں ایک نسبتہ خفیف
 اور محدود حملہ سے دوچار ہونا پڑا۔

بحث اسباب۔ ۱۸۸۳ء میں کاخ (Koch) نے ہیضہ کا کائنات

(comma bacillus) یا مرغولچہ (spirillum) یا مریضہ (virbrio) بیان کیا۔ یہ
 جانوں کی پہچ جیسے افراغات (اجابتوں) میں موت کے بعد آنت کے مایہ میں اور آنت
 کی مخاطی جھتی میں سرط کے عین نیچے پایا جاتا ہے۔ لیکن یہ خون میں نہیں پایا گیا۔ یہ ٹیوبرکل
 مریض (عقیدہ درنہ) سے قدرے چھوٹا کسی قدر خفیدہ بھروسوں کے نسبت درمیان میں
 کچھ زیادہ موٹا اور ایک یا دونوں سروں پر سوطی (flagellated) ہوتا ہے۔ یہ عضویہ
 اندرون امعاء میں، نیز غد، سرطی خلیوں اور خود غشاء مخاطی میں پیدا ہوتے اور بڑھتے ہیں

یقین کیا جاتا ہے کہ یہ ایک دروں سم (endotoxin) پیدا کر دیتے ہیں جب یہ سم رہا ہوتا ہے تو علامات پیدا کر دیتا ہے۔

اگرچہ ہیضہ کا روعیشہ (vibrio) ہیضہ کی حقیقی حالت میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے لیکن اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ یہ مرض ہر اس شخص میں جو اس روعیشہ سے سرایت زدہ ہو اسے نوباب ہو۔ ایسی کثیر التعداد حالتیں مرقوم اور مذکورج میں جن میں بڑی برتیزیت اشخاص میں جنہیں ہیضہ کی کوئی علامت کبھی لاحق نہیں ہوتی، اجابتوں میں کثیر التعداد کبھی روعیشہ نکلتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ نموسے مرض کے لئے کسی ستر اور عامل کی ضرورت ہوتی ہے جیسے کہ ناکافی غذا، یا زیادہ خاص طور پر مچھڑی غذا کے افعال میں کوئی بے ترتیبی جو سہوی التهاب پیدا کر دے۔ ہیضہ دراصل ایک محمولہ آب مرض (water-borne disease) ہے۔ یہ ثابت ہو گیا ہے کہ ہیضہ کا روعیشہ پانی میں نہ صرف زندہ رہتا ہے بلکہ تعداد میں بڑھتا بھی ہے اور ممکن ہے کہ برانکے اندر وہ کئی ہفتوں تک باقی رہے۔ ہیضہ کے مریضوں کی اجابتیں نہایت سرایت دہاں ہوتی ہیں، اور ان سے بستروں، کپڑوں وغیرہ میں یا تیمار داروں کے ہاتھوں میں آلودگی پیدا ہو سکتی ہے۔ ناقص صفائی سے آبی رس میں آلودگی ہو سکتی ہے۔ دس کی مثال لندن کی ۱۸۵۴ء اور ۱۸۶۶ء کی شدید وباؤں سے خوب ملتی ہے، اور ہندوستان میں اس مرض کا پھیلاؤ اکثر کم و بیش دریاؤں کے ہموار کے رخ میں ہوتا ہے۔ یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ مکھیاں مریضوں کو غذائی اشیاء میں منتقل کر سکتی ہیں، اور حاملین ہیضہ (cholera-carriers) کے باعث و باؤں کا پھوٹ پڑنا آب بالکل مستحکم ہے۔

ہائری نگوں کے نسبت نشیبی رقبوں میں ہیضہ زیادہ پھیلتا ہے، لیکن اس کی وباؤں ہر ایسے ضلع میں واقع ہو سکتی ہیں جہاں صفائی کی خرابی سے آب نوشیدنی کی آلودگی ہو سکتی ہو۔ ہیضہ نے ہندوستان کے بہت سے حصوں میں ایک مخصوص مقامی مرض (endemic) کی حیثیت اختیار کر لی ہے جہاں وہ اکثر ہوا کرتا ہے، لیکن معلوم ہوتا ہے کہ اس کی دہار پھیلنے کے لئے نہایت موزوں زمانہ گرما اور خزاں کے مہینے ہیں۔

مرضی تشریح - ہیضہ کے مردوں میں تحلیل (decomposition)

آہستگی کے ساتھ ہوتی ہے اور کرسٹلی موت (rigor mortis) طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ قلب کا دایاں پہلو اکثر خون سے بھریا ہوا اور پر ہوتا ہے پھیسیدہ سے محقق (engorged) ہوتے ہیں اور قعبتہ الریہ اور بڑے شعبات کی صفائی (congested) ہوتی ہے۔ دقیق شعبات میں اکثر یہی خفاطہ موجود ہوتی ہے اور مکن ہے کہ آخری درجوں میں مرئیوالے مرئیوں میں نرئی مسمات (haemorrhagic infarcts) موجود ہوں۔ آنتوں کے اندر ابتدائی درجوں میں چانول کی پیچ جیسا ریتالی اور مایعہ درجوں میں سبزی مائل رنگ کا مائع موجود ہوتا ہے۔ غشائے خفاطی مٹلی اور اکثر کپڑی ہوتی (sodden) اور گورے جیسی ہوتی ہے، پتے پر کی پکنتیاں اور منفرد درجہ میں (solitary follicles) ستودم اور ابھری ہوئی ہوتی ہیں۔ لغائمی کا زیریں سرا ہی وہ حصہ ہے جو ب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔ طحالی چھوٹی ہوتی ہے۔ مگر دے بڑے ہوتے ہیں، اور ان میں سرملہ کا نکاثر (proliferation) اور سحالی ورم (cloudy swelling) ظاہر ہوتا ہے۔ ازاں بعد گردوں کے قنبیات (tubules) کے اندر سبایک (casts) بناتے ہیں، یہ اعضا رنگ میں زیادہ بھیکے ہو جاتے ہیں اور ان میں شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے۔

حفظات۔ زماذ حفظات چنہ گھٹنوں سے نیکر ایک ہفتہ تک کا، نہایت حسام طور پر تقسیم یا دیہین دن ہوتا ہے۔ حملہ کا آغاز عموماً یکایک ہوتا ہے، لیکن اکثر مریض چنہ روز پہلے سے اسہال میں مبتلا ہوتا ہے، اس کی صحت خواب ہوتی ہے۔ مریض کے آغاز کے ساتھ یہ اسہال شدید ہو کر عموماً چنہ گھٹنوں کے اندر اجابتوں کی برازی نوعیت غائب ہو جاتی ہے اور وہ بالکل چانول کی پیچ کی شکل کی ہو جاتی ہیں۔ چند منٹ میں پاؤ گیلن (ایک گواٹ ۱) اور دوا تین گھنٹوں میں اس سے دونی یا چوگنی مقدار خارج ہو سکتی ہے۔ یہ ریتال تعدیل یا قدرے قلوئی ہوتا ہے، اس کا کثافت اضافی ۱.۰۶ تا ۱.۱۳ ہوتی ہے، اور اس میں سوڈیم کلورائیڈ، ایسویٹین اور مخاطین (mucin) موجود ہوتے ہیں۔ ٹھہرا ہوا رہتے پر اس کے نیچے ایک دقیق ذراتی سپیدی مائل رماوی فضل (sediment) نشین ہو جاتا ہے، جو سرخ رنگہ خون کے سپید خلیوں، ساخت کے چھیمچروں، ایسویٹیم میگنیشیم فاسفیٹ کی فلوں، جراثیم، مریضوں،

الہمی کے ڈوروں، اور جیمات دمو پر مشتمل ہوتا ہے۔ اسہال کے ساتھ تڑاقر (horborygmi) اور تغیر (gurgling) ہوتا ہے، لیکن درد یا ٹوڑ کم ہوتی ہے۔ ایک یا زائد گھنٹوں کے مہال کے بعد قے شروع ہو جاتی ہے۔ پہلے غذا نکل جاتی ہے۔ پھر پانی اور اکھیں (whey) پیسیے سیال کی ٹری مقدار میں معوی انزاجات کی طرح، متبادل آسانی کے ساتھ قے سے اس طرح نکلتی ہیں کہ گویا ان کی باز ریزی (regurgitation) ہوئی ہو۔ مریض غیظ، اشتہا اور نشانی میں مبتلا ہوتا ہے، زبان پسید ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ خشک ہو جائے، اور اگر شریف پیئے کوڑی کے مقام کو دیا جائے تو وہ حساس ہوتا ہے۔ تقریباً اسی کے ساتھ بیشتر حالتوں میں، پنڈلیوں، پاؤں، اور نسبتاً کم بار ہاتھوں اور دھڑ میں شدید اور بے انتہاء درد کے ساتھ آنکھن ہوتی ہے۔ مریض جلد ہی کمزور ہو جاتا ہے اور اس پر جموط (collapse) طاری ہو جاتا ہے۔ اس کو بار دھالت (algid state) کہتے ہیں۔ بدن کی سطح سرد اور نیلگوں ہاتھ پاؤں، چہرہ، اور ناک سے ہونٹے ہو کر نیلے پڑ جاتے ہیں، آنکھیں اندر میٹھ جاتی ہیں اور سانس سرد ہو جاتی ہے۔ نفل کی پیش درجہ طبعی سے ۴ یا ۵ درجہ تھیں گرجاتی ہے، اور ساتھ میں اس سے بھی کم ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس معاد مستقیم اور ہٹل کی پیش درجہ ہوتی ہوتی ہے، بلکہ بعض اوقات ۵۰ درجہ یا زائد تک پہنچ جاتی ہے۔ شدید اور ٹھنک حالتوں میں آنکھیں خشک اور قرینہ ابر آلود (دھندلا) ہو جاتا ہے، بغیر صغیر انقباضی تقریباً محسوس، اور تعداد میں ۹۰ تا ۱۰۰ ہوتی ہے۔ تنفس قصیر اور تیز، اور ایکسٹ میں پیشیں سے چالیں تک ہوتے ہیں۔ شدید عضلی انبطاح (muscular prostration) موجود ہوتا ہے، لیکن مریض بے چین ہوتا ہے اور ہاتھ پاؤں اور دھڑ پھینکتا رہتا ہے۔ آواز میٹھ جاتی یا ڈوب کر سہ گوشی کی طرح ہو جاتی ہے (vox cholerică = صوت بیضہ) یا بولنے کی کوشش میں صرف لب ہلتے ہیں۔ دوران ہو طیں اسہال اکثر موقوف ہو جاتا ہے لیکن قے جاری رہتی ہے۔ پیشاب کی مقدار قلیل ہو جاتی ہے اور اکثر کلی اسرابلول (suppression) ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ بالکل ابتداء ہی سے شروع ہو جائے اور جھینٹ یا اڈتالیس گھنٹوں تک جاری رہے۔ غالباً یہ صرف نفل پذیر دوران خون کا نتیجہ ہے۔ فشار دمو (خون کا دباؤ) بچاس یا ساٹھ سیالومی میٹرنگ گرا ہوا پایا جاتا ہے۔ خون خود بہت مرکن

(concentrated) ہوتا ہے، اس کی کثافت انسانی ۱.۰۲ تا ۱.۰۶ ہوتی ہے، سرخ جیٹا فی کعب ملی میٹر ۸۰۰۰۰۔۱۰۰۰۰ ہو جاتے ہیں اور ہمہ گیر گلوبین اور سپید خلیجے، بالخصوص رُسے ایک نوائی خلیجے (large mononuclears) متناظر آ زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مریض کے ہوش و حواس عموماً مکمل طور پر قائم رہتے ہیں اگرچہ وہ بے حس اور بے پروا ہوتا رہتا ہے، جسم اس وقت کے جبکہ انٹیکشن کا ذرا سا سے بیدار کر دے۔ یہ درجہ ابتدائی علامات کے چھ یا سات گھنٹے کے بعد شروع ہو کر بارہ یا چوبیس گھنٹے جاری رہتا ہے، جبکہ بعد مکن ہے کہ مریض سنبھلنے نہ پائے اور مر جائے۔

ہبوط کے بعد جو مریض زندہ بچ جاتے ہیں ان میں جلد اور دہن کی پتھریوں کا ارتقاع ہو کر، بعض اوقات تپش ۱.۱ یا ۱.۲ درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ جلد کا قدرتی رنگ پھر واپس آ جاتا ہے اور اس کی رخی ہوئی شکل غائب ہو جاتی ہے۔ آنٹیکشن اور پچھنی موقوف ہو جاتی ہے۔ بغض بہتر ہو جاتی ہے اور مکن ہے کہ اس کی رفتار تندرستی کی حالت کی رفتار کے نسبت زیادہ آہستہ ہو جائے۔ اقرباً بول پھر ہوتا ہے، مگر اکثر اس میں البیومین اور سبائک موجود ہوتے ہیں۔ چہرہ مٹکی ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی اس پر مٹھیلی سرخی کی چکیٹیاں پڑ جاتی ہیں، اور ملتھامات (conjunctivae) متضرب ہوتے ہیں۔ اسے درجہ تعامل (stage of reaction) کہتے ہیں اور تپش کم ہونے کے ساتھ یہ درجہ اکثر شفا یابی تک جاری رہتا ہے۔

اقسام ہیضہ کے اس معمولی مریض بہت سے اختلافات ہو سکتے ہیں۔

زیادہ خفیف، تسبیح واقع ہوتی ہیں، جس میں مرض پہلے اسہال درجہ سے آگے نہیں بڑھتا۔ بعض اوقات اسہال کی درجہ سے مریض کے صاحبِ فراس ہونے کی نوبت بھی نہیں آتی، مگر پھر بھی ایجنڈوں کے اندر مٹھیتے پائے جاتے ہیں۔ ان حالات کو انتقالی (ambulatory) کہا جا سکتا ہے، اور انھیں سے حاملین ہیضہ (cholera-carriers) کی تعداد بنتی ہے۔ ایک زیادہ شدید قسم، یعنی اسہال (choleraic diarrhoea) ہے، جو سردی میں مختلف ہونے یا غذا میں کسی غلطی کے بعد یکایک بکثرت لیکن بلا درد اسہال کے ساتھ شروع ہو جاتا ہے۔ اس میں اجابتیں مقدار میں زیادہ، ایساں زرد یا زردی مال

بحورے رنگ کی ہوتی ہیں۔ ان میں سرخ، ایوٹیم، ٹینیشیم، فاسفیٹ کی تھلیں اور صفرا کے اجزاء موجود ہوتے ہیں۔ دن بھر میں چھ تا آٹھ اجابتیں ہوتی ہیں، اور ان کے ساتھ آنتوں میں قراقر، اور بعض اوقات پنڈلیوں میں آنتیٹھن بھی ہوتی ہے۔ یہ اسہال چند روز سے یکسر ایک یا دو ہفتے تک جاری رہتا ہے۔

ہیضہ (cholera) بھی، جو شدید حملوں سے اور بھی قریب تر قسم ہے، ناگہانی اور غیر متوقع طور پر واقع ہوتا ہے۔ اس میں اسہال کے ساتھ تھ ہوتی ہے اور اجابتیں اکثر بے رنگ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ آنتیٹھن بھی ہو، اور کسی قدر بردِ باطن، قلیل المقدار بول، اور البیومین بولیت ہو۔ اس میں شفا یابی تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ درجہِ ہیپوٹ (stage of collapse) فی الفور طاری ہو کر مریض کوئی اسہال واقع ہونے سے پہلے ہی ڈھیر ہو جائے، اگرچہ صغریٰ غذا میں بکتریت سیال موجود ہوتا ہے (cholera sicca = ہیضہ یا بس)۔ اور دوسری حالتوں میں جو حسب معمول اسہالی درجہ کے ساتھ شروع ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ ہیپوٹ نہایت مختصر ہو، اور مریض دفعۃً تنفسی یا قلبی فشل (cardiac failure) سے ہلاک ہو جائے۔ یا پھر دوسری حالتوں میں بارود حالت (algide condition) طویل ہو کر پچیس یا اڑتالیس گھنٹوں تک طاری رہتی ہے۔

بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ مریض پر مہرقی حالت (typhoid state) طاری ہو جائے اور ساتھ ہی سختی طغیانات بھی ہوں، جو ممکن ہے کہ اچڑائی (erythematous) بشوری (papular) یا نژرنی (haemorrhagic) ہوں۔ پیشاب بہت کم ہو جاتا ہے، یا کمال اسر البول (anuria) ہو سکتا ہے۔ البیومین اور سائنگ (casts) موجود ہوتے ہیں، اور مریض پوریسا (بول دمویت) کے علامات کے ساتھ ہلاک ہو جاتا ہے۔ اگر درجہِ تعالیٰ طے ہو کر شفا ہو جائے تو نقیبت (convalescence) عریض آہستہ آہستہ ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ پیچیدگیوں کے باعث اور تاخیر کے ساتھ ہو۔

پیچیدگیاں۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی درجہِ ہیپوٹ کے دوران میں شدید

بیش تب (hyperpyrexia) ہو جائے پیچیدگیاں درجہِ تعالیٰ کے دوران میں

واقع ہوتی ہیں اور ثانوی سرایتوں کے باعث ہوتی ہیں۔ عام ترین پیچیدگیاں ذات الاربعہ (نمونہ) اور التهاب گردہ (nephritis) ہیں اور قبضہ کم عام پیچیدگیاں (التهاب غددہ کفیفہ) (parotitis) منگڑیاں اور تغریج قرنیہ (corneal ulceration) ہیں۔

تشخیص۔ صحیح تشخیص بہت بڑی اہمیت رکھتی ہے اور بائسٹنا سے

اس وقت کے جبکہ مرض وبائی ہو نہایت وقت طلب امر ہے۔ سرریاتی نقطہ نظر سے ہیضہ کے نہایت اہم امارات اسہال ہیں جن میں چانول کی بیچ جیسی اجابتیں ہوں، جبکہ بعد کے اچھلے اور مستقیم پیش کے درمیان بڑا فرق اور شدید مہبوط ہو۔ ہیضہ کی تغریج ذیل کے امارات سے کرنی پڑتی ہے۔

۱۔ اسہال (diarrhoea)۔ اس میں مہبوط کے علامات نہیں موجود ہوتے، اینٹھن نہیں ہوتی، اور اجابتیں برازی رہتی ہیں، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ قطع نظر سے جزئیاتی اختلافات کے ہیضہ کا خفیف حملہ سمولی اسہال سے بالکل مشابہ ہو سکتا ہے۔

۲۔ عصبی زحیر (bacillary dysentery)۔ یہاں مہبوط شدید حالتوں میں ہیضہ سے نہایت قریبی مشابہت پیدا کر سکتا ہے، لیکن عموماً اجابتوں میں وافر خون و مخاط (آنوس = mucus) یا پیپ کی موجودگی صحیح تشخیص تک رہنمائی کرتی ہے۔

۳۔ غذائی شہم (food poisoning)۔ اس مرض میں قے عموماً اسہال کے آغاز سے پہلے واقع ہوتی ہے۔ جب ایسا ہو تو ہیضہ کی تشخیص کے خلاف فیصلہ دیا جاسکتا ہے۔ غذائی شہم میں داخلی پیش (internal temperature) عموماً بلند نہیں ہوتی اور جب کسی مضبوط حالت میں جلدی اور مستقیم پیش کے درمیان ۵ درجہ کا فرق موجود ہو تو یہ علامت تقریباً دائرہ ہیضہ (pathognomonic of cholera) ہے۔ اکثر مہبوط اور مغلی اینٹھن بالکل ویسی ہی شدید ہوتی ہے جیسی کہ ہیضہ میں، اور اجابتوں کے بچن خاصاً بالکل مائل ہو سکتے ہیں۔

۴۔ التهاب سحایا (meningitis)۔ ہیضہ بائس (cholera sicca) کی حالتیں اکثر التهاب سحایا سے ناقابل تمیز ہوتی ہیں، بجز اس وقت کے جبکہ غریب

(lumbar puncture) عمل میں لایا جائے۔ ان دونوں امراض میں کرخنگی (rigidity) شکم کی بازکشی (retraction) اور مثبت امارت کزنگ موجود ہو سکتی ہے۔

۵۔ جیٹ کلیریا، جسکے ساتھ دیگر ہیفہ نما اہمال (choleraic diarrhoea) ہو، کبھی کبھی حقیقی ہیفہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ اس کی انفرادی (sporadic) نوعیت سے، نیز کلائی طحال کی وجہ سے کلیریا کا شبہ پیدا ہو جانا چاہئے۔ (ایسی حالت میں مچھلی خون کے اندر کلیریا کے لفیلیات عموماً آسانی کے ساتھ شناخت ہو جاتے ہیں۔

جہاں کہیں آسانیاں میسر ہوں ہر مشتبہ حالت کا ہر ثبوتیاتی امتحان کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ اجاتوں کی مغلطی کی وجہ سے تیار کردہ فلیوں میں جو کاربال ٹکسین (carbolic fuchsin) سے رنگی ہوئی ہوں، رُغیشے (vibrios) نظر آجائیں۔ لیکن کاشت امتحانات (cultural tests) سے یا معلوم شدہ ہیفہ معمل کے ذریعہ الزاتی امتحانات (agglutination tests) عمل میں لا کر تشخیص کی ہمیشہ تصدیق کر لینی چاہئے۔

امدار۔ جب ہیفہ کے مریضوں کا علاج شفاخانہ میں زمانہ حاضرہ کے جدید

طریقوں سے کیا جاتا ہے تو شرح اموات اتنی کم کہ ۱۱ فیصدی ہوتی ہے (Rogers)۔ وباؤں کے زمانہ میں چند ہی مریضوں کا علاج اس طریقہ سے کیا جاسکتا ہے، اور شرح اموات ۶۰ تا ۷۰ فیصدی مختلف ہوتی ہے، اور ہمیشہ کسی وبا کے آغاز میں اس کے اختتام کے نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ یہ مرض نہایت نوعمریوں اور بوڑھوں اور خراب صحت رکھنے والوں میں، اور ان میں جو ناکافی تغذیہ یا خراب صحتی حالات کی وجہ سے کمزور ہو گئے ہوں، یا مزمن الکھلی ہیئت (chronic alcoholism) میں مبتلا ہوں، زیادہ ہلاکت خیز ہوتا ہے۔ ناموافق علامات حسب ذیل ہوتے ہیں: ۱۔ واغراور شدید افراتفت (تے اور دست) کا سریع انبطاع (prostration) جسکے ساتھ ذراق (cyanosis) ہو، جلد بھڑکدار اور سرد ہو، اکثر سرد پستہ آتا ہو، اور کلائی میں نفس غیر موجود ہو۔

تحریر۔ چونکہ ہیفہ بیشتر اسی طریقہ سے پھیلتا ہے جس طرح سے کتپ محرقہ

پھیلتی ہے، لہذا اس کو روکنے کے لئے وہی طریقہ اختیار کرنے چاہئیں (لاحظہ صفحہ ۸۹)۔

جنگ کے مشرقی محاذات میں جڈرین (vaccine) کے حفظ نامتقدی اشتراکات بڑے پیمانہ پر کام میں لائے گئے۔ اس جڈرین کے ایک کتبہ سمر کا تخت، الجھدی انشرب کیا جاتا ہے۔ اس سے مقامی تعامل خفیف ہوتا ہے اور جو ممانعت حاصل ہوتی ہے وہ غالباً چند ہی ہینوں تک قائم رہتی ہے۔ اسی واسطے جب تک کہ ہیضہ کی وارداتیں نہ ہونے لگیں جڈرین رسانی (vaccination) عمل میں نہیں لائی جاتی۔

علاج۔ ایسی کسی حالت میں جس میں مشہد ہو کہ اسہال ہیضہ کا ہے،

یا اس وقت بھی جبکہ اسہال ہیضہ کی دبا کے دوران میں ہو کسی قسم کا سہل نہیں دینا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ خطرناک مضرت کا باعث ہو جائے۔ پچھرا و پانی (tinct. opil) یا کلوروڈائن (chlorodyne) کی مقداریں دی جاسکتی ہیں، لیکن جب مہبوط کے کوئی امارات نظر آئیں تو ان دواؤں کا استعمال موقوف کر دینا چاہئے۔ گزشتہ چند سال سے ترکیبوں نارڈراجرس نے ہیضہ کے علاج میں بیش پیشی ملح (hypertonic saline) کے وریدی اشتراکات اور آٹروپین (atropine) کے تحت الجھدی اشتراکات استعمال کئے ہیں۔ دوا کے بعد مریش کوئی الفوریلہ گرین آٹروپین تحت الجھدی راہ سے دی جاتی ہے، اور صبح و شام اس کا کرر استعمال کیا جاتا ہے۔ انکماش فشار دہوی (systolic blood pressure) اور اگر ممکن ہو تو خون کی کثافت انسانی (specific gravity) بھی دیکھی جاتی ہے۔ اگر فشار ۹۰ سیلابی میٹر سے نیچے ہو گیا اگر کثافت رضائی ۱.۰۲ یا اس سے زائد ہو تو فی الفور ایک دروں وریدی اشتراک کرنا چاہئے۔ اس غرض کے لئے سوڈیم کلورائیڈ ۱۲.۰ گرین، کیلیم کلورائیڈ ۴.۰ گرین، اور آب کشیدہ ایک پائٹ کا عظیم محلول (sterile solution) استعمال کیا جاتا ہے۔ ۴ پائٹ تک کا اشتراک کیا جاسکتا ہے۔ اس سیال کی پیش مستقیم پیش کے لحاظ سے مختلف ہوتی چاہئے۔ اگر مستقیم پیش ۹۹ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے ہو تو ملح (سیلائن) کا اشتراک ۹۰ درجہ سے اوپر ہرگز نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ اس میں بیش پیش (hyperpyrexia) پیدا کر دینے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر مستقیم پیش ۱۰۰ درجہ یا اس سے اوپر ہو تو سیال ۸۰ اور ۹۰ درجوں کے

درمیان دینا چاہئے۔ تقریباً ہمیشہ کسی درید کو کاٹ کر اس کے اندر ایک قنولہ (cannula) داخل کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ بعض اہل الرائے ابعد اثرات کے لئے قنولہ کو اسی وضع میں چھوڑنے کی سفارش کرتے ہیں، لیکن اس کا نتیجہ عموماً یہ ہوتا ہے کہ خون جسے سے اس کا تھکا بجاتا ہے۔ غالباً بہتر یہی ہے کہ ابعد اثرات کے لئے دوسری درید کام میں لائی جائے۔ سیال کی تصفیق (infusion) کے دوران میں شغریہ (لرزہ) کا وقوع شاذ نہیں۔ لرزہ ہو تو یہ مالح کے اثرات کو روک دینے کا داعیہ (indication) نہیں۔ قاعدہ ہے کہ تصفیق سے انہن فن فی الفور کم ہو جاتی ہے، لیکن کا دباؤ بڑھ جاتا ہے اور خون کی کثافت اضافی کم ہو جاتی ہے۔ مزید اثرات کے داعی (indications) وہی ہیں جو اوپر بیان کئے گئے ہیں، لیکن عموماً ذیل کے قنولی محلول کا ایک پائینٹ دینا زیادہ کارگر پایا گیا ہے۔ سوڈیم کلورائیڈ ۶۰ گرین، سوڈیم باکس کاربونیٹ ۲۰ اگرین، اور اس کے بعد طبعی یا بیش نشی مالح کے دو پائینٹ۔ اس کے ابول (suppression of urine) کی حالتوں میں قنولی محلول کا استعمال خاص طور پر مطلوب ہے۔ معمولی طبی مالح بھی براہ مستقیم دیا جاسکتا۔ ٹومب (Tomb) نے اور دوسروں نے علاج ہینہ میں جو ہری روغنیات (essential oils) کے ایک آمیزے کے استعمال کے امید افزا نتائج درج کئے ہیں۔ ذیل کے ضابطہ نسخہ کا ایک آمیزہ دیا جاتا ہے۔

اسپرٹ ایٹر { ہر ایک ۳۰ قطرے
آئل کلوزر -

آئل کینچرپٹ { ہر ایک ۵ قطرے
آئل جون پرت

ایسڈ ٹیلیویرک آئیرڈ پیٹنگ - ۵ قطرے

اس کا ایک ڈرام نصف اونس پانی میں ہر نصف گھنٹے کے فاصلے سے حتیٰ کہ تھے اور اس حال میں موقوف ہو جائیں۔

مریض کو بلاشبہ سختی کے ساتھ آرام سے رکھنا اور مستقیم تیش کو اعتیاد کے ساتھ دیکھتے دھنا چاہئے۔ اگر تیش ۱۰۰ درجہ سے اوپر بلند ہونے کے امارات

ظاہر کرے تو گرم پانی کی بوتلوں کو ہٹا دینا چاہئے۔ درجہ ہبوط میں آئیں جو (barley water) قلیل مقداروں میں متواتر وقتوں کے بعد دیا جاسکتا ہے۔

طاعون

(PLAGUE)

188

ازمنہ وسطیٰ میں یہ اصطلاح کسی شدید یا ہلکے واکو موسوم کرنے کے لئے استعمال کی جاتی تھی۔ لیکن اب اس کا مفہوم ایک خاص مرض ایسے کبھی (محلّی دار) مشرقی، یا لئوٹائن طاعون (bubonic, Oriental, or Laventine plague) تک محدود سمجھا جاتا ہے۔ یہ ایک حادّ حوی مرض ہے، جسکے ساتھ عموماً مرنے والے یا جسم کے کسی دوسرے حصّے کے لمفاتی غدود کا ورم ہوتا ہے۔ لیکن یہ بعض اوقات ایسے کسی اضرار کے بغیر ہلکے ہوتا ہے۔ اس کی تاریخ کا پتہ سترہویں صدی کی دوسری صدی تک مل سکتا ہے، لیکن یورپ میں سب سے پہلی بڑی وبا ایسے جستی نیشن کا طاعون (plague of Justinian) پچھٹی صدی میں واقع ہوئی۔ ازمنہ وسطیٰ میں دباؤں کثیر الوقوع تھیں، لیکن ۱۶۶۵ء سے جبکہ شہر لندن طاعون سے غارت اور برباد ہوا، یہ دباؤں یورپ میں بتدریج نسبتاً قلیل الوقوع ہو گئیں، اور انیسویں صدی کی ابتدائی ایک تہائی میں اس بڑے اعظم میں سلطنتِ ترکی کے سب سے زیادہ مشرقی حصّوں میں محدود رہیں۔ حال ہی میں طاعون یورپین اقوام کے لئے پھر اہم ہو گیا ہے، کیونکہ وہ ۱۸۹۱ء میں ہانگ کانگ میں اور جنوبی مشرقی چین میں واقع ہو گیا، اور یہاں سے وہ ۱۸۹۶ء میں بمبئی اور ہندوستان کے دوسرے حصّوں میں پھیل گیا۔ اسی منبع سے یہ مرض کبھی کبھی کم یا زیادہ عرصہ کے لئے یورپ، جنوبی افریقہ، اور مرکزی اور جنوبی امریکہ کے مختلف حصّوں میں ظاہر ہوا۔ ہندوستان میں اس سے ۱۸۹۶ء سے لیکر ۱۹۱۱ء تک پندرہ سال کے عرصہ میں ستر لاکھ سے زیادہ متحرک واقع ہوئے، جس کا اوسط ... ۴۶۶ ہوتا ہے۔

۱۹۱۳ء میں یہ تھہرہ ادو... اور ۱۹۱۴ء میں ۲۲۰۰۰ تھیں۔ ۱۹۱۵ء میں
انگلستان میں اس کی چند دوائیں ہوئیں۔

بحث اسباب اور وبائیات (epidemiology) طاعون ایک

نوعی مرض ہے جو ایک عصبیہ (عصبیہ طاعونی: B. pestis) کے باعث ہوتا ہے جسے کیتاسو
(Kitasato) نے اور یرسین (Yersin) نے دریافت کیا۔ یہ عصبیہ دو سال حیات
میں خون، منوہم غد اور بول و براز میں اور بعض مریضوں کے بساق (aquum) میں
اور موت کے بعد جسم کے تقریباً ہر عضو میں پایا جاسکتا ہے۔ یہ عصبیہ ایک چھوٹا عصبیہ
ہے جسکے سرے گول ہوتے ہیں، اور طول امدت ۱ تا ۵ امد ہوتا ہے۔ یہ سوطی
(flagellated)، گرام منفی (Gram negative) اور مرکز کے نسبت بے
پر زیادہ رنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے۔

حیوانی و باؤں (epizootics) کے زمانہ میں طاعون چوہوں اور دوسرے
قوارض (rodents) میں واقع ہوتا ہے، اور ایک نہایت ہلکے مرض ہے
(27)۔ انسانی وبائے عقولے سے پہلے کثیر التعداد مزدو چوہے دیکھے جاتے ہیں۔
طاعون چوہوں میں چوہوں کے پسوؤں (rat fleas) کے ذریعے سے پھیلتا ہے جو عموماً
اپنے میزبانوں (چوہوں) تک ہی محدود رہتے ہیں، لیکن چوہوں کے مرنے کے بعد یہ پستو
دوسرے انواع پر بھی حملہ آور ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ اگر انسان اُن کے قرب و جوار میں ہو تو
ممکن ہے یہ اُس پر بھی حملہ آور ہوں۔ اس طرح اس مرض کا انتشار انسان کے ساتھ چوہوں
کے قریبی ارتباط پر منحصر ہوتا ہے۔ ہندوستان میں ایسا ہی ہوتا ہے۔ یہاں مویشیاء
سینے گھریلو چوہا (فار الفار = Rattus rattus) جو ایک پائو اور مانوس
جانور ہے، نہایت عام ہوتا ہے۔ بہت بھوکوں میں یہ چوہا تقریباً غائب ہو چکا ہے،
اور اُس کی جگہ بھورے یا گند موریوں کے چوہے (R. norvegicus) (sewer rat) نے لیلی ہے جو نسبت بہت زیادہ بھوکے والا اور ڈرپوک جانور ہے۔ یہ بول میں رہتا ہے اور انسان
کی قربت سے گریز کرتا ہے۔ چنانچہ ۱۹۱۵ء میں مشرقی آسٹریلیا میں غرگو شوں اور چوہوں
کے طاعون کی حیوانی و باؤں میں انسانی و باؤں کی حقیقی خطرہ موجود نہ تھا اور

طاعون کی تبرف چند ہی وارداتیوں کا اندراج ہوا۔ جب چوہے کلہاڑی تو کسی سرائیت زدہ میزبان کا خون چوس لیتا ہے تو اس کا پیش بطن (proventriculus) غصہ طاعون کی زندہ کاشت سے مسدود ہو جاتا ہے، اور یہ خون وہاں سے گزر کر اس کے معدے کے اندر نہیں پہنچ سکتا بلکہ پیش بطن کے اندر ہی رہ کر اس سے ٹپکلا دیتا ہے۔ دوسرے میزبان کو کھانے پر پیش بطن میں سے یہ خون پسو کے جڑوں سے باہر نکل کر زخم میں پہنچ جاتا ہے اور اس طرح سرائیت کو پھیلاتا ہے۔ چوہوں کے کسی گروہ کا بیشتر حصہ طاعون سے ہلاک ہو سکتا ہے، لیکن باقی ماندہ چوہے مامون رہتے ہیں، اور یہ مناعت آبیوالی نسلوں میں منتقل ہوتی رہتی ہے۔ اس سے اس واقعہ کی توجیہ ظاہر ہوتی ہے کہ طاعون وبا کچھ عرصے کے بعد کمزور ہو کر رفع ہوتی رہتی ہے۔ طاعونی وبا کا باعث عموماً چوہے ہوتا ہے، لیکن دوسرے قوارض مثلاً زمین میں رہنے والی کھیریاں (ground squirrels) ایک چھوٹی قسم کی چھچھو ندر (shrews) اور چوہیاں (mice) بھی کبھی کبھی طاعون پھیلاتی ہیں۔ سرائیت زدہ کے سر میں مسچوہا کے نمونائی طاعون کی وبا کا سبب تاراباگن (tarabagan) (Arctomys bobac) تھا۔ نمونائی طاعون ایک انسان سے دوسرے انسان میں لعاب دہن کے ان طریقوں کی وساطت سے جو سانس سے باہر نکلتے ہیں براہ راست پھیل سکتا ہے، لیکن ٹھکی والاطاعون قوارض کے پسوؤں کے ذریعہ سے پھیلتا ہے۔ اسی واسطے ابتداً سرائیت زدہ چوہے اور دوسرے قوارض ضروری ہیں، اگرچہ ایجاب و باوجود شروع ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ خود انسان سرائیت زدہ پسوؤں کو منتقل کر کے مرض کو ایک گھاؤں سے دوسرے گھاؤں تک پھیلا دے۔ طاعون کے پھیلانے میں آب و ہوائی حالات نمایاں اثر رکھتے ہیں، کیونکہ ان کا اثر پسوؤں پر ہوتا ہے، جو گرم و خشک ہوا کے نسبت مرطوب و سرد ہوا میں زیادہ عرصہ تک زندہ رہتے ہیں اور زیادہ سرعت کے ساتھ تعداد میں بڑھتے ہیں۔ حالی ہی میں بتلایا گیا ہے کہ مداری جی ماناگ میں دو قسم کے پسو عام طور پر چوہوں پر پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے ایک زینا پسلا اسٹیا (xenopsylla astia) ہے، جو طاعون منتقل کرنے کی قابلیت نہیں رکھتا، اور یہی ایسے شہروں (جیسے کہ مدراس) کے چوہوں کا عام پسو پایا گیا ہے، جہاں طاعون نہایت شاذ یا تقریباً نامعلوم ہے۔ قاعدہ ہے کہ

طاعون کی دوائیں وہیں ہو کر قی ہیں جہاں غلہ کی تجارت ہوتی ہے۔ یہ مرض پچاس سال کی عمر تک ہر عمر کے لوگوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس سن کے بعد نسبتاً بہت کم عام ہوتا ہے۔ ایک حملے سے دوسرے حملوں کی اضافی مزاحمت حاصل ہو جاتی ہے۔

مرضی تشریح۔ کلانیافتہ منفی غدد ملہب ہو کر رنگ میں سرخ یا بنفشی

قوام میں نرم یا گوڑے جیسے، اور ایسی انقباضیافت سے گھبرے ہوئے ہوتے ہیں، جو مصل یا خون سے دور ریختہ ہوتا ہے۔ کسی قرب و جوار کے داخلی غدد بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، مثلاً برونش کی گلیٹیوں کے ساتھ موصنی غدود ماؤف ہو جاتے ہیں، یا گردن کی گلیٹیوں کے ساتھ واسطی غدود ماؤف ہوتے ہیں۔ مگر منشی ہو جائے، طحال کلانیافتہ اور سیاہ ہوتی ہے، گردے مستورم ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان تمام احتشاریں، نیز محتاطی جھلیوں اور کالبدی عضلات (skeletal muscles) میں، اور مصلی اغشیہ کے نیچے کثیر النعد ادخزفات پائے جائیں۔ طاعون کی نمونیا قسم میں بھی پھیپھڑوں میں شجہ (consolidation) کی چکیٹیاں پائی جاتی ہیں، لیکن دوسری قسموں میں ان میں صرف اُڈیا اور دقیق نزفات ملتے ہیں۔ اکثر کسی قدر پیوڈرائی انصباب (pleural effusion) بھی موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ اب طاعون کی کئی قسمیں میز کی گئی ہیں:- زیادہ عام شکل

کئی یا گلی دار طاعون (bubonic plague) ہے جس کا میز خاصہ غدی کلانیان میں۔ زمانہ حضاضت و دون سے بیکر پانچ دن تک کلے، اور مرض آنکسی، مکروہی، درد، دوران سر اور لرزہ کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جسکے بعد جلد ہی عمومی تعالیٰ ہوتا ہے۔ بعض اوقات حملہ کے اس درجہ میں مریض ایک عجیب گھوٹی ہوئی حالت میں ہوتا ہے، جسکے ساتھ اس کی چال لڑکھڑائی ہوئی ہوتی ہے، اور بولنے میں دشمن ہوتا ہے۔ یا اس پر ایک ناقابل بیان خوف طاری ہوتا ہے اور پچھینی ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ اسے سستی، تپ یا اہمال ہو۔ تپ عموماً میز ہو کر تپش ۱۰۲ سے بیکر ۱۰۴ درجہ فارن ہارٹ تک، یا بدترین حالتوں میں، ۱۰۶ درجہ سے اوپر، اور نبض ۱۰ تا ۱۴ ہو جاتی ہے۔ زبان جو پہلے تر اور سپید ہوتی ہے، خشک اور بھوری ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ حرکت

(ٹائفائیڈ) حالت طاری ہو کر نہر پان اور کوما ہو جائے، لیوں اور دانٹوں پر دوسرخ (sordes) جمع ہو جائے، بغض قشش پذیر ہو اور بردِ اطراف ہو جائے۔ قارورہ قلیل المقدار ترشٹی، اور گہرے رنگ کا ہوتا ہے، اس میں عموماً البیٹومین موجود ہوتا ہے اور بعض جھلک حالتوں میں اسرابول (suppression) ہوتا ہے۔ ایک دو یا تین دن کی تپ کے بعد مقامی امارات اسطرح ظاہر ہوتی ہیں کہ چڈوں، بھلوں یا گردن میں خدسی اور ام پیدا ہو جاتے ہیں۔ زیادہ تر صرف خد کا ایک ہی گردہ متورم ہوتا ہے، اور عام طور پر تین ران کے خد ہی ماکوف ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ سرایت زدہ پستو جلد کے جس رقبہ میں کاٹتا ہے اسی کے اعتبار سے یہ متعین ہوتا ہے کہ خد کا کون سا گردہ ماکوف ہوگا۔ مثلاً اگر سرایت رسالہ لدغ (bite) کا ٹٹا، بازو یا ہاتھ پر ہے تو گلٹی اسی جانب کے بغلی خد میں بنتی ہے۔ یہ ذرم مرغی کے اندے کے برابر یا اس سے بھی بڑا ہو سکتا ہے، اور اس میں شدید درد ہوتا ہے، اور اگر مریض جانیر ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ یہ تقریباً ساتویں دن متعین ہو جائے۔ تقریباً اسی زمانہ میں دلی (boils) یا راج پھوڑے (carbuncles) بھی نمودار ہو سکتے ہیں، لیکن یہ نادر الوقوع ہیں۔ یہ اطرافِ زیرین، سرینوں، یا پشیت گردن پر ہوتے ہیں۔ شدید ترین حالتوں میں موت سے کچھ عرصہ پہلے نشانات (petechiae) یا نسبتاً زیادہ بڑے تخت الجلدی نزقات نمودار ہو جاتے ہیں، اور یہ یا تو جسم پر عمومی طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، یا کلانی یا فتنہ خد کے قرب وجوار میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ناک، پھیپھڑوں، معدے یا آنتوں سے إداما (bleeding) ہو یعنی خون نکلے۔ موت زیادہ تر چھٹے دن سے پہلے واقع ہو جاتی ہے۔ شفا یاب ہونے والے مریضوں میں نقیبت چھٹے دن سے یکرو سوین دن تک شروع ہو جاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ نتیجہ خد کی وجہ سے نقیبت بہت طوالت پذیر ہو۔

تسمم الدمی طاعون (septicemic plague) میں مریض بہت

سرعت کے ساتھ مبتلا ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹوں میں مر جائے۔ یعنی خد کسی قدر متورم ہو سکتے ہیں، لیکن کوئی بڑی گھٹیاں نہیں بنتیں۔ نبض میں جلد ہی قش

لڑکھڑاتی ہوئی چال، اور بعد میں متعدد گھلٹیاں۔ لیکن آخری تشخیص کا، انحصار مصیبت کی شناخت پر ہونا چاہئے، جو خون کے اندر گھلٹیوں سے نکالے ہوئے رُس یا پیرپس میں، یا شقاق میں مل سکتا ہے۔ گھلٹیوں کے مافیہ کو ایک عظیم پھکاری سے نکال کر ایک شرجہ یا شیشہ محفوظ رکھ لینا چاہئے، پھر اسے خشک اور رقت کرنے کے لئے آہستہ سے گرم کر کے اس کی تلوین کا ربال نکسین یا مٹھلین غیو سے یا لیشمن کے رنگ سے کر کے اس کا امتحان $\frac{1}{16}$ انچ طاقت کے روغن عرقِ عدسہ (inch oil immer-
sion lens) سے کیا جاسکتا ہے۔

اِندار۔ قسم الدمی (septicæmic) اور نوئیائی قسموں میں ہریش موت واقع ہوتی ہے۔ گھلٹی والے طاعون میں ہلاکت ۲۰ تا ۸۰ فیصدی مختلف ہوتی ہے۔

تحریر یہ۔ ان امور پر مشتمل ہے۔ اعلانِ مرض۔ اس مرض کے ہر مریض کی علحدگی۔ رابطہ مکانات، کپڑوں اور بستروں کی سرایت کا ازالہ، جو بہتر ہے کہ پرنکلور ایڈ آف مرکبوری کے محلولات سے کیا جائے۔ سرایت زدہ مکانوں سے آئے ہوئے اشخاص کی سرایت کا ازالہ۔ چوبوں کو خفی الامکان ہلاک کرنا۔ ہندوستان جیسے ملک میں دافع طاعون تدابیر موسم سکون (quiescent season) میں اُن دیہات میں عمل میں لانا چاہئے، جہاں حیوانی وبا (چوبوں کا طاعون) باقی ہو، کیونکہ یہی دیہات اس وقت جبکہ موسم زیادہ سرد ہو جاتا ہے، تازہ وبا کے لئے نقطہ آغاز بن جاتے ہیں۔ جہازوں میں ایک بندرگاہ سے دوسری بندرگاہ تک چوبوں کی منتقلی کو روکنے کے لئے بھی تدابیر اختیار کرنی چاہئیں۔ آج کل دافع طاعون قلمسیر (anti-plague inoculation) جسے بیجانہ پر نلیاں کاسیائی کے ساتھ عمل میں لائی گئی ہے۔ ہم کبھی جسدرین کا تحت الجلدی اِشْراب کیا جاتا ہے۔ مقامی اور عمومی تقاضا، دونوں اکثر شدید ہوتے ہیں، لیکن اس وجہ سے سرایت زدہ رقبہ کے باشندوں کو تطعیم دیکر لگانے سے باز نہیں رہنا چاہئے۔ بغداد میں وبا کے زمانہ میں سچاس ہزار سے زائد تطعیمات کے سلسلہ میں یہ بتلایا گیا ہے کہ دواں تطعیم کردہ اور غیر تطعیم کردہ اشخاص میں طاعون تلے

ایک اور اکیس کی نسبت سے ہوئے۔

علاج - یہ زیادہ تر علامات کے لحاظ سے (symptomatic) ہوتا ہے۔

درد، مہوٹا، یا بیش پیش کا تدارک، دوسرے حادثوں کی طرح، 'افیون'، 'ہیپنات (stimulants) بروقت کے مقامی استمال، وغیرہ کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ ضد طاعون مصل (anti-plague serum) کے ذریعہ علاج آزمایا گیا ہے، لیکن اس سے اب تک کوئی نمایاں کامیابی حاصل نہیں ہوئی۔

ٹولاریا (ٹولاریمویت)

(TULAREMIA)

سلاوا میں ایک طاعون سے مشابہ مرض کے متعلق (جو کبھی تو رینا میں زمین کی گہریوں اور زرخیز گوشوں میں پھیلتا ہے) یہ دریافت ہوا کہ یہ ایک نئے نبعثی عفیتہ (cocco-bacillus) کی وجہ سے ہوتا ہے جسے ٹولاری کاؤچی (County Tulare) کی مناسبت سے (جہاں اسکے متعلق تحقیقات کی گئی تھی) عفیتہ ٹولاری (Bacillus tularense) کے نام سے موسوم کیا گیا (28) اس بعد تحقیقات سے ثابت ہو گیا کہ یہ مرض حسب ذیل طریقوں سے انسان میں منتقل ہو سکتا ہے: (۱) سرایت زدہ رقبوں میں کسانوں اور دوسروں میں ایک خون آشام کھی (کرائی سائپس chrysops) (زرد چشمہ) کے کاٹنے سے - (۲) بازار کے دربانوں یا عاتقوں میں اور ان باورچیوں میں جو خرگوشوں کی کھال اتارنے اور صاف کرنے کا کام کرتے ہیں براہ راست آنکلیوں پر کے چڑکوں سے یا پتھمہ (conjunctiva) کی راہ سے - (۳) اینٹل میں کام کرنے والوں میں، جو اس مرض کی تحقیقات میں مصروف رہتے ہیں - یہ آخری صورت بارہ پیش آئی، اور بعض حالتوں میں (عدم حس (anaesthetisation) عمل میں لاتے وقت عمل کے کارکن کے منہ پر کسی سرایت زدہ جانور کے کھانسنے کے بعد واقع ہو گئی - یہ مرض

صریحاً نہایت ساری ہوتا ہے۔

علامات۔ اولیٰ ضرر (primary lesion) سرایت ہونے کے تین دن بعد دیکھا

جائے اور مقام نظمیم پر منحصر ہوتا ہے۔ مثلاً وہ ایک جانبی تقریقی التهاب ملتحمہ (unilateral ulcerative conjunctivitis) کی یا بیلہ پر ایک سیاہ ناخر تو دسے کی شکل اختیار کر سکتا ہے اچکے شیشے ہونے کے بعد ایک مڑبڑبڑ (punched-out ulcer) باقی رہ جاتا ہے۔ جہاں سرایت استنشاق (inhalation) یعنی دم در کشی کے ذریعہ واقع ہوئی ہو وہاں کوئی ضرر نہیں دیکھا جاتا۔ اولیٰ ضرر کے قرب و جوار کے غد دہسے ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ شیشے ہو جائیں۔ تمام حالتوں میں منطقی تعامل (systemic reaction) بہت زیادہ ہوتا ہے۔ مریض تب، کسکندی، درد سر اور اعضا شکنی کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تین دن کے بعد تب میں فترہ دکھی واقع ہو جائے لیکن وہ پھر قدرتی تیز ہو جاتی ہے۔ اور اپنی نوعیت (چڑھنے اترنے) کی وجہ سے عنوانہ الدم (septicemia) سے مشابہ ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ تین ہفتوں یا زائد تک جاری رہے۔ اضطراب (prostration) انتہائی درجہ کا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ تعہیت کئی ہفتوں تک ختم نہ ہو، کیونکہ خفیف درجہ کے نکس (relapses) واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ موت نمونہ ذات الریه کے باعث واقع ہوئی ہے۔

تشخیص۔ اب تک یہ مرض اس ملک میں صرف محل میں کام کر نیاواں میں

ہوندا بیان کیا گیا ہے (28) اور تشخیصی علامات (localising signs) کی غیر موجودگی کی وجہ سے اس کی وارداتیں تدریجاً (tuberculosis) یا تب محرقہ (tuberculosis) سے مشابہ سمجھی گئیں۔ عام آبادی میں اولیٰ ضرر سے اور پیشہ کی نوعیت سے متراخ ملتا پہلے تشخیص کا قیمتی طریقہ صرف یہی ہے کہ ایک گینی پگ کی تطہیم کر کے مڑبڑبڑ کو غور سے دیکھا جائے، اور مریض کے فصل کی ٹینڈ ترقیقات (high dilutions) کے ساتھ عہدہ کی مڑبڑ اور محفوظ کردہ ماکشوں کا التراق (agglutination) حاصل کیا جائے۔ یہ مرض پالتو مڑبڑوں میں نہیں ہوتا۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 H. H. DALE and C. H. KILLIP 1923 *Phil. Trans. Roy. Soc.,*
AWAY B. 211, p. 273.
- 2 WANKLYN 1924 *B.M.J.*, ii, p. 309.
- 3 WIDAL, ABRAHAM and BRUSSARD 1920 *Presse Med.*, 28, p. 181.
- 4 G. CHATHAM and E. P. PORTER 1912 *Q.J.M.*, 6, p. 82.
- 5 E. DUBOIS (Basal metabolism in health and disease) 1924 *Lea & Febiger, New York.*
- 6 W. ST. LAWRENCE 1920 *J. Am. M. Ass.*, 75,
p. 1035.
- 7 H. J. STAMLING 1923 *Guy's Hosp. Reports*,
73, p. 388.
- 8 S. W. PATTERSON and WILL-
AMS 1922 *Lancet*, ii, p. 806.
- 9 M. GORDON 1922 *B.M.J.*, ii, p. 299.
- 10 BENTING (Review on influ-
enza) 1922 *Med. Sci.*, 6, p. 366.
- 11 T. E. DICKINSON 1922 *Lancet*, i, p. 312.
- 12 H. L. TAY and E. C. DANIEL 1923 *Lancet*, i, p. 9.
- 13 K. LEWYKOWITZ 1924 *Lancet*, ii, p. 487.
- 14 L. W. HARRISON 1922 *B.M.J.*, ii, p. 1.
- 15 W. E. GYE and E. H. KETVICK 1922 *Lancet*, ii, p. 855.
- 16 L. GORDON (Review) 1922 *Lancet*, i, p. 979.
- 17 W. GORDON 1924 *B.M.J.*, ii, Nov. 29.
- 18 E. MEYER 1924 *Lancet*, i, p. 277.
- 19 F. K. KOENIG 1924 *Lancet*, i, p. 384.
- 20 SIR LEONARD BODDERS 1922 *Lancet*, i, pp. 463, 569,
677.
- 21 P. MANSION-BADIER, G. C. LOW,
J. J. PEAT & A. L. GORDON 1923 *Lancet*, i, p. 941.
- 22 SIR P. W. BASSANT-SMITH 1922 *B.M.J.*, ii, p. 902.
- 23 A. STOKES, J. A. RYLE and
W. H. TYLER 1917 *Lancet*, i, p. 142.
- 24 R. D. PUSEY and J. A. RYLE 1923 *Guy's Hosp. Rep.*, 73,
p. 31.
- 25 P. MANSION-BADIER, C. M. WEN-
SON and H. C. BRIDGES 1922 *Lancet*, ii, p. 1056.
- 26 H. NOCHET 1922 *Lancet*, i, p. 1185.
- 27 W. GLEN LASON 1924 *B.M.J.*, i, pp. 950, 907.
- 28 J. C. G. LEEDINGHAM and F. R.
FRASER 1924 *Q.J.M.*, 17, p. 365.
- 29 G. A. ANDERSON, O. T.
SCHUYER and T. F. STEIN 1923 *Journ. Infect. Dis.*, 32,
p. 444.

صحت نامہ عمل طب

جلداول

صحیح	غلط	۲	۱	صحیح	غلط	۲	۱
قرصہ قازندہ	قرصہ قازندہ	۱۱	۱۳	تخریب	تخریب	۱	۱
بسی	بسی	۲۳	۰	catarrhs	catarrhs	۱	۲
douches	douches	۱۳	۰	(inspection =	(inspection =	۳	۳
غسل بجزی	بخاری غسل	۱۴	۰	کرنے	کونے	۴	۰
ذک	ذک	۱۹	۰	انذار	انذار	۱۵	۵
بارجہ	بارجہ	۲	۱۶	درہ	درہ	۹	۸
کف ماش	لف مالی	۴	۰	مانع محرقہ	مانع محرقہ	۲۵	۹
گزار	ناوڈ	۹	۲۱	انفاذ برقی	در درسانی	۸	۱۲
گاؤچیک	گاچے چیک	۱۲	۰	لمبات	لمبات	۱۰	۰
strepto-	strepto-	۱	۲۲	گیلوانی	گیلوانی	۱۱	۰
coccus	coccus			شکلوں	شکلوں	۱۳	۰
(تبقہ صبیہ)	(تبقہ صبیہ)	۳	۰	عمود النخاع	عمود النخاع	۱۵	۰
بدریت	بدریت	۱۰	۰	روشنی	روشنی	۱	۱۳

صحیح	غلط	۲	۱	صحیح	غلط	۲	۱
(3)	(۳)	۳	۳۳	حالات میں ایک	حالات ایک	۳	۲۳
ذخیرہ یا دوسرے	ذخیرہ یا دوسرے	۹	۰	media	media	۱۹	۰
ہونا	ہونی	۱۹	۰	نوی نابتہ	نوی نابتہ	۳	۲۳
وجہ سے ہونا	وجہ سے ہونا	۵	۳۶	ہلاک شدہ یا متاثر	ہلاک شدہ یا متاثر	۵	۰
مُرفوف	مُرفوف	۱۹	۳۸	یہ زمانہ (بقیہ نہیں)	یہ زمانہ (بقیہ نہیں)	۲	۲۵
کمزوری زبان	کمزوری زبان	۱	۵۰	نیو موکا کافی	نیو موکا کافی	۱۱	۰
شام میں	علی الصبح	۱۰	۰	ہونے میں آج	ہونے میں آج	۲۳	۰
نیچے تک	نیچے تک	۲۳	۰	ہے یہ مندرجہ	ہے یہ مندرجہ	۲	۲۹
نقصیت	نقصیت	۱۹	۵۲	ضعتہ	ضعتہ	۱۱	۰
تپوں	تپوں	۲۰	۰	ان کے نتیجہ	ان کے نتیجہ	۲۳	۰
(5)	(۵)	۹	۵۳	کردہ ہیں	کردہ ہیں	۱۶	۲۸
تلازم یہ عام	تلازم یہ عام	۲۵	۵۵	lesions	lesions	۳	۳۰
intestinal	intestinal	۱۳	۰	ترقیق	ترقیق	۲۰	۰
مُمرضہ	مُمرضہ	۳	۵۸	قدہ	قدہ	۱۵	۳۱
بار بار	بار بار	۱۶	۵۹	تلقش	تلقش	۱۷	۳۲
salicin	salicin	۱	۶۱	تخمیر	تخمیر	۹	۳۳
۵ گرین ٹی ٹیبلٹ	۵ گرین ٹی ٹیبلٹ	۲	۰	روئی	روئی	۱۳	۰
۵ گرین ٹیبلٹ	۵ گرین ٹیبلٹ	۳	۰	عاد قوی	عاد قوی	۲	۳۴
فصل	فصل	۳	۰	کن پیٹر	کن پیٹر	۱۳	۰
معاود	معاود	۰	۰	غلیات	غلیات	۱۵	۰
غلیاں	غلیاں	۹	۰	ضد	ضد	۱۶	۰
مرضی	مرضی	۲۳	۶۹	اِس	اسی ہی	۱۱	۳۱

صیح	غلط	۲	۱	صیح	غلط	۲	۱
تورج الفوش	جرج الفوش	۳	۱۹۱	آکستافم	آکستافم	۱۵	۷۳
(otitis)	(otitis)	۵	"	پرستنا	پرستنی	۲۲	
موتقدنا	مجرقدنا	۲۵	۱۹۵	دانوں	دانوں	۱۳	۸۱
(nephritis)	(nephritic)	۱۳	۳۲۶	(۵)	(۲)	۱۲	۹۳
کدیم	کدیم	۱	۲۳۲	پوتناہے	پوتناہے	۲۲	۱۰۹
گھونگھنے نا	گھونگھنے نا	۲۰	۲۴۳	نیک	نیک	۳	۱۱۰
گردوں	گردوں	۲۳	۲۸۰	سرخ	سرخ	۲۲	"
رضیعی	رضیعی	۱۰	۳۰۲	(۵)	(۲)	۲۳	۱۱۱
غذہ	غذہ	۱۷	۳۶۳	(۵)	(۲)	۴	۱۱۲
لیکن لیکن	لیکن لیکن	۲۵	۳۶۷	اگرچہ حقیقت میں	اگرچہ میں	۱۳	"
زواجی	زواجی	۳	۳۷۵	(۱۲)	(۱۳)	۹	۱۲۳
توہیت	توہیت	۸	۳۸۳	(۶)	(۶)	۹	۱۲۹
دوسرے	دوسرے	۱۳	"	(۷)	(۷)	۱۶	"
واقع	واقع	۱۳	۳۹۶	(۸)	(۸)	۲۱	۱۵۳
(Manson)	(manson)	۲۱	۳۹۷	(۹)	(۹)	۲۲	"
(کیرطال)	(کیرطال)	۵	۴۰۰	(۱۰)	(۱۰)	۲۵	۱۵۷
(herpes - monas)	(herpeto - manas)	۸	"	قائمرین	قائمرین	۱۷	۱۶۳
بیک ڈنٹس	بیک ڈنٹس	۱۰	۴۱۸	(۲)	(۲)	۵	۱۶۶
infectious	infective	۱۳	۴۳۳	(۳)	"	۶	"
terminal	terminal	۲۰	۴۴۵	گھرا ہوا	گھرا ہوا	۲۵	۱۷۷
روغن عرق	روغن عرق	۶	۴۶۲	اضرار	اضرار	۱۰	۱۸۰
متر	متر	۳	۴۶۳	زیادہ دھاتوں	زیادہ دھاتوں	۱۳	۱۸۲
				تپ	تپ	۲۰	"
				(vulvo-)	(valvo-)	۶	۱۸۳

تپ زردہ ۲۳۷	Yellow fever.
— کی تفریق طاعون سے ۲۶۶	differentiation from plague.
تپ راجہ سے ۳۶۵	relapsing fever.
امتحان زیمٹ ۲۳۲	Zimbit test.
انحصار زینکر "تپ ممویہ میں" ۲۰۱	Zenker's degeneration in enteric fever.
— اوتقاع تپس میں ۵۳	in pyrexia.
— ٹائفس تپ میں ۱۸۷	in typhus fever.
جیتہ ۳۷۴	Zygote.

وینسٹ کے فہم کی تفریق ڈکٹور باکس ۱۷۱	Vincent's angina, differentiation from diphtheria.
قشب کا حمل اس کے پابندہ میں ۲۵	Virus, action of, in recipient.
ثابت مانع ۱۰ دواء الکلب علاج میں ۲۵۵	fixe, in antibiotic treatment.
قے شریقا اوروت میں ۲۳	Vomiting in heat stroke.
فریج صبیلی التهاب بچوں کا ۱۸۳	Vulvo-vaginitis of children.
— — — — — میں سوزا کی حمیہ ۱۸۳	gonococcus in.
— — — — — میں اسٹیفلوکوکس حمیہ ۱۸۳	staphylococcus in.
تورول نشی (کٹاویں) ۳۱۵	Wart, postherpetic.
کامل واسرم ۲۸۲ — ۲۸۳	Wassermann reaction.
یڈا نشی آتشک میں ۲۶۷	in congenital syphilis.
— — — — — چدام میں ۳۳۴	in leprosy.
— — — — — آتشک میں مناسب علاج پر اثر انداز ہوتا ہے، ۲۹۱ تا ۲۹۸	in syphilis, course of treatment influenced by.
— — — — — حثیت کے اسباب ۲۸۳	positive causes of.
— — — — — اشمالی اطراف سے ۲۸۴	by prophylactic injection.
پنسر یا عام کی آلودگی کے سبب سے تپ عرق ۶۱۸ — ۶۱۷ — ۶۱۸	Water urea, contamination of, causing typhoid fever.
پانی شیشہ کے انتشار کا نوبہ ۲۵۷	means of spread of cholera.
تپ آبی آرمینو بڑال سے مسومیت میں ۳۰۳	Water-fever in poisoning by arsenobenzol.
ویل فیکس کا شف ثانی میں ۱۹۲	Weil-Felix test in typhus.
ویل کا مرض ۲۳۲	Weil's disease.
لقہ میل ۶۱	Wet pack.
کانی کھانسی ۱۱۹	Whooping-cough.
— — — — — میں قرنطینہ کی مدت ۳۱	quarantine period in.
ویڈال کا امتحان ۳۹ — ۱۹۹ — ۱۱۳	Widal's test.
اون چلتے والوں کا مرض (مرض حوائج) ۳۳۲	Wool-sorter's disease.
زینا پلاسلایا (چوہوں کا پسو) ۴۵۸	Xenopsylla raton (rat flea).
لاشعاعی، حقیقہ - شعاع فلوئٹ کے علاج میں ۳۵۳	X-ray, deep, in treatment of actinomycetosis.
— — — — — گیس گنگرین کی تشخیص میں ۳۶۱	X-rays in diagnosis of gas gangrene.
— — — — — علاج میں ۱۴	in treatment.
— — — — — کالائز کے علاج میں ۳۰۳	of kala-azar.
یاز ۶۰۹	Yawa.

انٹی پھومو تارح * لیشائیت (لیشائیتہ برازیلی) میں * ۳۹۹	Ulceration, nasopharyngeal, in Leishmaniasis (L. Braziliensis).
قرعہ * اسیبائی * ہی آنت کے * ۴۱۵	Ulcers of large intestine, amoebic.
ماورائے بحر دین عضوے * ۲۹	Ultra-microscopic organisms.
— کشب * انفلوئزاکا سبب * ۱۵۳	virus cause of influenza.
ناٹو آبلہ چھچک میں * ۹۷	Unbubbling of vesicle in small-pox.
بول دموت حیفہ میں * ۳۵۹	Uraemia in cholera.
— ٹاٹس تب میں * ۱۸۹	in typhus fever.
یوریا کی زیادتی خون میں * ٹائفس تب میں * ۱۸۹	Urea in blood, increase of in typhus fever.
احتباس البول * ارتفاع البول میں * ۵۰	Urine, retention of, in pyrexia.
بول کی طبعی تپش * ۲۵	temperature of, normal.
شری (ہی دانہ) پنج موئی مرض میں * ۲۳۷	Urticaria in spiriochaetosis.
جدوین ذی یا جدرین دسائی * ۱۰۲۳۶	Vaccination.
— پچھڑے کی کلیمبرین آمیز لکھ سے * ۱۰۵	by glycerinated calf lymph.
جدوینات جراثیمی * ۳۷	Vaccines, bacterial.
— علاج میں * ۱۳	in treatment.
— سے علاج شعاع فلوریت کا * ۳۵۳	treatment of actinomycetosis.
— تب موریک کا * ۲۱۸	of enteric fever.
— کانوکامی زلاقی التهاب کا * ۱۸۳	of gonococcal synovitis.
— آپ ترس کا * ۳۴۲	of hydrophobia.
— سو پھروروم کا * ۲۳۲	of Mediterranean fever.
— داء لکتاب کا * ۲۴۲	of rabies.
— عقرتہ الدم کا * ۱۲۶	of septicæmia.
— حفظ ماکندس * تب معوبہ میں * ۲۱۸	prophylactic in enteric fever.
— انفلوئزہ میں * ۱۵۸	in influenza.
— طاعون میں * ۳۶۳	in plague.
— ٹائفائڈ تب میں * ۲۱۸	in typhoid fever.
گاڑ چھچک * ۱۰۴	Vaccinia (small-pox).
— غلطی * ۱۰۸	aberrant.
— ثانوی * ۱۰۸	secondary.
جدیری * ۱۰۹	Varicella.
جدری * ۱۲	Varicella.
جدری نما * ۱۰۹	Varicoid.
— کی تقریق موتسا سیٹا سے * ۱۱۱	differentiation from chicken-pox.
برولہ نمش * ۳۱۲	Verruæ, necrogenica.
التهاب حویصلات منویہ * ۱۸۰	Vesiculitis.
ارتعاش * دنگ میں * ۱۶	Vibration in mousaga.
رہیشتہ خفہ * ۲۴۷	Vibrio cholera.
ویبریون سیپٹیکا * ۲۶۶	Vibrio septica.

وژنی کی تفریق تب معمولہ سے ۳۱۵	Trichinosis (trichinosis). differentiation from enteric fever.
شری تھالیہ کی موجودگی امیبائی رجیم میں ۳۱۶	Trichomonas, presence of, in amebic dysentery.
شری: قطرات سے سرایت ۳۱۷	Trichomyxoma, infection by.
ٹک بھنگی سوز میں ۳۱۸	Trismus in tetanus.
غذا کی توانا جسم ترسانی میں ۳۱۹	Trophonucleus in trypanosomiasis.
غذا خورد حوربات، ملیریائی طلیہ کے ۳۲۰	Trophozoites of malarial parasite in black-water fever.
برقی تب میں ۳۲۱	Tropical abscess.
مدیرانی خراج ۳۲۲	Trypanosoma.
جسم ترسانی ۳۲۳	gambiensis.
دھواں پانی ۳۲۴	rhodesianum.
مرض ترسانی (ترسانی، مرض النوم) ۳۲۵	Trypanosomiasis.
ٹوب آرہیائہ مرض ترسانی کے علاج میں ۳۲۶	Trypanicide in treatment of trypanosomiasis.
سپیشی ٹھکانا، مرض ترسانی میں، سرایت دہاں ۳۲۷	Tsetse flies, infecting agent in trypanosomiasis.
عاجل کے طور پر ۳۲۸	transmission of infection by.
مکھیوں کے زرمہ سرایت کی مٹائی ۳۲۹	Tuberculosis.
تدریج ۳۳۰	differentiation from enteric fever.
کی تفریق تب معمولہ سے ۳۳۱	from leprosy.
جذام سے ۳۳۲	from Mediterranean fever.
۳۳۳ میں بحر دوام سے ۳۳۴	distinction between human and bovine tubercle.
تسانی اور باہری تدریج میں امتیاز ۳۳۵	general or military.
تدریج، عمومی یا ملتی ۳۳۶	genito-urinary, having infection in.
تسانی برقی میں باہری سرایت ۳۳۷	Tuberculous adenitis, differentiation from glandular fever.
تدریج ملتی انتہا کی تفریق ملتی بخار سے ۳۳۸	neohingitis.
انتہا بخار ۳۳۹	Tularemia.
ٹولاریمیا (ٹولاریموس) ۳۴۰	Typhoid fever. See Enteric fever.
تب حرکہ (ملاحظہ ہو تب معمولہ) ۳۴۱	spinae.
حرکی حوربات ۳۴۲	Typhus exanthematicus.
ٹائفس طبعی ۳۴۳	fever.
تب ۳۴۴	differentiation from measles.
کی تفریق حصہ سے ۳۴۵	plague.
طاعون سے ۳۴۶	relapsing fever.
تب راجعہ سے ۳۴۷	scarlet fever.
۳۴۸ میں قرمزہ سے ۳۴۹	Typus laevis in pyrexia.
ٹائفس مکتوس اقطاع پیش میں ۳۵۰	

مکڑ کی تغریق آب ترس سے ۲۴۴	Tetanus, differentiation from hydrophobia,
— ترجمہ شدہ یا مقامی ۲۶۱	modified or local.
— نوم نودی ۲۵۶	neonatorum.
— احتلائی ۲۶۱	spasmodic.
— شرقی ۲۵۶	traumatic.
تشرک کی تغریق مکڑ سے ۲۶۲	Tetany, differentiation from tetanus.
تب حراری ۲۵۰	Thermic fever.
تولید حرارت ۵۳	Thermogenesis.
تروپائیدی ۵۳	Thrombolya.
تھائوٹریکس ۲۲	Thiotrix.
حلق میں گھسکی، کالی گھاسی میں ۱۲۲	Throat, sticking in, in whooping-cough.
حلاطیت دماغی، حروق شعریہ کی، ارجینینرل	Thrombosis of cerebral capillaries in arseno-
کی، سویت میں ۳۰۴	beased poisoning.
ترادی تب ۲۶۰	Tick fever.
گھسکی حلق میں، کالی گھاسی میں ۱۲۲	Tickling in throat in whooping-cough.
تروپائی پیچڑی کے درجہ سیرایت کا اشتعال ۲۴	Ticks, transmission of infection by.
طین، مٹی یا مین، کوئین کے علاج کے باعث ۲۸۸	Tinnitus, quinine treatment of, malaria causing.
زبان دولتخائ کش میں، ۲۴	Tongue in pyrexia.
— پرتانوی گاڑ پیچک ۱۰۸	secondary malarial on.
نورہ برادی، دتقی تب میں ۱۲۹	Tonillotomy in rheumatic fever.
التهاب نورہ کی تغریق غدی جانور سے ۱۲۲	Tonsillitis, differentiation from glandular fever.
— جراثیمی تغریق ڈیپریا سے ۱۰۱	follicular, differentiation from diphtheria.
— — — — — حلق قرمز سے ۱۰۱	scarlet fever.
— کے بعد دتقی تب ۱۲۹	rheumatic fever following.
نورہ برادی دتقی تب کے اولی مرکز کے طور پر ۱۲۹	Tonsils as primary focus of rheumatic fever.
— میں، ثانوی گاڑ پیچک ۱۰۸	secondary malarial in.
تسم الدم ۲۶	Toxaemia.
ٹاکس، البیو، بکس کی پیداوار جراثیمی فعل سے ۲۵	Toxinemia, production of, by bacterial action.
سود جراثیمی کا فعل امراض ساریہ میں ۲۶	Toxins, bacterial, action of, in infectious disease.
— مکڑ کی مثالی، سرکی عضو دھنوں کے	of tetanus transmitted by motor nerve shock.
نورہ ۲۵۸	Trachea, obstruction of, in diphtheria.
قصبہ ناریہ کا تسد، اکتھریا میں ۱۶۸	Traumatic tetanus.
شری مکڑ ۲۴۶	Trench fever.
تب خندق، ۱۵۹	

علامات کے معنی ۴۰۳	Symptoms, meaning of.
زلائی التهاب سوزاکی ۱۸۰	Synovitis, gonococcal,
— کی تقریق دیتی تب ہے ۱۲۸	differentiation from rheumatic fever,
— دیتی تب میں ۱۵۶	in rheumatic fever.
ناریہ ۱ طبع کے تمام اور تقریقی تشخیص ۲۵۳-۲۵۲-۲۵۱	Syphilis, varieties of rash and differential diagnosis.
آتشک ۲۶۸	Syphilis,
— اکتسابی ۲۶۹	acquired,
— میں التهاب شریانی ۲۵۸	arteritis,
— ابتدائی ۲۶۸-۲۶۶	congenital,
— کی تقریق گلائڈس سے ۲۳۹	differentiation from glanders,
— — — — — جلد سے ۲۳۳	from leprosy,
— میں التهاب پٹا شریانی ۲۵۵	endarteritis,
— — — — — سنیتی ۲۶۸-۲۶۹	parachymatous,
— — — — — اولی امراض ۲۶۸-۲۶۰	primary lesions,
— کے علاج کا اصول دستور العمل ۲۸۹ تا ۲۹۹	routine treatment of,
— کے ثانوی امراض ۲۶۸-۲۶۱	secondary lesions,
— ثانوی کی تقریق سے قرعہ ہے ۴۴	secondary, differentiation from scarlet fever,
— — — — — ثانوی ۲۶۹	tertiary.
غلوک القلب (سرحد قلب) مالٹی تب میں ۳۳۰	Tachycardia in Malta fever.
قرعہ سمجھ پائی ۱ پیاد التهاب رماد انتفاع کے بعد ۲۴۲	Talipes equinus after acute poliomyelitis.
— — — — — چپ دہک میں ۱۶	Tapotement in massage.
نارٹار ایٹک ۱ کالا آزار کے علاج میں ۴۰۲	Tartar emetic in treatment of kala-azar.
تپش فیوضی ۴۰	Temperature, collapse.
— طبی کی جولانی ۴۰	normal, range of.
— کی تسجيل ۴۰	registration of.
— زیر طبی ۴۰	subnormal.
— — — — — کن حالات میں پائی جاتی ہے ۴۰	conditions in which found.
اوتار کی پریشور کا التهاب دیتی تب میں ۱۲۹	Tendons, sheaths of, inflammation in rheumatic fever.
دتری زلائی التهاب زحیر میں ۱۹۰	Teno-synovitis in dysentery,
— — — — — سوزاکی دیشہ میں ۱۸۰	in gonorrhoeal rheumatism.
کاشک ڈی ۴۹	Test, Dick.
— شک ۱۵۳	Schick's.
تستین میں امیائی خرمیات ۲۶۶	Testes, amebic abscesses in.
کراز ۲۵۶	Tétanus.
— کا ضدسم ۲۶۳	antitoxin.
— قہقالی ۲۶۲	cephalic.

چھبک کی تقریب موتیا سیٹلا سے ۱۱۱	Small-pox, differentiation from chicken-pox.
--- حصہ سے ۲۷	measles.
--- جی ناکسہ سے ۳۶۵	relapsing fever.
--- جی قرمزہ سے ۷۷	scarlet fever.
--- تب زرد سے ۲۲۲	yellow fever.
ترمیم شدہ چھبک کی تقریب موتیا سیٹلا سے ۱۱۱	modified, differentiation from chicken-pox.
چھبک میں قرنطینہ کی مدت ۲۶	quarantine period in.
قرق چھبک (قرق قابضی جبری) ۶۶	varicella haemorrhagica pustulosa.
ذہین یا خلیفہ پیدائشی آتشک میں ۲۶۸	Snuffles in congenital syphilis.
سولڈیم سلفیٹ زہیر کے علاج میں ۴۱۲	Sodium sulphate in treatment of dysentery.
نرم فالو کا خلیفہ ڈیپھریمین ۱۶۶	Soft palate, paralysis of, in diphtheria.
قرعہ رشوہ کی تقریب عناصروں سے ۳۶۱	Sore, differentiation from plague.
لشبین پر کے قرعہ رشوہ کی تقریب آتشک سے ۷	on penis, differentiation from syphilis.
۲۸۱	
نوعی تغاڑ (نوعی حیات) ۵۶	Specific fever.
سرخچہ خنجرسرایت ۲۱	Spirilla, infection by.
اسپائریلہ مائیکس ۳۵۸	Spirillum minus.
--- (نر قویله) مویشی نمبر ۳۵۸	mosuensis.
سچ موہ ڈاٹو ۳۶۰	Spirochaeta duttoni.
--- اور میٹا ۳۶۰	ohermeleri.
--- صاحب ۳۶۶	pallida.
--- راجہ ۳۶۰-۳۶۶	recurrentis.
--- سے سرایت ۲۱	Spirochaetes, infection by.
نر قویله سچ مویشی مرض ۲۲۲	Spirochaetosis ictero-haemorrhagica.
--- کی تقریب تیز زرد سے ۲۲۰	differentiation from yellow fever.
سچ خطیبہ بربری ۳۶۰	Spiraeum boeberum.
--- صاحب ۳۶۶	pallidum.
--- نازک فرامیرزا میں ۳۰۶	pentum in frambesia.
--- انعطاف ۳۶۶	refringens.
--- زور ڈوئیلا ۳۶۰	venereolumae.
خجالی میں امیاتی خراج ۴۱۶	Spleen, quabsie abscesses in.
--- کی گلابی تب جبرہ میں ۲۰۱	enlargement of in enteric fever.
--- کالا زار میں ۳۰۰	in kala-azar.
--- ملیریا میں ۳۵۸	in malarial.
--- خلوط سرایت میں ۳۸۲	in mixed infection.
--- میں پاپ سرایت ناموش میں ۳۲۰	pus in, in melioidosis.
اسفنج پیر ۶۲	Sponging.
بذور کی تکوین ۲۲	Spores, formation of.

عنونہ اندام کی تقریبی عمر دوم سے ۲۳۱	Septicæmia, differentiation from Me- rasmus fever.
۱۰۳ — — — — — چھوٹا بچہ	from small-pox.
۱۸۰ — — — — — گائیکائی	gonocœcal.
۳۴۰ — — — — — سرخا بچہ بیمار میں	in melioidosis.
۱۴۸ — — — — — ٹیڑھو کا بچہ	pneumocœcal.
عنونہ طبعیات کی تقریبی عمر تیسری سے ۷۷	Septicæmia, differentiation from scarlet fever.
۱۲۰ — — — — — دماغی سر اور ضد جراثیم ۲ استعمال علاج	Sera, antitoxic and antibacterial, in treat- ment.
۲۳۵ — — — — — ضد جراثیم	Serum, anti-anthrax.
۴۱۲-۴۱۳ — — — — — ضد زحیرہ	anti-dysenteric.
۴۲۳ — — — — — دماغی برقان	anti-tetorolosis.
۱۰۳ — — — — — مانع سیٹہ لپتھیریا میں	antitoxic, in diphteria.
۷۷ — — — — — سرخ قرمز بچہ	in scarlet fever.
تشخیصی عمل: حاد التهاب رماداللقاع میں ۲۳۶	diagnosis in acute poliomyelitis.
مرض میں ۴۳	disease.
مقطع ما تدمی میں گیس کشکریں میں ۲۲۷	myoglobin, in gas gangrene.
۲۶۵-۲۶۶ — — — — — سرخا بچہ	in tetanus.
۳۷ — — — — — علاج مصلیٰ	therapeutics.
۲۳۸ — — — — — حاد التهاب رماداللقاع میں	treatment in acute poliomyelitis.
۲۳۸ — — — — — دماغی تشافی بیمار میں	in cerebro-spinal fever.
۲۲۲ — — — — — تپ معریہ میں	in enteric fever.
۱۳۶ — — — — — سرخا بچہ	in erysipelas.
۲۶۷ — — — — — گیس کشکریں میں	in gas gangrene.
۱۳۶ — — — — — تپ معریہ میں	in pyæmia.
۱۲۵ — — — — — عنونہ اندام میں	in septicæmia.
۲۶۳ — — — — — سرخا بچہ	in tetanus.
۱۲۴ — — — — — تپ معریہ میں	in typhus fever.
۴۳ — — — — — دماغی استعمال	shock, anaphylactic.
۴۲ — — — — — حیات میں کی وجہ سے	histamine.
۲۸۲ — — — — — سگنا تشافی	Sigma reaction.
سگنا تشافی زحیرہ کی تشخیص میں ۴۱۰	Sigmascope in diagnosis of dysentery.
سگنا تشافی تدریجی استعداد کا پتہ دیتا ۴۱۱	Silica, cause of predisposition to tubercle.
سورس اور سار ۲۸۸-۲۸۹-۲۹۰	Silver sulpharsen.
جلدی قرص: سرخا بچہ بیمار میں ۲۳۰	skin, diseases of, in melioidosis.
مرض النوم ۴۱۱	Sleeping sickness.
بچہ بچہ ۱۲	Small-pox.

حجرہ کی سرایت کا ازالہ (مزالہ سرایت) ۳۲	Room, disinfection of.
وردہ (سیدہ) ۸۸	Roseola.
روٹلین (پہ) ۸۸	Rotheln.
روہلہ ۸۸	Rubella.
— کی تقریب قریبہ اور کھسرا ۸۸	Differentiation from scarlatina or measles.
— — — — — تب قریبہ سے ۷۹	from scarlet fever.
— میں قرنطینہ کی مدت ۳۹	quarantine period in.
زاکس جو رجی کا تعامل ۲۸۴	Sachs-Georgi reaction.
سہل ملیش کی سیت ۱۵۰	Salicylate poisoning.
سلی ملیش کا استعمال دہلی تب میں ۱۲۸-۱۳۶-۱۴۱	Salicylates in rheumatic fever.
اکثریت دہلی ہمارے کے علاج کی وجہ سے آتشک میں ۲۱۵	Salivation from mercurial treatment in syphilis.
ریگ شکس تب ۳۶۶	Sand-fly fever.
سپریڈنگو پتوں ۱۳۶	Sapremia.
سپریڈنگو ۲۳	Saprophytes.
سیرینا جرمیہ سے سرایت ۲۲	Sarcina, infection by.
سیرینا ۶۸	Scarlatina.
— میں کاشف ڈیک ۷۹	Dick test in.
— کی تقریب اٹھیریا سے ۱۷۱	differentiation from diphtheria.
— — — — — کھسرا اور سیرا سے ۹۰	measles and rubella.
— — — — — چھینک سے ۱۰۲	small-pox.
— میں قرنطینہ کی مدت ۷۸۴۹	quarantine period in.
— کے ساتھ دہلی تب کا ملازم ہوتا ۱۳۸	rheumatic fever associated with.
سری قریبہ ۶۸	Scarlet fever.
سری کی ندیت (داغ) مولیا سینٹا میں ۳۱۰	Scarring of skin in chicken-pox.
— — — — — چھینک میں ۱۰۲	in small-pox.
استحاق شکس ۱۰۳	Schlick test.
تولہ بالشتی یا شکال تولو ۳۰	Schizogony.
اشفاق فطرات سے سرایت ۲۱	Schizomycetes, infection by.
اسکلاؤ کا فصل ۲۳۵	Sclavo's serum.
حفر رضی (شیر شوادوں کی اسکوی) کی تقریب	Scurvy, infantile, differentiation from acute poliomyelitis.
حارہ التهاب و مادی الشقاق سے ۲۳۹	Seborrhoeic lesions, differentiation from squamous syphilide.
سیلان الدہلی اشارہ کی تقریب لسانی تا وہ سے ۲۵۳	Sedimentation.
تکلی یا نہ نشینی ۳۹	Septicæmia.
عقروۃ الدم ۱۲۳-۱۲۶	anthrax.
— جری ۲۲۴	

تعامق * اسراع یافته * استبداد میں * ۲۳	Reaction, accelerated, in anaphylaxis.
فوری * استبداد میں * ۲۳	Immediate, in anaphylaxis.
انحطاط * حاد التهاب مادہ لائق میں * ۲۳	of degeneration, in acute poliomyelitis.
واسرمن * ۲۸۵ - ۲۸۶	Wassermann.
مستویم تپش * طبی * ۲۲	Rectal temperature, normal.
جی ناکھ یا تپ راجہ * ۲۵۸	Relapsing fever.
کی تفریق تپ شدتی سے * ۱۶۲ - ۱۶۱	differentiation from trench fever.
تپ زرد سے * ۲۳۲	from yellow fever.
تنفس پر ارتجاع تپش کا اثر * ۲۸	Respiration, effect of pyrexia on.
تنفسی تبادلہ ارتجاع تپش میں * ۵۲	Respiratory exchange in pyrexia.
سکون و آرام کی علامت منبت * ۱۱	Rest in treatment.
شیکوئی تغیرات (تورالین کی منبت لوہیت)	Erlian, changes in, in congenital syphilis.
پیدائشی آتشک میں * ۳۰۰	
التهاب شبکیہ آتشک میں * ۲۰۶	Retinitis in syphilis.
خاند * جدوین و سانی * ۱۰۸	Reversionation.
دیتی تپ * ۱۳۰	Rheumatic fever.
کی تفریق حاد التهاب مادہ لائق سے * ۲۰۶	differentiation from acute poliomyelitis.
سر اچہ سے * ۲۳۸	from glanders.
گائونکائی سر اچہ * ۱۸۲	zoonocercal infections.
جی سر دوم سے * ۲۳۱	Mediterranean fever.
توراج الدم سے * ۱۳۰	pyrexia.
جی ناکھ سے * ۳۶۵	relapsing fever.
چھچک سے * ۱۰۲	small-pox.
بچوں میں * ۱۳۶	in children.
میں پتوں میں سمت المالدی گر حکیم * ۱۲۶	subcutaneous nodules in.
منبتی حرارت * ۱۲۰	joint affections in.
تورج (پستہ آ) * ۱۰۲	swelling in.
گر حکیم * ۱۳۱	nodules.
سوزاکی دیتہ * ۱۸۰	Rheumatism, gonocercal.
عقلی دیتہ کی تفریق سر * ۲۰۲	muscular, differentiation from tetanus.
تورجی دیتہ * ۵۰	neuritic.
التهاب لائق پیدائشی آتشک میں * ۲۱۸	Rhönitis, in congenital syphilis.
وکیلیا جسم * ۱۶۰	Rickettsia body.
پرو وائیکس * ۱۸۵	Rickettsia prowazeki.
قشر برہ (روزہ) آتشک میں * ۱۶۶	Rigors in diphtheria.
سر خداد میں * ۱۳۳	in erysipelas.
ارتجاع تپش میں * ۵۶	in pyrexia.
زهر خداد یا زهر سر کر زمین * ۲۵۹	Ritus sandouens in tetanus.

تقریب دلم ۱۲۶-۲۶	Pyæmia.
حادی تقریب دلم سے ۱۲۸	acute, differentiation from rheumatic fever.
کی تقریب تب معوبہ سے ۲۱۵	differentiation from enteric fever.
سراجہ سے ۲۲۶	from glanders.
مایدیا سے ۲۲۷	from malaria.
پانی ۱۲۷	portal.
درج ساز حذیروں سے ثانوی سرایت مالمی نما	Pyogenic organisms, secondary infection with in Malta fever.
تب ۲۲۶	Pyrexia.
ارتفاع تپش ۳۳-۳۰	Quarantine, periods of, in various infectious diseases.
قرطبیہ (قرطبیہ یا جلدی) کے اولیات مختلف	Quarant fever.
ساری امراض میں ۳۰	Quinine in treatment of malaria.
تب دایہ ۲۲۶	prophylactic use of, in malaria.
کوئین کا استعمال مایدیا کے علاج میں ۲۸۶	susceptibility to, in black-water fever.
کا حلقہ مالدی استعمال مایدیا میں ۲۸۷	Rubella.
کی حساسیت سیاہ پرتی تب میں ۲۹۱	Rudian in treatment.
دایہ الکلب ۲۵۰	Rush in acute poliomyelitis.
ریڈیم علاج میں ۲۹۲	in cerebro-spinal fever.
طبخ حاد الساب و مالدی طبع میں ۲۹۲	in chicken-pox, distribution of.
دماقی نفاذی تب میں ۲۹۳	in congenital syphilis.
کا پھیلاؤ موتیاسیتل میں ۱۱۲	in Dengue.
پردہ نشی آشک میں ۲۹۸	in enteric fever.
حلی توڑ بنار میں ۲۹۵	in glanders.
تب معوبہ میں ۲۰۳ تا ۲۰۷	in influenza.
گولڈوس (سراجہ) سناہ میں ۲۳۸	in measles.
دقار نفاذ میں ۲۵۷	in paratyphoid fevers.
سکھرا میں ۸۳	in rubella.
حرق نما حیات میں ۲۳۵	in scarlet fever.
حیرا میں ۹۰	in small-pox.
سی قرعہ میں ۷۰	in syphilis.
پروٹک میں ۹۵-۹۶	in typhus fever.
آتشک میں ۲۷۰	toxic, in cholera.
ثانی تب میں ۱۸۷	Rat-bite fever.
سی ہیشہ میں ۲۵۱	Rats, fleas from, conveyance of infection of bubonic plague by.
تب موش گریڈی (سی ندر الفار بننے پونے	Rattus norvegicus.
کاسے کا بنار) ۲۵۷	Rattus rattus, plague spread by.
پوچوں کے پوچوں سے سکاں دہ (سی) طاعون	
کی سرایت کا حق و نقل ۲۵۷	
موش نادر سے ۲۲۵	
نادر الفار کے ذریعہ طاعون کا انتشار ۲۵۷	

ہونی کی تقریب جگر کے پھوٹنے سے ۲۲۶	Pneumonia, differentiation from liver abscess.
— — — تب زدہ سے ۲۲۲	yellow fever.
لحمی ذات افریہ میں دیوی تپہ ۱۷۸-۱۷۷	labor, pneumonococcus in.
توئیائی انفولنزا ۱۵۵	Pneumonic influenza.
الہاب دماغہ مایہ ۳۲۹	Polioencephalitis, acute.
الہاب دماغہ انتفاع ۳۲۹	Polioencephalitis, acute.
— — — کی تقریب دماغی نفاہی تپہ ۲۲۷	differentiation from cerebro-spinal fever.
— — — دیوی تپہ سے ۱۲۷	from rheumatic fever.
— — — تدویق الہاب صحابہ سے ۳۲۷	from tuberculous meningitis.
کمرت غلیات اور ۱۲۷	Polyptermia in cholera.
ہای تاجہ القدم ۱۲۷	Portal pyemia.
کامپی ٹورول (نشی بروٹ) ۲۱۲	Post-mortem wart.
پوٹاسیم آیوڈائیڈ انتفاع تقریب کے علاج میں ۲۷۲	Potassium iodide, in treatment of actinomyces.
— — — جذام کے علاج میں ۲۲۶	in treatment of leprosy.
وسرین ۲۲۶	Preipitilia.
دہانا (دہانہ) فطہ ۱۶	Pressure in massage.
نشر حیرات ۲۲	Proctitis.
طوطا روک ۲۲۸	Pneumonia.
مدلیہ کی تقریب رویہ سے ۲۷۲	Purpura, differentiation from sepsis.
— — — نسائی ناریہ سے ۲۷۲	from squamous syphilis.
— — — دانی ۲۷۶	purpura in syphilis.
برائیس عمل سے توبیہ کا حاصل ہونا ۱۷	Purulence, production of, by bacterial action.
صحت عامہ ۹	Public health.
دیوی خلیات سرلیہ نما مرض میں ۳۲۷	Pulmonary abscesses in melioidosis.
— — — دیوی تپہ میں ۱۲۷	ulcers, acute, in rheumatic fever.
انتفاع تپہ میں تپہ ۲۸	Pulse in pyrexia.
دورہ ہائیڈروکس (کچوٹا) دماغی نفاہی ۲۲۶	Puncture, intra-ventricular, in cerebro-spinal fever.
پیشہ وادی تقریب چھوٹ سے ۱۱۰	Purpura, differentiation from small-pox.
— — — طاعون سے ۱۱۰	fulminant, after scarlet fever.
— — — ترقی سے ۱۱۰	hæmorrhagic, in relapsing fever.
— — — خلیہ میں ۸۶	in scarlet.
— — — چھوٹ ۱۱-۱۰	variolosa.
لحمی ایکریٹیک تقریب چھوٹ سے ۱۱۰	Pustular eczema, differentiation from small-pox.
— — — چھوٹ میں ۱۱۰	Pustule, in small-pox.
— — — خلیہ ۲۲۲	malignant.

۳۰۰	پیر کی پٹھوں کی گردن کی تپ مہلہ میں	Peyer's patches, induration of, in enteric fever.
۳۳۶	— کا تاج و حرکۂ تباہیات میں	ulceration of, in paratyphoid fevers.
۱۵۳	فیفر کا خضبہ	Pfeiffer's bacillus.
۳۴۰	خلیات آکسہ	Phagocytes.
۳۴۰	خلوی اکالیت	Phagocytosis.
۳۰۸	الہباب، بلعوم، تاج و تپ مہلہ میں ہاؤر	Pharyngitis, ulcerating, complicating enteric fever.
۳۲۶	تپا بھری تپ	Phlebotomus fever.
۳۳۶	سل دیوی کی تفریق سرابہ سے	Phthisis, differentiation from glanders.
۲۱	مناعت یا امتنع میں ایسا جن	Phynx; antigen is.
۲۴۲	نیل کی لوتیت آتش میں	Pigmentation of skin, in syphilis.
۲۴۲	تخلیل وادی (وادی نقائیت) کی تفریق لعلی	Pityriasis rosea, differentiation from macular syphilide.
۲۴۲	نیل پر سے	Plague.
۳۵۶	طاعون	plague.
۳۵۶	— خونی یا سبز ویر	pneumonic.
۳۵۶-۳۵۸	— خونی یا سبز ویر	septicemic.
۳۵۶	— تسم الدم	Plasmodium falciparum.
۳۵۶	— تسم الدم	malarin.
۳۵۶	— تسم الدم	vivax in malarin.
۳۵۸	— تسم الدم	Platlets, diminution in number of, in influenza.
۱۸۰	— تسم الدم	in typhus fever.
۱۸۱	— تسم الدم	Plourisy, gonococcal.
۱۴۳	— تسم الدم	in rheumatic fever.
۱۴۳	— تسم الدم	Pneumococcal infections.
۱۴۳	— تسم الدم	septicemia.
۱۴۳	— تسم الدم	Pneumococcus.
۱۴۳	— تسم الدم	types of.
۳۱۶	— تسم الدم	Pneumothorax.
۳۵۱	— تسم الدم	Pneumonia, actinomycosis causing.
۱۱۱	— تسم الدم	acute, differentiation from typhus.
۳۵۲	— تسم الدم	complicating cholera.
۳۶۰	— تسم الدم	relapsing fever.
۳۶۰	— تسم الدم	differentiation from acute poliomyelitis.
۱۵۶-۱۵۵	— تسم الدم	influenza.

الشیابہ "قن" کا کئی سمپانسمہ پر پانچویں پریمہ کی سنہ	Croup, emphysematous whooping-cough.
۱۲۱	
اکسیجن کی کمی شریانی خون میں، "نورانی"	Oxygen deficiency of, in arterial blood, in
انفلوئنزا میں ۱۵۶	pneumonic infection.
— کا دونوں قسمی نوع "کراڑے کے علاج میں"	Intratracheal insufflation of, in treatment
۲۶۵	of tetanus.
— "نورانی" انفلوئنزا کے علاج میں ۱۵۶	in treatment of pneumonic infection.
اعضا "شکری" پریمہ کی ۱۱	Pain in limbs in small-pox.
پتوری امروہ کی تقریبی پریمہ ۱۰۳	Papular erythema, differentiation from
	small-pox.
پتوری ۱۳۵ کی توری ۱۰۳ پریمہ کی ۱۱	Papular erythematous eruption in arseno-
۳۰۶	bental poisoning.
خود لافہی جسم "اجسامہ ترانہ میں ۳۱۲	Parasol body in trypanosoma.
نفل "تھیرپائی ۱۱۱	Palsy, diptherial.
— "سی" ناکسہ میں ۳۱۲	in relapsing fever.
ماہیہ "تبا ۳۱	Parasitosis fever.
شبابہ "سحانی نشان ۱۱۱	Parasitosis fever.
مفلپات ۱۳	Parasitosis.
مفلپات ۱۳	Paratyphoid fever.
الشیابہ "نقدہ ۱۱۳	Parotitis.
— "کی تقریبی مامون ۳۱۱	differentiation from plague.
پاسیر کا طریقہ "نقدہ ۳۵۵	Pasteur's dry rod method.
مرض "پریمہ ۱۳	Pathogenic bacteria.
نقدہ "نقدہ کی تقریبی پریمہ ۱۰۳	Pimpligues, differentiation from small-pox.
— "نقدہ کی تقریبی پریمہ ۱۰۳	neuroticum, differentiation from con-
۲۹۸	genital syphilis.
قرعہ "نقدہ میں ۱۱۱	Potension in massage.
قرعہ "نقدہ کا کتاب ۲۰۶، ۲۰۸، ۲۱۰، ۲۱۲	Purification of typhoid ulcer.
الشیابہ "نقدہ (نقدہ کا مامون "نقدہ میں"	Pvichondritis in enteric fever.
۱۲۲	
نقدہ "نقدہ کی تقریبی پریمہ میں ۲۰۶	Pvichondritis in enteric fever.
نقدہ "نقدہ کی تقریبی پریمہ میں ۲۰۶	Pvichondritis in gonorrheal rheumatism.
الشیابہ "نقدہ (نقدہ کا مامون "نقدہ میں"	Pvichondritis in congenital syphilis.
۲۹۸	
— "نقدہ کی تقریبی پریمہ میں ۲۰۶	in gonorrheal rheumatism.
الشیابہ "نقدہ کی تقریبی پریمہ میں ۲۰۶	Pvichondritis, tuberculous, differentiation from
۲۱۲	enteric fever.
— "نقدہ کی تقریبی پریمہ میں ۲۰۶	in typhoid fever.
نقدہ "نقدہ کی تقریبی پریمہ میں ۲۰۶	Pvichondritis in massage.

نائٹروجن کے اخراج کی زیادتی اور تھاق پیش میں ۲۹	Nitrogen excretion increased in pyrexia.
سراجہ میں گرہیں ۳۳۸	Nodes in glands.
گرہکی چٹام ۳۳۲	Nodular leprosy.
دھبے گرہکیں ۱۳۱	Nodules, rheumatic.
نفت بخندہ گرہکیں پکود میں دھبے تب میں ۱۳۶	subcutaneous, in rheumatism in children.
اطلاع امراض ساریہ ۳۳	Notification of infectious diseases.
نور آرمینو نزال ۲۹۰-۲۷۸	Novarsennobol.
تب موش گرہکی میں ۲۶۸	in malle fever.
حن ناکسہ میں ۳۶۶	in relapsing fever.
آکسہ میں ۲۷۷	in syphilis.
نور آرمینو بلان ۲۹۰-۲۶۷	Novarsennobol.
وعدہ منی ناکسہ میں پیچیدگی کے شروع پر ۳۶۵	Ophthalmia, complicating relapsing fever.
اس طنابی دماغی نقاشی تب میں ۲۳۳	Ophthalmia in cerebro-spinal fever.
کواڑ میں ۲۰۹	in tetanus.
تولاج بالہ منور ۱۲	Opietherapy in treatment.
آسورین ۲۰	Opium.
قبرق حسب پیری: آکسہ میں ۲۷۹	Optic atrophy in syphilis.
التهاب قرص پسرک: تولا: التهاب سحا یا میں ۳۶۲	neuritis in tuberculous meningitis.
التهاب شبہ: التهاب میں پیچیدگی کے بطور پر ۱۱۵	Ophthalmia complicating paratuberculosis.
حن بحر دوم میں ۳۳۰	in Mediterranean fever.
جلا ج عضوی ۱۲	Organotherapy.
قرانیا طور ۳۶۰	Ornithodoros moubata.
تلاش ۳۶۰	taluzo.
ویس ڈوئیلا ۳۶۰	venezuelensis.
طناب انتسابی (راست طنابی) دماغی نقاشی تب میں ۲۳۳	Orthotenus in cerebro-spinal fever.
عشی لب التهاب حاد: نتیجہ الدم سے ۱۲۷	Osteomyelitis, acute, from pyrexia.
کی تقریب دھبے تب سے ۱۳۸	differentiation from rheumatic fever.
مولای دھبے میں ۱۸۰	in gonorrhoeal rheumatism.
التهاب اذن تب عرقہ میں بطور پیچیدگی کے ۲۱۰	Otitis, complicating enteric fever.
کھسرا میں بطور پیچیدگی کے ۸۲	zonales.
تب قرصہ میں بطور پیچیدگی کے ۷۳	scarlet fever.

دھن کی طبیعی تپش ۴۵.۴	Mouth, temperature of, normal.
شہری مٹھ ۱۸۵	Mulberry rash of typhus fever.
مکھڑ (تکالہ) ۱۱۳	Mumps.
کی تقریبی قدری تپ ۱۲۴	Differentiation from glandular fever.
میں قرضیتہ کا زمانہ ۳۱	quarantine period in.
عضلات کا انحطاط حاد التهاب و مادہ الشیاع میں ۲۴۲-۲۴۱	Muscles, degeneration of, in acute poliomyelitis.
کی باز تربیت حاد التهاب و مادہ الشیاع میں ۲۴۹	reeducation of, in acute poliomyelitis.
التهاب الشیاع آتشک میں ۶-۱-۲-۳	Myelitis in erythema.
عقلی تپ ۱۲۴	Myocarditis in rheumatic fever.
عقلی سوزش و تپ ۱۸۵	Myositis in gonorrheal rheumatism.
مطالعہ ورمال کی قدرتی پیدائشی آتشک سے ۳۱۹	"Nupkin rash", differentiation from congenital condillencia.
التهاب الشیاع ورمال کی قدرتی پیدائشی آتشک سے ۳۱۹	Nasopharyngeal ulceration due to Leishmania braziliensis.
پشوم ۱۵۴	Nasopharynx, primary focus of infection in influenza.
خلا ج ناک ۱۵۴	Nausea treatment.
تپری جسم ۲۵۱	Negri bodies.
تپری جسم ۲۵۵	Neurophthamiasis.
التهاب الشیاع ۲۱۰-۲۱۵	Neudimant.
خار میران ۲۱۰-۲۱۵	Neudimant.
التهاب گردہ حاد انفارکٹ میں ۱۵۶	Nephritis, acute, in influenza.
عقلی تپ ۲۵۴	complicating cholera.
حی قمریہ میں پیدائشی کے طور پر ۱۵۴	scarlet fever.
تپری قدری تپ میں پیدائشی کے طور پر ۱۵۴	hemorrhagic, complicating glandular fever.
۱۵۴	in arsenical poisoning.
التهاب الشیاع ۲۵۴	Nerve fibres, effect of diphtheria on.
عقلی تپ ۱۵۴	Nervous system, effects of pyrexia on.
نظام پر ارتقاء تپ کے اثر ۳۱	Neuritis in dysentery after emetine.
التهاب اعصاب ورمال میں پیدائشی کے اثر ۳۱	is Mediterranean fever.
پیدا ۳۱	multiple, differentiation from acute poliomyelitis.
حی بحر ورمال میں ۳۳۰	peripheral, in dysentery.
معدود کی تقریبی ۱۵۴	Neurophagia.
میں ۲۴۹	
معدود ورمال میں ۳۱	
معدود طور ۲۴۹	

التهاب سحايا کی تقریبی التیاب دواؤں کا مجموعہ ہے ۲۳۶	Meningitis, differentiation from acute poliomyelitis.
۲۳۲ --- --- --- --- ---	risolens.
۲۱۳ --- --- --- --- ---	typhus.
۱۹۱ --- --- --- --- ---	enteric fever.
۲۶۲ --- --- --- --- ---	spinal, differentiation from tetanus.
۳۱۸ --- --- --- --- ---	tuberculous.
۲۴۹ --- --- --- --- ---	Meningoencephal.
سحايا دماغی التهاب + مائٹائی تپ میں ۲۳۰	Meningo-encephalitis in Malta fever.
۳۶۲ --- --- --- --- ---	in relapsing fever.
۳۴۳ --- --- --- --- ---	in trypanosomiasis.
سحايا نخاعی التهاب + مرض ترکان میں ۳۱۳	Meningo-myelitis in trypanosomiasis.
دماغی پستہ انفارکٹ میں ۱۵۰-۱۵۵	Mental depression in influenza.
پارہ + پیراڈائس آتشک میں ۳۰۲	Mercury in congenital syphilis.
۲۸۸ --- --- --- --- ---	in syphilis.
۲۹۳ --- --- --- --- ---	Intramuscular injections of.
۲۹۲ --- --- --- --- ---	oral administration of, in syphilis.
۲۵۰-۲۵۹ --- --- --- --- ---	Metabolism in pyrexia.
۱۸۰ --- --- --- --- ---	Metastatic gonococcal infection.
۲۱ --- --- --- --- ---	Micrococci, infection by.
۲۲۸ --- --- --- --- ---	Micrococcus melitensis.
۳۸ --- --- --- --- ---	Microphages.
۲۷ --- --- --- --- ---	Malaria in pyrexia.
۱۶۳ --- --- --- --- ---	in rheumatic fever.
۱۹۸ --- --- --- --- ---	Milk, channel of infection in diphtheria.
۱۹۸ --- --- --- --- ---	in enteric fever.
۱۶۳ --- --- --- --- ---	in scarlet fever.
۱۸۰ --- --- --- --- ---	Mitral disease, "simple", in gonorrheal rheumatism.
۳۸۳ --- --- --- --- ---	Mononuclear cells, increase of, in malaria.
۳۳۶ --- --- --- --- ---	Mucrogl in treatment of leprosy.
۸۱ --- --- --- --- ---	Mefbilla.
۳۶۹ --- --- --- --- ---	Mosquito in malaria.
۳۳۸ --- --- --- --- ---	infecting agent in yellow fever.
۳۳۶ --- --- --- --- ---	transmission of dengue by.
۲۸ --- --- --- --- ---	of infection by.
۲۵۸ --- --- --- --- ---	Motor nerve fibres, toxins of tetanus trans-
۲۳ --- --- --- --- ---	mitted by.
۲۵۸ --- --- --- --- ---	Moulds.
۲۳ --- --- --- --- ---	Mouth, cleansing of, in pyrexia.

مدورہ اثر ملس ۳۵۲	Modurella mycetozoi.
ملیریا ۳۶۸	Malaria.
— کی تفریق ہیضہ سے ۳۵۲	differentiation from cholera.
— — — تب معمولہ سے ۳۶۵	enteric fever.
— — — کالا ازہر سے ۳۰۲	kala-azar.
— — — جگر کے پتھوں سے ۳۲۱	liver abscess.
— — — حمی بحر دوم سے ۳۲۱	Mediterranean fever.
— — — طاعون سے ۳۶۶	plague.
— — — کاہج الدم سے ۱۳۰	pyemia.
— — — حمی ناسہ یا تب راجعہ سے ۳۶۵	relapsing fever.
— — — ویک مگس تب سے ۳۶۸	smallpox fever.
— — — تب ملدی سے ۱۶۶	typhoid fever.
— — — تب زرد سے ۳۲۲	yellow fever.
— کی مخلوط سرایتیں ۳۸۳	mixed infections.
ملیریائی ہیپوگلوبین یوریت ۳۸۹	Malarial haemoglobinuria.
ملیت لافہ ۳۶۶	Malignant pustule.
— پھیلاؤ ۱۰۰	small-pox.
— تلافی سرایت ۳۶۹	tertian infection.
ملین سرایت میں ۳۳۹	Mallein in glanders.
مالٹا تب ۳۲۸	Malta fever.
دلائل علاج میں ۱۵	Marsupio in treatment.
الہاب پستان کنہ پٹھ میں پیچیدگی کے طور پر ۱۱۵	Mastitis complicating mumps.
موتیا سینٹا میں دانوں کی پتنگی ۱۱۲-۱۱۳	Mutation of spots in chicken-pox.
مصبہ (کھسرا) ۸۱	Mosales.
— کی تفریق دماغی نخاعی ہمار سے ۳۳۰	differentiation from cerebro-spinal fever.
— — — قرمیہ اور پیر ۹۰	scarlatina and rubella.
— — — حمی قرمیہ سے ۴۰	scarlet fever.
— — — ٹائفس سے ۱۶۶	typhus.
— — — زرق ۸۶	hemorrhagic.
— پتھوں کی تفریق پیرچلہ سے ۱۰۲	varicella, differentiation from small-pox.
— میں قرضہ کا زمانہ ۳۶	quarantine period in.
— حمی بحر دوم ۳۲۸	Mediterranean fever.
— — — کی تفریق تب معمولہ سے ۳۱۵	differentiation from enteric fever.
— — — سواد دومیت ۳۰۶	Melasma.
— — — سرایتہ نما مرض ۳۳۰	Melioidosis.
الہاب سہار یا لافہ مغز ۳۳۵-۳۳۶	Meningitis, basal, posterior.
— — دماغی نخاعی ۳۲۸	cerebro-spinal.
— — — دورہ پند اور طائفہ دورہ ۳۳۵	embryated and localized.

جوڑوں کے فورسہ ٹائفئس تب کا پھیلنا ۱۸۵	Lice, spread of typhus fever by.
سرایت کا انتقال ۲۸	transmission of infection by.
تب خندقی کا انتقال ۱۶۰	trench fever by.
حزازہ صلیح کی تفریق بخوری ناریہ سے ۲۷۳	Lichen planus, differentiation from papular syphilide.
آنکھ سے ۲۸۱	syphilis.
دوستی علاج میں ۱۳	light in treatment.
قبول پر ثانوی کاڑھیچک ۱۰۸	lips, secondary vaccination on.
خراج کبد (چکر کے پھوڑے) کا امتصاص ۳۲۷	Liver, abscess of, resorption of.
کی تفریق ملیریا تب سے ۳۸۳	differentiation from malaria.
مدلولی ۳۲۱	tropical.
چکر پر نامیاتی سنگھائی مرکبات کا فعل	action of ergols arsenic compounds on,
آرسینو بنزال کے قسم میں ۳۰۲	in arseno-benzol poisoning.
میں شجاع لطریٹ ۳۲۹	actinomycosis in.
کے حاد زرد نابول کی تفریق تب زرد سے ۳۳۲	acute yellow atrophy of, differentiation from yellow fever.
کا حاد زرد نابول آرسینو بنزال کے قسم میں ۳۰۲	in arseno-benzol poisoning.
کی امیبائی خرابیت ۳۲۱	anaemic infection of.
کی حالت تب مویہ میں ۳۰۱	condition in enteric fever.
کی کارکردگی کے امتحانات آرسینو بنزال کے قسم میں ۳۰۵	efficiency of, tests for in arseno-benzol poisoning.
آرسینو بنزال کے قسم میں ۳۰۲	in arseno-benzol poisoning.
وخر کبدی امیبائی پھوڑے کی تشخیص میں ۳۲۹	puncture, in diagnosis of anaemic abscess.
مکان خری مریط یا عدم اتساق آنکھ میں ۲۷۹	Locomotor ataxy in syphilis.
درد کرکی تفریق چوچک سے ۱۰۲	Lumbago, differentiation from small-pox.
وخر قطنی (قطنی کچھو کا) حاد التهاب و مادہ انقباض میں ۲۳۸	Lumbar puncture in acute poliomyelitis.
تدریجی التهاب سحایا میں ۳۲۸	in tuberculous meningitis.
پھیپھڑے (شش)	Lung and Lungs.
شجاع لطریٹ میں ۳۵۱	actinomycosis in.
میں امیبائی خراج ۳۱۶	anaemic abscess in.
میں تغیرات یدائشی آنکھ میں ۲۱۸	changes in, in congenital syphilis.
کی حالت تب مویہ میں ۳۰۱	condition of, in enteric fever.
میں علویہ منقبات سے تلیج البوم ۱۲۷	septic infarcts in, pyemia from.
سمت خلیات لمبہ، انقباض میں ۱۵۷	Lymphocytosis, in influenza.
مخانی، ارتقاع پیش میں ۵۳	Lysis in pyrexia.
سعار قریس ۲۵۳	Lymphobolia.
سلاخ آسکلات (سلاخ، کالی خلیات) ۲۸۱	Macrophages.
زحیر میں ۲۱۱	in dysentery.
مدوریا ۳۵۲	Madam foot.

ڈھیر یا میں انگلیاں نیویں، ۱۷۹	Intubation in diphtheria.
انتہا الامساکی تفریق زحیرہ، ۳۹۰	Intussusception, differentiation from dysentery.
آتشک میں تخریب، ۲۹۴	Invasion in syphilis.
جذام کے علاج میں آیوڈائل آف پوٹاشیم، ۳۳۶	Iodide of potassium in treatment of leprosy.
آتشک کے علاج میں آیوڈائل آف پوٹاشیم، ۲۹۵	Iodide of potassium in treatment of syphilis.
آتشک کے علاج میں آیوڈائل، ۲۸۸-۲۹۵	Iodides in treatment of syphilis.
دواں دساں علاج میں، ۱۲	Iodisation in treatment.
التهاب فرمہ زحیرہ میں، ۳۹۰	Iritis in dysentery.
— سوزا کی دیتہ میں، ۱۸۰	in gonorrheal rheumatism.
— حسی ناکسہ میں، ۳۶۲	in relapsing fever.
— آتشک میں، ۲۷۱-۲۷۹	in syphilis.
تقرید یا جلحدگی تھریر سرایت میں، ۳۰	Isolation in prevention of infection.
— حسی قرمزہ میں، ۷۸	in scarlet fever.
— تہ پھیچک میں، ۱۰۳	in small-pox.
— تہ چنیری تھی، ۱۱۱	in varicella.
تب ڈنڈائی، ۱۸۱	Jail fever.
جائزہ پڑکس جیسو کا تباہی میں آرسینو پڈال کی مصدویت میں، ۳۰۳	Jarisch-Herxheimer reaction, in poisoning by arseno-benzol.
یرقان حسی ناکسہ میں، پھیچک کی کے طور پر، ۳۱۳	Jaundice complicating relapsing fever.
— آرسینو پڈال کی مصدویت میں، ۳۰۵	in arseno-benzol poisoning.
— پیچ موش مرض میں، ۳۳۳	in spirchrotosis.
ساری یرقان، ۳۳۲	infectious.
کالا آزر، ۳۰۰	Kala-azar.
التهاب قرنیہ پر دانتی آتشک میں، ۳۰۰	Keratitis in congenital syphilis.
امارت سرنگہ، ۳۲۲-۳۲۷	Kernig's sign.
— دماغی نفاخی تب میں، ۲۳۳	in cerebro-spinal fever.
خار سووان، ۲۸۷-۲۹۰	Kharasim.
مگردوں کی حالت تب معویہ میں، ۳۰۶	Kilweya, condition of, in enteric fever.
— کال لعل مرض ترقانی میں، ۳۹۷	function of, trypanosomiasis.
خفیس اور لا قمر کا حصہ، ۱۶۳-۱۷۰	Klein-Löffler bacillus.
موتوٹھنا یا مسلمان دلتک میں، ۱۶	Kneading in massage.
کاپ لک کے داغ، ۸۵-۸۷	Kuplik's spots.
لہلیہ کی غویٹو لگی، امیبائی زحیرہ میں، ۳۱۶	Lambliæ, presence of, in amebic dysentery.
لانڈری کے شل سے ملا دالتهاب دماغ الشفاح کی مشاہدہ، ۲۳۶	Landry's paralysis, acute poliomyelitis stimulating.
پریشی انصطاط، آتشک میں، ۲۷۹	Lardaceous degeneration in syphilis.
— جذام میں، ۳۳۹	in leprosy.
حتیری ڈھیر یا، ۱۶۷-۱۷۱	Laryngeal diphtheria.

زمانهٔ - مدت عتس مری بیماری کا۔ ۲۲۔	Incubation period of foot-and-mouth disease.
آب ترسو کا۔ ۲۱۔	of hydrophobia.
مرض ساری کا۔ ۲۹۔	of infectious disease.
انفلونزا کا۔ ۱۵۲۔	of influenza.
حمیہ (سپیرا) کا۔ ۲۳۔	of measles.
جن نور دوم کا۔ ۲۶۹۔	of Mediterranean fever.
سکن پاپیٹ کا۔ ۱۱۰۔	of mumps.
۳۶۱ ناگسہ کا۔ ۳۶۱۔	of relapsing fever.
۸۹ کا۔ ۸۹۔	of rubella.
وینک مگس تپ کا۔ ۳۶۱۔	of sandfly fever.
سچی قرمزہ کا۔ ۱۰۰۔	of scarlet fever.
چوچک کا۔ ۹۳۔	of small-pox.
آتشکہ کا۔ ۲۵۰۔	of syphilis.
سحر لڑکا، ۲۶۵، ۲۶۶۔	of tetanus.
تپ حنڈی کا۔ ۱۶۰۔	of trench fever.
مرض ترافی کا۔ ۲۶۲۔	of typhosomiasis.
ٹائفس تپ کا۔ ۱۵۶۔	of typhus fever.
کالی سمبھاسی کا۔ ۱۱۸۔	of whooping-cough.
تپ زرد کا۔ ۲۵۰۔	of yellow fever.
سرایون میں دیک سرایت۔ ۲۱۔	Infectious, disinfection in.
تقریر یا خطہ مگی۔ ۳۰۔	isolation.
خلوط سرایت۔ ۲۹۔	mixed.
مادیت سرایت۔ ۲۰۔	nature of.
نفر سرایت۔ ۳۰۔	prevention of.
انتقال سرایت۔ ۲۰۔	transmission of.
امراض ساریہ۔ ۲۰۔	Infectious diseases.
کی مبتلا۔ ۲۳۔	modification of.
انفلونزا۔ ۱۵۲۔	Influenza.
کی شکلی قسم۔ ۱۵۶۔	abdominal type.
تفریق تپ مریہ سے۔ ۲۱۲۔	differentiation from enteric fever.
۳۰ قرمزہ سے۔ ۱۰۰۔	scarlet fever.
چوچک سے۔ ۱۰۲۔	small-pox.
تپ حنڈی سے۔ ۱۶۲۔	trench fever.
کے پھیلتے کا طریقہ۔ ۱۵۳۔	method of spread of.
کی غویانی قسم۔ ۱۵۵۔	puerperal type.
بڑی آنت کے ادھیان قروح۔ ۲۱۵۔	Intestine, large, amoebic ulcers of.
آرینوبیڈال کا عدم تحمل۔ ۲۰۲، ۲۱۳۔	Intolerance to arseno-benzol.
علاج میں کونین کا دواں ورنڈی اثر نہ۔ ۲۸۶۔	Intermittent injection of quinine in malaria.
دماغی نشانی تپ میں دواں بطور شر (کینو کا)۔	Intra-ventricular puncture in cerebro-spinal fever.

۲۵۱	اگر ارتفاع پیش ہیضہ میں،	Hyperpyrexia in cholera.
۳۳۵	— (بیکہ) (مٹی توڑ پتار) میں،	in dengue.
۶۶	شریہ لہر موت میں،	in heart-stroke.
۳۴۴	ملیریا میں،	in malaria.
۳۸۰	شیت ثلاثی سرایت میں،	in malignant tertian infection.
۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶	دھنسی تپ میں،	in rheumatic fever.
۲۶۰	کزاز میں،	in tetanus.
۳۳۱	تپ زرد میں،	in yellow fever.
پیش نشی (پیش طہائی) مائع کا ویدی اثر ہے،		Hypertonic saline, intravenous injection of, in cholera.
۳۴۳، ۳۴۴	فطرات غریبہ (جالی دار فطرات)،	Hypophymecton.
۳۸۰	زیر دمودی احتلا، ارتفاع پیش میں،	Hypostatic congestion in pyrexia.
۳۴۳	ہسٹورین (اختلافی ارجس) کی تنویق آپتوسمی	Hystorin, differentiation from hydropophobia.
۲۵۳	—	tetanus.
۳۶۲	کزاز سے،	Ice-bags.
۲۲	برقی کی تھیلیاں،	Immune body.
۳۰	جسم صبیح (غورابیلین)،	Immunisation in prevention of infection.
۳۰	مناعت آفرینی (تخصیص) تحریر سرایت میں،	Immunity.
۳۴	مناعت،	acquired.
۳۵، ۳۶	اکتسابی،	in influenza.
۱۵۳	انفلوئنزا میں،	artificial.
۳۶	مصنوعی،	hereditary disposition.
۳۵	موروثی رجحان،	in typhus fever.
۱۸۵	ثانی تپ میں،	natural.
۳۳، ۳۵	طبری،	Inclusion bodies in scarlet fever.
اجسام مشمولہ سی قرعہ میں،		Incubation period.
زمانہ حضانہ،	۳۵	of acute poliomyelitis.
۳۳۲	حاد التهاب و مادہ الخناق کا،	of anthrax.
۳۳۳	— کا،	of benign tertian & quartan infection.
۳۴۶	سلیج یا غیر شیت ثلاثی اور تپ دایہ کی سرایت کا،	of bubonic plague.
۳۵۹	بکری (مٹی دار) مٹھوں کا،	of cerebro-spinal fever.
۳۳۱	دماغی ٹھانی بخار کا،	of chicken-pox.
۱۱۰	موتیا سیتلا (شکر پتھر) کا،	of cholera.
۳۳۸	ہیضہ کا،	of dengue.
۳۳۳	بیکہ (مٹی توڑ پتار) کا،	of diptheria.
۱۶۵	آکھیریا کا،	of dysentery.
۳۰۴	زحیر کا،	of enteric fever.
۳۰۶	تپ مہویہ کا،	of erysipala.
۱۳۲	سرخیادہ کا،	

عذلت قلب میں طراح، تکلیف الدم ہے، ۱۶۷	Heart muscle, abscess in, pyemia from.
حراری سکتہ، ۶۲	Heat apoplexy.
حرارت علاج میں، ۱۳	in treatment.
تھنات حرارت، ۵۳	loss.
تولید حرارت، ۵۳	production.
منع حرارت، علاج میں، ۱۳	rollant, in treatment.
نثریۃ حرارت، ۶۳	stroke.
عاقی تپ، دق تپ، دوشی تپ، ۵۶	Hectic fever.
ہین میڈن کا مرض (حاد التهاب و مادی انشعاع) ۲۳۹	Heine-Medin's disease.
اور لوائی جھپٹنے کا زرق، نیورائی و غلوٹرا میں، ۱۵۸-۱۵۶	Hidrotic ryanais in pneumonic influenza.
نایع نسج، حاد التهاب و مادی انشعاع میں، ۲۳۵-۲۳۳	Hemiplegia, in acute poliomyelitis.
اصباتی التهاب، پیکر، ۲۲۲	Hepatitis, amoebic.
نقۃ تناسلی کی تفریق آتشکہ ہے، ۲۸۱	Herpes, genitalis, differentiation from syphilis.
— دماغی نفاہی بخار میں، ۲۳۴	in cerebro-spinal fever.
— حاد التهاب و مادی انشعاع میں، ۲۳۲	in poliomyelitis.
— حی ناکسہ میں، ۳۶۲	in relapsing fever.
— پیچ موی مرض میں، ۲۳۷	in syphilosis.
— منقہ کی تفریق وحشی سرپیادہ ہے، ۱۳۵	zoster, differentiation from facial erysipelas.
اعلیٰ تعددی (سکتہ القوت) روئیں علاج میں، ۱۳	High frequency currents in treatment.
ہشامین کا سدھ، ۳۲	Histamine shock.
حاج من کے مرض کی تفریق غدی تپ ہے، ۱۲۴	Hodgkin's disease, differentiation from glandular fever.
حاج من کا حصہ اکتھریا میں، ۱۷۱	Hofmann's bacillus in diphtheria.
انسانی اور باری تدون میں امتیاز، ۳۱۲	Human or bovine tubercle, distinction between.
چھن کے دانت، پیدا نشی آتشکہ میں، ۳۰۰	Hutchinson's teeth in congenital syphilis.
ہائڈروکارپس کے جسمی ترشے، جذام کے علاج میں، ۲۳۵	Hydrocarpes, fatty acids of, in treatment of leprosy.
حاد استسقاء، اندماغ، ۳۲۰	Hydrocephalus, acute.
آب ترسی، ۲۵۰	Hydrophobia.
— کی تفریق مکز ہے، ۲۶۲	differentiation from tetanus.
— کا ذب، ۲۵۲	sporious.
— کے قصب کے پھیلتے کا طریقہ، تعلم کے بعد، ۲۵۱	virus of, method of spread, after inoculation.
اسول صحت (صحت) ۱۱	Hygiene.
اند اولنای تپش (تپ مفرط) ۲۵	Hyperpyrexia.
— دماغی نفاہی بخار میں، ۲۳۴	in cerebro-spinal fever.

ماسارین پی غدد کا التهاب آپ معویہ میں، ۳۰۹	Glands, mesenteric, inflammation of, in enteric fever.
غدی تپ، ۱۲۳	Glandular fever.
گلیگ کا پیرافین اور وینیلین کا آمیزہ انفلوئنزا میں، ۱۵۸	Glegg's paraffin and vasoline mixture in influenza.
اڈیائے مرمار کی تقریبی ڈیگھریا سے، ۱۷۴	Glottis, oedema of, differentiation from diphtheria.
بکری کے دودھ سے ۳۰، بچروم کا پھلنا، ۲۲۸	Goat's milk, spread of Mediterranean fever by.
نکسہ، ۲۴	Gonidia.
گانوکسی (سوزاکی) سوائٹ، ۱۸۰-۱۷۹	Gonococcal infection.
— کی تقریبی دیتی تپ سے، ۱۴۸	differentiation from rheumatic fever.
— قسم الدم، ۱۸۰	septicæmia.
گانوکسی، ۱۷۹	Gonococcus.
سوزاکی، ۱۷۹	Gonorrhea.
سوزاکی، دیتی، ۱۸۰	Gonorrheal rheumatism.
نرس حادی کی تقریبی سوزاکی سوائٹوں سے، ۱۸۲	Gout, acute, differentiation from gonococcal infections.
کوتی درد یا آرام بالوڈ کی بچوں میں، ۱۴۶	Growing pains in children.
دوسری الرائن، ۳۸	Hamagglutination.
دوسری انیہا، ۳۸	Hæmorrhæ.
ہم بولیت (بول دوسری) میں ناکسہ میں، ۳۶۲	Hæmaturia in relapsing fever.
— پیچ موٹی مرض میں، ۳۳۷-۳۳۷	in spirochaetosis.
شون حکن حرجہ، ۳۴	Hæmolytic crisis.
ملیریا کی میسوکوین بولیت، ۳۸۹	Hæmoglobinuria, malarial.
شون یا شیدگی، ۳۹	Hæmolysis.
نشت الدم پیچ موٹی مرض میں، ۳۶۷	Hæmoptysis in spirochaetosis.
قرعہ تپ معویہ میں، ۳۰۴-۳۰۳-۳۰۲	Hæmorrhagic in enteric fever.
قرعہ التهاب گردہ، غدی تپ میں پتور پیدگی کے، ۱۲۳	Hæmorrhagic nephritis complicating glandular fever.
— طبع پیچیدگی میں، ۹۵	rash in small-pox.
ہیڈروڈائن ملیریا میں، لب عظام (مقارستہوان) کے اندر، ۳۷۵	Hæmocoela in bone-marrow in malaria.
درد سر، ضربہ المرات کے بعد، ۶۶	Headache after heat-stroke.
— ارتقاع پیش میں، ۳۹	in pyrexia.
— چوچک میں، ۹۹	in small-pox.
— تپ عرق میں، ۳۰۱	in typhoid fever.
قلب کا فعل ارتقاع پیش میں، ۴۸	Heart, action of, in pyrexia.
— کے حالات تپ معویہ میں، ۳۰۹	conditions of, in enteric fever.
— دیتی تپ میں، ۱۴۴	in rheumatic fever.

فلٹروں کے علاج ۸۵	Flatten's spots.
مطہار کردہ حدود میں، انتقالی اثر کا سبب ۱۵۳	Filter-passing organisms, cause of influenza.
— — — عضویوں سے پیدا ہونے والے امراض ۲۹	Diseases caused by.
انسانی فطرت سے سرایت ۲۹	Fusion fungi, infection by.
توال ذی، دلفین، ۱۶	Flagellation in massage.
پوسوں کے پوسوں کے ذریعہ مائی مار (کب) ۳۵	Fleas from rats, conveyance of infection of bubonic plague by.
طاعون کی سرایت کا حق و باطل ۳۵	Fleas, transmission of infection by.
پوسوں کے ذریعہ سرایت کا مثالی ہونا ۳۸	Flies, contamination of food by, causing enteric fever.
مکھڑوں کے ذریعہ لہڑی کی آلودگی شب مویہ کا سبب ۱۹۸	infecting agent in dysentery.
مکھڑوں، زخروں میں، سرایت دہاں عامل ۳۰۳	means of spread of cholera.
مکھڑوں کے ذریعہ انتشار ہیضہ ۳۴	transmission of infection by.
— — — انتقال سرایت ۳۸	Fetus, syphilitic, death of.
آتشکی چین کی موت ۲۹	Food, contamination of, by flies, cause of enteric fever.
مکھڑوں کے ذریعہ لہڑی کی آلودگی شب مویہ کا سبب ۱۹۸	poisoning, differentiation from cholera.
لہڑی تسمی کی تفریق ہیضہ سے ۳۴	Foot-and-mouth disease.
مکھڑوں کی بیماری (مرض الدم والحم)، مکھڑوں ۳۴۶	Frenckel's movements in treatment.
فرینکل کے حرکات و علاج میں ۱۰	Furunculosis.
فریڈریک، ۳۰۶	Friction in massage.
فرک (فریڈریک) ذی میں ۱۶	sound, in pericarditis with rheumatic fever.
سوت لڑی، التهاب گرد قلب میں، جس کے ساتھ دہائی تپ موجود ہو ۱۲۲	Fever.
وظیفی امراض ۳	Functional diseases.
قمر العین کی ٹوٹ پھوٹ پیدائشی آتشکی میں ۳۰۰	Fundus oculi, pigmentation in congenital syphilis.
زواہی پیدائش ۳۴۳	Gonorrhea.
مکھڑوں میں، زخروں میں ۳۰۰	Gangrene of bowel in dysentery.
مکھڑوں میں ۳۶۶	Gas gangrene.
عمومی تحلیل جاذبہ ۲۰۹	General paralysis of the insane.
تھامی ہوئی گردن، باری سرایت کے باعث ۲۹۲	Genito-urinary tuberculosis, bovine infection in.
جرمن کھڑا (۱۲۳) ۸۸	German measles (Rubella).
سرایت یا کھڑا ۳۲۶	Glanders.
تحت الفکی اپنی غدہ، کن پھوٹ میں ۱۱۴	Glands, lymphatic, submaxillary, in trumps.
لوڑی اپنی غدہ کی کھڑی دہائی تپ میں ۱۲۹	tonsillar, enlargement of, in rheumatic fever.
اپنی غدہ کے گردن کی تفریق لہڑی تپ سے ۱۲۴	tuberculous, differentiation from glandular fever.

التهاب پریش، ۱۸۰	Epididymitis.
— ۳۰ یوم میں، ۲۳۰	in Mediterranean fever.
مصریہ تشنجات آرمینو بترال سے مسومیت میں، ۳۰۴	Epileptiform convulsions in arseno-benzol poisoning.
— ملیریا میں، ۳۸۰	in malaria.
التهاب پر نامی، پیدائشی آشک میں، ۳۱۸	Erythema in congenital syphilis.
و حالہ (تکسیر) تب معویہ میں، ۲۰۲	Erythema in enteric fever.
— پیچ معوی مرض میں، ۲۳۷	in spirochaetosis.
خودائی و پائی طاعون کی، پوغوں میں، ۲۷۷	Erysipelas of plague among rats.
۲۶۲	
ارپ کا آشک پالاج، ۲۷۹	Erb's syphilitic paraplegia.
عریضادہ، ۱۳۹	Erysipelas.
— سمی ناکسہ میں پیچیدگی کے طور پر، ۳۶۵	complicating relapsing fever.
— کی تفریق کالو کا کی سفاقتوں سے، ۱۸۲	differentiation from gonococcal infections.
— جذبین دہائی کے بعد، ۹۰۷	following vaccination.
— اسرار کی تقریق و جوبی سرخبادہ سے، ۱۳۵	Erythema, differentiation from facial erysipelas.
— دغی، تب موش گزیدگی میں، ۳۷۷	carbuncles in rat-bite fever.
— جرم میں، ۲۲۳	in anthrax.
— پیچک میں، ۹۵	in small-pox.
— پیچ معوی مرض میں، ۲۳۷	in spirochaetosis.
— کثیر الاشکالہ و توبی تب میں، ۱۲۲	multiforme, in rheumatic fever.
— گرمی، دتوبی تب میں، ۱۲۲	nodosum, in rheumatic fever.
— بنوری کی تقریق و پیچک سے، ۱۰۲	papular, differentiation from small-pox.
— اسرار کی توبان، آرمینو بترال سے مسومیت میں، ۳۰۴	Erythematous eruption in arseno-benzol poisoning.
— ابرازات کا لزالہ سرایت، ۳۹	Excreta, disinfection of.
— اسطی التهاب جلد کی تقریق و پیچک سے، ۱۰۲	Exfoliative dermatitis, differentiation from small-pox.
— بروس سم، ۳۸۷	Exotoxins.
— پیروٹون پر لٹوی گاڑ پیچک، ۱۰۸	Eyelids, secondary vacuola on.
— مکان طانیہ، ۲۳	Facultative parasite.
— پالخانہ شفا ہو جانا (سلسلہ اسرار)، ارتجاع تپ میں، ۵۰	Faces, inoculation of, in pyrexia.
— براز کے ذریعہ تب عرقہ کا منتقل ہونا، ۱۹۷	transmission of typhoid fever by.
— فیرادیت (فیرادی رو) علاج میں، ۱۵	Paradism in treatment.
— فرسی یا فرسیہ (سرپیہ، سساد)، ۳۳۱	Parcy (Equinia, glanders, malleus).
— اوج، ۵۲	Pastigium.
— لٹی التهاب، سوزا کی دیتہ میں، ۱۸۰	Fibrositis in gonorrheal rheumatism.

ایٹالین جسکو آپرڈاٹھ، امیبا کی زحیر کے علاج میں ۲۱۹	Exetine, bismuth iodide in treatment of amoebic dysentery.
کا تختہ ایلڈ اشراپ، امیبا کی زحیر میں ۲۱۸	subcutaneous injection of, in amoebic dysentery.
چکر کی امیبا کی سرایت میں ۲۲۰	in amoebic infection of liver.
الشیاب دماغ ترقی و آدینو بڑال سے سمومیت میں ۲۰۳	Encephalitis, hemorrhagic, in arsenic-benzol poisoning.
بہائی کی تفریق تدریج الشیاب - جلیا ہے ۲۲۰	Exanthema, differentiation from tuberculous meningitis.
الشیاب بظاہر شرابین آتشکی ۲۰۹	Endarteritis, syphilitic.
الشیاب دروں لہب کی تفریق تب حرکت ہے ۲۱۰	Endocarditis, differentiation from enteric fever.
کانو کا کی ۱۸۰	gonococcal.
وہجی تب میں ۱۲۲	in thescentic fever.
خیت کی تفریق طبریہ ۲۱۳	malignant, differentiation from malarial.
تلیج الدم ہے ۱۲۰	pyemia.
تلیج الدم ہے ۱۲۰	pyemia from.
دروں سم ۲۸	Endotoxina.
دروں امیبا کے قولوی ۲۱۶	Enterobacter coli.
تلیج پانی ۱۲۰-۱۲۱-۱۲۲	hissolytica.
دلیا ۲۱۰	minuta.
سہات صوبہ ۱۱۰	Enteric fever.
میں لہجہ ۲۱۱	dict in.
کی تفریق سرایت ہے ۲۲۹	differentiation from glanders.
الفلوئڈا ہے ۱۲۸	influenza.
طبریہ ہے ۲۱۳	malaria.
حمورجر دروں ۲۲۱	Mediterranean fever.
دہائی تفریق ہے ۲۲۰	military tuberculosis.
طاعون ہے ۲۲۱	plague.
تلیج الدم ہے ۱۲۰	pyemia.
حمی ناکسہ ہے ۲۲۰	relapsing fever.
پنج مونی مرض ہے ۲۲۰	spirochaetosis.
تپ خدوی ہے ۱۲۲	trench fever.
ٹائفس ہے ۱۲۲	typhus.
میں تفریق کا انقلاب ۲۲۰-۲۲۱-۲۲۲	ulcer, perforation of.
ویائی سیلابی شہر ۲۸۹	Epidemic blackwater fever.
دماغی تفریق پناہ ۲۲۸	cerebro-spinal meningitis.
زحیرہ ۲۰۳	dysentery.
انفرکتا ہے ۱۲۲	influenza.
الشیاب دماغ انفرکتا ۲۲۹	poliomyelitis.

ڈیفٹیریا (خناق وبائی) کی تقریباً ۳۰ فرسہ سے ۶۰ء	Diphtheria, differentiation from scarlet fever.
— حلاوی، ۱۶۵-۱۷۰	facial.
— حلاوی، ۱۶۵	laryngeal.
— کے پھیلنے کا طریقہ، ۱۶۳	method of spread of.
— اتنی، ۱۶۵	nasal.
— میں قرنطینہ کی مدت، ۳۹	quarantine period in.
— کے لئے امتحان شک، ۱۷۳	Schick test.
ڈیفٹیریا بالی شکل، ۱۶۹	Diphtherial paralysis.
نہایت زوہی، دوسری تپ میں، ۱۲۸	Diplococci in rheumatic fever.
نہایت زوہی (دوباب)، دونوں خلوی، ۲۲۹	Diplococcus intracellularis.
— نیڈلنگ، ۱۷۷	luseolatus.
— نیڈلنگ، ۱۷۷	pneumonia.
شع (دولتوری): دوسری التهاب سعال میں، ۲۲۲	Diplopia in tuberculous meningitis.
مرض کی نوعیت وغیرہ، ۱۹ تا ۱۰	Disease, nature of, etc.
— کا علاج، ۱۰	treatment of.
ازالہ بکریات، امراض سارہ میں، ۳۰	Disinfection in infectious diseases.
— مریض کا، ۲۳	of patient.
— کرنے کا، ۲۲	of room.
اوپلے کے جسم (بیمار مشورہ)، ۷۰-۷۰ء	Dohle's bodies (inclusion bodies).
نظرات علاج میں، ۱۵	Douches in treatment.
داخل تپ ادویہ، ۶۰	Drugs, antipyretic.
زحیری تارح اور دینیاتی خراج، ۲۲۲-۲۲۴	Dysenteric ulceration and amebic abscess.
زحیر، ۲۰۳	Dysentery.
— امیاتی، ۲۱۳	amebic.
— کے بعد التهاب قولون، ۲۱۳-۲۲۰	colitis following.
— عضوی، ۲۰۵	bacillary.
— کی تقریب حیشہ سے، ۲۵۲	differentiation from cholera.
— مزمن، ۲۰۷	chronic.
— جس ناکسہ میں، پیچیدگی کے طور پر، ۲۳۴	complicating relapsing fever.
اچرہ کا حصہ، ۱۶۶	Eberth's bacillus.
تحت الماتحہ کدم، کالی کھانسی میں، ۱۶۶	Echymosis, subconjunctival, in whooping-cough.
ایکریما، حاد کی تقریب وجہی سرخباد سے، ۱۳۵	Eczema, acute, differentiation from facial erysipelas.
— مزمن کی تقریب پیچیدہ سے، ۱۰۲	chronic, differentiation from small-pox.
— کسبلی کی تقریب پیدائش آتش سے، ۲۶۶	interigo, differentiation from congenital syphilis.
— غائی کی تقریب پیچیدہ سے، ۱۰۲	postular, differentiation from small-pox.
کلف مالٹ، دھک میں، ۱۶۷	Effluvia in miasma.
اثرک "۱۶۰-۱۶۱-۲۸۶-۲۸۹-۲۹۰-۲۹۱"	Ehrlich's "606".
برق، علاج میں، ۱۵۱	Electricity in treatment.

نشریات حصبہ (کھسرا) میں ۸۳	Convulsions in measles.
قریہ میں تطہیم کا وقوع، گاڑ پیچنگ میں ۹۰۸۱	Cornen, inoculation ex, in varicella.
گاڑ پیچنگ کی تطہیم ۹۰۲	Cow-pox, inoculation of.
حرجہ، خون شکن ۲۲	Crisis, haemorrhagic.
مران ارتفاع کیش میں ۵۲	in pyrexia.
زردی، ضربات حرارت میں ۶۶	Cyanosis in heat stroke.
سائیکس ۳۰	Cytano.
خلیہ پاشدگی ۳۰-۳۹	Cytolysis.
برائین بوجہ استعمال کونین ۳۸۸	Deafness, quinine treatment causing.
تپوں میں موت ۵۲	Death in fevers.
ناتطاع صی ارتفاع کیش میں ۵۹	Defervescence in pyrexia.
مائعین دیرہ خون کی منط مائدمی تطہیم	Defibrinated blood, prophylactic inoculation
ٹائلس تپ میں ۹۱۳	of, in typhus fever.
ڈینگہ (عشی توڑ بنار) ۲۲۲	Dengue.
کی تقریب، دیک مکی بنار ۳۶۸	differentiation from sand-fly fever.
تسلی التهاب چند کی تقریب پیچنگ ۹۰۲	Dentition, exfoliative, Differentiation from
— — — آرسترو پزال کی حسودیت میں ۳۰۲	small pox.
حساسیت دہائی ۲۳	in arseno-benzol poisoning.
نشر (پھٹکے ارتقا) ڈینگہ میں ۲۲۵	Densitization.
— — — مرطابادہ میں ۱۲۲	Desequation in dengue.
— حصبہ میں ۸۲	in erysipelas.
— حیر میں ۹۱	in measles.
— صی قرمزہ میں ۵۲	in rubella.
دیابیطس، مریخ المروا، کن پھڑ میں بطور	in scarlet fever.
پیچیدگی کے ۱۱۵	Diabetes, transient, complicating mumps.
اسہال عیشہ ۲۵۰	Disarthen, cholerae.
— صی ناکسہ میں، بطور پیچیدگی کے ۳۶۲	complicating relapsing fever.
— کی تقریب عیشہ ۲۵۲	differentiation from cholera.
— عیشہ میں ۲۵۰	in cholera.
— مرابہ نما مرض میں ۲۳۰	in noduloidosis.
ڈائی آرستنا ۲۸۵-۲۹۰	Discreet.
برقی حرارت دہائی، علاج میں ۱۳	Diathermy in treatment.
لاش ڈک ۷	Dick test.
ڈوسریٹین (عشیاتی) تپ، عرقہ میں ۲۰۲	Dicrotic pulse in enteric fever.
غذا، ارتفاع کیش میں ۵۸	Diet in pyrexia.
— علاج میں ۹۱	in treatment.
— میں حیاتی ۹۱	vitamins in.
ڈیفٹیریا (عشق دہا) ۱۶۳	Diphtheria.
— کے حاملین ۱۶۳	carriers.
— کی تقریب ماعون ۳۶۱	differentiation from plague.

دوران خون کی حالت اور قلع تیش میں ۲۸	Circulation, conditions of, in pyrexia.
گردہوں کی حالت اور قلع تیش میں ۲۹	Circum-oral pallor in scarlet fever.
کھیت بیکر، کالا آزار میں ۲۰۶	Cirrhosis of liver, in kala-azar.
— معقولہ سریشوں میں ۲۸۲	in mixed infections.
کلادوتھریس ۲۲	Cladotricha.
کپڑوں کا لڑائی جلوت، ۳۰	Clothing, disinfection of.
کڑی لڑائی (کڑی لڑائی) کالی کھال میں ۱۲۹	Clubbing of fingers in whooping-cough.
لڑائی سے مراد ۲۹	Cocci, infection by.
خس پارہ ۶۶	Cold bath.
التهاب لولوں، امیبائی ذہیر کے بعد ۲۲۰	Colitis, following amebic dysentery.
خیرطہ، ۲۳۹	Collapsus in cholera.
— سرابہ نما مرض میں ۲۲۰	in malleioidosis.
لانیو کالیس ۲۹	Colles' law.
خیرطہ، ۲۳۹	Collodium, non-flexible, in treatment of erysipelas.
میں ۱۲۶	
کولائیڈی، ۲۳۹	Colloidal silicic acid, tubercle and.
لولوں کے لڑائی، ۲۳۹	Colon, irrigations in dysentery.
— کالی لڑائی، ۲۳۹	ulceration of, amebic.
کولما، ۲۳۹	Coma, in anthrax.
— آدینو، ۲۳۹	in arseno-benzol poisoning.
۳۰۵	in confluent small-pox.
— ملتی، ۲۰۵	in enteric fever.
— تپ، ۲۰۵	in glanders.
— گلائڈس، ۲۳۹	in heat stroke.
— خیرطہ، ۲۳۹	in hydrophobia.
— آب، ۲۰۵	in malignant tertian infection.
— طبیعت، ۲۳۹	in pyrexia.
— اور قلع تیش میں ۲۹	in scarlet fever.
— حق، ۲۰۵	in tuberculous meningitis.
— توری، ۲۳۹	in yellow fever.
— تپ، ۲۳۹	Common bacillus.
— کالی، ۲۳۹	Complement.
— قسم، ۲۰	Confluent small-pox.
ملتی، ۲۰۵	Conjunctivitis in gonorrhoeal inflammation.
التهاب، ۲۳۹	Contacts of cerebro-spinal fever cases, treatment of.
— دماغی، ۲۳۹	
— کالی، ۲۳۹	Convulsions, epilepticform, in arseno-benzol poisoning.
— تشنجات، ۲۳۹	in malaria.
— صومیت، ۲۳۹	
— ملتی، ۲۳۹	

حاملین سرایت وحاد التهاب وحاد لنفۃ کے ۳۰۰	Chorea, acute poliomyelitis.
— دماغی نظامی بخار کے ۲۲۹ - ۲۳۰	cerebrospinal fever.
— ہیضہ کے ۲۳۰	cholera.
— (دستبردیا کے ۱۶۳	diphtheria.
— (حامل سرایت انفاس) ۲۹	of infection.
— تب عرق کے (عرق حاملین) ۲۱۷-۱۹۹	typhoid.
انتقاد برقی و علاج میں ۱۲	Cataplexis in treatment.
دماغی طرارج کی تقریب تدوی التهاب	Cerebral abscess, differentiation in tuber-
سجایا میں ۳۴۰	culous meningitis.
— سلہ کی تقریب تدوی التهاب سجایا میں ۳۴۰	tumor, differentiation in tuberculous
دماغی نظامی بخار ۲۲۸	meningitis.
— کی تقریب تدوی التهاب سجایا	Cerebro-spinal fever.
۳۴۰	differentiation in tuberculous meningitis.
— سیال کا خلوی بخار و التهاب وحاد التهاب	fluid, collection of, in poliomyelitis.
۲۴۲	
— کا امتحان و حاد التهاب وحاد التهاب	examination of, in acute poliomy-
۲۴۲ - ۲۴۳	elitis.
— مرض قرقانی میں ۲۶۶	in trypanosomiasis.
— تدوی التهاب سجایا میں ۲۲۴-۲۲۵	in tuberculous meningitis.
— التهاب سجایا ۲۲۸	meningitis.
تیشکر (کمرہ) دھیری یا سیت ۲۴۰	Clasere, Hunterian or hard.
جوان موگر وورن و جذم کے علاج میں ۲۴۵	Caulomagma oil in treatment of leprosy.
تقریب سیمینائی ۳۸	Chemosis.
صدی شعاع غاریٹ ۳۲۶	Clasi, actinomycosis of.
جذیری و عوکی سینک یا کسکر پتھر ۱۰۹	Chicken-pox.
— حیاتی ۱۱۱	bullous.
— کی تقریب پیچک سے ۱۱۱-۱۰۲	differentiation from small-pox.
— کسکری ۱۱۰	gangrenous.
— میں قرنطینہ کی حدت ۳۱	quarantine period in.
بچوں میں دہشت ۱۲۶	Children, rheumatism in.
ہیضہ ۲۴۶	Cholera.
ہیضہ کا ہیضہ ۲۴۶	Cholera vibrio.
ہیضہ ۲۵۱	Cholera.
وادی قریبی اور دیتی تب بچوں میں ۱۲۶	Chorea and rheumatic fever in children.
— دیتی تب میں ۱۲۰	in rheumatic fever.
مشکہ میں درے ۱۲۶	Choroid, tubercles in.
مشقی خلیہ میں درے ۲۴۰	plexus, tubercle in.
التهاب مشقی و آتشک میں ۳۰۰-۲۴۶	Choroiditis in syphilis.
توں آغام مشکہ (زد بسم) سے تولید و موت	Chrysops, spread of tularemia by.
کا پھیلا ۳۲۳	

سیاہ پوری تپ ۱۵۷
 مٹانہ کا اشتقاق ، ارتفاع تپ میں ، ۵۰
 خون کا ارتکاز حوضہ میں ، ۲۴۹
 -- کی کاشتیں ، تپ حررقہ میں ، ۲۱۲ - ۲۱۳ -
 ۲۱۵
 -- حررقہ نما حیات میں ، ۲۲۶
 غیر لائبریری خون کی حفظ مائیکروم تعظیم ،
 ٹائفس تپ میں ، ۱۶۳ - ۱۶۴
 خون کے اندر سے دہتی تپ کے دقیق
 عضویہ کی علیحدگی ۱۳۸
 نقل الدم (اسفان) ڈکھیریا میں ، ۱۷۵
 -- حقونہ اندم میں ، ۱۲۶
 بارڈٹ ڈرام کا تعاضل ، ۳۹
 بارڈٹ اور ڈاکوئی تثبیت قسم ، ۲۸۳
 بتری اور انسانی تدرن کے درمیان تمیز ، ۲۱۳
 بطور القلب : حالتی تپ میں ، ۲۳۰
 دماغ کی شماج-غفریت ، ۳۵۳
 -- میں استیوائی-طرائجات ، ۴۱۶
 حرمین شعبی تمدنی-وجہ سے تکیح الدم کا
 وقوع ۱۳۷
 کالی کھانسی میں شعبی تمدن کا وقوع ، ۱۲۷
 التهاب شعبی ، حرمین ، کالی کھانسی میں ، بطور
 پیچیدگی کے ، ۱۲۰
 -- کی تقریب حادثہ تدرن سے ، ۳۲۶
 -- تپ صوری میں ، ۲۰۹
 شعبی ذات الریه (شعبی ریری التهاب) تپ صوریہ
 میں بطور پیچیدگی کے ، ۲۰۹
 -- حصبہ (کھسرا) میں بطور پیچیدگی
 کے ، ۸۶
 -- کالی کھانسی میں بطور پیچیدگی کے ، ۱۲۰
 -- کی تقریب حادثہ تدرن سے ، ۳۲۶
 -- حادثہ التهاب دماغ اشتقاق میں ، ۲۳۷
 -- دہتی تپ میں ، ۱۲۳
 کبہ انداز کی تقریب طاعون سے ، ۴۶۱
 کبہ (کھڑ) دار طاعون ، ۲۵۶ تا ۴۶۰
 التهاب درجی ، سوزاکی دیکھ میں ، ۱۸۰
 پھوڑے کا سلیمرین آمیز لفظ پیدیں دسائی
 کے لئے ، ۱۵۵

Blackwater fever.
 Bladder, distension of, in pyrexia.
 Blood, concentration of, in cholera.
 cultures in enteric fever.
 in paratyphoid fever.
 dehydrated, prophylactic inoculation in
 typhus fever.
 isolation of micro-organisms of rheumatic
 fever in.
 transfusion of, in diphtheria.
 in septicaemia.
 Bordet-Dorham reaction.
 Bordet-Gengou fixation of complement.
 Bovine and human tubercle, distinction
 between.
 Bradycardia in Malar fever.
 Brain, actinomycosis of.
 abscess in.
 Brachyactis, chronic, pyramis from.
 in whooping cough.
 Bronchitis chronic, complicating whooping-
 cough.
 differentiation from acute tuberculosis.
 in enteric fever.
 Broncho-pneumonia, complicating enteric
 fever.
 meningia.
 whooping-cough.
 differentiation from acute tuberculosis.
 in acute poliomyelitis.
 in rheumatic fever.
 Babo, climatic, differentiation from plague.
 Balaic plague.
 Bursitis in gonorrheal rheumatism.
 Calf lymph, glycerinated, for vaccination.

آتروپائن کا انشراب دیشہ میں ۲۶۲	Atropine, injection of, in cholera.
— کا کاشفہ تب غرقہ میں ۲۱۶	test in enteric fever.
بل کی ایش طبعی ۳۵	Axilla, temperature of, normal.
حصیوں سے سرایت ۳۱ - ۳۰	Bacilli, infection by.
حصیہ امتلاقی مائطاتی تب میں ۳۳۱	Bacillus abortus in Malta fever.
— ابروجینز کپسولیس ۲۶۶	novogenes capsulatus.
— جری ۳۲۶	anthracis.
— قولونی عدوی، امیباتی مزاج	velli communis, in amebic abscess.
میں ۲۲۲ - ۲۲۳	
— ڈاکٹریائی، ۱۶۳ - ۱۶۰ - ۱۵۹	diphtheria.
— زحیر ۴۰۵	dysenteria.
— انفلونزہ ۱۵۳	influenza.
— کلیس لآخر ۱۶۱ - ۱۵۰ - ۱۵۱	Nich-Lodler.
— جذام ۲۲۹	lepra.
— سراپہ ۳۳۰	malici.
— ارثیائیس ۳۱۶	oedematosa.
— غرقہ نما لثہ ۲۲۲ - ۱۱۵	paratyphoeus A.
— غرقہ نما ب ۲۲۲ - ۱۵۱	paratyphoeus B.
— پرفریس ۲۶۶	perfringens.
— پرفیس ۱۵۱	pertussis.
— طاعون ۴۵۵	pestis.
— پروٹیس، ٹائفس میں ۱۱۲	proteus, in typhus.
— کولری ۲۵۶	tetani.
— تھورن ۲۲۸	tuberculosis.
— ٹولاری ۳۲۳	tularemia.
— غرقہ ۱۱۵	typhosa.
علم البرائیم با جرحیات کی تہریف ۱۸۰ - ۱۵۰	Bacteriology, definition of.
جراثیم پاشیدگی ۳۶	Bacteriolysin.
پیکریلیم نیو مونسلایس ۱۵۴	Bacterium pneumococci.
— وٹوری ۳۳۰	whitmorei.
شیل پرمیگنٹ، پیچک میں ۱۰۳	Bath, permanganate, in small-pox.
قصور علاج میں ۱۵	Baths in treatment.
بیر ۲۰۵ "مرض ترغان کے علاج میں ۲۶۵	Bayer "205" in treatment of trypanoso-
	minis.
بیدیا ثور ۲۲	Begginion.
شلیل ۳۲۵	Bell's palsy.
سلیم (قبر شیت) "لائی ملیریائی تب" ۳۰۶ - ۳۸۰	Benign tertian malaria.
بیرونی تنفس ۳۲۳	Biot's respiration.

دافع تب ادویہ ، ۶۰	Antipyretic drugs.
— علاج ، ۶۰-۶۱-۶۲	treatment.
— تب حرکہ کا ، ۲۲۱	of typhoid fever.
دافع عفونت علاج ، تب حرکہ کا ، ۲۲۲	Antiseptic treatment of typhoid fever.
دافع عفونت ادویہ ، ڈیپتھریا میں ، ۱۷۵	Antisepsis in diphtheria.
دافع تشنج ادویہ ، کانی سمبھانسو میں ، ۱۲۲	Antispasmodics in whooping-cough.
خند سس مصل ، ۲۷	Antitoxic serum.
— سن قرمز میں ، ۷۹	in scarlet fever.
خند سوم ، ۳۶-۳۷-۳۸	Antitoxins.
التهاب زائدہ دودھ ادویہ اور تب حرکہ کی تقریب ، ۲۱۴	Appendicitis, differentiation in enteric fever.
سم القادی لوبیت اور قوی تازیہ کی تقریب ، ۲۴۴	Arsenical pigmentation, differentiation from pigmentary syphilis.
آرسینو پزال ، ۲۸۶ تا ۲۹۲	Arsenobenzol.
— شمع لشریت کے علاج میں ، ۲۸۴	in treatment of actinomycosis.
— جود کے علاج میں ، ۳۳۶	anthrax.
— قراہیزا کے علاج میں ، ۳۰۸	frankemia.
— مہربا کے علاج میں ، ۳۸۸	malaria.
— تب موش گردی کے علاج میں ، ۲۹۸	rat-bite fever.
— سن ناکہ کے علاج میں ، ۳۶۶	relapsing fever.
— آتشک کے علاج میں ، ۲۸۶ تا ۲۹۲	syphilis.
— سے صوبیت ، ۳۰۴	pulsating.
— کا اعلیٰ اشراف جب کہ تعامل و سر میں	provocative dose of, when Wassermann
حقی غو ، ۲۸۴-۲۹۰-۲۹۳	reaction is negative.
آرسینو بلان ، ۲۸۷-۲۹۰	Arsenobillon.
آرسینو بنین ، ۲۸۷	Arsphenamine.
التهاب شراہین ، انطاسی یا مسدد ، ۳۷۸	Aortitis, obliterans.
— آتشک ، ۲۷۸	syphilitic.
التهاب مفضل ، کانوکا کی ، ۱۸۰	Arthritis, gonococcal.
— زحیر میں ، ۷۹۰	in dysentery.
— سن بحر روم میں ، ۴۳۰	in Mediterranean fever.
— دتین تب میں ، ۱۳۶-۱۴۰-۱۴۱	in rheumatic fever.
ایشیائی حیفہ ، ۴۳۶	Asiatic cholera.
اسپرگیلوسس ، ۳۵۶	Aspergilliosis.
تشخیصی اسپرگیلوسس ، ۳۵۶	Aspergillus fumigatus.
استصاصی سنجاری ، ۴۳۶	Aspirating syringe.
استصاص ، پکر کے امبیائی خراج کے علاج	Aspiration in treatment of amebic abscess
میں ، ۴۲۷	of liver.
الہیوما آتشک میں ، ۲۷۸	Atheisms in syphilis.
ایٹاکسل عرض ترقانی کے علاج میں ، ۳۱۷	Atoxyl in treatment of trypanosomiasis.

جدولی کتاب : ۶۲	Alacrin.
دلیومین پر لیت	Albuminuria.
— کسی بامکئی دھماکوں میں : ۴۶۰	in bubale plague.
— چھینہ میں : ۴۴۹	in cholera.
— اٹھارہ یا میں : ۱۶۰	in diphtheria.
— سی مہورہ میں : ۲۰۳	in enteric fever.
— سرخیاہ میں : ۱۳۲	in erysipela.
— سرانچہ یا کتار میں : ۳۳۹	in glanders.
— سی بحر روم میں : ۳۳۰	in Mediterranean fever.
— سی قرقرہ میں : ۴۴	in scarlat fever.
— چھوٹا میں : ۱۶	in small-pox.
— پیچ موی مرض میں : ۳۳۶	in spirochaetosis.
— آتشک میں : ۲۴۶	in syphilis.
— لڑکی تپ میں : ۳۴۹	in tertian fever.
— مرض ترلانی (قرقانی) میں : ۲۹۰	in trypanosomiasis.
— تپ زرد میں : ۳۴۰ : ۳۴۱	in yellow fever.
دلیوموزوں کی پیداہش جراثیمی فعل سے : ۲۵	Albacoses, production of, by bacterial action.
الکسین (سولن) : ۳۰	Alexine.
فلوی علاج : دیت (رومازم) کا : ۱۴۱	Alkaline treatment of rheumatism.
حساسی حالت کی اشتیاف سے مشابہت : ۳۴۴۹	Allergic state, resemblance to anaphylaxis.
آکالی تپ حرکت : ۲۱۲	Ambulatory typhoid.
امیبائی طرائیات : زہر میں : ۴۱۶	Amoebic abscesses in dysentery.
آلت اندام : کالا آزار میں : ۴۰۱	Anemia in kala-azar.
— سی بحر روم میں : ۳۲۹	in Mediterranean fever.
— مخلوط صراحتوں میں : ۳۸۲	in mixed infections.
— لڑکی تپ میں : ۳۴۶	in tertian fever.
— استمدان سدہ : ۳۳ : ۳۴	Anaphylactic shock.
— اشتیاف سم : ۳۱	Anaphylatoxin.
— اشتیاف : ۳۰	Anaphylaxis.
— سیاہ پرتی تپ میں : ۳۹۰	in blackwater fever.
— آنافیر ماکلیولی پرنس : ۳۰۳	Anopheles maculipennis.
— آنافیر امپریا میں : ۳۰۰	Anopheles in malaria.
— آنا : ۳۴۰	Anthon.
— چندی : ۳۳۵	catarrhus.
— ضد جراثیمی مصل : ۳۴	Antibacterial serum.
— ضد ایضام : ۳۸ : ۳۹	Anti-bodies.
— ایضام جنس : ۳۴	Antigens.
— ضد مائیکروبی مصل : ۳۴	Antimicrobial serum.
— سہلہ : کالا آزار میں : ۳۰۳	Antimony in kala-azar.
— قرقانیہ میں : ۳۹۰	in trypanosomiasis.

اشاریہ و اصطلاحات

عمل طلب

جلد اول

(اشاریہ الیکٹری حروف تہجی کے لحاظ سے مرتب ہے ۔ الیکٹری الفاظ کے عادی
الکترہ یا مرادفات درج ہیں اور ان کے آگے اس کتاب کے اردو صفحات کا حوالہ دیا گیا ہے)

شکسی قسم انفلوئنزا کی ۱۵۶	Abdominal type of influenza.
خراج یا خراجات	Abscess or Abscesses.
- چرلی کی تقریق و جیسی سرخاؤ سے ۱۳۵۱	alveolar, differentiation from facial erysipelas.
- امیبائی ، زحیر میں ۲۹۶	amebic, in dysentery.
- زحیر سحر پیچیدہ ، تھوڑے والے ۴۱۰	complicating dysentery.
- جلدی ، سرخاؤ نما مرض میں ، ۳۴۰	cutaneous, in melioidosis.
- کی تقریق گائوکائی سرخاؤ سے ۱۲۲۱	differentiation from gonococcal infections.
- دیوی ، سرخاؤ نما مرض میں ، ۱۴۰	pulmonary, in melioidosis.
معد غذائی اشیا ۱۱	Accessory food factors.
معدی تقریق کی تقریق جراثیم ناریہ سے ۲۰۲	Acne vulgaris, differentiation from follicular syphilis.
شعاع فطر موشیہ ۳۳۸ - ۳۳۹	Actinomyces bovis.
شعاع فطریہ ۳۳۴	Actinomyces.
تار باغن ۲۵۸	Actinomyces lousae, tarabagan.
تھدی التهاب تھدی کی تقریق تھدی بخار سے ۱۲۳	Adenitis, tuberculous, differentiation from glandular fever.
ایڈرنالین کا استعمال آرمینو بیکال کی مسوہیت میں ۳۰۲	Adrenalin in arsenic-benzol poisoning.
تھری ایڈری ۲۳۹	Aedes argentatus.
معدی تقریق سرایت ۳۹۷	Adeno-autumnal infection.
انزاق ۳۹	Agglutination.
انزاقی امتحانات حقیقہ میں ۲۵۳	tests in cholera.
- سے فرق نما حیات کی تشخیص ۲۲۷-۲۲۸	diagnosis of paratyphoid fever.
- سے حس بحر دوم کی تقریق تشخیص ۲۳۹	differential diagnosis of Mediterranean fever.
انزاق ۳۸ - ۳۹	Agglutination.
تھریہ ۳۹۷	Ague. See also Malaria.

اشاریہ و اصطلاحات

عمل طلب

جلد اول

(اشاریہ انگریزی حروف تہجی کے لحاظ سے مرتب ہے۔ انگریزی الفاظ کے عادی الکاترجمہ یا مرادفات درج ہیں اور ان کے آگے اس کتاب کے اردو صفحات کا حوالہ دیا گیا ہے)

شکسی قسم انفلوئنزا کی	۱۵۶	Abdominal type of influenza.
خراج یا خراجات		Abscess or Abscesses.
— چرلیڈی کی تقریق و جیسی سرخبادہ سے	۱۳۵۱	alveolar, differentiation from facial erysipelas.
— امیبائی، زحیر میں	۲۹۶	amebic, in dysentery.
— زحیر سکو پیچیدہ، تھوڑے والے	۴۱۰	complicating dysentery.
— جلدی، سرخبادہ نما مرض کہیں	۳۴۰	cutaneous, in melioidosis.
— کی تقریق گائوکائی سرایتوں سے	۱۲۲۱	differentiation from gonococcal infections.
— دیوی، سرخبادہ نما مرض میں	۱۴۰	pulmonary, in melioidosis.
معدن غذائی اشیا	۱۱۱	Accessory food factors.
مسمولی تغذیہ کی تقریق جراثیم ناریہ سے	۲۷۲	Acne vulgaris, differentiation from follicular syphilide.
شعاع فطر مویثیہ	۳۳۸ - ۳۳۹	Actinomyces bovis.
شعاع فطریہ	۳۳۷	Actinomyces.
تارہ باگن	۲۵۸	Actinomyces louse, tarabagan.
تھدی التهاب تھدوی کی تقریق تھدی بخار سے	۱۲۳۰	Adenitis, tuberculous, differentiation from glandular fever.
ایڈرینالین کا استعمال آرمینو بیکائی کی مسمویت میں	۳۰۲	Adrenalis in arsenic-benzol poisoning.
تھری ایڈری	۲۳۹	Aedes argentatus.
معدن طریقی سرایت	۳۷۹	Adiaco-autumnal infection.
انزاق	۳۹	Agglutination.
انزاقی امتحانات حقیقہ میں	۲۵۳	tests in cholera.
— سے فرقہ نما حسیات کی تشخیص	۲۲۷ - ۲۲۸	diagnosis of paratyphoid fever.
— سے حس بحر دوم کی تقریق تشخیص	۲۳۹	differential diagnosis of Mediterranean fever.
انزاقین	۳۸ - ۳۹	Agglutins.
تھریہ	۳۹۹	Ague. See also Malaria.



سلسلہ علم و ادب

یہ سلسلہ آف میڈیسن

عمل طب

ای۔ پی۔ پوٹن ایم۔ اے ایم۔ ڈی (آکسن) ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)

معاونت

سی۔ پی۔ سینڈرز ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر آر۔ ڈی۔ گیلیس این۔ ایچ۔ فیئرلے ڈبلیو۔ ایم۔ ایس

ڈاکٹر محمد عثمان خالصا صاحب ایل۔ ایم۔ اینڈریس (بھی) رکن سرسہ تالیف و ترجمہ

جسٹ

یہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع پانز ویم ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ ڈی۔ محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس رکن سرسہ تالیف و ترجمہ

۱۳۵۴ھ ۱۳۵۵ھ ۱۳۵۶ھ ۱۳۵۷ھ ۱۳۵۸ھ

سلسلہ علم و ادب

یہ کتاب ہے اینڈ اے۔ چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں ترجمہ
کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین

صفحہ

۱ تا ۱۹۶

امراض اعضائے تنفس

- امتحان سیدہ - ۱ - التهاب قصبتہ الریہ اور نوعی سرایتیں - ۲۱ -
 نو بالیدیں تیسرے - ۲۳ - شعبی التهاب - ۲۷ - تمدد الشعب - ۳۳ -
 حمۃ القش اور دمہ - حالت حساسیت - ۳۸ - تمدد - ۶۵ - تشویش
 کا نفاخ - ۶۸ - ہیپوٹ - ۷۵ - افریما - ۷۹ - ذات الریہ - ۸۱ -
 فریڈ لینڈر کا ذات الریہ - شعبی ذات الریہ - ۹۸ - خراج - ۱۰۴ -
 لیفی شش - ۱۰۵ - گنگرین - ۱۱۰ - رئوی تدرن - ۱۱۳ - انفک - خراش آمد
 کیسول تسمم - ۱۳۸ - ریوی سدا دیت و علقیت - ۱۵۰ - درول
 صدی نوایہ جات - ۱۵۶ - ذات الجنب اور قیقع الصدہ - ۱۶۳ -
 استسقاء الصدہ - صدر دمویت - کیلوکس صدی - ۱۸۱ -
 استرواح الصدہ - ۱۸۴ - ڈائفرامی فتق - ۱۹۰ - التهاب سطحہ - ۱۹۲ -

۱۹۷ تا ۲۴۴

ناک، گلے اور کان کے امراض (طبی نقطہ نظر سے)

- زکام - ۱۹۷ - مزین التهاب الانف - ۲۰۱ - التهاب الجوف - ۲۰۳ -
 رفاف - ۲۰۴ - التهاب اللوزہ - ۲۰۵ - ذبحہ و ٹنٹ - ۲۱۱ -
 بلعوی لوزات - ۲۱۲ - لسانی لوزات - ۲۱۳ - مزین التهاب البلعوم -
 نم - ۲۱۴ - خلف البلعوم خراج - ۲۱۵ - التهاب خنجرہ - ۲۱۶ - تدرن - ۲۲۱ -

آتشک - ۲۲۴ - سلعات - اجسام مذیبہ - ۲۲۵ - عضلات منجرہ شکل -
 ۲۲۸ - تشنج زمار - ۲۲۴ - پیدائشی بخوری صرصرہ - صدم حسیت - ۲۲۷
 کان - ۲۲۹ - التهاب الاذن الوسطی - ۲۲۲ -

امراض اعضائے دوران خون ۲۲۵ تا ۴۵۵

قلب کا امتحان - ۲۲۷ - قابلیت جذبہ کی تخمین - ۲۶۲ - لاشعائیں
 ۲۶۵ - نبض کبری - ۲۶۸ - نبض دریدی - ۲۷۶ - فعل قلب کی
 غیر طبعی حالتیں - ۲۷۹ - جونی بقیاعدگی - قلبی مسدودی اور ایڈم
 سائیکس کا علامتیہ - ۲۸۳ - پیش از وقت ضربات - ۲۸۹ - قلب کا
 کثیر الوقوع فعل - ۲۹۵ - سادہ دوری سرعت القلب - ۲۹۶ - ذہنی
 رفقہ - ۳۰۱ - اذین کا ریشکی انقباض - ۳۰۲ - نبض متبادل -
 قلیل الوقوع فعل - ۳۱۳ - بطن کا ریشکی انقباض - قلب کے امراض
 تعویض - ۳۱۶ - پیش پرورش - ۳۱۷ - اتساع - ۳۲۱ - تعویض شکل
 ۳۲۳ - التهاب عضلہ قلب - انحطاط عضلہ قلب - ۳۲۷ - اشتقاق -
 قلب کا انورسما - ۳۳۲ - نوبالیدگیاں اور طفیلیات - جمی روماتزمی
 ۳۳۶ - زفن - ۳۵۲ - حاد التهاب دروں قلب - مزمن التهاب
 دروں قلب - ۳۵۹ - اورطی ضیق - اورطی بازروی - ۳۶۲ - طرانی
 مرض - ۳۶۸ - طرانی ضیق - ۳۷۲ - یہینی مصرعی مرض - تشخص
 انذار اور تحریر - ۳۷۳ - قلب کے مزمن مرض کا علاج - ۳۸۱ -
 خبیث التهاب دروں قلب - ۳۹۰ - علامتیہ جذبہ - ۳۹۸ - پیدائشی
 تشوہات - ۴۰۲ - التهاب تائمر - ۴۱۰ - مزمن تضیق التهاب تائمر
 تائمری اجتماع آب - ۴۱۷ - تائمری ہوائی اجتماع آب - تائمری
 اجتماع الدم - ذبحہ صدیہ - ۴۱۹ - رموی عروق کے امراض
 ساری شریانی التهاب - ۴۲۹ - مزمن شریانی انحطاطات - ۴۳۲ -
 شریانی صلابت - ۴۳۶ - بلند فشار شریانی - ۴۳۹ - عرجان موقوف
 ۴۴۵ - حرقی وبع الجواج - ۴۴۸ - انورسما - ۴۴۹ - اورطی کا

پیدائشی تضائق - مرض ریٹاڈ - ۳۵۸ - التهاب الوریڈ - ۳۶۲ -

عظفیت اور سداویت - ۳۶۳ - عرقی عصبانی افیما - ۳۷۱ -

امراض اعضائے مضم

۷۱۳ ۴۷۶

امتحان شکم - ۴۷۶ - شکم حاد - ۴۸۱ - التهاب الغم - عفونت دہن -

۴۸۲ - قلاع - ۴۸۷ - مری کا تسد - ۴۸۹ - قواد کا عدم ارتخار -

۴۹۳ - عطف - ۴۹۵ - معدہ اور اثنا عشری کے امراض - معدہ

کا امتحان - لاشعائیں - ۴۹۶ - امتحانی غذا - ۴۹۹ - سوخہ مضم - ۵۰۶

بلغ الہوا - ۵۲۰ - سقوط المعدہ - ۵۲۳ - ہشیر پائی - دوری -

۵۲۶ - معدہ اور اثنا عشری کا حاد اتساع - ۵۲۸ - حاد التهاب

۵۳۰ - مضمی قرعہ - ۵۳۲ - معدی صائنی اور صائنی قرعہ - ۵۳۹ -

مزین اتساع - ۵۵۰ - معدہ کا ریت گھری انقباض - ۵۵۳ -

پیدائشی بیش پرورشی ضیق - سرطان معدہ - ۵۵۴ - غیر خصیت ملقا -

قبض - ۵۶۲ - قنال غذائی تقسم الدم - ۵۶۹ - اسہال - ۵۷۳ -

نزف معوی - قولنج - ۵۷۵ - معوی التهاب - ۵۷۹ - غذائی تقسم -

امعاء کے امراض - شکمی مرض - ۵۸۶ - غلغولی التهاب الامعاء -

التهاب القولون - ۵۹۰ - التهاب زائیدہ - ۵۹۶ - عظفیت -

۶۰۳ - تدرن نوبالیدیں اور آتشک - ۶۰۶ - معوی تسد - ۶۰۹ -

انفداد الامعاء - ۶۱۶ - ہرش پروگک کا مرض - ۶۲۱ - جگر کے

امراض - کبدی وظیفہ اور وظیفی کاشغات - ۶۲۳ - یرقان - ۶۲۶ -

استبقاؤ شکمی - ۶۳۵ - جگر کے امراض - ۶۳۹ - معوی ساری کبدی

یرقان - ۶۴۰ - جگر کا حادثہ - ۶۴۳ - کہبت - آتشک اور تدرن

۶۴۷ - نوبالیدیں - ۶۵۸ - کبد شمیم - ۶۵۹ - گرد کبدی التهاب

التهاب وریڈ الباب - ۶۶۷ - صفراوی آتشک وظیفی امتحان - ۶۷۰ -

التهاب مرادہ - ۶۷۳ - شگہائے صفرا - ۶۷۶ - تقبی التهاب

قنات ہائے صفرا - ۶۸۱ - بنقراس کے وظیفی کاشغات - ۶۸۲ -

عاد الہتہاب بنقراس - ۶۸۷ - مزمن الہتہاب بنقراس - ۶۹۰ - شک
نومیلے اور دوریات - عاد الہتہاب باریطون - ۶۹۲ - زیر ڈایا فرائی
خراج - مزمن الہتہاب باریطون - تدر فی الہتہاب باریطون - ۷۰۴ -
باریطونی انصبایات اور نوبالیدی - ۷۰۹ -

خون طحال اور لمفائی نظام کے امراض - ۷۱۵ تا ۷۸۹

امتحان خون - ۷۱۵ - غیر نکوین الدمی (قلتی) عدم دمویت - ۷۲۹ -
احضرت - ۷۳۲ - سادہ بے ترشہ عدم دمویت - ۷۳۴ - قلف عدم دمویت
۷۳۶ - غیر ذاتی خلویت - ۷۳۲ - بچپن کی غیر نکوین الدمی عدم دمویت
۷۴۵ - آلف الدمی عدم دمویت - ۷۳۶ - بے صفرا بولی یرقان -
۷۴۷ - نیکر کی عدم دمویت - طحالی عدم دمویت - ۷۴۹ - پشین موت
۷۵۱ - سلو احضر - کثرت خلیات احمر - احمر دمویت - ۷۶۰ - احمر خلویت
ہیموگلوبن دمویت - ۷۶۳ - دوری ہیموگلوبن بولیت - ۷۶۵ - میٹ
ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت پر پٹورا - ۷۶۶ -
زہیغیت - ۷۷۳ - نقل الدم - ۷۷۶ - خون کا تعالیٰ اور ترشہ
سمیت - ۷۷۹ - امراض طحال - ۷۸۶ - گٹھن کا مرض نامتین اور
پکت کا مرض - جینڈ اور کرجن کا مرض - امراض نظام لمفائیسیہ -
۷۹۱ - مرض ابکن - ۷۹۲ -

تھول اور اندرونی افراز کے امراض - ۷۹۹ تا ۹۰۷

اساسی تھول - ۷۹۹ - ذیابیطس شکر - ۸۰۲ - غذاؤں کی فہرستیں - ۸۳۳ -
قلیل شکر دمویت - ۸۵۰ - غدہ درقیہ مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث
کائثر - محفوظی کائثر - ۸۵۲ - قنات - ۸۶۹ - نزد رقی غدیش نزد رقی
۸۷۰ - کزنر - ۸۷۲ - غدہ تیموریہ - ۸۷۷ - فوق الکلی کیسے - ۸۷۸ - مرض
ایڈین - ۸۸۱ - سلفات - ۸۸۴ - غدہ نخریہ - ۸۸۶ - ذیابیطس ملیخ -
۸۹۳ - غدہ صنوبریہ - ۸۹۶ - تناسلی غدہ - زنانہ اعضا - ۸۹۷ -
بیش قابل تناسلیت - ۹۰۰ - قزہی - ۹۰۱ - تصبی - ۹۰۶ -

THE PRACTICE OF MEDICINE

عمل طب

جلد دوم امراض اعضاء تنفس

امتحان سینہ

معائنہ (inspection) - سینہ کو سامنے، پیچھے اور اوپر سے دیکھنے پر بعض غیر طبیعی امور مثلاً مختلف قسم کے جلدی ثورات (eruptions) و بیلہ (emphysema) کے پراگنے علامات کے ندبات (scars) یا ہندوق کے زخموں کے ندبات اور ویدوں کی کلائی دیکھے جاسکتے ہیں، اسی طرح سینہ کی شکل و حرکات کا کوئی تغیر موجود ہو تو وہ بھی مشناخت کیا جاسکتا ہے۔ ویدوں کی کلائی کے متعلق یہ ضروری ہے کہ پھولی ہوئی ویدوں کے اور ان ویدوں کے درمیان جو معمول کے نسبت زیادہ اوپری واقع ہوں، امتیاز کیا جائے، کیونکہ اول الذکر اور وہ اجوف

(venæ cave) کے داخلی تسد (obstruction) پر ولادت کرتی ہیں اور آخر الذکر کو فی امر انضیاتی اہمیت نہیں رکھتیں۔ ایک سند رست بالغ کے سینہ میں جن امور کو دیکھنا چاہئے وہ سب ذیل میں: سینہ کی شکل کسی قدر چھٹی بیضوی ہوتی ہے، یعنی اس کا ترتیب سیسی (antero-posterior) قطر عرضی قطر کے نسبت بہت کم ہوتا ہے۔ سینہ کی زیادہ چوڑائی اُس کے زیرین حصے میں ہوتی ہے۔ ترقوی ہڈیاں (clavicles) جنس خفیف طور پر ابھری ہوئی ہوتی ہیں اور ان کے اوپر بعض خفیف سائیب اور نیچے سٹڈی کوئی نشیب ہوتا ہے۔ نشیب کا محل وقوع چوتھی پسلی پر یا اس کے بالائی یا زیرین کنارے پر ہوتا ہے۔ زاویہ (شراسینی زاویہ: epigastric angle) ۹۵ تا ۱۰۵ درجہ کا ہوتا ہے۔ اس کا داس غفروہ سفی (ensiform cartilage) کے مقام پر ہوتا ہے اور اس کے ہر جانب ساتویں اور آٹھویں غلطی کریاں ہوتی ہیں۔ عظم الکف (scapula) صدر کے پچھلے حصے سے قریبی طور پر متوافق ہوتا ہے اور حذو کہ سینہ ہوتا ہے۔ شہیق (inspiration) یعنی سانس اندر لینے میں سینہ کا محیط ۲ تا ۳ انچ بھیلتا چاہئے، دونوں جانبوں کی حرکت متشاکل (symmetrical) ہونی چاہئے، شراسینی زاویہ پوڑا ہو جانا چاہئے اور قفس (sternum) کو آگے بڑھ آنا اور نیچے کی پسلیوں کو اوپر اٹھ جانا چاہئے۔ گہری سانس لینے پر زیر ترین بین ضلعی فضاؤں کو اپنی جگہ سے محض ذرا ہی پیچھے ہٹنا چاہئے۔

سائنہ کے ذریعہ سینہ کی شکل کی غیر طبعی حالتیں نوٹ کی جاتی ہیں اور یہ اسباب ذیل کا نتیجہ ہو سکتی ہیں:- (الف) امراض شش - تنفخ (emphysema) میں سینہ معمول سے زیادہ کش و د اور شراسینی زاویہ نسبت زیادہ پوڑا ہوتا ہے۔ پھیپھڑے کی لیفیست (fibrosis) میں جیسی کہ ریل ریلوی (phthisis) میں ہوتی ہے، معتامی انقباض کی وجہ سے جو کہ عموماً ایک یا دوسرے داس پر واقع ہوتا ہے، سینہ غیر متشاکل ہو جاتا ہے۔ (ب) ایسے امراض عظام جیسے کہ وہ تشوہات (deformities) ہو کہ سٹہ (rickets) اور شوک کے زاویاتی اور جانبی انحنائوں کے باعث ہو جاتے ہیں۔ مگر ہے کہ سینہ غیر متشاکل ہو جائے، یا غیر طبعی شکل کا ہونے کے باوجود بدستور دو جانبی تشاکل ظاہر کرے۔ بالعموم شعبی التهاب (bronchitis) اور شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia) بھی اُن تشوہات کے پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں جو کہ کاتہ کا نتیجہ ہوتے ہیں (رج) ممکن ہے کہ نوعمر موضوعوں میں قلب کی بیش پرورش (hypertrophy) بائیں پہلو میں دیوار سینہ کا ایک مقامی ابھار پیدا کر دے۔

سینہ کا محیط ایک فیٹہ کے ناپ سے اور عرضی اور پیش پشی قطر ایک قطر پیم (callipers) کے ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ سینہ کی شکل ایک لچھاء پیم (cyrtometer) سے حاصل ہو سکتی ہے جو نرم دھات کے دو لمبے ٹکڑوں پر شکل ہوتا ہے اور جس میں ان ٹکڑوں کے ایک طرف کے سرے باہم ڈھیلے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

سائنس سے ہم صدر کی شکل اور تشاگل کی تبدیلیوں کے علاوہ حرکات تنفس کی نوعیت بھی نوٹ کر سکتے ہیں۔ تنفس کا طبعی توازن بانوں میں فی منٹ تقریباً پندرہ تا اٹھارہ ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ نسبت بہت زیادہ تیز ہوتا ہے۔ یہ توازن میں باز آمد ہو سکتا ہے اور عمر کے ساتھ بدل سکتا ہے۔ ریوٹی یا دوسرے مبداء کے مرض کی مختلف قسموں میں حرکات تنفس معمول کی نسبت مست یا زیادہ تیز، غیر عمیق یا عمیق تر، کمزور یا قوی تر ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ غیر منتظم یا متعادل ہوں۔

بھجور (dyspnoea) ایک سرریاتی اصطلاح ہے جو پھولی ہوئی سانس (shortness of breath) کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، اور یہ مریض کا اپنا احاس ہے کہ مزید تنفس کی کوشش کی ضرورت ہے۔ (الف) تنفسی شج کی زیادتی (سرعت)

تنفس (polypnoea) (ب) تنفسی ضخامت کی زیادتی (بلیش تنفس hyperpnoea) (ج) پھیپھڑوں کے اندر اور باہر ہوا کے جانے آنے میں رکاوٹ (obstructive dyspnoea) موجود ہو سکتی ہے۔ آخر لکھ

صورت میں یہ وقت یا تو دورانِ شہیق (inspiration) میں (شہیقی بھجور inspiratory dyspnoea) یا دورانِ زفیر (expiration) میں (زفری بھجور expiratory dyspnoea) نہایت نمایاں ہو سکتی ہے۔ اگر مریض کو زیادہ سہولت کے ساتھ

سانس لینے کے لئے مجبور آ بیٹھنا پڑے، جیسا کہ بہت سی ریوٹی اور قلبی امراض کی صورت میں ہوتا ہے، تو اس حالت کو انتصابی تنفس (orthopnoea) کہتے ہیں۔ بطور تنفس (bradypnoea) یا تنفسی شرح کی تخفیف جس کے ساتھ

بندہ جزی ہو اپنی جاتی ہے، طبعی حالت میں نیز التهاب دماغ (encephalitis) کے بعد ہونا بیان کی جاتی ہے (۱)۔

یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ آیا تنفس کا عمل زیادہ تر سینہ کے بالائی حصے سے انجام کو پہنچتا ہے جیسا کہ عورتوں میں عام ہوتا ہے، یا زیریں حصے سے جو مردوں کی ممتاز خصوصیت ہوتی ہے۔ اب معائنہ میں شکلی دیواروں پر کئی نظر ڈالنی چاہئے، جن سے گواہی عجب ماحول کا فعل ظاہر ہوتا ہے، یعنی جب عجب ماحول مقبض ہوتا ہے تو شکلی دیواریں آگے کو ٹپو آتی ہیں اور جب وہ مریختی (relaxed) ہوتا ہے تو شکلی دیواریں پیچھے کو ہٹ جاتی ہیں۔ سینہ کے ایک حصے کا غیر مناسب استعمال اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اس کے دوسرے حصے میں مرض ہے۔ معائنہ، کمون سے سانس لینے میں اور مریض کے زور سے اندر سانس لینے (شہلیق: inspiration) میں دونوں حالتوں میں کرنا چاہئے۔

جہاں اسٹوئکس تنفس (Cheyne-Stokes respiration)۔ اس قسم کی سانس کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں تنفس کی زیادتی (بیش تنفس hyperpnea) اور تنفسی حرکات کی غیر موجودگی (عدم تنفس: apnea) کے



شکل ۸۔ چین اسٹوئکس تنفس۔ اس منحنی (curve) کو بائیں طرف سے دائیں طرف پڑھنا چاہئے، اور وقت کا اندراج نیچے ثانیوں (seconds) کے نشانوں سے کیا گیا ہے۔ دم تنفس کے عرصے میں جو چھوٹے چھوٹے موجات درج ہیں وہ قلب کی ضربات کی وجہ سے ہیں۔

متبادل عرصے ہوتے ہیں۔ بیش تنفسی عرصے تنفسی ضخامت (respiratory volumes) کا تدریجی پڑھاؤ اساتر ظاہر کرتے ہیں جیسا کہ شکل ۸ میں بتلایا گیا ہے۔ ایک ڈوریہ

(cycle) کی پوری مدت میں تاساٹھ سیکنڈ ہو سکتی ہے، اور اس میں تنفسات کی تعداد پانچ سے لکر ساٹھ تک مختلف ہوتی ہے۔ تنفس کی زیادتی کے عرصہ کے وسط میں تنفس کی شرح فی منٹ پچاس یا ساٹھ تک تیز ہو سکتی ہے۔ چین اسٹوکس تنفس غالباً تنفسی مرکز کی محرک پذیری (excitability) کے تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے اور اس سے عموماً آکسیجن کی کمی ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ دماغی شرائین کے قطر یہ (calibre) کے تغیرات اس کا سبب ہوں، اور نخاع مستطیل (medulla) کی شریاؤں کا نوبتی انقباض (periodic contraction) فوجتی عدم تنفس (periodic apnoea) پیدا کر دیتا ہو (2)۔ چین اسٹوکس تنفس کبھی کبھی طبی اشخاص میں مرنے کی حالت میں موجود ہوتا ہے اور مرتفع اور بلند مقامات پر بہت عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ کثیر التعداد امراض صیاتی حالتوں میں وہ اکثر موت سے چند گھنٹے پہلے واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس ان ضعیف العمر اشخاص میں جو عضلہ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) اور شریانی مرض میں مبتلا ہوں، چین اسٹوکس تنفس کا مہینوں جاری رہنا معلوم ہوا ہے۔ بیش تنفسی عرصہ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ خون سے CO_2 کو دھو کر خارج کر دیتا ہے لہذا اب تنفسی مرکز متہیج نہیں ہوتا اور سانس موقوف ہو جاتی ہے۔ وقفہ کے دوران میں CO_2 بتدریج مجتمع ہو جاتی ہے اور جوفیسزوں (alveoli) میں کی آکسیجن خرچ ہوتی رہتی ہے۔ اس کے بعد جب آکسیجن کی احتیاج ناگہانی طور پر محسوس ہوتی ہے تو سانس پھر شروع ہو جاتی ہے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) کے دوران میں پھیپھڑوں میں آکسیجن پر سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن چونکہ مرکز تنفس ضرورت سے زیادہ متہیج ہو جاتا ہے لہذا CO_2 دھو کر خارج ہو جاتی ہے اور آکسیجن کی احتیاج سرعت موجود نہیں رہتی۔ اس طرح چین اسٹوکس تنفس کا انحصار دو جدا جدا عاملوں کی موجودگی پر ہوتا ہے جو مرکز تنفس کو متہیج کرتے ہیں۔ یہ عامل یہ ہیں: آکسیجن کی احتیاج اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) (Pembrey and Allen)۔ چین اسٹوکس تنفس کو ایک ابن کے حاکم کی جوینہ گی ("hunting of the governor") سے تشبیہ دیا جاسکتی ہے جو آڑ پیلے (flywheel) کی غیر موجودگی میں واقع ہوتی ہے۔ تنفس کے ان تغیرات کے ساتھ دوسرے مظاہر بھی ہو سکتے ہیں۔ عدم تنفس (apnoea) کے احتتام پر چین کی

امتیاج کے زماں میں 'مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے، وہ غافل اور بے پروا ہو جاتا ہے اور اس کا چہرہ کبود (livid) ہو جاتا ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ بیش تنفسی عریض کے آخری حصے میں مریض متہیج (excited) ہو جائے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) میں ممکن ہے کہ پتلیاں تنفس ہو جائیں اور عدم تنفس (apnoea) میں پھر سکر جائیں۔ نبض اکثر مشافہی متاثر ہوتی ہے لیکن سٹریف ٹیلر (sir F. Taylor) نے مشاہدہ کیا کہ وہ بیش تنفس کے ابتدائی اور درمیانی زمانوں میں تیس سیکنڈ کے لئے بالکل موقوف ہو سکتی۔

تنفس بقیہ (Biots respiration) میں جو عام ترین طور پر التهاب سحنا (meningitis) میں دیکھا جاتا ہے، کئی سیکنڈ (تیس یا زائد سیکنڈ تک) کے وقفے کم و بیش توتبی طور پر واقع ہوتے ہیں لیکن تنفسات کا چڑھاؤ آہستہ آہستہ رائج شعا عین (Röntgen rays)۔ یہ طریقہ تحقیقی سینہ کے مرض کی حقیقت شناخت کرنے یا اس کی وسعت اور جاسے وقوع کا اندازہ کرنے کیلئے نہایت منفعت بخش ہے۔ حجاب عاجز کی وضع اور حرکت، اور ریوی تجمد (pulmonary consolidation) ورنہ (tubercle)، نوبالیدوں اور اضع انصباب (liquid effusions) کی موجودگی کی شناخت، پردہ پر نظر آنے والے سایہ سے کیجا سکتی ہے، اور ان کی عکسی تصویریں لیجا سکتی ہیں۔ مریض کے امتحان کا بہترین طریقہ عموماً یہ ہے کہ اسے افقی وضع میں دیکھنے کی بجائے انتصابی وضع میں دیکھا جائے۔ جس (palpation)۔ اس سے یہ مراد ہے کہ سینہ کے حرکات کے امتحان کے لئے یا اس کی دیواروں کے ارتعاشات (vibrations) کے مطالعہ کیلئے جو آواز یا دوسرے سبب سے پیدا ہو جاتے ہیں، سینہ کی سطح پر ہاتھ رکھا جائے لول لڈر مقصد کے لئے ایک ہی وقت میں ایک ایک ہاتھ سینہ کی ہر جانب پر ترقوی ہڈی (clavicle) کے نیچے یا زیر کتفی (infra-scapular) خطے یا زیر بغلی (infra-axillary) خطے پر رکھا جاتا ہے جس سے حرکت کی مطلق اور اضافی مقداریں کیقدر صحت کے ساتھ معلوم کی جا سکتی ہیں۔ آخر الذکر مقصد کے لئے ہاتھ سینہ پر چپٹا رکھ دیا جاتا ہے اور یہ نبض بلند آواز سے ہوتا ہے۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں ہاتھوں

بیک وقت سینہ کی ہر جانب پر متشاکل (symmetrical) وضعوں میں رکھا جائے۔
 ہاتھوں کی ٹھہری (dorsal) سطحیں اور راسی (palmar) سطحیں دونوں اکتال کیجائی
 ہیں (Jex-Blake)۔ حالت صحت میں دیوار سینہ میں ایسے ارتعاشات ہوتے ہیں جو
 اُس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو صاف طور پر محسوس ہوتے ہیں [ملنسی صوتی حقیف
 (tactile vocal fremitus) یا ملنسی ہارتعاش (tactile vibration)]۔ اس
 کے لئے ضروری ہے کہ احوال صوت (vocal cords) کا ارتعاش طبعی ہو اور پھیپھڑوں
 کی ایصال قوت (conductivity) طبعی ہو اور اُس کے ساتھ ہی شیمی انبوبات
 (bronchial tubes) مفتوح ہوں اور شش کی بافت آئینگی ہو۔ ارتعاش کی مقدار
 تندرست اشخاص میں مختلف ہوتی ہے۔ بالغ مردوں میں بن کی آواز گہری اور گونجنے
 والی ہو سب سے زیادہ ارتعاش پایا جاتا ہے۔ عورتوں اور بچوں میں یہ ارتعاش
 قلیل ترین یا غیر موجود ہوتا ہے۔ ارتعاش مرض کی حالت میں ہر ایسی چیز سے کم یا
 نابود ہو جاتا ہے جو شیمی انبوبات میں رکاوٹ پیدا کر دے یا پھیپھڑوں کو چھکا کر ان کی
 اسفنجی بافت کو محسوس بنا دے، مثلاً پلیورائی کہفہ کے اندر بلع (liquid) یا ہوا کی
 موجودگی (استرواح الصدر: pneumothorax)۔ جب شش کی بافت کے بچھڑ
 (consolidation) کے ساتھ شیمی انبوبات کی مفتوح حالت (patency) ہو تو ارتعاش
 زیادہ ہو جاتا ہے۔ ذات الریہ (pneumonia) میں جب چھوٹے انبوبات افزائے
 بھرے ہوئے ہوں تو ارتعاش کم یا غیر موجود ہوتا ہے، لیکن اگر انبوبات کھانسنے
 صاف ہو گئے ہوں تو وہ زیادہ ہو جاتا ہے۔
 جس (palpation) سے پلیورائی فک (pleural friction) کے ارتعاشات
 شیمی تنگی کے ارتعاشات (خرخرات: rhonchi) اور کہفوں میں پیدا ہونے والی
 بعض آوازوں کے ارتعاشات بھی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ متناظر آوازوں کا
 مذکورہ استماع (auscultation) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔
 قوع (percussion)۔ قوع یعنی ٹھیکنے یا ٹھونکنے سے جسم کے کسی بھی حصے
 سے آواز پیدا کیا جاسکتا ہے۔ مثلاً ران سے ایک بالکل اعتماد آواز (absolutely
 dull sound) نکلتی ہے، جو محض ایک شور (noise) ہوتی ہے جس میں صرف

جو صفات ہوتے ہیں یعنی بلندی (loudness) اور مدت (duration)۔ جب سینہ یا شکم کو (جو ہوا دار کہتے ہیں) ٹھوکا جاتا ہے، تو ان کی آواز ایک حد تک تو ایک شور (noise) ہوتی ہے، اور ایک حد تک ایک موسیقی سرقتی (musical tone)۔ کسی ساخت میں ایسی موسیقی سرقتی جس حد تک موجود ہو اسی حد تک اس ساخت کو گمگ داس (resonant) کہتے ہیں گمگ (resonance) کا انحصار اسوہ ذیل پر ہوتا ہے۔ (۱) ایک کہنے جس میں ہوا منتشر ہو سکے (۲) دیواریں جو کافی طور پر یکساں ہوں اور ایسا صحیح تناؤ (tension) رکھتی ہوں اور نوائے ساتھ ہم آہنگ ہو کر منتشر ہو سکیں، نیز آواز کو باہر کی طرف ایصال کرنے کی صلاحیت رکھتی ہوں۔ دیوار کا تناؤ گمگ پر جو اثر کرتا ہے اسے ہوا سے نچلائے ہوئے گال کو انگلی کے ناخن سے چھپ چھپا کر اور گال کے عضلات کے ارتعاش کو بدل کر باسانی بتلایا جاسکتا ہے۔ سرقتی (tone) ارتعاشات کے ایک باقاعدہ سلسلے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کا ارتعاش (pitch) ارتعاشات کی تیز، یہ تعداد پر منحصر ہوتا ہے۔ اس کی صفت (quality) کا انحصار بلند نغمات (harmonics) یا اونچی سریتوں (overtones) کی اس تعداد پر ہوتا ہے جو بنیادی سر (fundamental note) کے ساتھ موجود ہوں۔ شور محض (mere noise) کی طرح سرقتی (tone) میں بھی بلندی (loudness) اور مدت (duration) موجود ہوتی ہے۔ لیکن اگر قرع (percussion) کی طاقت مساوی ہو تو محض شور کے مقابلہ میں سرقتی کی بلندی اور اس کی مدت زیادہ ہوتی ہے۔

قرع کی سب سے زیادہ سرعتی آوازیں (musical sounds) کو طبلی (tympanitic) کہتے ہیں۔ ایسی آوازیں شکم سے اور ایک استرواج لہندہ والے سینہ سے حاصل ہوتی ہیں۔ ان حالتوں میں ارتعاش (pitch) اونچی ہوتا ہے، کیونکہ شکم اور سینہ بڑے کہتے ہیں۔ قصبۃ الریہ (trachea) سے بھی ایک طبلی آواز نکل جاتی ہے لیکن اس کا ارتعاش نسبتاً اعلیٰ ہوتا ہے۔ طبی سینہ کا قرع کرنے سے شش کی طبعی گمگ (normal lung resonance) حاصل ہوتی ہے جس میں موسیقیت کا عنصر بہ نسبت اس کے جو طبلیت (tympany) میں ہوتا ہے

کم نمایاں ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزیوں کی لچکدار دیواریں دیوار سینہ کے ساتھ مرتش نہیں ہوتیں۔ ارتقاع (pitch) ادنیٰ ہوتا ہے، یعنی فی سیکنڈ ۱۲ تا ۱۴ ارتعاشات (Müller)۔ اگر جو فیزی دیواریں ڈبیلی ہوں (اس صورت میں جب کہ کہنہ پلئورا کے اندر سیال مجتمع ہو رہا ہے) تو قرع کی آواز طیلی ہو جاتی ہے۔ اس کو اسکوڈائی گمگ (Skodaic resonance) کہتے ہیں۔ اگر سیال غیر زیادہ مقدار میں موجود ہے اور اس نے شش کو بچکا کر اس کے اندر کی ہوا کو باہر نکال دیا ہے تو قرع کی آواز بالکل احمم (completely dull) ہو جائے گی لیکن ممکن ہے کہ احمم رقبہ (dull area) سے آگے جہاں شش صرف ڈھیلا پڑ گیا ہے طیلی آواز موجود ہو اور پھر اس سے بھی آگے کو شش کی طبی گمگ ہو۔ سیال خود آواز کا اچھا موصل ہوتا ہے، جیسا کہ ہر وہ شخص جو ایک حمام میں لیٹ کر اور اپنے کانوں کو پانی میں ڈوبا ہوا رکھ کر پانی کا نل کھلا رکھے خود پر تجربہ کر کے دیکھ سکتا ہے۔ گمگ اس وجہ سے غائب ہو جاتی ہے کہ (۱) جب زیادہ سیال موجود ہوتا ہے تو شش بچک جاتا ہے۔ (۲) اگر اب بھی شش میں کچھ ہوا موجود رہے تو سیال میں آواز کی منتقلی ناقص ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 125)۔

بلش گمگ (hyper-resonance) یعنی گمگ کی زیادتی اس وجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبی گمگ اور طبلیت کے درمیان ہوتا ہے۔ خفت گمگ (impairment of resonance) یعنی گمگ کی کمی اس وجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبی گمگ اور قطعی احمیت (absolute dullness) کے درمیان ہویش گمگی یا طیلی سر (hyper-resonant or tympanic note) مرض نفاخ (emphysema) میں پایا جاتا ہے اس مقام پر جہاں جو فیزی دیواریں بڑی حد تک تلف ہو جاتی ہیں، اسی طرح یہ نہایت بڑے کہنوں پر بھی ہوتا ہے جیسے کہ بل ریوی (phthisis) میں شش کے تھنڈ (solidification) یا بچکاؤ (compression) اور پلئورا کی دبازت سے گمگ کم ہو جاتی ہے۔ شش کے چھوٹے کہنوں پر ایک احمم قسمی سر حاصل ہوتا ہے، کیونکہ ان کے ساتھ لینیت (fibrosis) بھی موجود ہوتی ہے۔ ریوی گمگ کا انحصار دیوار سینہ کی دبازت پر بھی ہوتا ہے۔ دے

اشخاص کی نسبت عضنی نشوونما والے اشخاص میں اور سینہ کے اگلے حصے کی نسبت سینہ کی پشت سے نسبت زیادہ اہم تر حاصل ہوتا ہے۔

بلا واسطہ قرقع (immediate percussion) کی مشق ترقوی ہڈیوں پر راست قرقع کر کے کی جاتی ہے۔ بلا واسطہ قرقع (mediate percussion) بقیہ سینہ کے لئے اس طرح کیا جاتا ہے کہ بائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کو ایک بین الاضلاع فضا کے طول میں رکھ کر اس کے بعد ہی بین السلاسیاتی مفصل (distal interphalangeal joint) کی پٹھری سطح پر دائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کی نوک سے ٹھوکا جاتا ہے۔ سینہ کی دونوں جانبوں کے متناظر نقطوں کا باہم مقابلہ کرنا بھی ضروری اور اہم ہے۔ انگلیوں کو اس طریقہ پر استعمال کرنے سے مزاحمت (resistance) کا کچھ اندازہ ہو سکتا ہے۔ جہاں ایک گلی سر حاصل ہوتا ہے وہاں سینہ پر رکھی ہوئی انگلی کی وساطت سے لچک (resiliency) کا احساس محسوس ہوتا ہے۔ جب آواز اہم ہو تو دیوار سینہ بے لچک (unyielding) اور جامد معلوم ہوتی ہے۔

یہاں قرقعی آوازوں کی دو قسموں کا تذکرہ کرنا بھی ضروری ہے:-
 (۱) صوت طرف شکستہ (cracked pot sound) جو کبھی کبھی اس کہنے پر سنائی دیتی ہے جو ایک شہت (bronchus) سے نکلے ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔
 (۲) قدرتی گنگ (amphoric resonance) یا فلزی جھنکار (metallic ring) جو بعض اوقات ایک جو اسے بھرے ہوئے برتن کہنے پر قرقع کرنے سے سنائی دیتی ہے اور حر و نقاسی (bruit d'airain) سے بہت مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحات 127 و 191)۔ قرقع کو رب سے پہلے آئن برگر (Auenbrugger) نے مشغول میں بیان کیا (3) اور اس نے وہ مختلف امراضیاتی حالتیں بھی بیان کیں جو قرقع کی آواز کی تبدیلیوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔

استماع (auscultation)۔ یہ احشاء (viscera) یا جسم کے دوسرے حصوں کا مطالعہ ہے جو ان کے اندر پیدا شدہ آوازوں کو سن کر کیا جاتا ہے۔ یہ بلا واسطہ (immediate) ہو سکتا ہے اس وقت جب کہ برہنہ سینہ پر یا

صرف ایک تولیہ یا رومال کو حامل رکھ کر مریض کے سینہ سے خود کان کو لگا دیا جاتا ہے۔
یا بالواسطہ (mediate) جب کہ ایک موصل صوت (sound conducting instrument) مریض کے سینہ اور سماع کے کان کے درمیان ربط پیدا کرتا ہے۔
زیادہ عام طور پر جو آلات استعمال میں لائے جاتے ہیں وہ یہ ہیں:۔ (۱) دو گوشی
سماع الصمدی (binaural stethoscope) (۲) سیدھا چوٹی یا فینلزی
سماع الصمدی جو تقریباً اٹھ لمبا ہوتا ہے اور (۳) صوفی ۵ سروں بلین
(phonendoscope) جس کے اندر آوازوں میں گنگ پیدا ہو جاتی ہے۔
پہلے اور تیسرے آلے میں یہ قائم ہے کہ وہ دونوں ہم پذیر ہوتے ہیں، اور
مریض کی ہر وضع میں استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ استماع اور اس کے لمبی فوائد
کو سب سے پہلے لائینک (Laennec) نے بیان کیا اس نے اپنے مشاہدات کو
۱۸۱۹ء میں دو جلدوں میں جمع کر کے مندرجہ ذیل نام سے موسوم کیا "De

l'Auscultation Médiate ou Traité du Diagnostic des Maladies

des Poumons et du Coeur fondé principalement sur ce nouveau

"moyen d'exploration" اور یہ پیرس میں طبع ہوئی۔ بالواسطہ استماع کے
انکشاف کو اس نے اپنے الفاظ میں یوں بیان کیا ہے (۳):

"۱۸۱۶ء میں مجھ سے ایک نوجوان عورت نے مشورہ چاہا۔ مریضہ میں

قلب کے مرض کے عام علامات نظر آتے تھے..... مریضہ کی عمر اور صنف کی وجہ سے
مجھے اس کا موقع نہیں تھا کہ میں مندرجہ بالا طریقہ سے (یعنی سینہ پر براہ راست
کان لگا کر) اس کا استمنا کر سکوں۔ جن اتفاق سے مجھے ایک مشہور سمعی نظر
(acoustic phenomenon) یاد آیا: یعنی یہ کہ اگر ہم ایک چوٹی بہتر کے ایک

سے پر اپنا کان رکھ دیں تو بہتر کے دوسرے سے پر ایک الپین سے کھرچنے کی
آواز ہمیں نہایت صاف طور پر سنائی دیتی ہے..... چنانچہ میں نے کاغذ کا
ایک ٹکڑا لیا اور اسے لپیٹ کر خوب سخت بنا لیا، اور اس کا ایک سر مریضہ کے
پیش قلبی خطے (præcordial region) پر رکھ کر دوسرے سے پر اپنا کان رکھا۔

مجھے تعجب ہوا اور خوشی بھی جب کہ میں نے یہ دیکھا کہ میں مریضہ کی ضربات قلب کو

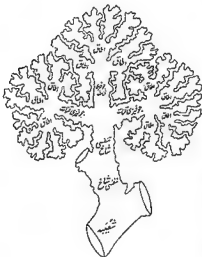
اس قدر صاف اور واضح طور پر سن سکتا ہوں کہ میں نے پہلے کبھی اپنا کان براہ راست لگا نے پر بھی اس صفائی اور نہایت کے ساتھ نہ سنا تھا۔

اگر تندرست شخص کا استماع کیا جائے تو ہم ہر تنفس کے ساتھ ہر ایک ایک آواز سنیں گے جسے طبی صورت تنفس (normal breath sound) یا خونی خونی (vesicular murmur) کہتے ہیں۔ اس کی نقل یوں ہماری جاسکتی ہے کہ ہونٹوں کو خرمن حرف ڈبلو ("w" German) یا انگریزی ٹیبلو (English "v") کا نقطہ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے اور ہلکے سے پھونک ماری جائے۔ اس آواز کا ارتداع ادنیٰ (low pitch) ہوتا ہے اور اس میں ۹۰ ارتداعات (vibrations) ہوتے ہیں (Müller)۔ سولہ سیلری خریہ شقیق (inspiration) کے دوران میں سسٹانی دیتا ہے۔ لیکن زفری فعل (expiratory act) یا تو بالکل خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے یا ایک مائل آواز کے ساتھ ہوتا ہے جو نسبتاً زیادہ نرم اور مختصر (softer & shorter) ہوتی ہے اور زفری کے اوائل تک محدود ہوتی ہے۔ تنفس کی آوازوں کی پیدائش کی توضیح میں صفحہ 219 پر بیان کیا گیا ہے کہ یہ آوازیں اس وقت جب کہ ہوا ایک تنگ سوراخ سے کسی نسبتاً چوڑی فضا میں جاتی ہے، ایک منبجہ عمارت (inspiration) بن جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ دورانِ شقیق (inspiration) میں تنفس کی آواز (۱) مزمار (glottis) کے مقام پر پیدا ہوتی ہے اور (۲) محیط کے مقام پر اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ ہوا تنفسی شعبہ (respiratory bronchioles) میں سے نکل کر اور جو فیزی قناتوں اور قناتوں (atria) میں سے ہوتی ہوئی ہوائی ساچوں (air-sacs) کے اندر جاتی ہے (ملاحظہ فرمائیے ۹)۔ جب آواز کسی ایسے منبع سے نکلتی ہو جو کہ یکساں واسطی ہو تو وہ عموماً پیاروں طرف منتشر ہو جاتی ہے اور اس کی شدت فاصلہ کے مربع کے تناسب میں گھٹ جاتی ہے۔ لیکن جب آواز مزمار میں پیدا ہوتی ہے جو کہ ایک نلی میں واقع ہے، تو اس کا انتشار رک جاتا ہے اور وہ نلی کی دیوار کے اندر سے مسلسل ٹکوس ہوتی ہوئی نلی کے راستہ سے نیچے کو ایصال پذیر ہو جاتی ہے، جیسا کہ ایک بولنے کی نلی (speaking-tube) میں ہوتا ہے۔ تاہم نیچے جا کر نسبتاً

چھوٹی نالیوں سے کیونکہ انتشار گرد و پیش کے شش میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مزارعی آواز جب سینہ کے باہر سناؤ دیتی ہے تو وہ کمزور ہوتی ہے اگرچہ اسے اس آواز

سے جو کہ محیط کی طرف ہوائی تاجول وغیرہ میں پیدا ہوتی ہے تقویت حاصل ہوتی ہے بولنے کی نلی کا ہی ہول استماع میں سماع الصند کے استعمال کی بھی توضیح کرتا ہے۔ دورانِ نفیس (expiration)

میں آواز اور بھی زیادہ کمزور ہوتی ہے کیونکہ وہ خالصاً زمار کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اور کیونکہ ایک دوسرا عام قاعدہ یہ بھی ہے کہ آوازیں ہوائی روکی مخالف سمت پر کس آسانی سے ایصال پذیر نہیں ہوتیں کہ جس آسانی



تصویر ۹۔ شش کی ساخت۔ بجوالڈر Miller (43)۔
تنفسی شعبات، جو فیوقاتیات، اوقات اور انجائوں پر ہوائی تاجے، ان سب کی دیواروں میں جو فیروں کا اثر ہوتا ہے جس کی راہ سے گیوں کا تبادلہ ہوتا ہے۔

کے ساتھ وہ اس کے ساتھ ساتھ ایصال پذیر ہوتی ہیں۔ سینہ کے بعض حصوں میں جہاں بڑے بڑے شعبات اور دیواریں سینہ کے درمیان استغنی یافتگی کی ترچہاں ویز نہیں ہوتی، جو بیصلی خور کسی قدر درخت تر آوازوں (harsher sounds) سے

بدلتا آتا ہے، جو زیر کے بیشتر حصے میں جاری رہتی ہیں اور شعبہ حیویصلی تنفس (broncho-vesicular breathing) کہلاتی ہیں۔ یہ حصے یہ ہیں: عظم العنق (sternum) کا بالائی بہر پہلی غلٹی گزریاں جہاں عظم العنق سے اتصال حاصل کرتی ہیں اور پشت پر خط وسطی میں ایک الماسی شکل کی نشاۃ میں میں ساتواں غلٹی (cervical) اور پہلا غلٹی شو کہ (dorsal spine) شامل ہیں۔ دوسری جگہ اوقت تک جب تک کہ شش سندرست ہے اور ہوائی راستے نفوذ پذیر ہیں حیویصلی خیر ہمیشہ موجود رہتا ہے۔ حیویصلی خیر بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ بلند اور زیادہ درشت (harsher) ہوتا ہے (صبابی تنفس: puerile breathing)۔ بالغوں میں حیویصلی تنفس سندرست شش پر اس وقت درشت اور مبالغہ آمیز ہوتا ہے جب کہ دوسرا شش انیاصل انجام نہ دے رہا ہو (توقیفی تنفس: compensatory breathing)۔ تنفس کی آوازیں غیر عینی تنفس میں تغلغ میں اور اس وقت جب کہ دیوار سینہ دبیز ہو، کمزور ہو سکتی ہیں۔ وقفہ دار زیادہ وراثت من تنفس (interrupted or cog-wheel respiration) وہاں ہوتا ہے جہاں شش کے غیر منظم طور پر پھیلنے کی وجہ سے جس کا سبب ممکن ہے کہ ہوا کے داخلہ میں میکانیکی مزاحمت ہو یا مصوبیت (nervousness) کی وجہ سے عضلی فعل کی بیقاعدگی ہو، شہتی خیر پھیلنے کے ساتھ (jerky) یا توجہی ہوتا ہے۔ اس قسم کا تنفس زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

حیویصلی خیر میں کمی، ہوا کے داخلہ میں کمی یا تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ ہوائی جو فیروزے مملوس (obliterated) ہو جائیں یا جب ان سے ارتباط رکھنے والا شعبہ (bronchus) سدود یا مملوس ہو جائے یا جب ہوائی جو فیروزے سطح سینہ سے دور ہٹ جائیں جیسا کہ عام طور پر پٹیورائی انقباض (pleural effusion) کی حالت میں ہوتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی کا انحصار اس اصول پر ہوتا ہے کہ جب آواز ایک واسطے مثلاً ہوا میں سے گزرتی ہوئی کسی دوسرے واسطے مثلاً پٹیورائی انقباض کی سطح پر پہنچتی ہے تو آخر الذکر میں سے اس کی منتقلی ناقص طور پر ہوتی ہے لہذا اس کا بیشتر حصہ واپس منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ امر اس وقت بہت بڑی تشخیصی

اہمیت رکھتی ہے جب کہ مقابل شش کے متناظر نقطے پر تنفسی آوازیں طبعی پائی جائیں۔
 شعبی تنفس (bronchial breathing) ایک دھری آواز ہے جو دوران تنفس میں مزار میں پیدا ہوتی ہے اور دہن بلعوم اور شعبی انبوبات کی گنگ سے
 ترمیم یافتہ ہو جاتی ہے۔ ایسا تنفس قبضہ الریہ (trachea) پر استماع کرنے سے
 سنا جاسکتا ہے۔ شبعی اور زفری آوازیں طول میں مساوی ہوتی ہیں۔ وہ ایک
 دوسرے سے صاف طور پر جدا ہوتی ہیں اور کیفیت میں درشت (harsh) ہوتی ہیں۔
 ان کی نقل اُتارنے کا یہ طریقہ ہے کہ دہن اور زبان کو جرمن "ch" کا تلفظ ادا کرنے
 کی وضع میں رکھا جائے اور باہر کو پھونک مار کر اندر کو ہوا چوسی جائے۔ شش پر جو
 شعبی تنفس سنانی دیتا ہے وہ اعلیٰ ارتفاع کا (high-pitched) (tubular: انیسبی)
 یا اوسط ارتفاع کا (medium-pitched) یا ادنیٰ ارتفاع کا (low-pitched) (کھفکی
 cavernous: ہو سکتا ہے۔ آوازوں کی بلندی (loudness) غنیرا ہم
 ہے۔ انیسبی تنفس (tubular breathing) جو بالخصوص متکبد (hepatized)
 شش پر سنانی دیتا ہے، ایک خاص پھونک (blowing) یا "کش" (whiffing)
 کی صفت رکھتا ہے۔ کھفکی تنفس (cavernous breathing) کھوکھلی (hollow)
 نوعیت کا ہوتا ہے۔ یہ اکثر پھیپھڑے کے کہیوں پر سنا جاتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ اس
 امر پر دال نہیں ہوتا کہ وہاں ایک کہف ہے شعبی تنفس (bronchial breathing)
 جب سینہ پر سنا جائے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ شش کی بافت میں ترمیم ہو گئی ہے۔
 یہ ترمیم بیشتر یہ ہے کہ اسفنجی ساخت، محوس ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے اور
 یہ تبدیلی یا تو ہوائی خلیات کے پر ہونے یا تلف ہو جانے سے ہوتی ہے (جیسے کہ
 ذات الریہ یا سل ریوی میں) یا بعض اوقات اگر ہوائی راستے تمام تر مملوکس
 نہ ہو گئے ہوں تو بیرونی پچکاؤ (پلیورائی انصباب: pleuritic effusion) کی وجہ
 سے ہوتی ہے۔ ضروری شرط یہ ہے کہ گرد و پیش کے شش کے تجمد (consolidation)
 کے ساتھ شعبی انبوبات کا انفکاح (patency) موجود ہو، تاکہ مزاری آواز کا ایصال
 سطح تک ہو سکے اور وہ منتشر نہ ہونے پائے، نیز یہ کہ معمولی تنفسی خریک کا جو فیزی جزو
 غیر موجود ہو۔

قداری تنفس (amphoric breathing) - یہ ایک ڈوہری آواز ہے جو شہیق اور زفر کے دوران میں سُسائی دیتی ہے اور جو شہیقی تنفس کی نسبت زیادہ موسیقی صفت رکھتی ہے۔ مگر یہ ہے کہ اس میں ایک مخصوص فلزی صفت یا جھنکار جو اس کی نقل ایک تنگ گردن والی شیشہ کی استوانی یا گلدان (vase) کے منہ کے اندر پھونکنے سے آسانی جاسکتی ہے۔ یہ آواز بڑے کھنوں پر سُسائی دیتی ہے یا ایسے استروان الصدر (pneumothorax) پر سُسائی دیتی ہے جو ایک شعبہ کے ساتھ کھلا ہوا ارتباط رکھتا ہو اور یہ اس کھنہ کی گنگ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ قدر تنفس کا ارتقاع (pitch) اور لمبندی (loudness) تغیر پذیر ہوتی ہے۔

صرصر (stridor) ایک بلند آواز ہے جو امیبھی تنفس (tubular breathing) سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہے لیکن اس کی صفت نیٹی (whistling) جیسی یا سکارنے (hissing) جیسی ہوتی ہے۔ یہ آواز مزار کی تسلی، قصبہ کی تسلی یا بڑے شبات میں سے کسی ایک شعبہ کی تسلی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ سینے کے بیشتر حصے پر سُسائی دیتی ہے اور پیش اوقات مریض کے نزدیک کے آدمی اسے بغیر سماع الصدر کی مدد کے سن سکتے ہیں۔

غیر معمولی آوازیں (adventitious sounds) - معمولی تنفس کی آوازوں یا مستذکرہ بالاطور پر ترسیم شدہ تنفسی آوازوں کے علاوہ اور ان کے ساتھ ساتھ سُسائی دیتی ہیں۔ اگر یہ پرسکون تنفس کے ساتھ سُسائی دیں تو مریض کو گہری سانس اندر لینی چاہئے جس سے ممکن ہے کہ یہ سُسائی دینے لگیں۔ غیر معمولی آوازیں خرخرات (rhonchi) لغطات (râles) اور فسرک (friction) کی آوازیں ہیں۔

خرخرات (rhonchi) کم و بیش موسیقی آوازیں ہیں جو غماط کے اجتماع سے شعبی انبوبات کے سد ذیاعطاطی جھلی کے ذرم یا انبوبات کے عضلی ریشوں کے شعبی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ آوازیں شعبی انبوبہ کی جہامت اور تسلی کی مقدار کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتی ہیں اور انہیں مختلف معمولی آوازوں مثلاً کو کو کرنے (cooing) کراہنے (groaning) خرٹاٹے لینے، غرغر اٹنے،

(grunting) یا سیٹی بجانے سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ اونٹے ارتقاع کی (lower-pitched) خراٹے وار آوازوں کو سرتان خرخرات (sonorous rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبت بڑے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ نسبت اعلیٰ ارتقاع کی (higher-pitched) سیٹی جیسی آوازوں کو صفیری خرخرات (Sibilant rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبت چھوٹے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ زیر یا شریقی میں سنائی دے سکتے ہیں، اور ان کی جگہ اور بلندی ہمیشہ بدلتی رہتی ہے۔ بلند تان خرخرات اکثر مریض کے نزدیک کھڑے رہنے والے اشخاص کو سنائی دیتے ہیں، اور انھیں سے "سوسوں کی آواز" (wheezing) پیدا ہوتی ہے۔

لغظات (râles) مختلف قسم کی، چٹخنے کی (crackling) یا حلق میں گھونگر و بولنے کی (rattling) آوازیں ہیں۔ یہ بڑے، اوسط جسامت کے اور نسبت چھوٹے شعبی انبوبات میں، یا ریوی کہنوں میں، وہاں کے جمع شدہ سیال افرازات کے اندر ہوا کے زور سے داخل ہونے کی وجہ سے اور بلبلیوں کے بننے اور ان کے کسی قدر شور کے ساتھ پھوٹنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات انھیں خرخرات یا خشک آوازوں (rhonchi or dry sounds) سے تمیز کرنے کے لئے تر آوازوں (moist sounds) کے نام سے یاد کرتے ہیں۔ لیکن یہ تقریبی نامناسب ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ خود خرخرات (rhonchi) مٹاؤ کی موجودگی کے باعث پیدا ہو گئے ہوں۔ لغظات (râles) بلبلیوں کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، چنانچہ وہ یا ریک (fine)، متوسط (medium) یا مٹے (coarse) کہلاتے ہیں۔ لغظات کی تقسیم تختہ شبی (bubbling) اور متفق (crackling) لغظات میں بھی کی جاتی ہے۔ آخر الذکر ایک تیز صاف، جھنکار دار انفجاری (explosive) نوعیت کے ہوتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ یہ مجسمہ شش کے وسط میں واقع ہوتے ہیں، جہاں گٹک کے لئے مخصوص مالات موجود ہوتے ہیں۔ اول الذکر یعنی تختہ شبی لغظات کی آواز دھیمی (dull) ہوتی ہے، ان میں جھنکار یا دھماکے کے ساتھ پھوٹنے کی صفت نہیں ہوتی، اور یہ بیشتر ان انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں جو طبی انفجی یافت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ متفق لغظات

(crackling râles) کو بعض اوقات اُن کے مفروضہ سمعی ماخذ (acoustic origin) کی وجہ سے متغمر (consonating) اور تختجی لفظات (bubbling râles) کو اس کے بالعکس غایر متغمر (non-consonating) کہتے ہیں۔ تغمر غری لفظہ (gurgling râle) ایک موٹا لفظہ ہے جو سب سے بڑے آبوبات میں پیدا ہوتا ہے۔ تنگتکہ (crepitation) کی اصطلاح بلا امتیاز تمام لفظات کے نئے استعمال کی گئی ہے، لیکن ایسا عموماً وہ ایک نہایت باریک لفظہ کے لئے محدود ہے جو اتنا باریک ہو کہ خشک اشیا و ریشلا کان کے پاس بالوں کی رگڑ یا ریشم کی سرسراہٹ سے ناخوذ ہونے پر دلالت کرے۔ تنگتکہ ذات الریه کے ابتدائی درجے میں اذیمائے شش میں اور ایسے شش میں سنائی دیتا ہے جو طویل مہبوط (collapse) کے بعد زور سے پھیل جائے۔ وہ غالباً ایسے نفسی تغیرات، اوتاقوں اور ہوائی سناچوں کے کھٹنے کے باعث ہوتا ہے جو پیچھے پستال سے یا سادہ عدم استعمال کی وجہ سے چپک گئے ہوں۔ تنگتکہ (crepitations) اور نسبتاً باریک لفظات صرف دورانِ شہیق میں سنائی دیتے ہیں۔ متوسط جسامت کے اور موٹے لفظات دورانِ زفر میں بھی سنائی دے سکتے ہیں۔ ریل ریوی (phthisis) میں لفظات اس گہرے شہیق کے دوران میں ظاہر ہو سکتے ہیں جو کھانسی کے بعد ہو۔

فلیزی جھنکار (metallic tinkling) کا اطلاق اُن جھنکار دار یا کھناکھن کی آوازوں پر کیا جاتا ہے جو بعض اوقات اس صورت میں سنائی دیتی ہیں جب کہ ایک مریض جس کے شش میں ایک بڑا کہنہ ہو پوٹا یا کھانسا ہو یہ عموماً ایک موسیقی لفظہ (musical râle) ہوتی ہے۔

بعدِ مُعالجی امتصاص (post-tussive suction) ایک چوسنے کی آواز ہے جو ایک کہنہ (تدرنی یا تمددِ شہیقی) پر کھانسنے کے بعد سنائی دیتی ہے۔ اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ ما بعدِ گہرے شہیق کے شروع میں ہوا ایک سمسکار دار آواز (hissing sound) کے ساتھ یکایک کہنہ کے اندر واپس چوس لی جاتی ہے۔

آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) یا ریوی استرواح الصدر

(pyo-pneumothorax) کی اصابتوں میں اس وقت جب کہ طیب کا کان مریض کے سینہ پر لگا ہوا ہو اگر مریض کو ہلایا جائے تو ایک چھلک کی آواز (splashing sound) سنائی دے گی جو کہ ہف پیٹورائی میں کی ہوا اور مائع سے نکلتی ہے (ہف راز بقراط: Hippocratic succussion)۔

فیر کی آواز (friction sound) یا پلیٹورائی دگرٹ (pleuritic rub) پیٹورائی کی دو ایسی سطحوں کے باہم رگڑنے سے پیدا ہو جاتی ہے جو التهاب کی وجہ سے کھردری ہو گئی ہوں۔ یہ اپنی نہایت نمیز شکل میں ایک درشت گزر گزرنے (grating) یا چرچرائے (creaking) کی آواز ہوتی ہے جیسی کہ چرٹے کے دگرٹوں کو ایک دوسرے پر زور سے رگڑنے سے یا انگلی کی راحی سطح (palmar surface) کو ایک چوبی سطح پر مٹنے سے نکلتی ہے۔ یہ دورانِ شہیق میں بہترین سنائی دیتی ہے لیکن ممکن ہے کہ زفیر کے ساتھ بھی سنی جائے۔ بعض فیر کی آوازیں لفظات سے نہایت قریبی شاہت رکھتی ہیں۔ لیکن وہ سینہ کے تھوڑے جھٹے پر محدود ہوتی ہیں، اور کھانسنے سے متاثر نہیں ہوتیں۔ جب دیوارِ سینہ پر سماع الصد رکا دیا و بدل دیا جاتا ہے تو ان کی بلندی مختلف ہو جاتی ہے۔ جب وہ قلب کے اوپر کے پیٹورائی میں پیدا ہوتی ہیں تو مزیات قلب کے ساتھ متاثر ہوتی ہیں لیکن ان کی بلندی (loudness) تنفس کی مرحلوں (phases) کے ساتھ ساتھ بدلتی رہتی ہے (پلیٹورائی تا موری فرک: pleuro-pericardial friction)۔

بولنے کی آوازیں (voice sounds) بولنے کی آوازیں جو طبی سینہ پر سماع الصد سے سنائی دیتی ہیں ایک میم (blurred) اور غیر واضح نوعیت رکھتی ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزیائی بات میں آواز کا ایصال غیر منظم طور پر ہوتا ہے۔ اس عدم وضاحت کی صفت ہی پر صوتی گمگ (vocal resonance) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ صوتی گمگ کا کعب یا مفقود ہونا (diminished or absent vocal resonance) بچوں اور حودہ توں میں جن کی آوازیں اعلیٰ ارتفاع کی (high pitched) ہوتی ہیں ممکن ہے کہ صوتی گمگ خفیف یا منقود ہو۔ مریض میں اس کی غیر موجودگی شبہ کے تردد (obstruction) یا سیال سے کشش کے پچکاؤ (compression) کا نتیجہ ہوتی ہے۔

شعبہ صوتی (bronchophony)۔ یہ اصطلاح اُس وقت استعمال کی جاتی ہے جب بولنے کی آوازیں اپنی نوعیت میں واضح اور ساتھ ہی معمول کے نسبت زیادہ بلند ہوتی ہیں۔ جب آوازیں واضح مگر کمزور ہوں تو بعید شعبہ صوتی (distant bronchophony) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ شعبہ صوتی تجزیہ شش میں پائی جاتی ہے، مثلاً اس سچہ میں جو ذات الریہ اور سیل ریوی میں واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات اس وقت پائی جاتی ہے جب کشتش کا پچکاؤ (compression) ہو۔ جب شعبہ صوتی موجود ہوتی ہے تو سرگوشی کی آوازوں (whisper sounds) کا بھی کشتش میں سے ایصال ہوتا ہے (pectoraliloquy)۔ بزر صوتی (agophony) آواز کی وہ مخصوص النفی یا غغغناہٹ دار (twanging) ترمیم یافتہ صورت ہے جو سماع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ یہ نام اس مشابہت پر چنی ہے جو کہ اس میں اور بیری کے مہمانے (bleating) میں پائی جاتی ہے۔ اس کا عام ترین سبب بلاشبہ پلیوراکے اندر سیال فی موجودگی ہے۔ یہ بعض اوقات ذات الریہ ہی سچہ میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ بزر صوتی کی توجیہ جو نہایت عام طور پر تسلیم کی جاتی ہے یہ ہے کہ بولی ہوئی آواز ایک خالص سُرقتی (pure tone) نہیں بلکہ ایک بنیادی سُر (fundamental note) اور اس کے اعلیٰ تر ارتقاع کے بلند نغمات (harmonics of higher pitch) کا آمیزہ ہے۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ اُسے سُر (low notes) جو اس سے اعلیٰ میں اتنی اتنی طرقت متقل نہیں ہوئے جتنی اچھی طرح کہ نسبت اعلیٰ سُر متقل ہوتے ہیں۔ اس بنا پر خیال کیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ بنیادی سُر سیال میں سے گزرتے نہیں پاتا اور سطح سینہ پر بالخصوص بلند نغمات (harmonics) ہی سے جاتے ہیں۔ اس کو اس طرح بہترین طور پر واضح کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو ایسے الفاظ کا تلفظ کرنے کو کہا جائے جن میں حروف علت "ای" (e) اور "آئی" (i) موجود ہوں [مثلاً "تھری" (three) اور "نائنٹی نائن" (ninety-nine)] جن کا انحصار اعلیٰ تر بلند نغمات (higher harmonics) پر ہوتا ہے۔

استماعی قرع (auscultatory percussion)۔ اس عمل میں سماع لہذہ سینہ پر رکھ کر اس کے گرد کی سطح پر قرع کیا جاتا ہے۔ اس کی خاص منفعت یہ ہے کہ

اس کے ذریعہ سے استرواح الصدر (pneumothorax) کی اصابتوں میں جرسی آواز (bell sound) یا جردِ نحاسی (bruit d'airain) حاصل کی جاتی ہے۔ طیب سینہ کے اس حصہ پر جو استرواح الصدر سے ماؤف سمجھا گیا ہے، مسامع الصدر سے استماع کرتا ہے اور ساتھ ہی ایک بند گار مریض کے سینہ پر ایک سکر رکھ کر اسے دوسرے سکر سے مار کر بجاتا ہے۔ یہ آواز کھوکھلے کہنہ میں گنگ حاصل کرتی ہوتی، مسامع الصدر میں ایک بلند جھنکار دار موسیقی سر (musical note) کے طور پر منتقل ہوتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 191)۔

التهاب قصبة الریه (TRACHEITIS) اور نوعی ستریش

التهاب قصبہ ویسے ہی حالات و ماحول سے پیدا ہو جاتا ہے جو التهابِ حنجرہ پیدا کر دیتے ہیں۔ حادثاتی التهابِ قصبہ (acute catarrhal tracheitis) اکثر التهابِ حنجرہ اور شعبی التهاب (bronchitis) کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن ان کے پیدا کردہ علامات اُسے پوشیدہ رکھتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ تنہا بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں وہ کھانسی پیدا کر دیتا ہے جو اکثر خشک (hacking) شاید بہت زور کی یا دُور سے کے طور پر اور کسی قدر نفث (expectoration) کے ساتھ ہوتی ہے۔ انفلوئنزا کے آغاز میں التهابِ قصبہ کے ساتھ نامعلوم مبداء کا تحت القصی درد موجود ہو سکتا ہے۔ حنجرہ میں (laryngoscope) سے غامبی جملی متلی (congested) نظر آتی ہے اور بعض اوقات قوسے (ulcers) بھی نظر آتے ہیں۔ مسامع الصدر سے قصبہ الریه کے اندر غامبی لغطات (mucous râles) سناؤ دیتے ہیں لیکن غامبی جملی کا ورم اور غامبی اجتمع دیاہ بہر (dyspnoea) پیدا کرنے کے لئے عموماً کافی نہیں ہوتے۔ مریض کے لئے ویسے ہی علاج کی ضرورت ہے جیسا کہ شعبی التهاب (bronchitis) میں کیا جاتا ہے، یعنی تپش گرم ہو، اور کشف (exposure) سے پرہیز کیا جائے۔ تکلیف دہ کھانسی میں ارفیا (morphia) (۱/۴ تا ۱/۲ گریمن) کے نفوحات (insufflations) سے افادہ ہو سکتا ہے اور کشفات یعنی خرج پنوم ادویہ (expectorants) مثلاً سقیل (squill) اور عرق الدہب

(ippecacuanha) بھاپ الوبان (benzoin) کے استنشاقات (inhalations) اور فیلیم القص (siccum) کے بالائی حصے پر رائی کا لگانا کارآمد ہیں۔

قصبہ الریہ پر ڈفٹھیریا (diphtheria) کا حملہ ہوتا ہے جو حنجہ سے پھیلے آتا ہے۔ چنانچہ کروپ (croup) جو بخری ڈفٹھیریا کے سوائے اور کچھ نہیں ایک زمانہ میں زیادہ تر التهاب قصبہ (tracheitis) ہی سمجھی جاتی تھی۔

کبھی کبھی حنجہ کے تدرن کے ساتھ تدرن قصبہ الریہ (tubercle of the trachea) بھی واقع ہو جاتا ہے۔ غشائے مخاطی یا تحت المخاطی بافت میں درنہ کے جاؤں کے بعد تقرج (ulceration) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ قرعہ کچھل دیوار پر زیادہ عام ہوتے ہیں اور عموماً ۲ تا ۴ ملی میٹر ناپ کے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ یہ قطسہ میں ۱۰ ملی میٹر تک پہنچ جائیں۔ قصبی تدرن (tracheal tubercle) کے باعث جو علامات ہوتے ہیں وہ عموماً ان علامتوں سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں جو کہ حنجہ یا شش کے ہر زمانہ مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

۱۔ تشک (syphilis) بھی اپنے درجہ ثانوی یا ثالث میں قصبہ الریہ کو مائل کر کے مختلف اصابتوں میں مبتلا (congestion) (شاذ حالتوں میں) غلط سیے (condylomas) اور اوپری قرعہ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم تغیر قصبہ کا تضیق (stricture) ہے۔ قصبہ الریہ بیشتر اوقات اپنے زیرین سرے پر اور نسبت کم عام طور پر اپنے بالائی سرے پر مائل ہوتا ہے۔ اور یہ تضیق ممکن ہے کہ محض ایک ہی مقام پر کی تسک ہو یا ممکن ہے کہ قصبہ کے ایک بڑے طول کا قطسہ یہ (calibre) کم ہو جائے۔ غشائے مخاطی بندوں اور حیدوں (ridges) کی صورت میں ابھرتی ہے جن کے متعلق یہ سمجھا گیا ہے کہ یہ ایسے سابقہ قروح کے ندبات (cicatrices) ہیں کہ جن سے پہلے ممکن ہے صمغیے (gummas) ہو چکے ہوں۔ لیکن جرمن ماہرین امراتہ ان دباڑتوں کو تشک کا امت نتیجہ اور تقرج کو ثانوی خیال کرتے ہیں۔ آخری درجوں میں غضروفی حلقے متکشف اور تخرزدہ ہو کر یا تو نفث میں خارج ہو جاتے یا جذب ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات تضیق (stricture) کو حنجہ میں کی وساطت سے مزار (glottis) کے نیچے دیکھا جاسکتا ہے۔ اس تضیق کے علامات تشخیص اور مداخلت کے

لئے ذیل میں قصبی تسد (tracheal obstruction) کے عنوان کے تحت ملاحظہ فرمائیں۔

قصبتہ الریہ کی نوبالیدیں

(NEW GROWTHS IN THE TRACHEA)

قصبتہ الریہ اولی نوبالیدوں سے خواہ وہ سلیم (benign) ہوں یا خبیث (malignant) خیر سنا کہ طور پر کم ماؤف ہوتا ہے۔ جب یہ بالیدیں موجو ہوتی ہیں تو بہر (dyspnoea) پیدا کر دیتی ہیں اور حیرہ مین (laryngoscope) یا شعبہ مین (bronchoscope) کی مدد سے شناخت کی جاسکتی ہیں۔ زیادہ کثرت کے ساتھ مری کا سرطان یا واسطہ (mediastinum) کا سرطان متصلہ قصبتہ الریہ کے اندر بڑھ کر اس کے مجری کو تنگ کر دیتا اور تضیق (stricture) کے علامات پیدا کر دیتا ہے۔ جب وہ مری سے پھیلتا ہے تو پہلے غمر البلع (dysphagia) ہوتا ہے، لیکن سرطان واسطہ (carcinoma of the mediastinum) کی پہلی علامات مکن ہے کہ قصبی علامات ہی ہوں۔ سلعات سے قصبہ کے ماؤف ہونے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ وہ اسے محض یا ہر سے دبا دیتے ہیں۔

چوں کہ ان تمام امیابتوں میں خاص علامات کا انحصار قصبہ کے قطرہ کی تخفیف پر ہوتا ہے اور چونکہ یہ تخفیف ایسے سلعات کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی واقع ہو سکتی ہے، لہذا مناسب ہوگا کہ قصبی تسد کی امرانیات (pathology) اور سرمدریاتی خصائص پر غلجہ غور کیا جائے۔

قصبی تسد

(TRACHEAL OBSTRUCTION)

اس کے اسباب کی گروہ بندی مین عنوانوں کے تحت کی جاسکتی ہے۔

(۱) باہر سے دباؤ۔ (۲) تغیرات جو خود قصبہ کی دیواروں میں ہو جائیں (تضیق stricture)۔ (۳) اور اس کے اندر اجسام غریبہ (foreign bodies) کی موجودگی۔ قصبہ کا انضغاط (compression of the trachea)۔ اس کے

عام ترین اسباب واسطی نوبالیا (mediastinal new growths) اور طئی یاٹے عروق کا انورسما، جسم رقی کی کھلائی اور گردن کے سلعات خبیثہ ہیں۔ مری کا سرطان بھی قصبہ کو دبا سکتا ہے لیکن یہ جلد ہی قصبہ پر حمل آور بھی ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان دونوں انبوبات کے درمیان اشتخاب (perforation) واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی بچوں میں شجعی غدود کا تجکین (caseation) اور نثج (suppuration) واقع ہو کر ان کی کھلائی پیدا ہو جاتی ہے جس سے قصۃ الریہ دب جاتا ہے اور اگر پھوپھو قصبہ کے اندر پھوٹ پڑنے تو پیمپ یا متجین غدود کے حصے فٹ کے ذریعہ خارج ہوتے ہیں۔ کسی دوسرے طریقے [شو کہ کی بوسیدگی (caries of the spine) مقامی بیلر (localised empyema)] سے پیدا شدہ واسطی خراج (mediastinal abscess) مطرفی ضیق (mitral stenosis) کی اصابتوں میں شمع بایاں اذین اور بچوں میں بڑھا ہوا غدہ تیموسیہ (thymus) یہ کبھی کبھی قصبی دباؤ کا موجب ہو جاتے ہیں۔ تضیق (stricture)۔ اس کا خاص سبب آتشک ہے جس پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔

اجسام غریبہ قصبۃ الریہ کے اندر شاذ و نادر ہی جموس رہتے ہیں لیکن زیادہ عام طور پر وہ ایک یا دو سرے شعبہ کے اندر گیر جاتے ہیں گویہ ممکن ہے کہ وہ قصبی روئوں سے قصبہ میں اوپر نیچے حرکت کرتے ہوں۔

علامات۔ اہم ترین علامات بہر (dyspnoea) اور صرصری تنفس (stridulous breathing) ہیں۔ ان کے ساتھ اکثر کھانسی ہوتی ہے اور پتلے جھاگ دار مخاط کا نفث نکلتا ہے۔ آواز غیر متاثر رہتی ہے یا کمزور ہوتی ہے کیونکہ تمد و زفیری ہوا (expired air) کی رد کو کمزور کر دیتا ہے۔ سینہ گنگ دار (resonant) ہوتا ہے لیکن حویصلی خیر (vesicular murmur) کمزور ہوتا ہے یا ضمرہ (stridor) کے شور کی وجہ سے سنائی نہیں دیتا۔ قصبی ضیق کے ساتھ دوسری

علامات اسس ضرر کی وجہ سے ہوتی ہیں جو ضیق پیدا کرتا ہے۔ یہ علامتیں بعض اوقات اڈرٹی انڈورسما یا عقیق المقام واسطی سلمہ (mediastinal tumour) کی حالت میں ابتدائے بالکل غائب ہوتی ہیں۔

جب قصبی تضیق یا قصبی انضغاط ایک خاص حد تک پہنچ جاتا ہے تو مریض پر شدید بھراور ساتھ ہی زراق (cyanosis) کے ناگہانی حملے ہو جانے کا امکان ہوتا ہے ان میں سے چند دوروں سے تو ممکن ہے کہ وہ شفا یاب ہو جائے لیکن تیسرے یا چوتھے یا بعد کے کسی دورے میں وہ غالباً ہلاک ہو جائے گا۔

تشخیص۔ یہ حسب ذیل امور کے درمیان کرنی پڑتی ہے:۔ (۱) تسد و قصبۃ الریہ اور تسد و حنجرہ کے درمیان۔ (۲) قصبی تسد کے مختلف اسباب کے درمیان۔ حنجرہ بین، حنجری مرض کی غیر موجودگی کو فی الفور ظاہر کر دے گی۔ قصبی تضیق کی موجودگی یا قصبہ کو دبائے والے سلمہ یا انڈورسما کی موجودگی حنجرہ بین سے یا اگر اس سے ناکامی ہو تو شش بین (bronchoscope) سے بھی بتلائی جاسکتی ہے۔ اگر ممکن ہو تو اس امر کا تعین متذکرہ بالا دوروں کے وقوع سے پہلے ہی کر لینا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ دوروں کی حالت میں ان آلات کا استعمال مشکل ہو اور مزید برآں ممکن ہے کہ دورے حنجری شنج (laryngeal spasm) کا غلط ایما کر دیں جس کا نتیجہ یہ ہو کہ عاجلانہ اور غیر ضروری قصبہ شنگافی کر دی جائے۔ حنجری اور قصبی تسد کے اثرات کے درمیان بعض اختلافات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک وہ ہے جسے گراہرٹ (Gerhardt) نے دیکھا ہے کہ حنجری تسد میں حنجرہ تنفسی حرکات کے دوران میں گردن میں ادبر اور نیچے کی طرف بڑی دوز تک حرکت کرتا ہے اور آٹھا ایکہ قصبی تسد میں وہ محض خفیف سی حرکت کرتا ہے۔ حنجری تسد میں سر پیچھے کو گر جاتا ہے لیکن قصبی تسد میں سر اکثر سامنے کو جھکا ہوا ہوتا ہے۔ اگر حنجری تسد کی وجہ عضلات مبدہ کال (abductor paralysis) ہو تو صرصرہ (stridor) زیادہ تر شیشی (inspiratory) ہوتا ہے مگر قصبی تسد میں کچھ صرصرہ عموماً زفر (expiration) کے ساتھ ہوتا ہے۔ تاہم حنجری تسد کی بعض اصابتوں میں صرصرہ ہر دو تنفسی افعال کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قصبہ کا استماع (auscultation) یقیناً مخالف وہ ہوتا ہے، کیونکہ خواہ ضیق (stenosis) قصبۃ الریہ کے اندر ہو بلند ترین

(loudest) سربہ حنجرہ پر ہی سہمی دیتا ہے۔ زیر بحث نکتہ غمی اہمیت رکھتا ہے۔ کیونکہ قصبہ شگافی (tracheotomy) سے ممکن ہے کہ حنجری قسد و کما ازالہ ہو جائے مگر اس سے قصبی تہ و کما ازالہ ہونا شاذ ہے۔ اور جب اس نوعیت کا علیہ مریش کو کوئی امر کا فائدہ نہیں پہنچا سکتا تو مستحسن یہ ہے کہ اس سے صاف ہی رکھا جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ گردن میں فی یا سینہ کے بالائی حصہ میں کسی نوبالید یا انورسٹا سے یہ دونوں قسدات پیدا ہو جائیں یعنی ایک تو بلا واسطہ قصبۃ الریہ پر دباؤ پڑنے سے اور دوسرا بلا واسطہ بازگرد حنجری اعصاب (recurrent laryngeal nerves) پر دباؤ پڑنے سے جس سے عضلات بقعہ کا مشکل پیدا ہو جاتا ہے۔

قطع نظر اس امداد کے جو حنجرہ بین یا شعبہ بین سے حاصل ہوتی ہے، قصبی قسد کے سبب کی شناخت کا انحصار دیگر علامات پر بھی ہوتا ہے جو کہ ملاحظہ پائی جاتی ہیں (collateral symptoms)۔ ان علامات کا کوئی منبع غالباً دوسرے اعضا و احشاء کو بھی موقوف کر دے گا اور اس طرح عسر اللعین سرگردن یا بازو کی دریدوں کا قسد و مخاطر اعصاب پر دباؤ اور عظم القصد کے عقب میں یا سینہ کے بالائی حصے پر ایک طرف اہمیت (dulness) پیدا کر دے گا۔ اس کے برعکس جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، اس تضیق کو جو آتشک کے باعث ہوا ایسے علامات سے میرا ہونا چاہئے۔ لیکن جب اور طبی اوزار قصبہ کو دباتا ہے تو ابتداء ایسی کوئی دوسری علامت ظاہر نہیں ہوتی کہ جس سے وہ شناخت کیا جاسکے۔ انورسٹا اور دروں صدری بالیدوں کے درمیان تفریق کرنے کے لئے قارئین درون صدری نو مایہ جاست (intra-thoracic neoplasms) کا بیان ملاحظہ فرمائیں (ملاحظہ ہو صفحہ 181)۔ ہر دو صورتوں میں رانجنی شعاعوں (Röntgen rays) سے کچھ امداد مل سکتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت ناموافق ہوتا ہے، کیونکہ ان اسباب پر جو کہ نسبت عام ہیں، ملاحظہ چنداں اثر نہیں ہوتا۔ لیکن ممکن ہے کہ قصبہ کو دبانے والے چھوڑوں کی شاذ اہمیتیں چھوڑے کے پھوٹ جانے پر شفا یاب ہو جائیں۔

علاج۔ داعیات (indications) یہ ہیں: (۱) اگر ممکن ہو تو سبب مرض کا دور کرنا۔ (۲) جہاں قسد دبا لائی جیسے میں ہو قصبہ کو مقام قسد و سے بچنے

کھول دینا اور (۳) علامات اور ثانوی نتائج کا ازالہ کرنا ایک مرضی غددہ در قسیمہ (thyroid) یا بیش پروردہ تیموسہ (hypertrophied thymus) کو نکال کر خارج کر دینا چاہئے اور گردن کے بڑھے ہوئے غدود یا بالیدوں کو بھی ایسی طرح پھوڑے جہاں قابل رسائی ہوں حتی الامکان کھول دینے چاہئیں۔ لیکن ایسے موقعے نادر الوقوع ہیں۔ اگر انورسما کی تشخیص ہو گئی ہو تو اس حالت کا مناسب علاج عمل میں لانا چاہئے اور بین تضیق (stricture) کے لئے پارہ اور پوٹاسیمیم آیوڈائیڈ یا سال ورسان (salvarsan) کے ذریعہ سے فعال داغ آتشک علاج عمل میں لانا چاہئے بالخصوص جب کہ تعال و آرتن (Wassermann) مثبت حاصل ہوا ہو۔ آیوڈائیڈ کا استعمال ہر اس امابت میں کیا جاسکتا ہے جس میں تسد کے سبب کے متعلق قطعی تشخیص کرنے کے لئے کافی معطیات (data) حاصل نہ ہوں۔ جسم غریب (foreign body) کی صورت میں قصبہ شگافی (tracheotomy) کا علیہ کرنا چاہئے اور پھر مریض کو اٹاکر یا ہلاکر یا ایک شعبہ بین (bronchoscope) میں سے خاص قسم کا کلاب استعمال کر کے جسم غریب کو نکالنے کی کوشش کرنی چاہئیں۔

130

شعبی التهاب

(BRONCHITIS)

بحث اسباب۔ شعبی التهاب ایک اقلی مرض کے طور پر واقع ہو سکتا ہے اور ایسی صورت میں وہ غالباً اس "معمولی زکام" (common cold) کی ایک قسم ہے جو صفحہ 195 پر بیان کیا گیا ہے اور اس کی جراثیمات اور طریقہ سرایت بھی انہی کے جراثیمات اور طریقہ سرایت کے شامل ہوتے ہیں۔ اس قسم کا شعبی التهاب اکثر حفرہ اور انفی غشائے مخاطی کے التهاب کے ساتھ یا اس کے پہلے ہوتا ہے یا ممکن ہے کہ التهاب آخر الذکر مقامات کے اندر شروع ہو اور پھر پیچھے کو شعبات تک پھیل جائے۔ در حقیقت زکام کے باب (section) کا مطالعہ شعبی التهاب کے ہمراہ کرنا چاہئے۔ شعبی التهاب کا ایک دوسرا سبب یہ ہے کہ شعبی غشائے مخاطی کا تھکا

خوابش اور بخارات کے ساتھ یا ٹھوس ذرات (جیسے کہ گرد و غبار کبر) کی حامل ہوا کے ساتھ یا سرد و مرطوب اور تغیر پذیر آب و ہواؤں کے ساتھ یا کمپونوں کی یا بعض کارخانوں کی ہوا کے ساتھ ہو۔ شیمی التهاب شیمی انجیبات کے اندر اجماع غریبہ کی تحقیقی موجودگی سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسا ہونا مقابلہ شاذ بہت لیکن انجیبات کے اندر انصباب شدہ خون بھی اس طریقہ سے عمل کر سکتا ہے اور شیمی التهاب جرم شش کے اندر ذرہ سرطان (carcinoma) کے جھڑے بھی ہمیشہ واقع ہو جاتا ہے۔ شیمی التهاب ان نازلی عضویات (catarrhal organisms) میں سے کسی ایک کے باعث ہو سکتا ہے جو بئاسق (sputum) کے اندر موجود رہتے ہیں جیسے کہ بقیہ ریوی (pneumococcus) 'فریڈ لینڈر کا حصیہ ریوی (pneumobacillus) نیبات سمیہ (streptococci) خود بقیہ نازلی (M. catarrhalis) نیبات غنسیہ (staphylococci) خود بقیہ چھارنرا (M. tetragenus) اور کبھی کبھی عمومی عصید قولونی (bacillus coli communis) نیز ہر قسم کی ماسکی سوائت (focal infection) اور خاص کر جوفی مرض (sinus disease) سے ثانوی طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض ساری امراض مثلاً تپ محرقہ (typhoid fever) کھسار و فقیہر یا انفلوئنزا اور کالمی کھانسی (whooping cough) کے ساتھ شیمی التهاب ہمیشہ پایا جاتا ہے اور مرض برائٹ (Bright's disease) میں یہ اکثر موجود ہوتا ہے۔ شیمی التهاب اور دہ (asthma) کا باہمی تعلق کیا ہے یہ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

شیمی التهاب شیر خواروں، پھوٹے بچوں اور ضعیف العمر اشخاص میں خاص طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور جوں سال بڑھتا اور ادھیڑ عمر والے اس میں نسبت بہت کم جتلا ہوتے ہیں۔ آرام طلب عادتوں سے گرم کمروں میں بند رہنے سے اور غیر ضروری طور پر اوڑھے لیٹے ہوئے رہنے سے اس کے موضوعات میں یہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ مقابلہ تخفیف، تشف (exposure) ہی سے شیمی التهاب میں جتلا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح وہ لوگ جو کمزور صحت رکھتے ہوں، یا ناکافی غذا، مکان پیدا کرنے والے پیشوں، یا خراب صحیح حالات کی وجہ سے پست ہو گئے ہوں اس میں برآسانی جتلا ہو جاتے ہیں۔ قلب کا مرض جو بھی پھیلاؤ کے دوران خون میں مزاحم

ہوتا ہے، شعبی التهاب کا سبب مُعد (predisposing cause) ہے۔ موسم گرما کی نسبت سردائیں شعبی التهاب بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب حادث شعبی التهاب کے ایک ہی حملہ کے بعد یا مکرر حملوں کے بعد پیدا ہو سکتا ہے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ مزمن شعبی التهاب کی موجودگی پر حادث شعبی التهاب کا اضافہ ہو جائے۔

امراضیات (pathology)۔ سب سے زیادہ مآؤف ہونے والا حصہ غشائے مخاطی ہے، لیکن مرض کی شدید یا طویل اصابتوں میں تحت المخاطی طبقت (submucosa) اور شاذ مثالوں میں شعبی انجوبات کی گریاں اور شش کے وہ حصے جو ہم پہلو ہیں، مآؤف ہو جاتے ہیں۔ پہلا اثر یہ ہوتا ہے کہ غشائے مخاطی کی عروقیت (vascularity) اور ورم میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد اس کی سطح سے بکثرت افزائے نکلتا ہے۔ یہ افزائے ایک صاف سیال ہوتا ہے جس میں مخاط (mucus) موجود ہوتی ہے لیکن اس میں خون کے سپید خلیے (leucocytes) اور تھوڑے ہوئے سرطانی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں یہ افزائے سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی تعداد کی موجودگی کی وجہ سے نسبتاً زیادہ غیر شفاف اور زرد ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس افزائے میں ایسے خلیات پائے جائیں جو کہ انحطاطی حالت میں ہوں، یا ایسے خلیات جن میں شیعہ ہائے اخذ کردہ کامل یا میل موجود ہو۔

ہنک اصابتوں میں انجوبات اکثر سبزی مائل پیپ سے بھرے ہوئے نکلتے جاتے ہیں (سچی شعبی التهاب: purulent bronchitis)۔ بعض اوقات سب سے چھوٹے انجوبات مآؤف ہو جاتے ہیں۔ اگر شش کے ادہری حصے کی ایک قاش کا ٹلی جلسے اور شکستہ تراش کو دبا کر پھوڑا جائے، تو کوئی ہونی سطح سے پیپ کے چھوٹے چھوٹے قطرے بکثرت باہر رستے ہوئے نظر آئیں گے۔ یہ مالت شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) یا التهاب شعبات (bronchiolitis) ہے۔ فرینکل (Fraenkel) ایک لیفی انطامی شعبی التهاب (bronchiolitis fibrosa obliterations) بیان کرتا ہے جو تراش اور ہوا اگر وہ خیار میں کام کرنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس میں شیبات (bronchioles) اتالی بنتی کی مادہ یا تحت الحاد (subacute) پائیدگی سے مدد ہو جاتے ہیں۔

جب معمولی نازلی امیسا بتوں میں التهابی عمل کافی طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے تو شبہوں کے یعنی طبقات وینز اور سپید غلیظوں سے درختہ (infiltrated) ہو جاتے ہیں۔ عضلی ریشے دباؤ کی وجہ سے مذبول ہو جاتے ہیں۔ اور کڑیاں اور مخاطی غد بھی کی سبب سے غائب ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی امیسا بتوں میں شعبی انجوبات جمع ہو کر چوڑے نکلے فنایا استوائی مجاری بن جاتے ہیں جو اکثر شش کی سطح تک پہنچے ہوئے ہوتے ہیں (تجلد الشعب: bronchiectasis)۔

شعبی التهاب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خود شش کی ساخت میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ یعنی مادہ غیری شعبی التهاب سے سختکی ہبوط (lobular collapse) اور شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) پیدا ہو سکتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب کے بعد حویصلی نفاخ (vesicular emphysema) اور بعض اوقات مزمن سختکی ذات الریہ (chronic interstitial pneumonia) ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر تینوں کا تذکرہ بعد ازاں کیا جائے گا۔

لختکی ہبوط (lobular collapse) انفرادی لختکوں میں اس وقت ہوتا ہے کہ جب ان تک پہنچانے والے شعبی انجوبات مخاط سے سدود ہو جاتے ہیں تو اس کی وجہ یہ ہے کہ جب کوئی انجوبہ سدود ہو جاتا ہے تو اس کے اندر کی مجوس ہوائیک غیر متحرک حالت میں ریوی شریات کے ساتھ متاس رہنے سے جذب ہو جاتی ہے اسی طرح جس طرح کہ وہ ہوا جو کہ تحت الجلدی غروی یا تحت کے اندر داخل ہو گئی ہو۔ شریاتی خون کے استھان سے حاصل شدہ تجربی شہادت (7) موجود ہے کہ شعبی التهاب کی شدید امیسا بتوں میں ہیمپیر (dyspnoea) پایا جاتا ہے اس کی وجہ CO_2 کا احتباس (retention) اور آکسیجن کی قلت ہیں اور یہ احتباس اور قلت غالباً شعبی شش کے باعث رونما ہوتے ہیں۔

طبعی الامرات۔ مہما نندہ کرنے پر تنفس تیز نظر آتا ہے۔ سہیہ متقابل (symmetrical) اور عام طور پر متوسط درجہ کے۔ شش تمدد کی حالت میں ہوتا ہے۔ تنفس کے میں عضلات (accessory muscles) قوی عمل کرتے ہوئے نظر آتے ہیں اور زفر (expiration) طویل ہوتا ہے۔ بعض اوقات دوران شریق (inspiration)

میں میں الاضلاعی خضائیں اندر کو چوس لی جاتی ہیں۔ قَزَع (percussion) کرنے پر عموماً ایک طبعی گمک دار آواز نکلتی ہے، لیکن ہوائی حویصلوں کے عارضی بیش آمد کے باعث کبھی کبھی خفیف سی بیش گمک (hyperresonance) پائی جاتی ہے۔ لیکن ہے کہ جمع شدہ افراز سے یا مہیوط (collapse) کے باعث گمک میں کمی ہو جائے۔ استناعت (auscultation) ظاہر کرتا ہے کہ شہیق اور زفیروزوں کے ساتھ صفیری خروخوات (sibilant rhonchi) یا سرتان خروخوات (sonorous rhonchi) موجود ہوتے ہیں (جس کا انحصار ماؤف آمبوبات کی جاست پر ہوتا ہے) یا مختلف اقسام کے لقطات (râles) موجود ہوتے ہیں، یا خروخوات (rhonchi) اور لقطات (râles) دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ زیادہ موٹے خروخوات (coarser rhonchi) اکثر سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو جاتے ہیں، بلکہ لیکن ہے کہ خود مرلیض کو یا اُس کے پاس کھڑے ہوئے اشخاص کو بھی سنائی دیں۔ زیادہ بڑے یعنی موٹے لقطات (coarser râles) زفیروز شہیق دونوں کے ساتھ اور نہایت باریک لقطات (finest râles) صرف شہیق کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ یہ اصوات تمام اصابتوں میں یا مرض کے تمام درجوں میں یکساں طور پر نہیں موجود ہوتے۔ بہت سی اصابتوں میں تنہا خروخوات (rhonchi) موجود ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں یہ اصوات مختلف طور پر مخلوط ہو کر سائے سینہ پر سنائی دیتے ہیں، اور لیکن ہے کہ حویصلی خیر (vesicular murmur) کو بالکل دبا دیں۔ شعبی عضلہ کے شہج کی صورت میں زفیروز (expiration) نمایاں طور پر طویل ہو جاتا ہے۔

حادثہ شعبی التهاب کے علامات۔ ابتداء قدرے کسمندی (malaise) اور سینہ میں تھکی کا احساس ہوتا ہے، اور کھانسی واقع ہوتی ہے لیکن بساق (sputum) بالکل نہیں ہوتا۔ تخفیف اصابتوں میں عام اعتلال محض خفیف سا ہوتا ہے، اور بیماری کھانسی تک محدود ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں قد بے تپ ہو کر چمچ۔۔۔ ۱۰ یا ۱۱ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، زبان قرمز اور مر جاتی ہے اور انتوں کا فعل بہت اور قارورہ قلیل المقدار ہو جاتا ہے۔ کھانسی ابتداً کھڑی اور خشک ہوتی ہے، اُس کے ساتھ اکثر غلظ القص کے پیچھے درد ہوتا ہے اور

جبرمازیر (forced expiration) کے عضلات میں بھی درد ہوتا ہے جس کی وجہ با (strain) ہے جو ان پر پڑتا ہے۔ اس وقت نفث محض قلیل المقدار ہی ہوتا ہے اور پتلی جھاگ وار مخاط پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ مکھن ہے کبھی کبھی خون کی دھاری موجود ہو۔ چند روز کے بعد کھانسی نسبت زیادہ آسان اور زیادہ دھیلی ہو جاتی ہے اور نفث (expectoration) مقدار میں زیادہ وافر، زیادہ غیر شفاف، اور زرد اور سبز ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ اس میں خون کے سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی مقداروں کا اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ نسبت خفیف تر اصابتوں میں نفث دوران خواب میں جمع ہو جانے کی وجہ سے صبح کے وقت عموماً زیادہ نکلتا ہے اور شہروں میں یہ بساق (sputum) اکثر اوقات کڑھوائی سے اخذ کردہ رنگ کے باعث سیاہ ہوتا ہے۔ بہر (dyspnoea) اکثر زیادہ ہوتا ہے اور مریض کو بستر میں سیدھا بیٹھنا پڑتا ہے (ارتھروپنوس: orthopnoea) اور تمام تنفسی عضلات کو حرکت میں لانا پڑتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد مخاط آمیز ریم (muco-pus) کا افزائ کم ہو جاتا ہے، کھانسی نسبت کم مرتب آنے لگتی ہے اور تدریج علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ جب اس شکل میں کہ جسے اوپر شری شعبی التهاب (capillary bronchitis) کے نام سے بیان کیا گیا ہے صغیر ترین شعبی انجریات، ریوی افزائ سے پر ہو جائیں تو حالت نہایت خطرناک ہوتی ہے بالخصوص بالکل چھوٹے بچوں میں۔ شدید بہر چہرے اور اطراف کا سخت زراق (cyanosis) یا کبودی (lividity) اور سرخ خستگی (exhaustion) واقع ہوتی ہے۔ کھانسی ابتداً بار بار آتی ہے اور اس کے ساتھ لزج چمکدار مخاط یا مخاط آمیز ریم یا پیپ نفث میں بافرط خارج ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں مریض کبود اور غنودہ (drowsy) ہو جاتا ہے۔ اس کی نفث زیادہ کمزور اور زیادہ سرخ ہو جاتی ہے۔ نسبتی مساعی نسبت کم کا درجہ ہوتی ہیں اور بین الاشلاع فضا میں زیادہ اندر چوسی ہوئی ہوتی ہیں۔ نفث تدریج کم ہو جاتا ہے اور موت سے پہلے دماغی دوران خون کا اختلال (coma) سے ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ اکثر خفیف ہذیان بھی ہوتا ہے۔

مزمن شعبی التهاب کے علامات۔ اس کے خاص صفات دراصل حادثہ کم صفات سے مختلف نہیں۔ لیکن اس میں تپ اور وہ بیٹی اختلال نہیں ہوتا جو حادثہ حاد میں

۳۔ گندیدہ یا مہنتن شعبی التهاب (putrid or foetid)

(bronchitis) اس کی میز خصوصیت ہنایت بد بودار بئاق ہے جو بیشتر ان صابتوں میں ہوتا ہے جن میں انبوبات متع ہو جاتے ہیں۔ بئاق وافر مقدار میں اور کسی قدر پتلا ہوتا ہے اور بئاق دان کے اندر اکثر تین تہوں میں جدا ہو جاتا ہے جن میں سے سب سے اوپر والی تہ جھاگ دار اور مخاطی ہوتی ہے، درمیانی تہ ایک تلی منسل مخاطی سیال ہوتی ہے اور سب سے نیچے پیپ کی دینرہ ہوتی ہے جس میں وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو فٹریش یا ٹراؤبے کے صدمات (Dittrich's or Traube's plugs) کے نام سے موسوم ہیں۔ ان کا رنگ پیدی مائل رمدی یا میلار مادی مائل زرد ہوتا ہے اور جاست میں یہ اجڑے کے دانے سے لے کر سیم کے بیج کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں۔ خروین کے نیچے ان کی ترکیب میں ریجی جیسات پتورا (detritus) جسٹریٹم پالمیک (palmitic) اور سٹیریک (stearic) ترشوں کے باریک سوزن مابندل اور تخیف شعریہ (leptothrix) کے بلند اور حاکے شامل ہوتے ہیں۔ اس بئاق کے کیمیائی مافیہ ایسٹک (acetic) بیوٹائریک (butyric) اور ولیریک (valerianic) ترشے لیوسین (leucin) ٹائروسین (tyrosin) سلفیوریشیڈ ہائڈروجن (sulphuretted hydrogen) اور میتھائل امین (methyamine) ہیں۔ گندیدہ شعبی التهاب میں اور شش کے گنگرین میں اعتیاد کرنا چاہئے۔ بہت بد بودار بئاق اس دہیلہ (empyema) سے بھی نکل سکتا ہے جو شش کے اندر چھوٹ جائے اور کبھی کبھی یہ ایک پرانے قدرتی کمنہ (tuberculous cavity) سے بھی نکلتا ہے۔

۴۔ تلوہ بینی (plastic) قانہ بینی (fibrinous) (croupous)

شعبی التهاب۔ اس شاذ عارضہ کی میز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نفث کے اندر شعبی انبوبات کے سائیک (casts) خارج ہوتے ہیں۔ بئاق عموماً گول تو وہ کی شکل میں اور مخاط یا خون سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے اور جب اسے پانی میں رگڑا جائے تو میں شعی انبوبات کے ایک حصے کا کم و بیش مکمل شاذ سیکل (cast) نظر آتا ہے۔ یہ سیکل عموماً ایک قاذ کے پر (goose-quill) سے زیادہ دبیز نہیں ہوتا اور طول میں پانچ سے لیکر ۲۴ انچ تک متغیر ہوتا ہے اور صرف شاذ ہی تم یا دیا یکہ یا پانچ تک پہنچتا ہے۔

اس کا رنگ مادی یا سپیدی، مٹی زرد ہوتا ہے۔ اور یہ ہم مرکز دھڑقوں (laminæ) پر مشتمل جوتا ہے جو عموماً انجوبہ کے درجہ (kuman) کو نہیں کرتے، یہی وجہ ہے کہ یہ سبب ایک سو اسنے ان کے جو سفوف زردین، انجوبہ مندست، خشک ہوں، محسوس نہیں ہوتے۔ خورجین کے نیچے اس سہیلک کی ماحت و خشک دار نظر آتی ہے جس میں کثیر التعداد سپید جسامت، نجات سپید، اسٹریٹھو کا کافی، انتہائی غنیہ، بیٹا ٹائڈین کی خمیں، کرشمین کے مرقعوں کے (Cruschnian's spirals) اور شمار کو لین کی قلیس (Charcot-Leyden crystals) مدفون ہوتی ہیں، ملاحظہ ہو صفحہ 161)۔ مریض کو کھانسی کے سخت حملے ہوتے ہیں، اس سے اس کا دم ٹھٹھے لگتا ہے، سانس ہی سینہ میں کم و بیش درد اور دباؤ (oppression) محسوس ہوتا ہے اور ان حملوں کے ساتھ ابتداً بک اساق نہیں نکلتا، اور اگر کچھ نکلتا ہے تو وہ تنیدہ قدر سے غلط ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد (جو صرف چند ہی گھنٹے کا یا دو یا تین دن کا ہوتا ہے) ایک شعبی سہیلک خارج ہوتا ہے۔ اس سے عموماً فی الفور آرام محسوس ہوتا ہے اور کھانسی کم یا غائب ہو جاتی ہے۔ لیکن وہ عموماً چند ہی گھنٹوں میں پھر عود کرتی ہے اور بعض اوقات ایک آدھ روز کے وقفوں سے بائیک (cysts) کئی دن تک نفث سے خارج ہوتے رہتے ہیں، اور پھر مریض بدین بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ بعض امواتوں میں نفث الدم (haemoptysis) واقع ہوتا ہے اور یہ عموماً سہیلک خارج ہونے کے بعد ہوتا ہے۔ طبیعی امارات ایک شبہ کے قدم کے ہوتے ہیں اور اس کے ساتھ ہی جیسے ہیٹ بائیک اکھڑتے جاتے ہیں، لطائف (râles) منافی دیتے ہیں، نکوینجی التهاب (plastic bronchitis) شاذ ہی ہلک ہوتا ہے اور جب جوتا ہے تو یہ چھید گیروں کے سبب سے۔ لیکن وہ غیر منتظم وقفوں کے ساتھ کئی سال کے عرصہ تک متواتر ہوتا رہتا ہے۔

۶۔ مزمن شعبی التهاب جو مرض کثرت تخلیات (polycythemia rubra) (مرض ایڑا: Ayerza's disease) کے ساتھ پایا جاتا ہے، آکسین کی طویل المدت قلت کا نتیجہ ہوتا ہے، لہذا خون کے ہیوگلوپین میں زیادتی ہو کر سرخ خلیوں کی تعداد تقریباً ۱۰۰،۰۰۰ فی کعب ملی میٹر ہو جاتی ہے، اور مکن ہے کہ انگلیاں گرز شکل (clubbed finger) ہو جائیں۔ مریض نہایت اندرق (cyanosed)

ہو جاتا ہے اور ایک اسباب میں شریانی خون بجائے طبیعی ۹۵ فیصدی کسجن کے، صرف ۶۵ فیصدی کسجن پیدا کیا گیا۔ تاہم چونکہ ہیموگلوبین اور سرخ خلیوں میں بہت بڑا اضافہ ہو گیا تھا لہذا آکسیجن کی حقیقی مقدار خون کے ذریعہ سے منتقل ہوئی تقریباً طبیعی درجہ کی تھی۔ شریانیوں میں CO_2 کا دباؤ بھی زیادہ تھا اور مریض کی سانس نہایت پھولی ہوئی تھی (۲۷)۔ غور کی نسبت مرد زیادہ عام طور پر باؤف ہوتے ہیں اور تعامل واسرمن (Wassermann reaction) اکثر مثبت ہوتا ہے۔ دایاں بطن بہت بیش پروردہ اور متسع ہوتا ہے جس کا مظاہرہ برقی قلبی تکریم (electrocardiogram) سے ہوتا ہے۔ ریوی شریان کا اتساع اور آتھیروما اور پیچیدگیوں میں احتقان (engorgement) پایا جاتا ہے جو ریوی دوسری دباؤ کی زیادتی کی دلیل ہے۔

تشخیص۔ شعبی التهاب کی تشخیص کا انحصار خرخرات (rhonchi) اور نلفات (râles) کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ دھما میں بُہر (dyspnoea) اور طبیعی امارات ایک نہایت حاد شعبی التهاب کی طرح کے ہوتے ہیں لیکن اسکے وقوع کی سرگزشت اور مابقی حلقوں کی رونداد اس کی تشخیص میں مدد ہوگی۔ شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) میں خرخرات (rhonchi) عموماً غائب ہوتے ہیں اور ان اصابتوں کو کیودی، عنودگی اور لفظات (râles) کی موجودگی سے شناخت کیا جاتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں ایک شعبہ کا تسلسل (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۴) ضرورہ (stridor) پیدا کر سکتا ہے جو غلطی سے شعبی التهاب کا خرخرہ (bronchitic rhonchus) سمجھ لیا جاتا ہے۔ اکثر مزمن سہل ریوی (chronic phthisis) سے تفریق کرنے میں دقت ہوتی ہے کیونکہ سہل ریوی کے ساتھ اکثر شعبی التهاب موجود ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں حوی تعامل نفث اللہم سرینغ لاغری کا وقوع اور ایک جانب یا ایک راس پر طبیعی امارات کی زیادہ شدت کا پایا جانا سہل ریوی کی موافقت میں ہوگا اور اس کی تصدیق عسیتوں کے لئے بساق کے امتحان سے یا لاشاعوں (X-rays) یا ٹیوبیرکولین (tuberculin) کے استعمال سے کی جا سکتی ہے (ملاحظہ ہو سہل ریوی)۔

اب اس کی تعیین باقی رہ جاتی ہے کہ آیا حاد شعبی التهاب ایک اولی اسیت ہے یا ایسے عوامل کا جیسے کہ کالی کھانسی (whooping cough) کھسرتپ محرکہ

یاد دہی کسی نوعی تپ کا ثانی نتیجہ ہے۔ بچوں میں حادثہ فنی تپ (acute miliary tuberculosis) کا خیال لینا بھی ضروری ہے۔

انتہار۔ حادہ شعبی التهاب (acute bronchitis)۔ اس کی مدت چند روز سے لے کر تین ہفتوں یا زائد تک ہوتی ہے۔ ریمی (purulent) یا شعری (capillary) شعبی التهاب کی مہلک اسبابوں میں یہ مدت ۹ تا ۱۲ روز ہوتی ہے۔ مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis)۔ اگرچہ یہ اکثر زندگی کو گھمٹا دیتا ہے تاہم بہت سے لوگ اس کی موجودگی میں بھی بڑی عمر تک زندہ رہتے ہیں۔ یہ موسم سے نمایاں طریقہ پر متاثر ہوتا ہے اور اس کے مریض دورانِ گرما میں اکثر غماز پچھے رہتے ہیں اور سرما میں پھر بیمار ہو جاتے ہیں۔ لیکن ان کی حالت بعد میں آنے والے ہر سال کے ساتھ خراب تر ہوتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ بالآخر وہ ایک غیر معمولی طور پر شدید سرما میں یا شہروں کے نہ دگھروں میں یا دوسرے مقامات پر شرقی یا شمال مشرقی ہواؤں میں ہلاک ہو جائیں۔ لیکن اس کے برعکس اگر مریض گھر کی حدود کے اندر رہے یا اس سے بھی بہتر یہ کہ کسی نسبتاً گرم آب و ہوا میں رہے، اس موسمِ تابوخی موسم سے محفوظ رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنے شعبی التهاب کو محدود کر سکیں اور ایسے مہلک انجام کو سالہا سال تک ملتوی کر سکیں۔ لیکن اس کے مضر اثرات افزائش کی مقدار اور ثانوی انتساج (سیختے فٹاخ، متسع انبوبات اور دائیں قلب کے اتساع) کی سرعت نمونے کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

ستحریہ۔ اس کا انحصار اس ام پر ہوتا ہے کہ سرائت کے مریضوں سے اور انفرادی اسبابوں میں سرائت کی استعداد پیدا کرنے والے اسباب سے بچاؤ کیا جائے۔ اثر پذیر اشخاص کو نازلت (catarrh) کے دوسرے مریضوں سے احتراز کرنا چاہئے۔ اگر تپاس کے بغیر چارہ نہ ہو تو انفلوئنزا کے تحت میں بیان کئے ہوئے جالی کے چہرہ پوش (gauze masks) پہنے جاسکتے ہیں۔ زکام (coryza) کی روک تھام کے تحت میں بیان کی ہوئی مختلف تدبیریں ملاحظہ ہو صفحہ 196) مناسب صابونوں میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ نہ خوردہ جدینات (stock vaccines) اور زادہ جدینات (autogenous-vaccines) اکثر مفید ہوتی ہیں۔ آخر الذکر بے باقی

(sputum) سے تیار کی جاسکتی ہیں، لیکن کاشتیں ناک سے بھی لی جاسکتی ہیں، جہاں وہ عضو یہ جو مرض کا خاص سبب ہے اکثر خالص کاشت میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔ انگلستان کے موسم سرما کی آب و ہوا جس میں سردی اور رطوبت ہوتی ہے، شعبی التهاب کا نہایت عام سبب مُعَدّہ (predisposing cause) ہے، لیکن مکن ہے کہ انگلستان کے جنوبی مقامات جیسے کہ بورن مٹھ (Bournemouth) وینٹنر (Ventnor) ٹارکوے (Torquay) یا پنزنس (Penzance) کی بودوباش سازگار نتائج پیدا کر دے۔ نیز سازگار آب و ہوا میں بیرون انگلستان میں بھی ہیں اور میسٹنٹون (Menton)، سان ریمو (San Remo)، کینیس (Cannes) آر کے شان (Arcachon)، جزائر کیلیری (Canary Islands)، مڈیرا (Madeira) اور نائل (Nile) (Assouan : اسیوان) ایسے مقامات ہیں جہاں مرض سب سے زیادہ جاتے ہیں۔

علاج۔ متوسط شدت کی امایاتوں میں مریض کو ایک گرم کمرے میں بستر پر لٹا دینا چاہئے۔ نیشہ کم شدید امایاتوں میں اگرچہ مریض کو اٹھنے کی اجازت دی جاتی ہے، تاہم اسے تکشف (exposure) سے محفوظ اور حتی الامکان ۶۰ درجہ ۶۵ درجہ فارن ہائٹ کی ہوا میں رکھنا چاہئے۔ مریض شعبی التهاب میں مکن ہے کہ ایک سازگار آب و ہوا میں منتقل کرنے کے سوال پر غور کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو تحریر)۔ اگر مینہ میں زیادہ تنگی ہو تو اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) رائی کی پٹی (mustard leaf) یا السی کی پولٹس (linseed meal poultice) سے جس پر رائی چھڑکی ہوئی ہو، جو ابی خراش (counter-irritation) پیدا کرنی چاہئے۔ بچوں میں جو ابی خراش آوردیہ (counter-irritants) کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے، مگر ایک پتلی پولٹس جو سارے سینہ کو گھیرے (جاکٹ پولٹس jacket poultice) نہایت کارگر ہوتی ہے۔ غذا ہلکی اور مغذی ہونی چاہئے۔

جوائی راتوں کا تندہ روکنے کے لئے تین حسر کی میکانیتیں (motor mechanisms) ہیں، یعنی نیشہ بڑے شبات کے لئے اہلاب (cilia) کی حرکت و سُر (propulsive movement) اور کھانسی کی اخراجی میکانیت (expulsive mechanism) اور نیشہ چھوٹے شبات کے لئے عضلی حرکت و ودیہ

(muscular peristalsis) - لیکن شعیوں میں افراز کا عہد بہاؤ بھی مادی اہمیت رکھتا ہے، اور وہ ایک مذہبن (lubricant) اور خراشیں آدرائیاں کے مفرق کے طور پر ہر دو حیثیت سے عمل کرتا ہے۔ شروع میں جب کہ کھانسی خشک ہو ممکنات (sedatives)، مثلاً مرکب صبیغہ کافور (tinct. camph. co.) کی ضرورت ہے اور اس کے بعد منفثات (expectorants) کی۔ امونیسٹ کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ گرین ہر چوتھے گھنٹے) نبیذ عرق الذہب (vinum ipecacuanhae) (۵ تا ۱۰ قطرے) اور صبیغہ سقیل (tinct. scillae) (۵ قطرے) معدی غشائے مخاطی میں خراشیں پیدا کرتے، اور عصب تانیہ (vagus) کے معکوس عمل کے ذریعہ شعی افراز کو بڑھا دیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کو قے (emesis) لانے کی حد تک دیا جائے تو شعی افراز اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بچوں کے علاج میں اسی اسلوب عمل سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، یعنی جمع شدہ شعی افراز کو خارج کرنے کے لئے ایک ڈرام صبیذ عرق الذہب (vinum ipecac.) دیا جاتا ہے اور ضرورت ہو تو پندرہ منٹ کے بعد اسے مکرر دیا جاتا ہے۔ مزمن شعی الہتباب میں سقیل (squill) خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ قلب پر اس کا اثر ڈیجیٹالس (digitalis) کے مثل ہوتا ہے۔ منفثات (expectorants) کی ایک دوسری جماعت شعی نند کی راہ سے خارج ہو کر ان کے افراز کو تحریک پہنچاتی ہے۔ اس جماعت کا اہم ترین رکن ۵ گرین کی خوراکوں میں پوتاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) ہے۔ یہ مزمن شعی الہتباب میں خاص طور پر نفع بخش ہے۔ جہاں نفث کثرت ہو، بسان پیرو (balsam of Peru) (اس کے ۲۰ قطرے ۱/۲ ڈرام شہد میں منطبق کر کے) اور بسان طولو (balsam of Tolu) دینا چاہئے، یا امونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) (۲۰-۲۵ گرین)۔ جہاں بساق بدبودار (fœtid) ہو، ٹیری بین (terebene) (۵ تا ۱۰ قطرے) دینا چاہئے۔ سعال شتائی (winter cough) کے لئے اس کے ۵ قطرے حکمرن چاکرون میں کمی بار لینا مفید ہے۔ فوہر بچوں میں جو طاقبت نفث محض برائے نام ہی رکھتے ہیں، شعری شعی الہتباب (capillary bronchitis) میں بعض اوقات افراز اس قدر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے کہ اس سے

انبوبات پر ہو کر دم گھسنے کا خطرہ ہو جاتا ہے۔ افزائی غدد کو مشلول کرنے اور انبوبات کو خشک کر دینے کے لئے صبیغہ لفلح (tinct. belladonna) ساتھ قطروں کی خوردگی میں یا ایٹروپین (atropine) بمقدار ۱/۱۰ گریں کے اشاریات دئے جاتے ہیں۔ یہی علاج بالغوں میں بھی مفید ہو سکتا ہے۔ جب کھانسی زیادہ خراش آور ہو تو مسکنات (sedatives) استعمال کئے جاسکتے ہیں، مثلاً مارفین (morphia) قلیل مقداروں میں (۱/۱۰ گریں یا ۱/۲۰ گریں) مرکب صبیغہ کا فور (۱/۲ ڈرام) ہیروئن (۱/۲ تا ۱/۴ گریں) کوڈین فوسفیت (codeine phosphate) (۱/۲ گریں) یا پوائسم یا مونیم برومائیڈ (۵ گریں)۔ لیکن اگر کوئی (lividity) زیادہ موجود ہو تو ان چیزوں کو بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیے، کیونکہ ان حالات میں ممکن ہے یہ نفسی اور قلبی مرکبوں کو خطرناک طور پر متخفیف کر دیں۔ ہائیڈروسیانک ترشہ (hydrocyanic acid) بھی ممکن ہے۔ یہ ترشہ شربت کزنبری (syrup of Virginian prune) کے اندم موجود ہوتا ہے جو عام طور پر تجویز کیا جاتا ہے۔ یہ غالباً معدے میں عصب تانیہ کے اختیارات کو مشلول کر کے عمل کرتا ہے (جو عرق الذہب کے برعکس ہے) اور معدی کائنسی (stomach) cough میں مفید ہے۔ ان اصابوں میں کہ جن میں شیمی انبوبات کا زیادہ شنج ہوتا ہو صبیغہ جوزاٹل (tinct. stramonii) یا صبیغہ تیج محمرانی یا تیجری (tinct. lobelia) (۵ ابوند) یا ایچھر (۵ ابوند) یا صبیغہ قنب ہندی (tinct. cannabis) (۱۰ ابوند) سے نائدہ ہو سکتا ہے۔ نیز قلیل مقداروں میں کلورل (chloral) (۵ تا ۱۰ گریں) کی سفارش بھی کی گئی ہے۔ ممکن ہے ان میں سے بعض طریقہ ہائے علاج ایک دوسرے سے متخالف معلوم ہوں۔ فی الحقیقت ان کو مجموعی طور پر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، مثلاً مرکب لوفی تیل (linctus scilla co.) (B. P. C.) (اڈرام خورداک) کی صورت میں جس میں مسکن مرکب صبیغہ کا فور اور منقعات سکنجبین مقل (oxymel scilla) اور شربت طولو (syrup. tolutanus) کی مساوی مقداریں موجود ہوتی ہیں۔ اسی طرح جوزاٹل (stramonium) یا تیج محمرانی (lobelia) عام طور پر پوائسم یا یوڈائیڈ کے ساتھ تجویز کئے جاتے ہیں اور ایکسٹراکٹ اماریٹین ایٹ ٹرپنی (elixir diamorphini et terpini) (B. P. C.) (اڈرام) میں ٹرپین ہائیڈریٹ

(syrup of heroin hydrate) اور شربت کروز بری (heroin) (syrup of virginian prune) موجود ہوتے ہیں۔ مینے ایک سفیفٹ اور دھبکین۔

تمام شدید امسا توں میں جن میں زہاق (cyanosis) (یا بھر (dyspnea)) موجود ہو اس میں کسب کے استنشاق (oxygen inhalations) سے فیتی مدد پہنچ سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔ کمرے کی ہوا کو بجا پہ سے (جو ایک جز صاف) : bronchitis "kettle سے نکلتی ہو) مرطب رکھنے سے زیادہ (medicated) استنشاقات مثلاً لوبان کے بخارات (vapour benzoin) سے (مرکب صغیہ عود ایک ڈرام گرم پانی ایک پائنت جو ایک خاص شمار (inhaler) سے یا ایک مھولی ابرقی (jug) سے استنشاق کیا جائے) فائدہ پہنچ سکتا ہے۔ جب بساق بکھڑے ہو یا بدبودار ہو تو ذیل کے اویہ صغیہ ہیں : ویر آئیوڈی آئیس (vapour olei abietis) (B. P. C.) (ایک ڈرام نصف پائنت میں)۔ خشک استنشاقات مثلاً ویر کرلیال (vapour cresol. co.) (B. P. C.) جبکہ اس سیال کی ایک سوڑی مقدار کو ایک دھات کے برتن میں ڈال کر حرارت سے اس کی بخیر کر دی جاتی ہے۔ ویر آئیوڈی ایٹھرس (vapour indi etheris) ایک فنی انفی آلتنس (oro-nasal respirator) کے ذریعہ سے۔ ویر آئیوڈی ہورائیڈی (vapour ammonii chloridi) (B. P. C.) اگر شعی البتلاب کسی دینی مرض سے منسوب کیا جاسکے تو بلاشبہ ساتھ ہی اس کا بھی علاج کرنا چاہئے مثلاً نفرس (gout) کا علاج قلویات (alkalies) اور سورنجان (colchicum) دیکر بہت امسا توں کے لئے مقویات (tonics) جیسے کہ کوئین اور کا ڈیجیٹل کے تیل کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دیکھنا بھی مناسب ہے کہ امسا کا فعل آزاد نہ ہو رہا ہے۔ اور تریادہ عرصہ کی امسا توں میں یہاں قلب کی دائرہ جانب صم (dilated) ہو گئی ہو مختلف افراد سے کا آزاد نہ بہاؤ جاری رکھنا چاہئے اور قلب کے فصل کو ڈیجیٹالس (digitalis) سے اسی طرح مدد پہنچانی چاہئے جس طرح کہ مصری میں (valvular disease) کی متاظر امسا توں میں پہنچانی جاتی ہے۔ جب غالب عضویہ خرد عضویہ نازلت (M. Catarrhalis) یا قریہ لینڈر کا عصیہ (Friedlander's bacillus) ہو یا جب مکی سرایت (focal infection) اولی سبب ہو تو جدرینا ت (vaccines)

مفید ہوتے ہیں۔

تمدد الشعب

(BRONCHIECTASIS)

بحث اسباب - تمدد الشعب یا شبات کا اتساع پھیپھڑوں کے متعدد امراض کے تعلق میں واقع ہو سکتا ہے۔ اکثر اس کے ہمراہ گرد و پیش کی ششی بافت کی کسی قدر لیفیت (لیفی شش، fibroid lung) یا انتاخ (emphysema) بھی پایا جاتا ہے۔

مکن ہے کہ کسی بڑے شعبی آنیوب کا تدریج ترقی کردہ اور مسلسل تمدد اس سے نکلنے والے نسبتہ چھوٹے شبات کا اتساع واقع کر دے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ انورسے جو کسی شعبہ کو دباتے ہوں، سرطان جو اسے دبائے یا اس کے اندر بڑھ جائے، انتخلی ضیق (syphilitic stenosis) یا ایک مغرور جسم غریب، تمدد الشعب کے اسباب ہو جائیں۔ لیکن تمدد الشعب کا عام ترین سبب ایک ادلی التهابی حالت ہے جیسے کہ شعبی التهاب، عرصہ دراز تک جاری رہا ہوا شعبی ذات الریہ بالخصوص، بچوں میں اور کبھی کبھی نخعی ذات الریہ۔ نیز ممکن ہے کہ پلیورائی انصبابات کا یا نظر انداز شدہ ویمالات (empyemas) کا شش پر بیرونی دباؤ تمدد الشعب پیدا کر دے کہ جس کے ساتھ شش کی لیفیت (fibrosis) بھی پائی جاتی ہے۔ شاید حالتوں میں تمدد الشعب کی حالت پیدا نشی ہوتی ہے۔ یہاں شش کے دیرری انحطاط کا ذکر کرنا بھی ضروری ہے جو کہ شاید ہے۔

امراضیات - جزئی تمدد کی صورت میں جب اس کے آگے کے انیوبات متمدد ہو جاتے ہیں تو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ششی حرکات زفری حرکات کی نسبت زیادہ موثر ہوتے ہیں جس سے ہوا اندر چسپس لی جاتی ہے اور پھر کامل طور پر باہر نہیں نکلتی۔ مزمن شعبی التهاب میں انیوبات کے اندر کا افراد تمدد پیدا کرتا ہے اور

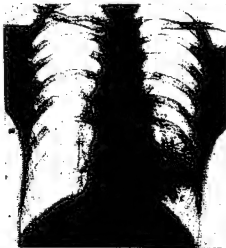
ساتھ جیاتیہیات کی دیواریں التهاب کی وجہ سے نرم ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ پائمانی تسخ ہو جاتی ہیں۔ شدید شیمی ذات الریہ میں تمدد الشعب کی پیدائش کا ایک دوسرا طریقہ دریافت ہوا ہے۔ حاد شیمی التهاب اور گرد شیمی عروق لمفائی کا التهاب (peribronchial lymphangitis) شیمی دیوار کا کال آتلاف واقع کرتا ہے، جو ممکن ہے کہ متصطر حویزوں کو بھی متاثر کر کے ایک صاف کٹا ہوا (clear-cut) کہنہ بنائے، جو کہ اتوبہ کا طول تلف ہو جانے کی صورت میں اُستوائی اور انبوب کی صرف ایک جانب تلف ہونے کی صورت میں تاجکی (saccular) ہوتا ہے۔ دوران اندام میں کہنہ میں نوعی یعنی بافت کی استرکاری ہو جاتی ہے اور پست مکتب غلیوں کا ایک نیامر ملکہ بن جاتا ہے۔ یہ تغیر معمولی اصابتوں میں متوسط اور چھوٹے انبوبات میں واقع ہوتا ہے اور جتنا بالائی نشتوں میں ہوتا ہے اس سے زیریں نشتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ کہفوں کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور ان میں عموماً تندرست شبہ کی عضلی بافت یا کڑی کے کوئی آثار نہیں پائے جاتے (تشان نمائش: "honey comb" lung)۔ اکثر ایک چھوٹا شعبہ کہنہ کے اندر کھلتا ہوا پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات دیواروں کے ساتھ ساتھ بند پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات سطح متفرج ہوتی ہے اگرچہ عموماً چکنی ہوتی ہے۔ بیشتر اوقات ان کہفوں کے ساتھ پیچیدہوں میں وضع یعنی تغیرات موجود ہوتے ہیں (10) (ملاحظہ ہو صفحہ ۱)۔

تمدد الشعب اکثر ایک شش تک محدود ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ شیمی تسد جسم غریب، یا حادثات الریہ یا ذات الجنب کی وجہ سے ہو۔ اگر دونوں پیچیدہ شے ناف ہوں تو ضررات (lesions) وسیع نہیں ہوتے، یا ایک پیچیدہ اور سرے کی نسبت بہت زیادہ ناف ہوتا ہے۔

علامات۔ متوسط استوائی اتساع کی اصابتوں میں جوشمی التهاب یا انفخ کے ہمراہ پایا جاتا ہے، علامات اولی مرض کے علامات میں گم ہو جاتے ہیں۔ لیکن نسبت بڑے اتساعات میں اور تاجکی قسم (saccular variety) میں، تمدد الشعب اصابت کی ایک نمایاں خصوصیت ہوتا ہے، اور کہفوں سے نکلنے والا افراز اور شش کے بڑے حصوں کی نیشیت (fibrosis) اور کھجف (cavitation) ستیقن علامات اور طبیعی



الف۔ قعر الشعب۔ پیکر کی قسم پسا ڈال بھرنے کے بعد۔



ب۔ قعر الشعب گھولنا (انجنت و سبز کی) قسم کا۔ (شعاع نما شیریں سر و لذت و ک نے لیا) بالک (بافر) ۱۳۶

امارات پیدا کر دیتے ہیں۔

مریض کا لاغر ہونا ضروری نہیں، وہ عموماً بخار سے معرا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اسے بہر کھانسی اور نفث کے علاوہ اور کوئی چیز تکلیف دہ نہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ زراق (cyanosis) اور انگیلیوں کی گرز شکلی (clubbing of the fingers) موجود ہو۔ جب ریوی دوران خون میں زیادہ فراحت ہوتی ہے، تو دائیں قلب کا نفل (failure) کیاؤں کا آؤنما، کلائی جگر اور الیٹومن یونیت پیدا کر دے گا۔

بُاق (sputum) یا تو (۱) ریوی اور بے ہوا، یا (۲) مخاطی ریوی (۳) مبینہ شبعی التهاب (foetid bronchitis) کے باق کی طرح بدبودار مخاطی ریوی اور تھکلا ہوتا ہے۔ جب ایک یا دو بڑے تاپکی کہنے ہوں تو باق ایک مخصوص و مینر طریقہ سے نفث سے خارج ہوتا ہے۔ یہ افراز کچھ عرصہ (ممکن ہے کہ دو یا تین گھنٹوں) تک کھانسی کی تحریک پیدا کئے بغیر مع انبوبات میں جمع ہوتا رہتا ہے۔ پھر یا تو اس کی مقدار کی وجہ سے یا مریض کے نقل و حرکت کرنے، یا بستر میں کروٹ لینے یا بیٹھنے کے سبب سے افراز ایک ہم پلونہ تندست ترانوبہ کے اندر بھکر چلا جاتا ہے جس سے کھانسی کی تحریک ہوتی ہے، اور مخاطی ریوی افراز کے چند اونس سب ایک دم نفث سے خارج ہو جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (haemoptysis) بار بار اور متوسط طور پر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔

خشک تھمد الشعب۔ یہ ایک عام قسم ہے جو کہ لپ آیو ڈال (lipiodol) کے اثر اب کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے سے دریافت ہوتی ہے۔ شبعی ذات الریہ جو خصوصاً کھرا اور کالی کھانسی کے بعد ہوا تھا سابقہ سرگذشت میں پایا جاتا ہے۔ علامات کھانسی اور اس کے ساتھ ذرا سا بے بو باق اور نفث الدم ہوتے ہیں۔ قاعدی گنگ کی کمی، کمزور نفسی آوازیں اور نغطات موجود ہوتے ہیں۔ بالعموم گرز شکلی بال نہیں پائی جاتی۔ خطرات وافر نفث الدم یا تھمد الشعب کی نمویابی ہیں (۱۱)۔

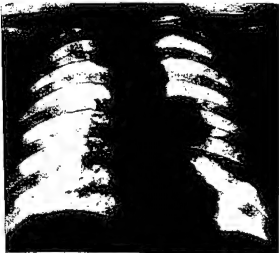
طبعی امارات۔ یہ اساعت کی نوعیت و حیات، شش کے اندام کی توجیع اور پیچ مناسق ہونا شش کے تجمد (consolidation) یا لینیت (fibrosis) کی متعارف کھانسی مختلف ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک قاعدہ کے بڑے

منہ میں بگڑ سینہ کی ایک پورنی جانب میں موسٹے (coarse) پر چرانے والے (creaking) اور پتختے والے (crackling) لفظات (rales) پائے جاتے ہیں جو تنفسی خرابی کو پوشیدہ کر دیتے ہیں لیکن کوئی اسمیت (duiness) یا کوئی نمایاں تحدید حرکت نہیں ہوتی۔ دوسری اصابتوں میں اس کے علاوہ ٹمک کی کمی (impairment) کا ایک ایسا رقبہ ہوتا ہے جو باپ شہتی تنفس یا قدرتی تنفس (amphoric breathing) اور اس کے ساتھ شعبہ موقی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) خالی دیتے ہیں اور آپ ایسے کہنے کے جو کثیف شدہ یافت سے تھوڑے دوسرے شاذ تر علامات موجود ہوتے ہیں۔ (۱۲) جب کہنفہ افزا سے لبریز ہوتا ہے تو ٹمک کی کمی (impairment) اور گھٹے ہوئے الصوت تنفس موجود ہوتے ہیں لیکن لفظات (rales) اور شہتی تنفس صرف کھانسنے کے بعد ظاہر ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں یہ حالت مزمن ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ سینہ کی باز کشیدگی (retraction) واقع ہو جاتی ہے قلب افقی رخ میں مرضی شش کی طرف کھینچ آتا ہے اور مقابل کا شش تھوڑی سی بلور پر نکلتا ہے (compensatorily emphysematous) ہو جاتا ہے۔

تشخیصی - تکھف (cavitation) کی تشخیص اور وسعت ایسا اندالی (lipidol) کے اثر اب کے بعد ناشعاع سے متعین کی جا سکتی ہے۔ براقدادہ جلد وغیرہ ایک فی صدی نوووکین (novocaine) حلقی درقی جھلسی (cricothyroid membrane) تک مشرب کر کے علیم الحس کر لیا جاتا ہے۔ مریض کو سیدھا میٹھا ہوا رکھ کر ذہنی صدی کوکین (cocaine) اس جھلی کے پار قبضہ الریہ کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ تین منٹ کے بعد ایک خاص خمیدہ منبرل اور نتھو لچہ (trocar and cannula) اس جھلی میں سے ہو کر قبضہ الریہ کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اس امر کا تعین کرنے کے لئے کہ یہ مقام صحیح ہے تو لچہ کی راہ سے ہوا کھینچی جا سکتی ہے۔ پانڈال کو جسے ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ تک گرم کر لیا گیا ہو ۳ تا ۴ م کتب سنٹی میٹر ایک بلوغ کے لئے اور ۳ م کتب سنٹی میٹر بچہ کے لئے گرم کی ہوئی عقیم پیکاری کے اندر کھینچی تو لچہ کی راہ سے مشرب کر دیا جاتا ہے اور پھر مریض مشتبہ بلور پر لیٹ جاتا ہے۔ شعاع عکاشت (radiogram) انتہائی وضاحت میں لی جاتی ہے ملاحظہ ہوں صفحہ ۱ اور ۲ الف



الف. طبی سینہ پیمانہ دار، بھرے کئے معدہ۔ (شعاع شجاعت ڈاکٹر ایف۔ بی۔ پیمانہ دار اور سر جے۔ وی سپارکس، وکٹوریہ پارک
پست ہسپتال نے لی ہے)



ب. شہید کا سرطان۔ اس کا تھاپہ صفحہ ۵ صفحہ ۱۵۵ سے کرو۔ (شعاع شجاعت سرانڈے لاک نے لی ہے)

ہندوستان

جو طبعی حالت ظاہر کرتی ہیں)۔ اگر لیاڈال کھانسی کے ذریعہ نکل کر اوپر آجائے تو اسے نگلنا نہیں چاہئے۔ بالغ میں لیاڈال کو ایک بچکاری اور قشاطر کے ذریعہ زبان کے اوپر سے ڈالا جاسکتا ہے (18) یا کوکین لگا کر ایک انفی قشاطر کے ذریعہ براہ راست حنجرہ میں ڈالا جاسکتا ہے۔ شعبہ جینی جیسی کہ کشش کے خراج کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے تشخیص میں نہایت مفید ثابت ہوتی ہے۔

مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریقی تشخیص کا انحصار باقی کے اندر در فی حصیہ کی عدم موجودگی پر کسی پیش دوسریت مثلاً ذات الریہ کی سرگزشت پر اور تکھف (cavitation) کی جائے وقوع پر ہوتا ہے جو نہایت مشافہ طور پر راسی ہوتی ہے۔ ایک قاعدی تمدد الشعب کو ایسے ڈبیلہ (empyema) سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے کہ جس کا مواد شعبات کے اندر خارج ہو رہا ہو۔ ممکن ہے کہ سرگزشت مرض سے مدوٹے اور نفث الدم سے تمدد الشعب کی تائید ہوتی ہے۔ استقصاء (exploration) سے دونوں صورتوں میں پیپ مل سکتی ہے۔

انذار۔ بمقابلہ سل ریوی یہ بہتر ہے۔ مریض اکثر برسوں زندہ رہتے ہیں اور مقامی حالت میں محض آہستہ آہستہ ترقی ہوتی ہے۔ لیکن وہ ایسی خطرناک پیچیدگیوں میں مبتلا ہونے کا امکان رکھتے ہیں جیسی کہ ذات الریہ خراج، گنگرین، عفونت الدم (septicæmia)، دماغی خراج (cerebral abscess) اور دوسرے مقامات پر سرودی پھوڑوں (metastatic abscesses) کا وقوع۔

علاج۔ مقامی طور پر مقصود یہ ہونا چاہئے کہ افراغ (evacuation) میں مدد دی جائے۔ اس فرض سے مریض بستر پر تندرست پہلو پر لیٹتا ہے اور ٹکڑی کے ٹکڑوں (block) کی وساطت سے اس کے پٹنگ کی پانچٹی کو ایک فٹ اونچا اٹھا دیا جاتا ہے۔ ابتداءً یہ میلیت (drainage) روزانہ نصف گھنٹہ کے لئے عمل میں لائی جاتی ہے، اور پھر اس مدت کو تدریج بڑھا کر روزانہ دو گھنٹے تک کر دیا جاتا ہے۔ مریض کے سرینوں کو ٹھیک جگہ پر رکھنے کے لئے ایک فائدہ شکل (wedge-shaped) سکی استعمال کر سکتے ہیں۔ میلیت کرنے کا جدید العصر طریقہ وہ ہے جو کہ شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ عمل میں لایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو خراج)۔ اس سے

بہت بڑا افتادہ واقعہ ہوتا ہے، تاہم چونکہ انہویات میں ساختی تغیر واقع ہو چکا ہوتا ہے، لہذا مریض کو بعد میں اشتدادات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ شبثات کے دفع عفونت (antisepsis) کے لئے روغن نارپین کے ۵ قطرے تک دن میں تین بار براہ دہن دے سکتے ہیں۔ واقعات عفونت (antiseptics) (ملاحظہ ہو التهاب شبثات (bronchitis) کے استنشاقات مفید ہیں، جن میں کریا سوٹ (creosote) کے بخار کا استنشاق بھی شامل ہے، جو ایک بند کوشک (closed chamber) کے اندر روزانہ پندرہ سے ساٹھ منٹ تک عمل میں لاتا پایا ہے (Chaplin)۔

کئی جراحی طریقہ سائے علاج آزمائے گئے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں۔ ایک انفرادی ٹرے کہنے کی جراحی سیلیت (surgical drainage) کہ جو براہ افتادہ پسلیوں کے استیصال جزئی (resection) کے ساتھ یا بدون استیصال جزئی کے کیجاتی ہے۔ عصب قلبی کا قلع (phrenic avulsion) اور مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) جس کے بعد ایک منولپہ کے ذریعہ سینہ میں روغن زیتون (olive oil) بھریا جاسکتا ہے جس میں ۵ فی صدی گامینال (gomenol) شامل ہو۔ یہ سچہ جیسے تک بلا جذب ہوئے رہیگا، چنانچہ بڑی مدتوں کے بعد مکرر بھرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرضی تختہ کا استیصال (excision) (نختہ برآری: lobectomy) اور شعبہ کا انداد (occlusion) اس طرف جو کہ کاٹ سے قریبی طور پر واقع ہے۔ ان پسلیوں کا استیصال جزئی جوشش کے شعبی تمدد کے حصے کے اوپر واقع ہوں، تاکہ بہبوط (collapse) واقع نہ ہو سکے۔

حمۃ القش (HAY FEVER) - دومہ (ASTHMA)

128

حمۃ القش ایک نہایت شدید نازلت ہے، جو بالخصوص انفی غشائے مخاطی کو لیکن اکثر شعبی غشائے مخاطی کو بھی متاثر کرتی ہے، اور شعبی نطفہ معنلی (bronchial musculature) کے انقباضات پیدا کر دیتی ہے۔ ذمہ (asthma) اپنے وسیع ترین

مفہوم کے لئے استعمال کیا جائے تو اس اصطلاح کا اطلاق چھوٹے شبات میں ایک ایسی صورت حالات پر ہوتا ہے جو بڑے شبات اور کشش کے جو فیروں کے درمیان تباؤ ہو اس میں مزاحم ہوتی ہے۔ اس مزاحمت یا کراؤٹ کی نوعیت کے متعلق ہم یقینی طور پر بہت کم معلومات رکھتے ہیں، لیکن آنت یا مثانہ کے سادہ یا مختلط عضلہ کی تشیل سے استدلال کرتے ہوئے ہم قیاس کر سکتے ہیں کہ شعی عضلہ جو غالباً ہر طبعی تنفس کے دوران میں کس قدر منقبض ہوتا ہے، دم کی حالت میں ایک وقت میں تنشی طور پر (tonically) منقبض ہوتا ہے اور دوسرے وقت میں اس میں تند نے دار انقباضات اور ارتخاآت (relaxations) واقع ہوتے ہیں۔ غنائے مخاطی کا آؤ میا یا املا بھی تسد و پیدا کردینے میں حصہ لیتا ہے۔ اس تعریف پر سے ہم سمجھتے ہیں کہ دم کی اصطلاح اکثر ایک علامت یا شاید علاماتی مخلوط (syndrome) ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے نہ کہ ایک مرض ظاہر کرنے کے لئے، اور یہ علاماتی مخلوط فی الواقع مختلف علامات سے پیدا ہو سکتا ہے۔

حالت حساسیت (allergic state)۔ حمۃ القش اور دم اکثر ایک ہی قسم کے مرض کے مختلف مظاہر ہیں، جس میں مندرجہ ذیل بھی شامل ہیں:۔ ذوری سیان الانف (paroxysmal rhinorrhoea) (دعق حرکی التهاب الانف - vasomotor rhinitis) - وعائی عصبانی آؤ میا (angeio-neurotic cedema) - ذوری استفائے عضلی (paroxysmal hydrarthrosis) - شرئی (urticaria) - اکیزیم (eczema) - خارش (pruritus) اور حاک (prurigo) کی بعض قسمیں۔ بعض معدی معائی املاات - شقیقہ (migraine) اور مریخ (epilepsy) کی چند اصابتیں - کس گردہ کے افراد کو مجموعی طور پر سمجھی خود سر و عارضات (toxic idiopathies) یا حالت حساسیت (allergic state) کے طور پر جماعت بند کیا گیا ہے۔ مریض میں ایک خاص خارجی پروٹین کی حساسیت پیدا ہو جاتی ہے، یہ خارجی پروٹین ایک ذہر کی طرح عمل کرتا ہے، جس سے ایک شدید تعامل پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مضافاً ہے اس اثر کے جو مصل کا اشتراک ایک ایسے فرد کے اندر کرنے سے پیدا ہو جاتا ہے کہ جس کو اس کے لئے حساس بنا دیا گیا ہو۔ چنانچہ یہ دونوں حالتیں

در اصل ایک ہی نوعیت کی یعنی استعمال افحی (anaphylactic) سمجھی جاتی ہیں، (ملاحظہ ہو صفحہ 15) کہ جہاں پرائٹز کسٹنر (Praunitz-Küstner) کا تعارض بھی بیان کیا گیا ہے، لیکن خالص اور سادہ استہداف (enaphylaxis) کے متعلق یہ ایک نہایت بات ہے کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) پیدا کرنے کے لئے ایٹمی جن (antigen) کا ایک حساس گراہندہ انی اشتراک ہمیشہ ضروری ہوتا ہے، دراصل ایک فطری طور پر واقع ہونے والے حساسیتی امراض میں ایسی ابتدائی حساسیت (sensitization) کی شہادت نہیں پائی جاتی۔ لیکن ممکن ہے کہ حساسیت (allergy) میں ایٹمی جن (جسکی بالکل متعوضی مقدار میں ضروری ہوتی ہیں) ایک خراشیدہ غشائے مخاطی کی راہ سے داخل ہو گیا ہو، مثلاً ممکن ہے کہ معدی معوی التهاب (gastro-enteritis) کے دوران میں غیر ہضم شدہ پروٹین، مثلاً انڈس کا پروٹین، معوی خٹہ سے جذب ہو جاتا ہو اور اس طرح اس خٹے کی بیش حساسیت کی ایک مستقل حالت (hyper-sensitiveness) پیدا کر دیتا ہو۔ نیز یہ یقین کرنے کی وجہ موجود ہے کہ ایسی اھابوں میں معدی ہضم اور نتیجہ پروٹین پاشیدگی (proteolysis) بھی ناقص ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پروٹین (proteoses) غذائی خٹہ سے براہ راست ہضم ہو جاتے ہیں اور اس وقت بلکہ ان پر اس طرح عمل نہیں کر سکتا جیسا کہ اسے کرنا چاہئے (پروٹین پکس : protopexie فعل کا شل) اور وہ نام دوران خون کے اندر داخل ہو کر استہداف پیدا کر دیتے ہیں (46)۔ آئیں خاکہ نہیں کہ پروٹینی خراش اور اس ابتدائی ضربہ (trauma) کے علاوہ جس کی راہ سے پروٹین جسم کے اندر داخل ہوتا ہے، حساسیت میں دوسرے حالات بھی موجود ہوتے ہیں، نیز عصبی حالات، اور روشنی کی حساس گرتی بلکہ ادویہ بھی بلاشبہ اس کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ مثلاً دمہ کے مرنی معدی مریض ایسپرین (aspirin) کے لئے انتہائی حساسیت ظاہر کرتے ہیں اور اس کی بالکل خفیف مقداروں سے تقریباً ہلاکت کو پہنچ گئے ہیں اور ان لوگوں میں ایسپرین کی خوراک کے بعد خون کے اندر سیلیسیک ایسڈ (salicylic acid) معمول کے نسبت بہت زیادہ حد تک جمع پایا گیا ہے (13)۔ مزید برآں سمی خورد و عارفات (toxic idiosyncrasies) کا ایک عمومی مورد ثی رجحان بھی ہوتا ہے، اگرچہ ماؤف خاندان کے اراکین مختلف قسم کے سمیاتی مرض ظاہر

کر سکتے ہیں اور حقیقتہً ان میں سے ایک سے زائد میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔

اسپتھنڈاف کے باب میں بتلایا گیا تھا کہ اسپتھنڈافنی صدمہ (anaphylactic shock) جسمانی یا فتوں کے اندر آفٹلی جن اور ضد جسم (antibody) کے باہمی تعامل (interaction) سے پیدا ہو جاتا ہے اور یہ کہ اس باہمی تعامل سے پروٹینی سالمات کی شکست و ریخت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ نہایت دلچسپ ہے کہ حساسیتی امراض (allergic diseases) میں بعض حیاتی کیمیائی تغیرات (biochemical changes) دریافت ہوئے ہیں جو اس نظریہ کے موافق ہیں کہ حساسیتی حملہ میں بھی خون کے اندر پروٹینوں کی زیادتی پائی جاتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر اسپتھنڈافنی صدمہ ہوتا ہے اور یہ پروٹینی تفرق (protein catabolism) کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے (14) اس حملہ کے دوران میں کبدی قلت (liver deficiency) اس سے ظاہر ہوتی ہے کہ خون ایک مثبت بالواسطہ وانٹن برٹی تعامل (positive indirect van den Bergh reaction) خون میں دیتا ہے اور دوسری شکر (blood sugar) پست لیول پر ہوتی ہے (45) اور ساتھ ہی ایک "خون شکن حرجہ" (hemoclastic crisis) ہوتا ہے جو خون کے دباؤ کی تخفیف، قلت خلیات ابیض (leucopenia)، عرصہ تجدد کی تبدیلی اور روشنی کے لئے مصل کے انعطافی نمائندے (refractive index) کی تبدیلی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون میں آیمینو ایسڈ، یورک ایسڈ اور کریٹینین (creatinine) کے اجزاء زیادہ ہو جاتے ہیں اور قارورے میں ان اجزاء کا زیادہ اخراج ہوتا ہے۔ گردوں سے کم پانی خارج ہوتا ہے اور قارورہ پر شدت ترشی ہو جاتا ہے۔ کورڈائڈ کا احتباس (retention) ہو جاتا ہے، لیکن سسرنج جسامات میں کورڈائڈ کم ہو جاتا ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ قارورہ میں ایک "پروٹینوز" ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 512) جو مریض پر آزمائے سے (ملاحظہ ہو آگے کا مضمون) ایک نوعی "جلدی تعامل" (skin reaction) پیدا کرتا ہے۔ ایسے ربوی مریضوں میں کہ جن کی جلد غذا یا شمو مات (inhalents) سے اخذ پروٹینوں کے لئے حساس ہے، ۵۰ فی صدی میں مثبت نسلج پائے جاتے ہیں لیکن باقی ربوی مریضوں میں صرف ۵۰ فی صدی میں۔ صحت مند آدمی شاد و نا درہی اپنے پروٹینوز

کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، گوکہ ۳۲ فی صدی آدمی ربوی پروٹینز کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، جو کہ واضح طور پر بیکری (47) - جملہ کے بعد خون طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن ساتھ ہی ایک نمایاں اورار (diuresis) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قارورونی الحقیقہ قلوبی ہو جاتا ہے۔ راقم الحروف کی رائے ہے کہ اسٹہڈ فی صدمہ (shock) پیدا ہو جانے کے سبب سے جو پروٹینی تفرق واقع ہوتا ہے، وہ آمینو ایسڈ کے بہت سے نسبتہ چھوٹے سالمات آزاد کر دیتا ہے، اور یہ یا فتوں کا ولوجی (osmotic pressure) زیادہ کر دیتے ہیں (جو سالمات کی تعداد پر منحصر رہتا ہے نہ کہ ان کی بسامت پر) جس سے پانی کا احتباس واقع ہوتا ہے۔ یہ شرئی (urticaria) اور عروقی تنسبانی انیما (angio-neurotic edema) میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آزاد آمینو گروہوں کی تبدیل کے لئے HCl کی ضرورت ہوگی (اور COOH گروہوں کی تبدیل کے لئے غالباً NaOH کی) جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نہ صرف کلورائیڈ کا احتباس ہو جائے گا بلکہ جسیمات بھی اپنے ذخیرہ کا کچھ حصہ دے دیں گے۔

حمتہ القش منی جون اور جولائی کے مہینوں میں کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ خشک گھاس کا زیرہ (pollen) جو اس کا سہی عامل ہے اس وقت افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔ لیکن اس کے حملے خشک زیرہ کے ذریعہ حساس افراد میں سال کے کسی وقت میں بھی مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ یہ دریافت ہوا ہے کہ متہ القش کے مریض مختلف پودوں کے زیروں سے مختلف درجوں میں تعامل ظاہر کرتے ہیں۔ لیکن اس ملک میں گھاس ہی کا زیرہ اہم عامل ہے۔ گرامیں یہ بافراط ہوتا ہے اور ہوا کے ذریعہ سے لمبے فاصلوں تک منتقل ہو سکتا ہے۔ امریکہ میں بعض مکسان بیٹی (Compositae) کا زیرہ بھی وجہ شکایت ہو سکتا ہے۔ زیرہ طبعی طور پر استنشاق کے ذریعہ انفی اور شعبی غشائے مخاطی پر اپنا اثر کرتا ہے۔ اگر مریض اسے تجربہ نگل لے تو یہ سودہضم اور اسہال پیدا کر دیتا ہے۔

حاصلہ (asthma) - سہی خود روعارضہ (toxic idiopathy) کی ایک

دوسری قسم حیوانی دے ہیں۔ ان میں مریض ایک گھوڑے کے سبوسہ (dandruff) کی مناسبت رکھتا ہے، اور اگر گھوڑے قرب وجوار میں ہوں تو اسے دسمہ کا حملہ ہو جاتا ہے

بالکلہ اگر وہ سائیموں کی صحبت میں ہو تو بھی اسے حملہ ہو جاتا ہے۔ ایسے افراد میں گھوٹے کے گوشت کے کلمے (sausages) کھانے کے بعد مدی سموی جلے ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ ”بلی“ دمہ (cat asthma) شہور چیز ہے۔ اور بیضروں، گالیوں، سورتوں، خرگوشوں، بکریوں اور رندوں کے رُوں کی خاصیت بھی ہوتی ہے، چنانچہ ایک معمولی سگہ پر سونے سے دمہ کا حملہ شروع ہو سکتا ہے۔ ہالینڈ میں حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ عثہ جات (mites) سے سرایت زدہ غلہ، جو جانوروں کو بہت کھلایا جاتا ہے، وہ پیدا کرنے کا ایک موثر ذریعہ ہے۔

ایک دوسرا قسمی خود روعارضہ (toxic idiosyncrasy) غذائی اشیاء کی حساسیت ہے اور ممکن ہے کہ ایک خاص نوعی غذائی شے کھانے سے دمہ یا مدی سموی اختلالات پیدا ہو جائیں۔ دمہ کے مریضوں کا امتحان مختلف غذاؤں کے پروٹینوں کی تعلیم سے کیا جاسکتا ہے۔ آناجوں (cereals) جیسے کہ گہیوں، کمی، جانول، رائی، جو یا اجبی (oats) سے مثبت جلدی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔ اٹھنے، آٹو، کیسین (casein)، جھنگا، پمچلی (lobster)، کستور، پمچلی (oyster) اور مختلف قسم کی پمچلی، مختلف قسم کے گوشت، پاک (spinach)، اسٹرابری، سیب، اور دوسرے نباتات اور پھل، ان سب سے مختلف مادیوں میں مثبت تعاملات پیدا ہو گئے ہیں۔ حساسیتی مریضوں میں ”جلدی تعاملات“ کے امتحان کے دو طریقے ہیں:-

(۱) تشریط (scarification) کے ذریعہ۔ پیش بازو کی جلد کو صاف کرنے کے بعد اس پر NaOH کے 10/10 یا 20/20 محلول کا ایک قطرہ رکھ دیا جاتا ہے، اور ایک چھوٹے چاقو کی نوک پر پروٹین کی محلوڑی مقدار بصورت سفوف لگا کر اس سیال میں مل کر دی جاتی ہے، اور پھر اس آمیزہ میں سے ایک سطحی چرکا (cut) لیا جاتا ہے۔ بیس سے تیس منٹ میں ایک مثبت نتیجہ ظاہر ہوتا ہے، جو ایک شری دودھے (urticarial wheal) کی صورت میں ہوتا ہے، جو قطر میں نصف انچی میٹر اور ایک منطہ احمر سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس سے بھی کم و افح نسلج کا اندراج ہوتا ہے، کیونکہ وہ تیسری عامل کا پتہ دے سکتے ہیں۔ عیاری نشان (control) بلاشبہ بالکل منفی ہونا چاہئے۔ (۲) دروں جلدی اشراب (intracutaneous injection) کے

ذریعہ مطلق بخول کی د-۱۰- سی۔ سی مقدار ایک نہایت باریک سوئی سے جو جلد سے تقریباً متوازی کپڑے رکھی جاتی ہے، جلد کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ مالچ کا ایک چوبڑا بن ڈھکانی دیتا چاہیے اور طبعی مالچ کے ذریعہ ایک عیاری اشراب عمل میں لانا چاہئے۔ پیش بازو کا احملا حصہ بہترین مقام انتخاب ہے۔ ایک الہامی بالیزہ مشربہ تعامل ظاہر کرتا ہے۔ ان دونوں میں سے دروں جلد ہی تعامل قبضہ حساس تر ہوتا ہے اور اس سے دمہ کے مریضوں کے ایک تناسب میں، جو مختلف ملکوں میں مختلف سے لیکر انگلستان میں بڑا نہیں، مختلف پروٹینی خلاصہ جات [جانوروں کے بالوں، غذائی اشیاء، زیروں (pollens) کے ذریعہ سے مثبت تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔

زہریلی شے دمہ کے مریضوں کی بہت غالب تعداد میں نامعلوم ہوتی ہے۔ یہ محمول 'ایرو' (air-borne) معلوم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں پھسچوہی (mould) ہو سکتی ہے۔ یہ اکثر ذرے کے مریض کے مکان کے گرد و غبار میں موجود ہوتی ہے۔ یہ کہنی ایک مقام میں دوسرے مقام کی نسبت زیادہ موجود ہوتی ہے۔ مثلاً ڈچی لینڈ (Zeeland) میں ایسے دیہات ہیں جن میں آبادی کا ایک فی صدی حصہ دمہ میں مبتلا ہے اور جب یہ لوگ دریائے رین کے اوپر کے حصہ کی طرف سفر کرتے ہیں تو ان کا دمہ جاتا رہتا ہے۔ اسی طرح بیشتر دمہ کے مریضوں کو کوہستانی خطوں جیسے کدالپس (Alps) میں دمہ کے حملے نہیں ہوتے، اگرچہ کچھ عرصہ تک وہاں رہنے سے ان کی وہ امنیت جو انہیں نسبتاً نیچے حاصل ہوئی تھی جاتی رہتی ہے اور جب وہ گھر واپس آتے ہیں تو ابتداً ان کے حملے معمول سے زائد شدید ہوتے ہیں۔ آلپس میں حملوں سے ما، مونیت اتن وجہ سے ہوتی ہے کہ وہاں وہ زہر موجود نہیں ہوتا، اور اگر مریض کو گرد و غبار وغیرہ وہاں خاص طور پر لاکر، استنشاق کرایا جائے تو حملے مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں۔

(15)

متعدد معاملات ہیں جو کہ دمہ کی استعداد رکھنے والے افراد میں فی الحقیقت ایک حملہ پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً اتنی غشائے غامضی کی خراش، قبض، رچی شکایتیں، غذا سے معدہ کا تمدد، تمباکو نوشی کی زیادتی اور وہ صواب ہضم جو اکثر اس کے ساتھ ہوتا ہے، لبنی غذا میں، موٹویر (hair wash) میں کا سیرہ، صبغہ (paint) کی بو، اور بالخصوص

مختلف فنی حالتیں۔ حملے اس وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں کہ مریض ان کی امید رکھتا ہے۔ مثلاً گلاب کتے چوڑوں کی حمایت رکھنے والے مریض میں حملہ ایک مصنوعی گلاب کے دیکھنے سے ہو گیا جسے اس نے اصلی سمجھ لیا، اس کے برعکس شدید ہیجان سے حملہ بالکل ترک کر دیتا ہے۔ حملوں کے ہونے کا امکان اس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ مریض تنکے ہوئے ہوں، یعنی دن کے اختتام پر۔

ذمہ ساری اور محکوس (asthma-infective & reflex)۔ ذمہ کی انصافوں کا یہ گروہ جس میں اس ملک کے ربوی مریضوں کی غالب تعداد شامل ہے، اوپر بیان کئے ہوئے گروہ سے بالکل مختلف معلوم ہوتا ہے گو کہ وہ ان میں کیتھارمائل موجود ہے۔ یہ ذمہ اکثر سن بلوغ یا سن یاس (climacteric) میں شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ فوری پیش رو (precursor) حاد شہی التهاب یا ذات الریہ (pneumonia) ہو، جیسا کہ کالی کھانسی (whooping-cough) یا کھیرا میں ہوتا ہے، یا ممکن ہے یہ ذمہ جسم کے دوسرے حصوں میں کی سرایت کے باعث واقع ہو۔ یہ ذمہ (۱) ان اشیا کی حمایت کے باعث ہے، جو پھیپھڑوں یا دوسرے مقامات میں سرایت کے حقیقی مقام پر جسم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، یا (۲) محض محکوس خرابی (reflex irritation) کے باعث ہے۔ (۱) بانوں میں اس امر کی شہادت ہے کہ فریڈ لینڈر (Friedlander) گروہ کے گرم منفی (Gram-negative) عصیات کا شت ہونے پر ہشمان (histamine) کی قسم کے مادے پیدا کرتے ہیں، اور یہ مادے مقامی طور پر شجبات میں پیدا ہو کر حملوں کا باعث ہوتے ہیں (48)۔ ماسکی سرایت پر نیچے بحث کی گئی ہے۔ (۲) محکوس ذمہ ناک سے پیدا ہو سکتا ہے، یہ بروڈی (Brodie) اور ڈکسن (Dixon) کی تحقیقات سے سمجھ لینا بالکل آسان ہے، جس نے متعین طور پر ثابت کر دیا ہے کہ انفی غشائے مخاطی کی تیسچ ایک محکوس شہی تنگی پیدا کر دیتی ہے۔ فی الحقیقت بعض اوقات انفی سدانوں (nasal polypi) کے استیصال اور ناک پر دوسرے اعمال جراحیہ کے بعد ذمہ واقع ہو گیا ہے۔

اس گروہ میں ماسکی سرایت (focal infection) کا مقام مفاد رکھتی (maxillary antrum) میں ہو سکتا ہے۔ اس طرح التهاب عفاقی (ethmoiditis)

انفی سداٹے (nasal polypi) نامی انحراف (septal deviation) حسیود (ridges) یا ہیمیز (spurs) اور مغتول ہڈیوں کی بیش پردردگی (hypertrophy of the turbinates) موجود ہو سکتی ہے اور یہ سب جوانی رات میں مزاحمت پیدا کرنے اور سہاگت کے وقوع میں مؤید ہوتے ہیں۔ لوزتین اور غدودہ ان اصابتوں کی بخوڑی تعداد میں ضروری حصہ لیتے ہیں۔ یقیناً معمولی سرگذشت یہ ہوتی ہے کہ ان پر کم از کم ایک بار جراحی عمل بلا شفا ہو چکا ہے۔ یاں ہمہ ممکن ہے کہ دوسرے راتوں کی جستجو کے بعد عمل جراحی کی ضرورت ہو۔ دانت اور اصابت دوسرے ممکنہ ذرائع سہاگت میں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ بعض مریض ایسے رہ جائیں جن میں دما کا وقوع "سہاگت زکام" (colds in the head) کے ساتھ شروع ہوا اس کے ہمراہ پایا جاتے اور جن میں سوائے اس کے کہ ان کی انفی غشائے مخاطی کی قوت مداخلت بظاہر کم ہو گئی ہے اور دوسرا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا۔ ان کی حالت اکثر سہاگت کے ہیمنوں کی خراب تر ہوتی ہے بلکہ زیادہ اور خزاں اور اوٹل فٹیل بہہ سہاگت جبکہ موسم سب سے زیادہ متلون (capricious) ہوتا ہے اور اس کے تغیرات ناگہانی اور اختلال آفوس ہوتے ہیں۔ سہاگت اور معکوس ذمہ کی جو اصابتیں اس ملک میں پائی جاتی ہیں وہ مابقی گروہ کی بعض اصابتوں کے خلاف پروفینوں کے ساتھ امتحان کرنے پر عموماً تعامل نہیں ظاہر کرتیں۔

141

ذمہ اور شعبی الہتہاب۔ ذمہ شعبی الہتہاب سے تین طرح سے تعلق رکھتا ہے۔ اولاً جہاں کہ ابھی بیان کیا گیا ہے ذمہ عموماً ایک اولی شعبی الہتہاب کے بعد ہوتا ہے۔ دوسرا جب کوئی مریض شعبی الہتہاب کے متوالی حملوں میں مبتلا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ ذمہ بتدریج نمودار ہو جائے ایسی صورت میں ذمہ صرف اسی وقت واقع ہوتا ہے جب کہ شعبی الہتہاب اپنے خراب ترین درجہ پر آگیا ہو اور جب شعبی الہتہاب بہتر ہو جائے تو ذمہ بھی صاف ہو جاتا ہے۔ یہ حالت سر بروی شعبی الہتہاب (asthmatic bronchitis) کے نام سے مشہور ہے اور یہ حساسیتی پر گز نہیں۔ یہ اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے کہ شعبی الہتہاب غشائے مخاطی کی عصبی خفتوں میں خراش پیدا کر کے عضلات کا ایک مقامی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ ذمہ سل ریوی کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

سو ہم حقیقی حتمی دمہ کے متواتر حملے ثانیوی مزمن شعبی التهاب پیدا کر سکتے ہیں، جیسا کہ بحث علامات میں بیان کیا گیا ہے۔

محمولہ اشخاص میں سانس پھولنے کے حملے۔ یہ حالت صفحہ 255 پر بیان کی گئی ہے اور بعض اوقات قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، یا اگر گردے مؤثر ہو گئے ہوں جیسے کہ صلابت شریانی والے شہرہ ذی (arteriosclerotic kidney) میں تو کلیوی دمہ (renal asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ قسم بولی (uræmia) میں سانس پھولنے کی حالت کو بعض اوقات قسمی بولی دمہ (uræmic asthma) کہتے ہیں۔

علامات۔ حمۃ القش میں حاد التهاب الانف (acute rhinitis) اور التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) کے ساتھ غشائے مخاطی کا اُذیمائیس (lachrymation) اور چھینکیں پائی جاتی ہیں اور پتلی جلد والے اشخاص میں احمرار (erythema) اور شرمیلی مہہ شدید خارش کے پایا جاتا ہے۔ ساتھ ہی دمہ اور ذہنی اثرات ہو سکتے ہیں جیسے کہ سستی، ذہنی انخفاض (mental depression) چڑچڑاہٹ اور درد ہائے سر، غالباً دوری میلان الانف (paroxysmal rhinorrhoea) میں میں مزید بعض کو دفعۃً ناک سے بکثرت آبی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے، حمۃ القش سے مماثل ہے۔

دمہ۔ بعض اوقات قند بھی علامات ہوتی ہیں، جیسے کہ بے آرامی کا عام احساس غنودگی، جسمانی آنا (gaping)، ٹھنڈی کے نیچے کھجی، چھینکیں اور زکام یا پھیکے رنگ کا صاف پیاب زیادہ آتا۔ لیکن اکثر اوقات حملہ انگہانی طور پر اور علی الصبح دواؤں چاہے بیکے درمیان شروع ہوتا ہے، اگر یہ ممکن ہے کہ مریض سونے کو جاتے وقت نظر ہر بالکل اچھا ہو۔ مریض نہر (dyspnoea) کے احساس کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے، جسکی وجہ سے اسے بستر پر اٹھ کر بیٹھ جانا پڑتا ہے، یا وہ بستر سے اٹھ کر کھڑکی کھول دیتا ہے تاکہ زیادہ ہوا اندر آ سکے۔ بعد ہی سانس لینے میں ایسی دقت ہو جاتی ہے کہ اسے تنفس کے تمام معین عضلات (accessory muscles) سے مدد لینی پڑتی ہے۔ مریض اپنے ہاتھوں سے اپنے بستر کے بازوؤں کو کرسی کے بازوؤں کو تھکا (mantlepiece)

کو، یا نیز کے کنارے کو کھینچ لیتا ہے تاکہ بالائی جوارح سے سینہ کو گھونکنے والے عضلات کو ایک مضبوط سہارا حاصل ہو جائے۔ ابتداء میں حالت شہیق (inspiration) میں تقریباً مثبت ہو جاتا ہے اور نہایت خفیف حرکت پائی جاتی ہے، اور استماع کرنے پر علما کوئی، عموماً تنفس نہیں سنانا دیتے۔ بعد ازاں جب کہ حرکات کی تہذیب زیادہ آزادانہ شروع ہونے لگتی ہیں، تو جو چیز سب سے زیادہ نظر آتی ہے وہ زفير (expiration) کی غیر معمولی طوالت ہوتی ہے، جس کے ساتھ زور سے سانس مائیں کی آواز (loud wheezing) ہوتی ہے، جو فاصلہ سے سنانا دیتی ہے، لیکن شرح تنفس منت ہوتی ہے۔ سینہ کسی قدر بیش لگتی (over-resonant) ہوتا ہے۔ شہیق خریر (inspiratory murmur) بشکل سنانا دیتا ہے، یا اس کے ساتھ ایک کی تہذیب۔ مفری (sibilant) خرخرہ (rhonchus) ہوتا ہے، لیکن زفير کے ساتھ وہ بلند آواز خرخرہ سنانا دیتا ہے جس کا ابھی ذکر کیا گیا ہے۔ اس کے ساتھ مریض کی تکلیف بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس کا چہرہ ازرق ہو جاتا ہے، آنکھیں پٹی پٹی ہوتی ہیں، شہات سلی (suffused) یا سرخ ہو جاتے ہیں اور مریض کی ساری توجہ سینہ سے ہوا کو خارج کرنے کی کوشش میں جذب ہو جاتی ہے۔ عموماً تپ نہیں ہوتی۔ کچھ عرصہ کے بعد اور ممکن ہے کہ یہ دو یا تین گھنٹے ہو، مریض کھانا شروع کرتا ہے اور کھانا کھانے کے بعد شفاف بخار کا نغث کرتا ہے، جس کے ساتھ معمولی خون بھی ملا ہوا ہو سکتا ہے۔ پھر تنفس میں نسبتاً آسانی ہو جاتی ہے، زراق کم ہو جاتا ہے، بد ریج ساری تکلیف باقی رہتی ہے اور مریض کو خند آ جاتی ہے۔

باق (sputum) کے اندر اکثر استوائی یا بڈنی مرحلہ کے علاوہ وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو مرغولات کہتے ہیں (Curschmann's spirals) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ یہ زردی مائل سبز یا رمادی ذرات ہیں جو مخاط کے دھانوں سے بنتے ہیں۔ خردین کے نیچے یہ پیچ کھائے ہوئے باریک یا موٹے ریشے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ ایوسین پسند پیدا کیات نے ہوتے ہیں اور بیجیں ہیشہ ایک شفاف ریشہ ہوتا ہے۔ غالباً یہ باریک تر شہی انوبات میں بنتے ہیں۔ دو قسم کی تھیں بھی پائی جاتی ہیں، یعنی ملبہ تھیں جو کیلیم کاربونیٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں

(17) اور لمبوتری شش سطحی (hexahedral) قلیں جن کو شار کو لیٹن کی قلیں (Charcot-Leyden crystals) کہتے ہیں جو کیلیم فاسفیٹ سے بنتی ہیں اور بعض اوقات مرغولہ جات میں پائی جاتی ہیں۔ خون کے ایوسین پسند سپید خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔

ذمہ کا ہر دورہ دو یا تین گھنٹوں سے لے کر اتنے ہی دنوں تک جاری رہ سکتا ہے۔ طویل یا مختصر وقفوں کیساتھ ان کا وقوع بہت کچھ ان کے اسباب محرک (exciting causes) پر منحصر ہوتا ہے، یعنی ایک مخاط مریش جو رہ جاتا ہے کہ ان چیزوں سے جو دورہ پیدا کرتی ہیں کیونکہ محرک زہن پنا ہے، طویل عرصوں تک محفوظ رہ سکتا ہے۔ اس بیماری کی مدت بھی نہایت مختلف ہوتی ہے۔ ایسے بہت سے لوگ جو بچپن میں مبتلا ہوتے ہیں بالغ عمر میں شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ خود تلے شاذ ہی ہلکے ہوتے ہیں اور ایسے حلوں کا گاہے گاہے وقوع جو نہایت شدید نہوں مضر صحت نہیں ہوتا۔ لیکن کثیر اوقات دورے شش کا فغاخ (emphysema) اور یا لاسنسر اس کے ساتھ شعبی التهاب پیدا کر دیتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کم و بیش کبھی ہمیشہ بوڑھ ہوتی ہے جس کے ساتھ شانے گول سینہ بریل نما (barrel-shaped) اور تنفس بالجمہد (laboured) ہوتا ہے اور یہ خصائص وہ ہیں جو کہ خود دوروں کی انشائیں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ اس سے عمر گھٹ جاتی ہے اور شعبی التهاب کی شدید تر شکلوں میں مبتلا ہو جانے کا رجحان بڑھ جاتا ہے۔

تشخیص۔ حتمہ القش کی تشخیص میں یہ یاد رکھنے سے مدد ملے گی کہ یہ موسم گرما کے اول نصف میں ہوتا ہے۔ ذمہ کی صورت میں اگر سرگشت مرض تنفس کی نوعیت اور اس کے حملہ کے آغاز کا بغور مطالعہ کیا جائے تو تشخیص آسان ہوتی ہے۔ مرض قلب، صدری اور سہا اور حنجری تشدد (laryngeal obstruction) میں بہر کے ناگہانی حملے ذمہ سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ہسٹیریائی حملے بھی اس سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا مریض کسی خاص خارجی پروین کی حساسیت رکھتا ہے، جلدی تعاملات (skin reactions) وسیع طور پر مستعمل ہیں۔ ضد سمی مصل (antitoxic serum) کا اثراب کرنے سے پہلے ایسا امتحان کھوئے گئے

منسل کے لئے کر لینا چاہئے، کیونکہ اس اشراب سے بہت سے ربوی مریض ہلاک ہو گئے ہیں۔ ذر عضوی مرض کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ دریافت ہو سکتا ہے۔

تھمیز - حمۃ القش اور ذر دونوں میں خاص مقصد علاج حملوں کی روک تھام ہے۔ حمۃ القش میں گھاس کے زمانہ (hay-time) میں انفلوینزا میں رہنے سے محترز رہنا چاہئے۔ اگر مریض باہر جائے تو آنکھوں یا ناک پر ایک نقاب (veil) پہن لے۔ شکریتے ہیں کہ کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) کے داخلی استعمال سے حمۃ القش کے لئے حساسیت کم ہو جاتی ہے۔ ناک کی غظام مغتولہ (turbinals) پر کے بعض مقامات کو کوکین لگانے کے بعد کبواۃ برقی (electric cautery) سے آہستہ سے چھو کر مہسج کیا جاتا ہے۔

نذریخی علاج (vaccine therapy) کے اصول پر بہت کچھ کام کیا گیا ہے (18)۔ مریض جس زیرہ کی حساسیت رکھتا ہے، اس زیرہ کے مزیق خلاصہ جات کے تحت الجلدی اشراب سے بہت سی اصابتوں میں علامات میں تخفیف اور حساسیت میں کمی کی جا سکتی ہے۔ دس لاکھ میں ایک حصے والا آبی محلول ایک اکائی (یونٹ) کے طور پر پانچ لاکھ تک ہر ایک ہر دو اکائیوں کے طور پر ایک لاکھ میں ایک حصے والا آبی محلول کے طور پر پانچ لاکھ تک متوقع حملہ سے تریجھا دو یا تین ہفتے پہلے نہایت کمزور محلول کی ایک سی۔ سی کا اشراب کر دیا جاتا ہے اور بڑھتی ہوئی مقداروں کا یا بڑھتی ہوئی طاقت کے محلولات کی ایک سی۔ سی کی مقدار کا ہر تیسرے یا چوتھے دن اشراب کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ باؤ یا تر اندھور اکس ویدی جائیں، شخصی حساسیت کے امتحان کے لئے فریمن (Freeman) اکائیوں میں محلول کی وہ طاقت دریافت کر لے کہ جس سے عیسینی تعامل (ophthalmic reaction) حاصل ہو جائے اور اسی طریقہ امتحان سے وہ اپنی بعد کی خوراکوں کی تنقیح کرتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ہزار میں ایک حصہ والا محلول، اتم طاقت ہے جو مناسب ہے۔

دھند کے متعلق اہم ترین امر یہ ہے کہ حتی الامکان کامل ترین حالت صحت میں رہنا چاہئے۔ بالخصوص کام کی زیادتی سے پرہیز کرنا چاہئے۔ باقاعدگی کے ساتھ

ورزش (exercise) کرنی چاہئے اور تعطیلات کافی لینی چاہئیں۔ بعض اشخاص ایسے ہیں کہ جو لندن اور بڑے شہروں میں دوروں سے معشون رہتے ہیں لیکن اگر وہ منقطع میں رہنے کی کوشش کریں تو انہیں فی الفور دورہ ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس دوسرے اشخاص ایسے ہوتے ہیں جو صرف انقطاع میں رہ سکتے ہیں اور اگر شہروں میں رہیں تو انہیں دیر کے دورے ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح سندھ کی ہوا بعضوں میں دورے پیدا کر دیتی ہے اور دوسروں کو اچھا کر دیتی ہے۔ کسی مریض کے متعلق یہ واقعات تحض تجزیہ کرنے سے معلوم ہو سکتے ہیں۔ عموماً مریض اونچی زمین پر بہتر رہتے ہیں۔

اس کے بعد جو امور فور طلب ہیں وہ یہ ہیں کہ کس طرح غذا میں اعتدال اور احتیاط عمل میں لائی جائے۔ غذا ہلکی اور بہ آسانی ہضم ہونے والی ہونی چاہئے۔ مثلاً کھانا بھاری نہ ہونا چاہئے۔ اور وقتاً فوقتاً خاص خاص غذاؤں مثلاً پنیر، مٹھائیوں، مود کے گوشت، بٹر کو غذا سے خارج کر کے دیکھنا چاہئے کہ ان میں سے کوئی شے نقصان رساں تو نہیں ہے۔ سینکلی ہوئی ڈبل روٹی (toasted bread) اور خوب سینکے ہوئے بکٹ کھانے چاہئیں۔ نشاستہ آمیز (farinaceous) غذاؤں کو پانی میں اُبلانا چاہئے نہ کہ دودھ میں۔ دودھ کی دوسری غذاؤں مثلاً پنیر کی غذا سے پرہیز کرنا چاہئے۔ جگر کے خل میں مدد دینے کے لئے لیمو یا سنگترہ کے ساتھ ایک اونس ویکسٹروز (dextrose) دن میں تین بار تجویز کرنا چاہئے۔ جب مریض فریہ ہو تو ایک قلیل الحارہ غذا (low calorie diet) کی ضرورت ہے۔ اگر معلوم ہو جائے کہ مریض کسی خاص پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے تو اس شے سے پرہیز کرنا لازم ہے، یا اگر ایسا کرنا مشکل ہو تو اس خاص پروٹین سے حساسیت ربائی (desensitization) عمل میں لانی چاہئے۔ پروں سے تعامل ظاہر کرنے والے مریضوں کے لئے ایک سیل کی روٹی کا تکیہ (capoc pillow) تجویز کیا جاتا ہے۔ غیر نوعی پروٹینی علاج (non-specific protein therapy) کے ذریعہ سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ایک لاکھ میں ایک طاقت والی کماخ کی ٹی۔ ڈی۔ اے ٹیوبریکولین (Koch's T. D. A. tuberculin) کے ایک سی۔ سی کے ہفتہ وار

تحت الجلدی اشرب استعمال کئے گئے ہیں (19)۔ پیپٹون (peptone) کے اشرب است
 آرور کے نمبر ۲ پیپٹون (Armour's No. 2 peptone) کی شکل میں، دروں عشیٰ
 دروں وریڈی راہ سے ہفتہ میں دوبارہ عمل میں لائے جاتے ہیں۔ پہلی خوراک ۰.۳
 سی۔ سی۔ ہے اور یہ تدریج بقدر ۰.۲ سی۔ سی۔ بڑھائی جاتی ہے، اور اتم مقدار
 خوراک ۲ یا ۵ سی۔ سی۔ ہے۔ اتم مقدار خوراک وہ ہے جو تعامل پہہ کرتے کرتے
 ناکام رہ جائے، اور اشرب کے چار یا پانچ گھنٹے کے بعد پیش کا امتحان کر کے دیکھنا
 چاہیے کہ وہ بلند تو نہیں ہو گئی ہے (20)۔ بعض اوقات ہر کھانے سے تھیک پون گھنٹہ
 پہلے پیپٹون (۰.۵ گرام) براہ ذہن لینے سے کامیابی ہوتی ہے۔ مریض کے اپنے
 پروٹینوز جو کہ اس کے پیشاب سے تیار کئے جاتے ہیں، تغیر پذیر کامیابی کے ساتھ
 آزمائے گئے ہیں۔ دوسرے نہایت مختلف الاقسام طریقہ بیان کئے جاسکتے ہیں جو شاید
 ایک عمومی تعامل پیدا کر کے عمل کرتے ہیں جس سے مریض کی عارضی طور پر حیا سرت
 ربانی ہو جاتی ہے۔ سونے کو جانے سے پہلے بیس منٹ کے عرصہ کا گرم غسل، جس کی
 تپش ۴۸ درجے سے ۱۰۶ درجے فارن ہائٹ تک بڑھتی ہو، ممکن ہے کہ مشابہ حلوں کو
 روک دے۔ جلد کے ایک رقبہ پر وراہ غشیٰ روشنی (ultra-violet light) کی ایک
 ”احمراری معادہ“ (”erythema dose“) یا لاشاعوں میں مخفف اسی طرح سے عمل
 کر سکتا ہے (21)۔ مائٹ ڈورے (Mont Dore) میں ایک گرم مرطوب کرہ ہوائی میں
 تکلف استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات فاصلہ لائف کو کمزور برقی سے آہستہ سے
 چھڑنے سے سطلے رک جاتے ہیں، اور یہ اس وقت نہایت مفید ہوتا ہے جب کہ
 ناک میں کوئی تشوہ (deformity) یا سدائے (polypi) ہوں اور انکماش مشی مضبوطی
 (systolic blood pressure) بندی کی طرف مائل ہو (۱۲ تا ۱۶ ملی میٹرڈ میں)
 ناک کے سدائوں (polypi) کو کسی بھی حالت میں نہیں نکالنا چاہیے (16)۔ ایسے
 ہوا بند کو شک تعمیر کئے گئے ہیں جن میں مریض سوتا ہو اور ۱۰۰ فیٹ کی بلندی سے
 کھینچی ہوئی ہوا جو مزید برآں تبرید کے ذریعہ مولڈز (moulds) سے اور بھی پاک
 کر لی گئی ہو، تردیج کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ چونکہ مریض
 چونیس گھنٹوں کے بیشتر حصے میں ان کرہ ہوائی مادوں سے محفوظ رہتا ہے، لہذا وہ

عملوں سے مصنوعی رہتا ہے (22)۔ لاکر آرسینی کیس (liquor arsenicalis) فی ذرا
 قطرے (mm) برومائڈز (bromides) اور بانخصوص پوٹاشیم آیوڈائیڈ روزانہ ۲
 گرین تک کی خوراکوں میں یہ سب عملوں کا آغاز روکنے کے لئے نہایت مفید اور یہ
 ہیس کیلومل (calomel) کی تھوڑی خوراکوں سے ہلکے اسہال لانا بھی مفید ہوتا ہے
 اور سیڈال (salol) اور دوسرے صوری دوا خاتہ لستہ (intestinal disinfectant) بھی استعمال کئے گئے ہیں۔

جب دوسرا ریت کے ہمراہ پایا جائے تو دوسرے مستزاد طریقہائے علاج میر
 ہیں۔ زکام (coryza) کا علاج پیرافین اور ویسین کے اس آمیزہ سے کرنا چاہئے جو
 صفحہ 196 پر بیان کیا گیا ہے۔ بٹاق یا انفی افرازات سے خود زاد جدریناٹ
 (antogenous vaccines) تیار کئے جاسکتے، یا ایک مذخورہ جدریناٹ (stock
 vaccine) استعمال کی جاسکتی ہے۔ اُن کے استعمال کا بہترین طریقہ دھواں جلد ہی
 (intracutaneous) ہے، اور مقامی تھامل کی مقدار سے مقدار نوراک کے
 متعلق دہسنائی مائل ہوتی ہے۔ عفونی ماسکات (septic foci) کی تلاش و تدارک
 کرنا چاہئے۔

علاج - حمۃ الفش کے لئے موریل مکینزی (Morell Mackenzie)
 آنکھوں اور ناک میں کوکین کے ۲ تا ۶ فی صدی محلول کے رشاش (spray) کی سفارش
 کرتا ہے۔ ناک کی صودت میں اس کے بعد روزانہ ایک ویسین آلودہ ماروغن آلودہ
 شمعہ (bougie) فرش انف کے برابر برابر داخل کر کے پہلے دس منٹ کے لئے اور ازاں بعد
 بتدریج بڑھتے ہوئے عرصوں کیلئے حتیٰ کہ نصف گھنٹہ یا زائد عرصہ کے لئے اندر چھوڑ دیا جاتا
 ہے۔ آڈرینین ہائڈروکلورائڈ (adrenin hydrochloride) کے ... ۵ میں احصہ
 طاقت والے محلول کا ناک یا غلق میں رشاش کیا جاسکتا ہے۔ جہاں مزمن بیش پردی
 التهاب (chronic hypertrophic rhinitis) موجود ہو وہاں متوزم غٹائے
 غلطی پر کوکین کے ۲ فی صدی محلول کے ابتدائی استعمال کے بعد گیلوانائی کوآٹ (galvano-
 cautery) کا استعمال کرنا بہ سرعت شفا بخش معلوم ہوتا ہے۔
 دھواں کا علاج روکنے کے لئے آڈرینین ہائڈروکلورائڈ (۰۰۰۱ میں احصہ) کے

۲ قطرول کا اشراب نہایت یقینی علاج ہے، اگرچہ اُس کے ۱۰ بلکہ ۵ افی میٹرکاردوں
 عسفی اشراب بھی کیا جاتا ہے۔ ۱۰۰۰ میں ایک صد ایڈرینالین (adrenaline) کا رشتہ
 کہ جسمیں فی اونس، اونیفٹ کلرین، ۰.۵ فی صدی کلورٹون اور ۲ قطرے سلفرکس ترشے
 (sulphurous acid) کے ملے ہوئے ہوں ایک بہولت وہ طریقہ استعمال ہے: مرشہ کو ہاتھ
 یا پمپ کے ذریعہ چلایا جاتا ہے یا ایک استوانہ (cylinder) میں کی آکسیجن کو بیلورقوت
 محو کر کے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایڈرینین کی تالیفی طعین (synthetic crystals)
 (املی گرام) زبان کے نیچے رکھ کر جذب کرانی جاسکتی ہیں۔ کینین آیوڈائیڈ (caffeine
 iodide) (۱/۴ گرام) یا پائراڈان (pyramidon) (۱/۴ گرام) اور ایفیدین
 (ephedrin) (۱/۴ گرام) براہ دہن لی جاسکتی ہے۔ اائل نائٹرائٹ (amyl nitrite)
 بھی عام طور پر روٹھی جاتی ہے یا جینیہ تیج صحرائی (tr. lobelia ethl.) نمبہ جو زائل
 (tr. stramoni) نمبہ فحاح (tr. belladonnae)، کلورل ہائڈریٹ (chloral
 hydrate) نائٹرائٹس (nitrites) یا نائٹرو گلیسرین (nitroglycerine) کی رقم
 تراہدی خود اکس براہ دہن دی جاسکتی ہیں۔ ایک نہایت عام طریقہ علاج یہ جو کہ
 نائٹرکے محلول (nitre solution) میں سیر شدہ کاغذ کو خشک کر کے اور اسے جلا کر
 اُس کے بخارات کا استنشاق کیا جائے، یا جو زائل (stramonium) کے کٹے ہوئے
 پتوں سے بنائے ہوئے مکریٹ پے جائیں، یا جو زائل کے دوسرے پتے استعمال
 کئے جائیں۔ استنشاق (inhalation) یعنی دھواں لینا باقاعدہ علاج کرنے کا ایک
 براہِ تفریح جو کیونکہ اُس سے شعی غشائے غاطی میں خراش پیدا ہو کر شعی التہاب
 (bronchitis) نمودار ہو جاتا ہے۔

مریض کو ایک آکسیجینی نیمہ (oxygen tent) کے اندر آکسیجن (oxygen)
 اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) دے کر حالت (status asthmaticus)
 کو واقع ہونے سے روکا جاتا ہے (49)۔ مصنف نے دروں ریوی دباؤ کو بڑھا کر چند
 حملے روک دیئے ہیں (ملاحظہ ہو ریوی تیج)۔ اگر بہت شعی التہاب ہو تو آکسیجینی نیمہ
 جا کاربن ڈائی آکسائیڈ کے نفع بخش ثابت ہوتا ہے۔

بڑے شبات کا تدو

جہاں تک پچکاؤ کے مختلف اسباب کا تعلق ہے، دو بڑے شبات 'قصبۃ الریہ' سے قریبی طاقت رکھتے ہیں اور جو کچھ قصی تدو کے عنوان کے تحت کہا گیا ہے اس میں سے بہت کچھ یہاں کر بیان کیا جاسکتا ہے۔ پچکاؤ یا تنگی (stricture) کے باعث جو تدو پیدا ہوتا ہے وہ ریوی سرطان، انورسما، اجسام غریبہ یا ایسے شعبی غدو کا نتیجہ ہوتا ہے جو نہایت بالیدگی سے یا تخچین (caseation) اور تسج (suppuration) سے بڑے ہو گئے ہوں۔ نتیجہ کم عام طور پر مری کا سرسری سلسلہ (epithelioma of the oesophagus) نمونہ (gumma) بلکہ ایک تسج یا یاں آذین بھی شعبہ کو دبا سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ محراب اور ملی کے انورسما سے بائیں شعبہ کے پچکاؤ کا خاص امکان ہے، کیونکہ یا یاں شعبہ اسی محراب کے نیچے سے گزرتا ہے۔ چونکہ دایاں شعبہ نسبت بڑا ہوتا ہے، لہذا اجسام غریبہ زیادہ اکثر اسی کے اندر گر جاتے ہیں۔ اور چونکہ دونوں شبات کے درمیان فصل پیدا کرنے والا حیدر خط و سطی سے کیے قد بائیں جانب کو ہوتا ہے، لہذا قصبہ کے مرکز میں گرنے والے اشیاء اس کی دائیں شاخ کے اندر پٹے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کھانسنے میں وہ قصبہ کے اندر دسکیل دے جائیں اور اسی یا مقابل شعبہ کے اندر واپس گر جائیں۔

شعبہ کے تدو کے بعد شش کے متناظر حصے اور اس شعبہ کے بعدی تقاسمات میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ہر اصابت میں یہ شش مہبوط ہو جاتا کیونکہ جب ہوا کا باہمی تبادلہ تمام تر موقوف ہو جاتا ہے تو باقی ماندہ ہوا کو ریوی عروق جذب کر لیتے ہیں۔ آخر کار ریوی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک سرسری وقوع کامل تدو میں، جیسا کہ ایک جسم غریبہ کے انقراض (impaction) سے ہو جاتا ہے، یہ مہبوط بہت جلد واقع ہوتا ہے لیکن جب یہ پچکاؤ تدریج ہوتا ہے جیسے کہ ایک انورسماتی سماچہ (aneurysmal sac) کی صورت میں، تو ابتداء ہوا سے شش کا انفلی ہو جاتا ہے جس سے ممکن ہے کہ قلب اپنی جگہ سے باہر دسکیل دیا جائے اور ڈائفرام نیچے کی طرف

ہٹ جائے (Newton Pitt)۔ ایک ڈیلا جسم غریب بھی ایک گولہ گسر معراع (ball & socket valve) کی طرح عمل کر کے، ایسا ہی اثر پیدا کر دیتا ہے۔

اس کا ایک اور اثر حمل دالشعب (bronchiectasis) ہے جو دو یا تین کے عرصہ میں نوباب ہو سکتا ہے۔ جب جسم غریب ایک پی نٹ (pea-nut) ہو تو بالکل جلد ہی نہایت خطرناک التهاب پیدا ہو جائے گا اندیشہ ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ ذیل کی دیگر پچھیدگیاں پیدا کر سکتے ہیں۔ پھوڑے اور حادہ اصابتوں میں کبھی کبھی استرواح الصدر (pneumothorax) یا تقبی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) اور طول المہ قائم شدہ اصابتوں میں تقیع الصدر (empyema) یا انفش الدم (hæmoptysis) (23)۔

علامات اور طبعی امارات۔ یہ تھوڑے درجہ لوہوس کی پیدائش کی سرعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اور چونکہ مقابلہ انہو بہ اکثر غیر موقوف ہوتا ہے اور اس طرح صرف نصف تنفسی رقبہ میں مداخلت ہوتی ہے، لہذا توقع ہلاکت سے پہلے شعبہ زیادہ کامل طور پر سدود ہوتا ہے اور قبضہ الریہ آنا کبھی نہیں ہوتا۔

ابتداء سکون یا مشقت کی حالت میں بھر (dyspnoea) ہی ایک مستقل علامت ہوتی ہے اور کبھی کبھی نحرہ (stridor) اور خفیف نفث الدم ہوتے ہیں۔ لیکن دونوں برائے شعبات میں سے کسی ایک کا تسد و احتناق (asphyxia) کے ویسے ہی زور سے پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ قبضی تسد و میں واقع ہوتے ہیں۔ تسد الشعب نوباب ہو جانے پر کبھی نسبی بدبودار بساق کا نفث اور عمومی تعامل نمایاں علامتاں ہوتی ہیں۔ خاص طبعی امارت حویصلی خریر (vesicular murmur) کی غر موجوکی یا اس کی انتہائی کمزوری ہے جو مقابلہ جانب پر بڑھے ہوئے اصوات تنفس کے مقابلہ میں شدید تضاد پیش کرتی ہے۔ یہ بعض اصابتوں میں کچھ وقت کے لئے ایک ہی منفرد طبعی امارت ہو سکتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ گنگ کامل طور پر طبعی ہو۔ لیکن ان اصابتوں میں جن میں شش کا اتفلخ واقع ہو جاتا ہے، قرع کر سنے پر بیش گنگ موجود ہوگی اور ساتھ ہی یہ گنگ قلبی رقبہ تک پھیلی ہوئی ہو کر قلب کی

غیر وضعیت کا ثبوت موجود ہوگا، جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ استرواح الصدر (pneumothorax) کے ساتھ قریبی مشابہت ہو جائے۔ ان اصابتوں میں بالآخر اور دوسری اصابتوں میں نسبت بہت جلد ہو اسکے جذب ہو جانے پر ماؤف کا عدسے پر اصمیت (dulness) ہوتی ہے اور ساتھ ہی لمسی ارتعاش گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بڑھ کر یہ حالت ہو سکتی ہے کہ اصوات تنفس (breath sounds) ہونے کے اصوات (voice sounds) لمسی ارتعاش اور قرعی گنگ تمام غائب ہوں۔ اگر تمدد الشعب کے کہنے بڑی حد تک بن جائیں تو مندرجہ بالا طبیعی امارات کے بجائے ایک یا دو سرے چھوٹے رقبہ پر قطعی قرعی سرکھنی تنفس (cavernous breathing) چھنے والے (crackling) متغیر (gurgling) لفظات (râles) شبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلای (pectoriloquy) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص - عمدہ گنگ کے ساتھ سینہ کی ایک جانب پر اصوات تنفس کی تقریباً کامل غیر موجودگی کا اجتماع متناظر شبہ کے قندور کی نہایت مخصوص و ہمیت علامت ہے۔ جب قندور کے ساتھ صرصرہ (stridor) موجود ہو تو اس پر غلطی سے شعبی التهاب کا گمان ہو سکتا ہے۔ متذکرہ بالا سبب سے ہونے والا صرصرہ (stridor) مستقل اور یکساں نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ ایک واحد نقطہ قندور سے پیدا ہوتا ہے، لیکن شعبی التهاب کے خرخرات (rhonchi) اپنی بلند (loudness) درجہ ارتقاع (pitch) اور مقام وقوع میں حیرت بدلتے رہتے ہیں۔

شعبہ کے ایسے چھکاؤں میں جس کے ساتھ شش کا انتفاخ ہو، بیش گنگ کی موجودگی اور ساتھ ہی اصوات تنفس کی غیر موجودگی کے باعث استرواح الصدر (pneumothorax) کی غلط تشخیص کی گئی ہے۔ ایسی اصابتوں میں ممکن ہو کہ شعلہ نگاشت (radiogram) سے چھکاؤ کی حالت میں انورسا کی موجودگی یا استرواح الصدر کی حالت میں ریڑھ کی جانب باز کشیدہ (retracted) شش کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔

لیکن اس کے برعکس جب ضیق (stenosis) شش کا کم و بیش جھوٹا پیدا کر دیتی ہے، جیسا کہ اس کو بالآخر پیدا کرنا ہی چاہیے، تو طبیعی امارات ان علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو ایک جزر جذب شدہ پھیپھڑائی انفصالب

(pluritic effusion) کے باعث ہوتے ہیں اور ایسی صورت میں آخری فیصلہ کے لئے ایک استقصائی پمپکار (exploring syringe) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

جہاں اجمام غریبہ کا سیرال ہو تو بلا سٹپہ سرگزشت مرض پر احتیاط کے ساتھ خود کرنا چاہئے۔ بہت سے اجمام غریبہ لاشعاعوں سے غیر شفاف نظر آتے ہیں۔ مناسب اصابوں میں شعبہ بین (bronchoscope) استعمال کرنا چاہئے۔

انذار۔ اس کا انحصار تشدد کی نوعیت اور انتہائی تعامل کے درجہ پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شش میں کسی جسم غریبہ کی انتہائی برداشت پیدا ہو جائے جیسا کہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی امابیتیں موافق تمدد الشبب اور لیفیت شش کے ساتھ تھپتیس سال تک قائم رہی ہیں (23)۔

علاج۔ قصبہ کے تمدد کے علاج سے مشابہ ہے۔

ششوں کا نفاخ

(EMPHYSEMA OF THE LUNGS)

نفاخ کی اصطلاح (ev، بمعنی اندر اور *physis* بمعنی ہوا) بجا طور پر چوکی اس وعاءداری کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو کہ تحت اللمدی اور دوسری ہفتوں کے اندر (جراحی نفاخ = surgical emphysema) یا پھیپھڑوں کی بین نخلی یا بین خللی یافتہ کے اندر (بین خللی نفاخ = interstitial emphysema) ہو۔ اس مرض شش کے لئے جس پر اب بحث کی جائے گی اس کا اطلاق بہت کم موزوں ہے، تاہم طبی محاورہ میں یہ عموماً اسی مرض کے لئے محفوظاً بھی جاتی ہے۔ شش کے جو فیروں میں قدرتی طور پر بھی ہوا ہوتی ہے۔ زیر بحث مرض میں وہ غیر طبعی طور پر متغیر ہو جاتے ہیں اور یہ کہہ سکتے ہیں کہ ان میں حد سے زائد ہوا موجود ہوتی ہے۔ اس حد تک تو نفاخ (جو صلی نفاخ = vesicular emphysema) کا نام بجا ہو سکتا ہے۔ تاہم جو فیروں میں تملا (alveolar ectasis) کا نام جویش کیا گیا ہے، نسبتاً زیادہ صحیح ہے۔

بحث اسباب اور امراضیات - نفاخ کی پیدائش میں کئی عاملات حصہ لیتے ہیں۔ ان میں سے بعض مزمن سببی التهاب (chronic bronchitis) میں کارفرما ہوتے ہیں جو اس حالت کا سب سے زیادہ عام سبب ہے۔ (۱) کھانسنے کے فعل سے ذرا پہلے بند مزمار (glottis) کے پیچھے پھیپھڑوں میں دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ امر دموی رسد میں اس لئے مداخلت کرتا ہے کہ ریوی خون کا دباؤ کم ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رفتہ رفتہ شش کی بافت کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ (۲) کھانسنے کے اختتام پر ایک گہرا شہیق (inspiration) لیا جاتا ہے جس سے جو فیروں کا امتلاخ ہو جاتا ہے، ان کی دیواریں تن جاتی ہیں اور عوقی شہرہ تنگ ہو جاتے ہیں، اور اس کا بھی یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ دموی رسد میں مداخلت عوقی ہے۔ (۳) عضلات جو قوت دوران شہیق میں بروئے کار لاتے ہیں وہ اس قوت کی بہ نسبت زیادہ ہوتی ہے جو کہ دوران زفیر (expiration) میں بروئے کار لائی جاتی ہے، کیونکہ آخر الذکر فعل زیادہ تر پھیپھڑوں کی لچکدار بازگشت (elastic recoil) ہی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر شعبات افزاز سے جزئی طور پر سدود ہوں تو باوجود اس سدود کے دوران شہیق میں ہوا جو فیروں کے اندر کھینچا آ سکتی ہے لیکن دوران زفیر میں پھر ان سے باہر نہیں نکل سکتی۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو فیروں مستقل منتفخ ہو جاتے ہیں۔ یہی عامل دمہ کی حالت میں بھی بروئے کار آتا ہے، جہاں دمہ شعبی عضلات کے انقباض کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ سدود ایک مصراع کے طور پر عمل کرتا ہے، یعنی ہوا کو اندر تو آئے دیتا ہے لیکن پھر باہر نہیں جانے دیتا۔ (۴) خیال کیا جاتا ہے کہ شیشہ گروں یعنی کاغذ پھونکنے والوں (glass-blowers) پھونک کر یا جا بجا بجانے والوں اور ان لوگوں میں جو محنت طلب پیشوں میں مشغول رہتے ہیں، اور جن میں یا تو ہوا کی ایک دھیمی مضبوط رو کی زد پہنچانے کے لئے یا بازوؤں کے استعمال کے لئے ایک مہا بے کا نقطہ (point d'appui) مہیا کرنے کے لئے اپنے سینے مسلسل پھٹاتے ہوئے رکھنے پڑتے ہیں، جو فیروں زیادہ طویل عرصہ تک تن کر کھنچ جاتی ہیں۔ لیکن تازہ مشاہدات نے اس امر کو مشتبہ کر دیا ہے (24)۔ (۵) سالہا سال کے عرصہ میں پھیپھڑوں کی لچکدار بافت بتدریج

بوسیدہ ہو جاتی ہے اور ممر اشخاص کا خورد شدہ نفاخ (small-lunged emphysema) پیدا کر دیتی ہے۔ (۶) جب شش کا کوئی حصہ بوجہ ممری سکڑ جاتا یا الٹانی ماحلات یا تو مایہ سے در رینختہ (infiltrated) ہو جاتا ہے، تو وہ دیرینہ شہیق میں پھیل نہیں سکتا۔ ایسی صورت میں قرب و جوار کے جو فیروں کا پھیلنا زیادہ ہو جاتا ہے تاکہ خالی جگہ پر ہو جائے۔ اسے تعویضی نفاخ (compensatory emphysema) کہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مختلف ذرائع کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نفاخ میں ہم پہلو جو فیروں کے درمیان فی فاصلہ بول (atrophied) ہو جاتے ہیں۔ جلد ہی فاصلے اتنے آریار ایک اشتاب قائم ہو جاتا ہے۔ پھر پورا فاصلہ تلف ہو کر دونوں جو فیروں کے ایک بن جاتے ہیں۔ اس عمل میں نہ صرف پچھلا ریافت بلکہ ریوی عروق شعریہ کا وہ پورا جال بھی جو فاصلے میں موجود ہوتا ہے، غائب ہو جاتا ہے۔ اگر یہ عمل پھیپھڑوں کے طول و عرض میں وسیع طور پر مکرر ہوتا رہے تو اول تو یہ ہوتا ہے کہ جوائی فضا میں بہت بڑی ہو جاتی ہیں اور بہت سے مقامات پر شہیقی فست کے بڑے بڑے چھائے بن جاتے ہیں جن میں صرف ہوا موجود ہوتی ہے۔ دوم، شش کی وہ لچک جو زفیر (expiration) کے لئے ضروری ہے، معمول کی نسبت بہت کم ہو جاتی ہے۔ سوم، وہ عروقی رقبہ جو خون کے تہویہ کے لئے کارآمد ہوتا ہے، بہت گھٹ جاتا ہے۔ اور چارم، بیشتر اساتوتوں میں پھیپھڑے، بجائے خود بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

لچک کے جاتے رہنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زفیر زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کی جماعت کی زیادتی کے علاوہ سینہ چوڑائی اور گہرائی میں بڑا ہو جاتا ہے اور وہی شکل اور وضع مستقلاً اختیار کر لیتا ہے جو کامل شہیق (inspiration) کے لئے مخصوص ہے۔ سینہ کی حرکت پذیر (mobility) بہت کم ہو جاتی ہے، کیونکہ اس کی وسعت (range) کامل شہیق اور کامل زفیر کے درمیان ہونے کے بجائے محض شہیق کے مختلف درجات کے درمیان ہوتی رہتی ہے۔ گیسوں کا باہمی تبادلہ کم کامل طور پر ہوتا ہے۔ یہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ شریانی خون میں CO_2 کے دباؤ کے لئے جو کمیتیں پانی جاتی ہیں، وہ معمول کی نسبت بہت زیادہ ہوتی ہیں۔

درحقیقت CO_2 کی ترشہ و معیشت (acidemia) موجود ہوتی ہے، جو شدید پیرید کر دیتی ہے۔ شریان فی خون کی آکسیجن سے سیرشدگی بھی ممکن ہے معمول کی نسبت کم ہو (۶۷)۔ عام طور پر ترقوی محفوظ میں زیادتی ہو جاتی ہے جو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے اعتبار سے کی جاتی ہے۔

ایک اور اہم امر پھیپھڑوں میں شعری رقبہ کا ضائع ہو جانا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ریوی دوران خون میں ایک تبدیلی پیدا ہو جاتا ہے۔ شریان ریوی اور وائیں بلیں میں تناؤ بڑھ جاتا ہے، وائیں بلیں بیش پروردہ (hypertrophied) ہو جاتا ہے، اور بالآخر قلب کے دائیں جانب کا اتساع (dilatation) ہو جاتا ہے لہذا اوریدی نظام متحس (engorged) ہو جانے سے جگر کی کلائی اور استواء پاؤں ٹانگوں اور دھڑ کا رتج اور البیومن پولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ معمر اشخاص میں قلب کا چپ جانی (left-sided) اتساع اور ساتھ ہی عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) بھی ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ وہ پھیپھڑا جو کلاں ششی نفاخ (large-lunged emphysema) سے ماؤف ہوا، استخوان بعد الموت کے وقت سینہ کھولنے پر پھٹتا نہیں، بلکہ روزن کے اندر سے باہر ابھرتا ہے۔ ایسا پھیپھڑا نرم اور بے لچک ہوتا ہے، اور انگلی سے دبائے پر دب جاتا ہے ("pitting")۔ اس کے مختلف حصوں میں اور خاص کر اس کی اندر کی اور نیچے کی کوروں میں مٹریا شماری کے برابر بڑے چھالے نظر آسکتے ہیں، اور یہ شش غیر معمولی طور پر پھیکے رنگ کا اور خون سے معر اور دھبے دار (mottled) رمادی رنگ کا ہوتا ہے۔ تراشے پر بڑے چھالے پھک جاتے ہیں۔ اور سارے عضو معمول کی نسبت زیادہ خشک نظر آتا ہے، باستثناء بعض حصوں کے، جیسے کہ قاعدے، جہاں ممکن ہے کہ پیچیدگی پیدا کرنے والے (complicating) شعبی التهاب یا آؤیمارہ یکے ہوں۔

ایک دوسری قسم (small-lunged emphysema) نفاخ

معمر اشخاص میں ایک شش خونی (senile) ذبولی تغیر کے طور پر واقع ہوتی ہے،

اس میں کشش بڑا نہیں ہوتا، اور چھانٹوں کی تھلاؤ زیادہ نہیں ہوتی۔ فاصلات
بند بول رہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ جو فیروزے باہم متحد ہو جاتے ہیں اور
سکڑا ہوا بے لچک خشک اور پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے اور معمول کے نسبت
کم کمال انقباضی سائنٹ پیش کرتا ہے۔

پھیپھڑوں کے بعض حصوں، بالخصوص راسن، اگلے حاشیوں اور زیرین
کوروں میں نفاخ کا نسبت زیادہ ہوتا ہے (Jenner) کی رائے کے مطابق
حب ذیل توجیہ رکھتا ہے۔۔۔ جب ہوا سینہ میں زیادہ دباؤ کے تحت جموں ہستی جو
جیسے کہ کھانسنے وقت دیا کوئی بڑی عضلی شقت کرتے وقت تو اندر سے ہوا کے
دباؤ کے باعث سینہ کے وہی حصے باہر ابھرتے ہیں گئے جنہیں گرد و پیش کی بافتوں
کا سہارا ب سے کم حاصل ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ نفاخ کے علامات ابتداً صرف سانس
کا پھول جانا ہے۔ کھانسی اور نفث جو عموماً موجود رہتے ہیں ساتھ موجود رہنے والے
شعبی التهاب کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ بُہر (dyspnoea) ابتدائی درجوں میں بالخصوص
شقت کرنے یا زور لگانے (exertion) پر دیکھا جاتا ہے، جب کہ سانس تیز ہو جاتی
ہے اور مریض ماننے لگتا ہے۔ ازاں بعد بُہر ہمیشہ موجود ہو سکتا ہے اور رات
کے وقت انتصافی نفث (orthopnoea) پیدا کر دیتا ہے۔ بُہر کی بدترین شکلوں
میں نفث کے غیر معمولی عضلات ہمیشہ کام کرتے رہتے ہیں، ترقوی ہڈیاں اور اٹلی
ہوتی ہیں اور قصبی طلی عضلات (sterno-mastoids) اور مختلف الانحلال عضلات
(scaleni) ہر شقی کے ساتھ کھڑے ہو کر جزری ہوا (tidal air) کو زیادہ کرنے کی
کوشش کرتے ہیں۔ زفیر (expiration) لمبا، یا مشقت (laboured) اور عضلات
شکم کی انتہائی مدد سے ہوتا ہے۔ طبیعی امارات تمیز ہوتے ہیں۔ سینہ چوڑا
سانس سے چپچپے کے رخ میں گہرا، لیکن کوتاہ (short) ہوتا ہے۔ اس کی کلائی کی وجہ
سے اور اس وجہ سے کہ پیش پس قطر کی زیادتی اسے عرضاً، یعنی کے نسبت
زیادہ تر مدور شکل کا بنا دیتی ہے، سینہ اکثر پیسے کی شکل کا (barrel-shaped) کہلا
ہے۔ سانسے اور پرانے ہوئے ہوتے ہیں۔ معمول کی نسبت بالائی پیلیاں ایک

دوسرے سے زیادہ قریب تر اور زیریں پسلیاں ایک دوسرے سے زیادہ دور ہوتی ہیں۔ اور شرائضی زاویہ نہایت منفرج (obtuse) ہوتا ہے اور انس کا ناپ ۱۰.۵ اور ۱۲.۵ ہوتا ہے۔ پسلیوں کا ارتقاع، بھٹنی اور صدم القلب (heart's impulse) کے اضافی مقامات کو بدل دیتا ہے۔ بھٹنی اکثر پانچویں پسلی پر اور صدم القلب چھٹی فضا میں پایا جاتا ہے۔ سینہ کے جو حصے معمولاً گمگی ہوتے ہیں ان پر قوع کرنے سے غیر معمولی طور پر زیادہ گمگ حاصل ہوتی ہے اور جو قبے معمولاً اصم (dull) ہوتے ہیں ان پر گمگ کی توسیع ہو جاتی ہے۔ اس طرح کبدی اور قلبی اصمیت میں مداخلت ہو جاتی ہے اور دایاں شش نیچے کی طرف چھٹی فضا یا ساتویں پسلی تک گمگی ہوتا ہے اور قلب کی اوپری اصمیت (superficial heart dullness) اکثر بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ استماع کرنے پر اصوات تنفس بہت کچھ گھٹے ہوئے ہوتے یا بمشکل سنائی دیتے ہیں لیکن مکن جو کہ جب ہمزماں شبی شیخ ہو تو زفری خریر (expiratory murmur) بہت لمبا ہو جائے اور خرخرات (rhonchi) بھی سنائی دے سکتے ہیں۔

پھیپھڑوں کی کافی دوسرے اعضاء سے متعلق امارات کو بھی متاثر کر دیتی ہے۔ چونکہ شش کا معمول کی نسبت ایک زیادہ بڑا حصہ قلب اور دیوار سینہ کے درمیان واقع ہوتا ہے، مکن ہے کہ صدم القلب پانچویں فضا میں غیر محسوس ہو، اصوات قلب دھیمے (faint) ہوتے ہیں اور مکن ہے کہ اتساع (dilatation) یا بیش پروردگی (hypertrophy) پوشیدہ ہو جائے۔

خرد ششی تفاعل میں سینہ اپنے خاکے میں زیادہ مدور ہوتا ہے لیکن بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ پھیپھڑے قلب کو نہیں ڈھانکتے اور قلب بیش پروردہ نہیں بلکہ مذبول ہوتا ہے۔ قریبی سر (percussion note) بیش گمگی ہوتا ہے اور بقیہ قریب کمزور ہوتا ہے لیکن زفری لمبا نہیں ہوتا۔

دونوں قسموں میں شبی التباب کے خرخرات (rhonchi) اکثر موجود ہوتے ہیں۔ ابتدائی اصابتوں میں اذیمیا کی وجہ سے پھیپھڑوں کے قاعدوں پر لفظ (rales) ہوتے ہیں اور ساتھ ہی گمگی ہوئی گمگ پائی جاتی ہے۔

پہنچیدگیاں۔ مزمن شعبی التهاب اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، خواہ اس کے ساتھ تمدد الشعبہ ہو یا نہ ہو۔ معمر اشخاص میں عموماً عصبی قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) اور اس کے علاوہ قلب کی بائیں جانب نیز دائیں جانب کی بیش پرورش اور اتساع موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ عام آویزا بھی ہو۔ اکثر شریانی انحطاط (arterial degeneration) موجود ہوتا ہے جس کے ہمراہ شریخی شریانی تصلبی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی حالت پر صفحہ 355 پر زیادہ تفصیل کے ساتھ غور کیا گیا ہے۔ تشخیص۔ نفاخ کی شناخت کا انحصار گمگ کی متغیر نوعیت پر ہوتا ہے اور بالخصوص گمگ کی اس توسیع پر جو پیش قلبی رقبہ (præcordial area) پر اور نیچے کی طرف بگڑ رہا ہو جاتی ہے۔ خورد شنسی قسم میں گمگ کی متغیر نوعیت اور ہر خاص مظاہر ہوتے ہیں۔ رائجی شعاعیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ تندرستی کی حالت کی نسبت پیچھے ہٹوں پر ایک زیادہ وسیع اور زیادہ روشن رقبہ اور ڈائفرام کا محل وقوع نسبتاً نیچے اور اس کے حرکات نسبتاً وسیع ہیں۔

148

انذار۔ حقیقی صحت یابی نہیں واقع ہوتی، صرف علامات میں تخفیف عموماً ہوتی ہے۔ زندگی کی مدت کا انحصار تغیر کی وسعت، شعبی التهاب کے امکان اور عضلہ قلب کی حالت پر ہوتا ہے۔ بیشتر مریضوں میں آخری نتیجہ کئی سال کی مدت کے بعد رونما ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا مشاوریہ ہونا چاہئے کہ مریض کی عام صحت کی اصلاح کیجئے، شعبی التهاب کی پیچیدگیوں کو تمام خطرات سے احتراز کیا جائے اور جب یہ واقع ہو جائے تو ان میں تخفیف کی جائے۔ چنانچہ لازم ہے کہ مریض کو مغذی اور ہضم پذیر غذا دی جائے، اس کے ملبوسات مناسب ہوں، وہ گرم عمدہ ترویج دار کردوں میں رہے اور مشرقی ہواؤں اور شبانہ ہوا سے پرہیز کرے۔ مقویات جیسے کاکاڈیوٹائیل (رودن بگرماری) لوگاسٹرکینا (strychnia) اور کونین (quinine) استعمال کئے جاتے ہیں۔ ضائع شدہ پیکدار بافت کے نقصان کی تلافی کی کوششیں کی گئی ہیں۔ شلاگرڈارٹ (Gerhardt) مشورہ دیتا ہے کہ سسینہ کا میکانی پچکاؤ عمل میں

لا کر زقیر (expiration) میں امداد پہنچائی جائے۔ اسے ایک دوسرا شخص سینہ کے زیریں حصہ پر اپنے ہاتھ روزانہ پانچ یا دس منٹ تک رکھ کر انجام دیتا ہے۔ ساتھ موجود رہنے والے شعبی التهاب کا علاج کرنا چاہیے۔ پچکائی ہوئی ہوا (compressed air) کے ذریعہ علاج جیسا کہ برائٹن کے شفاخانہ میں فولادی کوشک (steel chamber) میں کیا جاتا ہے، شہیق میں اندر لی ہوئی آکسیجن کے ارتکاز (concentration) کی زیادتی پر منحصر ہوتا ہے اور یہ نفاخ میں مقید پایا گیا ہے خاص کر اس وقت جب کہ التهاب شعبی موجود ہو۔ ایک آکسیجن کا خیمہ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

نشوون کا ہبوط

(COLLAPSE OF THE LUNGS)

(عدم مقلد الرئہ: Atelectasis Pulmonum)

اُن پیچھڑوں میں جو کبھی کامل طور پر نہ پھیلے ہوں (عدم مقلد = atelectasis) اور اُن پیچھڑوں میں جو پھیلنے کے بعد جزوی طور پر پھر جنینی حالت میں آگئے ہوں (ہبوط) اکثر تفریق کی جاتی ہے۔ عدم مقلد (atelectasis) پیدا نشی ہوتا ہے اور نہایت کمزور بچوں میں دیکھا جاتا ہے جن کے تنفسی حرکات ہوا کی ضروری مقدار کو اندر کھینچنے کے لئے ناکافی ہوتے ہیں۔ وہ اس وجہ سے اور بھی زیادہ آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتا ہے کہ پیدائش کے وقت پیچھڑے جسم سے خارج ہونے پر تقریباً اُسی جسامت کے پائے جاتے ہیں جو کہنہ صدر کی ہوتی ہے اور اس وجہ سے اُن میں ہوا کے جبرری اوتھال کے لئے کوئی امتصاصی طاقت (suction power) موجود نہیں ہوتی جیسی کہ ما بعد زندگی میں ہوتی ہے جب کہ پیچھڑے کہنہ صدر کی نسبت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ہبوط (collapse) ایک اکتسابی حالت ہے جو پیچھڑوں میں ہوا کا داخلہ نہ ہونے سے پیدا ہو جاتی ہے اور یہ امور ذیل کا نتیجہ ہوتی ہے: — (۱) ہوائی راستوں سے ہوا کے داخلہ میں سد واقع ہونا (۲) کشش کا باہر سے دب جانا۔

یہ ڈایا فرام کے شلل کا نتیجہ نہیں ہوتی، کیونکہ یہ ڈایا فرامی عصب کے قلع کے بعد کبھی پیدا نہیں ہوتی۔

(۱) قسملد اس طرح پیدا ہو سکتا ہے۔ لوز تین کی مزمن کلانی اور انفی بلعوم (nasopharynx) میں غدودہ کی پالیدگی سے اور نیشہ بہت زیادہ اکثر شعبی التهاب کے لزج مخاطی یا ریوی افراز سے، بالخصوص بچوں میں اور شعبی ذات ارت کے ایک جزو کے طور پر اور زیادہ صمراشخاص میں شعبہ کے اسس تغلیق سے جو نوامیہ (neoplasm) کے باعث یا انورسما سے یا پہلے بیان کئے ہوئے دوسرے اسباب میں سے کسی سبب کی وجہ سے واقع ہو جائے۔

(۲) انضغاط (compression) کے اسباب متعدد ہیں، خود سینہ کے اندر وہ بیشتر اوقات پلیورانی انصباب کے باعث ہوتا ہے، لیکن کلانی قلب، گردقلمبی انصباب، واسطی سلعات اور لمبی کے انورسماؤں اور ریرھ کے زاویہ انحناء (angular curvature) (تسبی التواء = kypho-scoliosis) کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے، شکم میں جگر کی بالائی سطح سے بڑھنے والے سلعات، بالخصوص کیسات (hydatids) خراج اور نوامیہ تحت ڈایا فرامی خراجات، لحال کے کیسے، استعانی زرقی سیال اور مینعی سلعات کے دباؤ کے باعث ہو سکتا ہے۔

(۳) سینہ کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے زخموں میں ایک پورے شش کا کھلی بہوٹ (massive collapse) واقع ہو سکتا ہے۔ اس کی شرط نہیں کہ زخم کھنڈہ سینہ کے اندر چھید کرے، اور زخم سے مقابل جانب کا شش ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس حالت کے ساتھ ممکن ہے صدر دمویت (haemothorax) موجود ہو یا نہ ہو۔ کھلی بہوٹ کا حادثہ شکی حالتوں کے نتیجے کے بعد واقع ہونا شاذ نہیں۔ اب اس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ زیادہ تر بہت ریویہ قسم چھام کے ذریعہ پیدا شدہ التهابی حاصلات شعبی انوبات کو مدود کر دیتے ہیں (49)۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہوا جو فیروز میں سے جذب ہو جاتی ہے، اور بہوٹ رونما ہوتا ہے۔

مرضی تشریح - ایک ہولنی حالت یا عدم تمل (atelectasis) والا شش

نبضی یا سیاہ ارغوانی رادی رنگ کا ہوتا ہے، اور تراشنے پر وہ لویڈاڑا بے ہوا اور خشک ہوتا ہے۔ منفصل چکٹیاں عام سطح سے قدرے نیچے بیٹھی ہوئی نظر آتی ہیں۔ تا وقتیکہ بعد میں ان میں التهاب رونما نہ ہو گیا ہو اسے زور سے متنفخ کرنے پر یہ پھر پھیلائی جاسکتی ہیں۔

علامات۔ پیداشی عدم تمدد (congenital atelectasis) میں، جب کمزور اور کم ویش کیبود ہوتا ہے، اور اس کی سانس تیز اور اُغلی اور رونا کمزوری کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہر شہیق کے ساتھ سینہ کا زیریں حصہ اندر کھینچ جاتا ہے، اور بن الاضلاع نقصانیں اندر دب جاتی ہیں۔ امتحان کرنے پر ٹکڑے سے قاعدوں پر ٹکڑے کی تھوڑی کمی اور کبھی کبھی کچھ لغطاتہ (rales) ظاہر ہوں، لیکن خاص طبعی امارت اصوات تنفس کی کمزوری (feebleness) ہے۔ شعی التهاب کا ہبوط شاذی اتنا کافی وسیع ہوتا ہے کہ استماع سے ظاہر ہو جائے، اور اس کی توزیع نختکی اور منتشر ہوتی ہے۔

جب ہبوط زیادہ وسیع اور یکسانیت کے ساتھ ہوتا ہے تو طبعی امارات سے اس کے مختلف درجات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ شش کے عارضی عدم استعمال سے جو ابتدائی ذات الجنب کی وجہ سے ہو، یا طویل طہری افتادگی (dorsal decubitus) سے، یا قاعدوں پر ایک نہایت خفیف درجہ کا ہبوط پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کے ماؤف رقبہ پر استماع کرنے سے صوت تنفس نہایت کمزور ہوتی ہے۔ اگر مریض گہری سانس لیتا ہے تو زیادہ بلند حویصلی خسیر (vesicular murmur) اور اس کے اختتام پر باریک ستکات (fine crepitations) ہوتے ہیں جو ان ہوائی حویلا کے تازہ پھیلنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جو ہوز ہبوط پر شعی تبد کے باعث واقع ہونے والے ہبوط کے طبعی امارات ابھی بیکار ہو چکے ہیں۔ بال غیرہ سے پچکاؤ ہونے کی حالت میں ابتدائی امارات یہ ہو سکتے ہیں :- اہمیت (dulness)، گٹھا ہوائی ارتعاش، اور یا تو گٹھے ہوئے یا خفیف طور پر شعی اصوات تنفس۔ کامل ہبوط کی حالت میں طبعی امارات حب فیل ہوتے ہیں :- کامل اہمیت (absolute dulness)، اصوات تنفس اور ہوائی ارتعاش کی غیر موجودگی۔

اُس کُلی بہوت (massive collapse) کی حالت میں جو زخموں کے باعث دیوار سینہ کی باز کشیدگی (retraction) کے ہمارا پایا جائے، اہمیت موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اصوات تنفس کم اور لسی ارتعاش غیر موجود ہو، لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ بجائے اس کے بلند شبی تنفسی اور بڑھا ہوا لسی ارتعاش موجود ہو۔ دیوار سینہ باز کشیدہ بین الاضلاع فضا میں اندر دبی ہوئی (depressed) ڈائفرام اوپر اٹھا ہوا اور غیر متحرک اور قلب ماؤف جانب کے طرف کھینچا ہوا ہوتا ہے۔ جب ماؤف جانب پر صدر مویہ (haemothorax) موجود ہوتی ہے، تو اگرچہ کہ دیوار سینہ باز کشیدہ ہوتی ہے، ممکن ہے کہ قلب تندرست جانب کی طرف کھینچا ہوا ہو۔ یہ واقعہ زور کے ساتھ اس امر کی تائید کرتا ہے کہ اولی سبب دیوار سینہ کا شل ہے، کیونکہ آخر الذکر اصابت میں یہ قائم رہتا ہے گو اسی جانب پر سینہ کے اندر کا دباؤ صدر مویہ کی وجہ سے بڑھ گیا ہو۔ تراجی اعمال کے بعد کُلی بہوت اُس سے زیادہ عام ہے جتنا کہ عموماً سمجھا جاتا ہے۔ غالباً طبیسی امارات کی وجہ سے یہ اصابتیں اکثر ذات المریہ کے طور پر تشخیص ہو جاتی ہیں۔

علامات یہ ہیں :- بہر لیکن جب مریض آرام کی حالت میں ہو تو یہ ضعیف ہوتا ہے، زراقی اور بعض اوقات درد۔

علاج - آکسیجن، معہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے یا اس کے بغیر جو صحیح تنفس کے طور پر متبادل کی جگہ کُلی بہوت کے لئے صحیح علاج ہے، اور نوزائیدہ کے عدم تمدد میں اس سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، گو کہ ساتھ ہی مصنوعی تنفس کا کوئی نہ کوئی طریقہ بھی ضروری ہوتا ہے (49)۔ اینٹی اور ڈینگلے نے سفارش کی ہے کہ ٹیکٹ اور یہ (expectorant medicines) پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے ہمراہ دینی چاہئیں نیز یہ کہ حتی الامکان تمام شکمی بندشوں (abdominal bandages) کو ہٹا کر دینا چاہئے، اور یہ کہ مریض کو ہر گھنٹہ میں پانچ منٹ کے لئے کمال تنفسی ماسعی (full inspiratory efforts) جو با محضوس شکمی طرز کی ہوں گل میں لاندگی ترقیب دینی چاہئے۔ شبی تند کو شبہ بینی کے ذریعہ دور کیا جاسکتا ہے۔

اُذیمائے شش

(CEDEMA OF THE LUNGS)

بحث اسباب - امتحانات بعد الموت کی غالب تعداد میں پھیپھڑوں کا اُذیمائے کسی نہ کسی حد تک پایا جاتا ہے، بالخصوص جہاں مریض مرنے سے پہلے کچھ عرصہ تک بستر پر لیٹا رہا ہو۔ اسی وجہ سے وہ ششوں کے قاعدہ پر اور پچھلے کناروں پر نہایت نمایاں ہوتا ہے (رکرووی اُذیمہ = hypostatic cedema)۔ علاوہ انہیں وہ بعض امراض سے بالخصوص پیدا ہو جاتے ہیں جو یہ ہیں :-
 عضلہ قلب کا مرض (myocardial disease) - قلب کا مصرعی مرض (valvular disease) اور خاص کر اُورٹی باز روی (aortic regurgitation) جس میں وہ حاد طور پر اس طرح پیدا ہو سکتا ہے کہ بائیں بطن کا بمرعت فشل ہو جاتا ہے، لیکن دایاں بطن پھیپھڑوں کے اندر خون پسپ کرتا رہتا ہے۔ آپ دموتی الہتہاب گروہ (hydræmic nephritis) - حادثات الزیوی اعمال کے ساتھ عموماً ایک الہتہابی اُذیمہ واقع ہوتا ہے۔ اغتصامی (suffocative) زہریلی گیس پھیپھڑوں کا اُذیمہ پیدا کر دیتی ہیں۔

مرضی تشریح - اُذیمائے شش سے ماؤف شدہ شش حجم دار (bulky) اور بھاری ہوتا ہے، اور جب اس میں شکاف دیا جائے تو اس میں سے کسی قدر خون کے رنگ کے جھاگ دار مصل سستال کا ارتشاح بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

علامات - ممکن ہے کہ سینہ ابتدائے گلی ہو، لیکن بعد میں وہ سیتھے قاعدوں کے مقام پر قری آواز کی کیفیت تغنیف (impairment) ظاہر کرتا ہے۔ یہاں اصوات تنفس کی جگہ ساتھ (deficient) ہوتے ہیں، اور صرف باریک اور اوسط درجہ کے وافر لفظات سنائی دیتے ہیں۔ مادہ م (حاد اغتصامی اُذیمہ = acute suffocative cedema) میں مریض پر یکایک زفری بھردانتھانی تنفس یا کھڑکھڑاہٹ و ارتش طاری ہو جاتا ہے جو کہ ممکن ہے ایک محاذ میکانیہ جو شہتہات (inspirations) حتی الوسع بہت ہی چھوٹے ہو جاتے ہیں کیونکہ دباؤ کے

کم ہو جانے سے آذیمیا کی تکوین کو مدد ملتی ہے۔ اس کے علاوہ منتقبض شدہ شعیبات کی مزاحمت کے علاوہ، اطالیت پذیر فرات کا وقوع (ربوئی تنفس = asphyctic breathing) ششوں میں دباؤ کو بڑھاتا ہے۔ چنانچہ اس اصول سے علاج میں فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ دیگر علامات یہ ہیں: پیسہ چینی دم گھٹنے کا احساس کم و بیش نازق، چھوٹی اور سرخ، بعض اور بے رنگ یا عورتوں کے آلودہ جگہ اگر آبی خیال کی بہت بڑی مقدار کا نفث۔ ممکن ہے کہ یہ حالت جلد ہلاکت پیدا کر دے۔ یا چند گھنٹوں میں مر جاتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ چند روز گزرنے تک تنوئی نفث نہ ہو اور فی الحقیقت بعض مریض ہلکے اصابتوں میں تو نفث بالکل نہیں ہوتا۔ ذاتہ الریہ کے آخری آذیمیا میں تو اس سارے شش پر جواب تک تندرست تھا نفطات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ حال میں تجربی شہادت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ معمر اشخاص میں جو رات کے وقت سانس پھولنے کے طے یا دوری بہر واقع ہوتا ہے (حوالہ ملاحظہ ہو) بعض اوقات اس کی مہم جلدی آذیمیا ہوتا ہے (49)۔

تشخیص۔ ایسے شخص میں جو اپنا معمولی پیشہ انجام دے رہا ہو یکایک طاری ہو جانے والے حادثہ ربوئی آذیمیا کو اکیلی طبیعت (coronary thrombosis) سے متفرق کرنا چاہئے، کہ جس میں درود شدت سے ہوتا ہے۔ اس کو ربوئی سدویت (pulmonary embolism) سے بھی متفرق کرنا چاہئے، جس میں نفث بعد میں ہوتا ہے اور نفث میں زیادہ خون پایا جاتا ہے۔

علاج۔ اگر مریض دوران فی اصل رکھتا ہو تو پلیس (Plesch) کے بتائے ہوئے آلہ سے کام لینا چاہئے۔ اصول یہ ہے کہ ششوں کے اندر کی طرف ایک ایسا مثبت دباؤ ڈالا جائے کہ دائیں بطن کی بیش فعالیت رک جائے۔ ہوا ایک موٹر ٹنگے کے ذریعہ ایک چست پیچھے والے نصاب میں پہنچائی جاتی ہے اور یہ ایک مزاحمت میں سے ہو کر بیرونی ہوا کی طرف نکل جاتی ہے (49)۔ مصنف نے اب ایک الیکٹروکس (electrolux) منطخ استعمال کرتا ہے، جس میں نصاب کے قریب چپکا ہوا ایک آبی داب پیم (water manometer) ہوتا ہے جو کہ دباؤ ظاہر کرتا ہے اور ڈباؤ پانی کی تین یا چار انچیں ہوتا چاہئے۔ آکسیجن کے خیمہ سے بھی

نہایت میجر کن عذرہ قلعج حاصل ہوئے ہیں۔ نہایت ہی حادثہ صابنوں میں قصہ
(venesection) آزمائی چاہئے۔

ذات الریہ

(PNEUMONIA)

شعبی انوبات کے التهاب کے برعکس، جرم شش کے التهاب کو ذات الریہ کہتے ہیں۔ جب یہ ایک حاد مرض کی شکل میں ہو تو یہ ہوائی حویصلات کے اندر الہتابی حاصلات کا ارتشاح (exudation) پیدا کر کے تجمد (consolidation) پیدا کر دیتا ہے، اور یہ الہتابی حاصلات دوران شغایابی میں عموماً جذب ہو جاتے ہیں۔ جب یہ مزمن شکل میں ہو تو یہ خشکی یافت کو ایک کشیف یعنی یافت میں بدل دیتا ہے، اور یہ تبدیلی شکل متقل ہوتی ہے۔ حادثات الریہ کی دو بیشلی قسمیں خاص ہیں ذیل کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے تمیز کی جاسکتی ہیں:۔
لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن بالعموم میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، شش کے بڑے حصوں کو ایک ہی وقت میں مآوث کرتا ہے، اور ایک نوعی ماری مرض کے تمام خصائص رکھتا ہے، چنانچہ اس کی مدت محدود، شغایابی صریح، اور بعض اوقات پھیلاؤ و بانی صورت میں ہوتا ہے۔ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) خاص کر شیرخواروں، بچوں اور بوڑھوں کو متاثر کرتا ہے، شش کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس کا فمر اور طریقہائے آغاز و اختتام نسبت بہت کم متعین ہوتے ہیں۔

تجربہ، خرگوشوں (rabbits) میں ایک بڑے شعبہ کے اندر مختلف قثیت کے (قسم اول اور قسم حیارم کے) ثنقات ریویہ کی کاششوں کا نفوخ (insufflation) کرنے سے ذات الریہ کا مرض پیدا کر لیا گیا ہے۔ جب قثیت کہ ہوتی ہے تو ثنقات ریویہ ایسے جو فیزی نظامات (alveolar systems) میں محصور ہو جاتے یا کھینچ آتے ہیں جو بڑے شعبات کی دیواروں میں سے براہ راست

باہر نکلتے ہیں، اور شبی ذات الریہ اور اس کے ساتھ جو فیروزی دروں ملی خلیوں کا تکثیر (proliferation) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب قبضیت زیادہ ہو تو یہ نبقات بہ سرعت زیادہ ہو کر سسش کی یافت کے اندر پھیل جاتے، اور نقشی ذات الریہ (lobular pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، اور اگر قبضیت اور زیادہ ہو تو نقشی ذات الریہ (lobar pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، جس کے ساتھ ایک کثیر الاشکال نواقی تعامل (polymorphonuclear reaction) اور بعض اوقات ایک مہلک التهاب عروق لمفائید (lymphangitis) رونما ہوتا ہے۔ اگر معادہ حد سے زیادہ بڑی ہو تو ممکن ہے کہ نبقات پھیروائی سطح میں سے آریار گذر کر پھیل جائیں اور ذات الجنب بالانصباب (pleurisy with effusion) اور لہتا سمور (pericarditis) پیدا کر دیں۔ شدید ترین قبضیت ہو تو ایک سرخ مہلک عفونتہ الدموی (septicemic) حملہ واقع ہو جاتا ہے جب کہ پھیپھڑے صرف ایک چمکتی دار معلی ارتشاح اور متعشر (desquamating) جو فیروزی خلیات اور چھوٹے چھوٹے نزقات، بلا کسی کثیر الاشکال نواقی تعامل کے ظاہر کرتے ہیں اور یہ مناظر ویسے ہی ہوتے ہیں جو مدراس میں نہایت مہلک وباؤں میں مشاہدے میں آتے ہیں۔ ابتدائی دو یا تین دنوں میں اکثر مثبت دموی کاشیش (positive blood cultures) حاصل ہوتی ہیں، لیکن بعد میں نہیں ہوتیں۔ اور یہ پایا گیا ہے کہ نبقات سپید جسامات کے اندر ہوتے ہیں، اور صرف مہلک عفونتہ الدم کی حالتوں میں آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کسی نوعی بخارہ مثلاً ومانی ننجامی بخارہ (cerebrospinal fever) یا تب محرقہ کی ابتداء میں مثبت دموی کاشت کا موجود ہونا یہ ثابت نہیں کرتا کہ وہ سرایت اولی طور پر خون (blood born) ہے۔ اس سے صرف یہی مراد ہو سکتی ہے کہ اس ابتدائی زمانے میں جبکہ جراثیم ایک خاص مرکز مرض (focus) میں بہ سرعت تکثیر کر رہے ہیں، خلیات آکلہ آزاد ہو کر جوئے خون کے اندر نکل آئے ہیں اور انتقالی مرکز (metastatic foci) جیسے کہ ”گلابی مہوں“ (”rose-spots“) کے متعلق صرف یہ ہے کہ یہ وہ مقامات ہیں جہاں یہ دورانی خلیات آکلہ (circulating phagocytes) گرتا

ہو کر روک لئے گئے ہیں (9)۔ ان مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر قسم کا ذات الریہ اس سبب سے زیادہ کا نتیجہ ہے جو ہوائی راستوں میں سے واضح ہوتی ہے اور یہ اب عام طور پر تسلیم کر لیا جاتا ہے۔ اس امر کی شہادت پیش کی گئی ہے کہ اولی ضرر بڑے شعبوں کے تحت طاقی ڈائلوں سے مدد ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور چونکہ یہ ڈائیں بقیہ ریویہ کی صورت میں اس سے زیادہ لزج ہوتی ہیں کہ جتنی بقیہ سبب کی صورت میں لہذا آخر الذکر سے شبہی ذات الریہ پیدا ہوتا ہے۔ یعنی ذات الریہ میں لاشعاعی سانپے (محفہ نمبر ۳) ایک مقعہ (infarct) کی مانند پیدا ہوتے ہیں۔ متاثرہ طرف کا ڈائگرام اوپر کو اٹھا ہوا ہوتا ہے۔ قلب مقابل کی طرف کبھی بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ قشبی بقعات ریویہ میں پھیلی طور پر شش میں پھیل جاتے ہیں۔ لیکن اگر غیر قشبی قسم چارم موجود ہو تو ذات الریہ کی بجائے کئی، مہوط ہو جاتا ہے۔ اس نظریہ کی تائید میں بہت سی شہادت پیش کی گئی ہے (49)۔

لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) (بقیہ ریویہ)

(کروینی ذات الریہ: croupous pneumonia)

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں جنسوں میں ہوتا ہے، لیکن عورتوں کی نسبت مردوں میں دو گنا عام ہے، اور دونوں جنسوں کے درمیان جو فرق ہے وہ نہایت نوع اور عمر اشخاص میں کمترین ہوتا ہے۔ نیز یہ شیر خواری سے لے کر بڑھاپے تک زندگی کے تمام زمانوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بالعموم بچوں اور بزرگ زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ یہ گرما اور فصل خزاں کی نسبت سرد اور فصل بہار میں بہت زیادہ اکثر دیکھا جاتا ہے، جبکہ پیش میں ناگہانی تغیرات ہوتے رہتے ہیں، جبکہ ہوا میں مشرقی یا شمال مشرقی ہوتی ہیں، یا جب کہ موسم مرطوب یا سرد ہوتا ہے۔ عادات اور پیشے جو کشف (exposure) کا موقع پیدا کرتے ہیں ذات الریہ کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ بے اعتدالی کی عادات میں (کثرت شراب نوشی وغیرہ) بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہیں، اور اس کی ہلاکت کو بہت زیادہ کر دیتی ہیں۔ ایک حملہ دوسرے حملہ سے مادمون نہیں کرتا، بلکہ یہاں تک

کہتے ہیں کہ ذات الریہ ایک ہی مریض میں چند روز یا بیس بار ہوا ہے، تاہم دو حملوں سے زیادہ نہایت غیر معمولی ہیں۔

برودت یا سردی کا کتنا اکثر ایک قسب ہی واقعہ (determining event) ثابت ہوتا ہے اور یہاں اوقات ایک سابقہ الوجود نفسی نازالت کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ اس میں شک نہیں معلوم ہوتا کہ بعض مٹنوں میں راستہ قدیم (direct contagion) یقیناً ہوتا ہے اور ایسی بہت سی مثالیں درج ہوتی ہیں جن میں ذات الریہ دیہات، بڑی عمارتوں، یا گھرانوں میں بالکل ایک و بانی بخار کی طرح سرعت کے ساتھ پھیل گیا ہے۔ لختی ذات الریہ بعض دوسرے امراض اور بائیموس مطرانی مرض (mitral disease) 'عوار البتباب' (acute nephritis) 'ذیابیطس' اور بعض امراض ساریہ (جن میں انفلونزا شامل ہے) کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن تدریج کی پیچیدگی کے طور پر اس کا ہونا شاذ ہے۔ بعض اوقات ضربی ذات الریہ (traumatic pneumonia) سینہ پر چوٹ لگنے سے ہو جاتا ہے، بشرطیکہ متضرر ششیں ثانوی سرایت سے متاثر ہو جائے۔ ذات الریہ میں اولی مقام سرایت شش میں ہوتا ہے۔ نبقہ ریویو میہ پیمپٹروں اور بیاق میں اور شدید امواتوں میں شائد شش سے نکل کر خون کے اندر پایا جاتا ہے، آئندہ جرثومہ دمویتہ بحال ایک عقوق ذی الدہر (septicemia) کہلا سکتی ہے۔ نبقہ ریویو کی پارتیں پہلے بیان ہو چکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 56)۔

15%

مرضی تشریح - منشی ریوی ذات الریہ میں ماؤف شدہ شش کا کچھ حصہ تبدیل ہو کر اس کی استغنی ساخت ایک حملوں تودہ بن جاتی ہے۔ ابتدائی ترین یا پہلے درجہ میں جو کہ امتلا یا احتقان کا ہوتا ہے، شش بخاری اور سرخی مائل بخورے رنگ کا ہو جاتا ہے، اسے دبانے سے اس میں سے ایک جھاگ داڑ سرخی مائل مصل مترشح ہوتا ہے، اور شش اس سے زیادہ آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے کہ جس آسانی سے تند رستی میں ٹوٹتا ہے۔ عروق شریہ خون سے متمدد ہونے کی وجہ سے مسع اور پچاں (tortuous) ہوتے ہیں اور

مکن ہے کہ دقیق نزقات موجود ہوں۔ دوسرے درجہ میں جسے متجمّد کشش کے جگر سے مشابہ ہونے کی وجہ سے سرخ تکبّد (red hepatisation) کا درجہ کہتے ہیں، کشش پھیکے سرخ رنگ کا تراشنے پر باریک طور پر ذراتی، بالکل بے ہوا اور ٹھوس ہوتا ہے اور پانی میں ڈوب جاتا، لیکن انٹیکلی سے دبائے پر آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے۔ جو فیبرے باریک ذراتی تودوں میں طلحہ کئے جاسکتے ہیں، اور ان کے اندر فائبرین (fibrin) اور خون کے کچھ سرخ جسامات اور سپید خلیات نظر آتے ہیں۔ دراصل ہوا یہ ہے کہ عروق شعریہ میں سے مخرج ہونے والے سیال سے جو فیبری دیواریں استقرہ شدہ ہو گئی ہیں کہ دروں ملی خلیات ٹوٹ گئے ہیں، اور ہوائی فضا میں سیال سے بھر پور ہو گئی ہیں اور سیال جم گیا ہے (42)۔

تیسرا درجہ بھی، جو سرمادی تکبّد (grey hepatisation) کا ہے اپنے ٹھوس پن (solidity) کی وجہ سے ممتاز ہوتا ہے، لیکن اس میں رنگ رمادی مائل زرد یا صرف رمادی ہوتا ہے، اور اس میں سطح اس کی نسبت کم ذراتی ہوتی ہے کہ جتنی درجہ سرخ میں ہوتی ہے۔ محمد بن سے دیکھنے پر یہ درجہ آخر الذکر درجہ سے اس میں اختلاف رکھتا ہے کہ ہوائی خلیے اور جو فیبری دیواریں سپید خلیات سے مٹی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن فائبرینی ارتشاح (exudation) اور سرخ جسامات بہت کم مقدار میں ہوتے ہیں۔ رنگ کا متغیر ہونا جو فیبروں میں سپید خلیات کی موجودگی کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ایک چوتھا درجہ بھی جو دہمی درریش رمادی (purulent infiltration) کا ہوتا ہے، بیان کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ محض رمادی تکبّد کی ایک انتہائی حالت ہے۔ اس میں کشش نسبتاً زیادہ نرم اور زردی مائل رنگ کا ہو جاتا ہے، اور اسے کھرچنے یا دبائے سے اس میں سے ایک زرد رمی سیال نکلتا ہے۔ یہ سیال ہوائی خلیات میں بھری ہوئی درریش کے ٹکڑے بنتا ہے، اور اس میں سپید جسامات، شحمی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔ لیکن ایک حقیقی خراج، جو تمثیلی حاو ذات الریہ کا نتیجہ ہو، نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ مشکوک ہے کہ شفا یاب ہو جانے والی اصابتوں میں رمی درریش کے درجہ کی نوبت آتی ہے یا نہیں۔ یہ سچ ہے کہ شفا یابی، یا انحلال (resolution)

کے ساتھ بعض اوقات ایسے طبیعی امارات (تھکے تھکے درجہ) *redux* *crispitation* پائے جاتے ہیں جو ظاہر کرتے ہیں کہ ارتشاح نرم ہو کر سیال بن رہا ہے۔ لیکن بہت سے مریض بلا ایسے کسی منظر کے اچھے ہو جاتے ہیں اور ان میں اتنا کم نقث ہوتا ہے کہ ان کے ارتشاح کے غائب ہو جانے کی تو بھیجہ صرف یہ ہو سکتی ہے کہ وہ عروق لمفائیہ سے براہ راست جذب ہو گیا ہے۔ صرف چند ہی اصابتوں میں بئاق کی مقدار بڑھی ہوتی ہے۔

اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ جن میں جرم شش کے التهاب کے ساتھ ذات الریہ (acute pleurisy) بھی موجود ہوتا ہے اور اس دو گونہ ضرر کو ذات الجنبی ذات الریہ (pleuro-pneumonia) کہہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ نام عام طور پر نہیں استعمال کیا جاتا، الا ان اصابتوں کے لئے کہ جن میں ذات الجنب سریر یا قی لمان سے ایک نمایاں منظر ہو۔

تعیین المقام (localisation)۔ متقی رئوی ذات الریہ تقریباً ہمیشہ جزئی ہوتا ہے اور اس کے نسبت زیادہ اکثر قاعدے کو اور بائیں شش کی نسبت کسی قدر زیادہ اکثر دائیں شش کو ماؤف کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان بالعموم تنیر پذیر جامت کا ایک فائدہ نما سایہ ظاہر کرتا ہے (صفحہ نمبر ۳۷) (ج) اور پچوں کی صورت میں یہ - ت سے تسلیم کیا گیا ہے (33)۔ گنا ہے یہ سایہ دیوار صدر کے متوازی محیط میں ایک بند کی صورت اختیار کرتا ہے۔ لیکن ہے بغیر کسی طبیعی امارت کے درریشش موجود ہو۔ سایہ بعض اوقات فوق تدین (epituberculosis) کی مشابہت اختیار کرتا ہے، لیکن نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دونوں شش ماؤف ہو جاتے ہیں لیکن مرض عموماً ایک شش میں دوسرے سے پہلے شروع ہوتا ہے۔

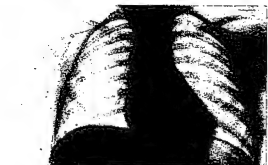
علامات اور طبیعی امارات۔ پھللا درجہ - بالغ اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں مرض کی پہلی واضح امارت یہ ہے کہ ایک تشنیرہ (rigor) بارزہ ہوتا ہے (۶۹) (پیش ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴) درجہ تک چڑھ جاتی ہے اور نسبت سے نویں کے اندر درج کردہ اردو اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ نوبی پانیوں کی نئی ذات الریہ کی



الف



ب



ج

نتیجہ ذات الریه میں فائدہ مند ریزش اور اس کا تدریجی انحطاط۔ (الف) ۹ جولائی ۱۹۳۳ء۔
 (ب) ۱۳ جولائی ۱۹۳۳ء۔ (ج) ۱۴ جولائی ۱۹۳۳ء۔ یہ ڈاکٹر جی کارمیش تھا۔ (دشعاع
 غشائیں سرسبز سے لاک کی بنائی ہوئی ہیں)

نمایاں ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے جس کے ساتھ کسٹنڈی (malaise) عدم اشتہا، تھکے (۲۳) فرد در زبان اور بعض اصابتوں میں لبوں پر تھکے (herpes) کا ایک ثوران (eruption) ہوتا ہے (۱۷) جو ایک اچھی امارت سمجھی جاتی ہے۔ بچوں میں اکثر تشنجات (convulsions) ہو جاتے ہیں، لیکن تشنجرِ راست غیر عام ہیں۔ ممکن ہے کہ علامات ابتداء مبہم سے ہوں اور شاید ان کے ساتھ دوسرے (۳۵ و ۳۶) یا سارے بدن میں پھیلا ہوا درد (pains all over) ہو یا سش کی موقوفیت پھولے ہوئے سانس (shortness of breath) سے ظاہر ہوا دردِ ہلویں شدید درد (۶۰) ہو جو ذاتِ الجنب سے منسوب ہو سکتا ہے۔ اس ابتدائی زمانہ میں ممکن ہے کہ استماع سے کوئی چیز شناخت نہ ہو لیکن بعض اوقات ایک باریک خشک تھکے (crepitation) سنائی دیتا ہے جس کا مقابلہ اس آواز سے کیا گیا ہے جو کان کے قریب بالوں کی ایک لٹ کو اٹھائی اور انگوٹھے کے درمیان سلنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تھکے بیشتر ایک گہری سانس کے اختتام پر لیکن بعض اوقات سارے دورانِ شہیتی میں سنائی دیتا ہے اور اس کی توجیہ یہ کی جاتی ہے کہ یہ جو فیروں کی دیواروں کے علاوہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے جو غیر قدرتی طور پر چسپکنی (adhesive) ہو جاتی ہیں۔ اس سے زیادہ کثرت کیا تھکے ایک غیر طبیعی صورتِ حالات کی ابتدا اس طرح ہوتی ہے کہ اس رقبہ پر جو بعد میں درجِ دویم یعنی تھکے کے امارات ظاہر کرتا ہے، حویصلی خریک کی نمایاں کمی یا عدم موجودگی واقع ہو جاتی ہے۔ قوی آواز (percussion note) اب بھی غیر متبدل یا معمول کی نسبت صرف کسی قدر کم لگی ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں قرع پر ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے۔ اس کے ظہور کا امکان اس وقت ہوتا ہے جب کہ ذاتِ الریہی عملِ ابتداء مرکزی ہو جس کے نتیجے کے طور پر گرد و پیریش کے شش کا ارتخا (relaxation) ہو جاتا ہے یعنی وہ ڈھیل پڑ جاتا ہے

(یہی حاشیہ منہ گذشتہ ۵۵۸ اماتوں میں جو کہ ۱۹۱۵ء تا ۱۹۱۶ء بتام آڈر شٹ (Aldershot) روزنامہ چھپیں کئی فی صدی میں یہ علامات واقع ہوئیں (۲۵)۔)

(جیسے کہ ہسکوڈیائی ٹنگ میں)۔

اتنے ابتدائی زمانہ میں بھی خفیف سی کھانسی اور اس کے ہمراہ مہینہ نہانگ آلود بلساق (rusty sputum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بلساق ایک شفاف بے پروا، جلی نما مخاط کے تودہ کے طور پر نکلتا ہے، جس کا رنگ زرد، نارنجی، گندی بھورا (russet brown) یا بالکل شوخ سرخ ہوتا ہے، اور جو اس قدر لزج ہوتا ہے کہ برتن کی جانب یا چمکے سے چپک جاتا ہے اور بہنے کا کم رجحان رکھتا ہے یا بالکل نہیں رکھتا۔ گرام (Gram) کے طریقہ بتلون سے بلساق میں بقدریہ نشاucht ہو سکتا ہے، جو کہ ابتداً کثرت نہیں ہوتا، اور بلساق خاص کر زجاجی یا شفاف (hyaline) مخاط، منطی الیونیومنی ارتشاح، چند سرخ جسیمات، چھوٹے جو فیزی غلیظوں، بڑے ذرملی غلیظوں، اور چند کثیر الاشکال نواتی غلیظوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ کبھی کبھی نفث الدم (haemoptysis) واقع ہوتا ہے (۱۶۶)۔

دوسرے درجے یا درجہ تجمد (stage of consolidation) کے علامات اکثر بہ سرعت مویاب ہو جاتے ہیں۔ سشش کے ماؤف حصے پر قطعی صمیت (decided dullness) پائی جاتی ہے۔ اسی رقبہ پر بلند ارتطاع کا (high-pitched) شعبی تنفس ہوتا ہے، جو ابتداً تو نرم اور دھکا (soft and distant) لیکن تھوڑے عرصہ کے بعد نسبت بہت زیادہ بلند ہوتا ہے۔ اگر مریض منہ سے بولتا ہے تو شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے، اور بولے ہوئے الفاظ اکثر صاف صاف سناؤ دیتے ہیں، اور یہ ظاہر مسطاع الصدر کے اندر پکار کر بولے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ سرگوشی میں کہے ہوئے الفاظ (whispered words) بھی صاف صاف منتقل ہو جاتے ہیں۔ سشش کے اُن حصوں میں جو پھلتے ہوئے التهاب سے ماؤف ہو رہے ہیں، وہ باریک ٹنگتک (fine crepitation) جو ایک ابتدائی زارت کے طور پر سنا گیا تھا، ممکن ہے کہ اب بھی سنا جائے۔ لیکن بلند شعبی تنفس اور شعبی صوتیت ظاہر کرنے والے رقبوں پر کوئی لفظات (râles) نہیں سناؤ دینگے، تاوقتیکہ ساتھ شعبی التهاب بھی موجود نہ ہو، جبکہ وہ متنم (consonating) ہونگے۔ نفسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) کبھی بڑھا ہوا اور کبھی گھٹا ہوا ہوتا

ہے۔ اس کی شہادت موجود سبب کے تقریباً تمام امیالوں میں اس کی تخفیف
 اس وجہ سے ہوتی ہے کہ پلیوراکے اندرستیال کی ایک پتلی یہ موجود ہوتی ہے
 (26)۔ طبیعی امارات کی بنویائی کے دوران میں مریض لازماً اپنے بستر پر پڑا
 ہوتا ہے، لیکن اسے اکثر انتھائی تنفس (orthopnoea) ہوتا ہے۔ اس کے خیال
 اور پیشانی سرخ تنہائے ہوئے (flushed) ہوتے ہیں۔ اس کی آنکھیں چمکنے لگتی
 ہیں اور ظاہر کرتی ہیں کہ اس کو تکلیف کا تین احاس ہے۔ اس کی سانس تیز
 ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ تنفس فی منٹ ۳۰، ۴۰، ۵۰، ۶۰ یا بلکہ ۸۰ تک بڑھ جائے۔
 نبض تیز ہو جاتی ہے، لیکن تنفس کے تناسب سے نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ۱۰۰ یا
 ۱۲۰ یا اس سے کیتقد زیادہ ہو۔ اس طرح نبض و تنفس کی نسبت معمولی ۱:۳
 یا ۴:۵ سے بدل کر ۲:۱ یا ۱:۱ ہو جاتی ہے۔ پیش عموماً ایک بلند لیول، ۱۰۳
 تا ۱۰۵ اور چیر قائم رہتی ہے اور اس میں کم تغیر ہوتا ہے۔ اور جلد خشک ہوتی
 ہے اور اس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو بیجھتی ہوئی گرمی (pungent heat) کا احسا
 ہوتا ہے۔ ضغط الدم (blood pressure) عموماً معمول کی نسبت تھوڑا کم ہوتا ہے
 کھانسی جو ہمیشہ تو نہیں لیکن علی العموم موجود ہوتی ہے زیادہ بار بار نہیں ہوتی
 اور وہ سخت، خشک (hard and dry) اور اکثر دیکے ساتھ ہوتی ہے۔
 اور بساق، جوارج اور زنگ آلود (rusty) ہوتا ہے، بدقت باہر نکلتا ہے۔
 قارورہ قلیل المقدار گہرے رنگ کا (high-coloured) اور ترش ہوتا ہے اور
 اس میں یوریش کا جماؤ بن جاتا ہے۔ اس میں کلورائیڈز (chlorides) بہت کم
 ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں اور البیومن کی تھوڑی مقدار اکثر
 اوقات موجود ہوتی ہے۔ عموماً سپید جسامت کی کثرت (leucocytosis) اکثر الاشکا
 نواتی غلیظوں کی زیادتی کے ہمراہ پائی جاتی ہے جو شدید امیالوں میں طویل عرصہ
 تک باقی رہتی ہے۔ مریض کو بدیان ہو جاتا ہے (۴) بالخصوص رات کے
 وقت۔ کبودی (lividity) یا زراق ایک نمایاں منظر ہوتا ہے۔ ایسی امیالوں
 میں یہ پایا گیا ہے کہ آکسیجن سے شریانی خون کی سیر شدگی کم ہو جاتی ہے اور
 وہ بجائے ۹۵ فی صدی کے جو معمولی ہے، ۷۰ فی صدی ہوتی ہے (Stadis)۔

یہ نائیرشدگی (desaturation) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ شریانی خون ایک ایسا آمیزہ ہو جاتا ہے جس میں کثکث کے تنددمت حصے سے آیا ہوا ہوازودہ خون اور مرضی کثکث سے آیا ہوا غیر ہوازودہ خون شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں ذراق زائل ہو جاتا ہے، کیونکہ مرضی کثکث میں سے دوران خون کثکث ہو جاتا ہے۔

مریض کی عام حالت چند روز تک ویسی ہی رہتی ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ علامات کی شدت میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ نبض و نفس تیز تر ہو جاتے ہیں، تپش بلند قائم رہتی ہے، زبان زیادہ خشک اور زیادہ بھوری ہو جاتی ہے، اور رات کا ہذیان زیادہ قطعی ہوتا ہے۔ یہ مشاہدہ ہوتا ہے کہ طبیعی امارات عموماً روز بروز متغیر ہوتے جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تجدیدی عمل پھیل رہا ہے، چنانچہ کثکث (crepitation) اور شعبی نفس سینہ پر بلند سے بلند تر پھیلے جاتے ہیں، یہاں تک کہ رس (apex) ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات سامنے ترقوی پڑی کے نیچے ظاہر ہو جائیں۔

اس وقت جب کہ بیماری بدظاہر انتہا تک پہنچی ہوتی ہے، اصلاح واقع ہوتی ہے، اور بہت سی اصابتوں میں یہ بالکل ناگہانی طور پر ہوتی ہے۔ جیسے، ساتویں یا آٹھویں دن اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں تپش، نبض، اور نفس گر کر بار دیا اٹھارہ گھنٹوں کے دوران میں تقریباً اپنے طبیعی حدود تک آ جاتے ہیں۔ زبان تر ہو جاتی ہے۔ اور مریض خود کو ہر لحاظ سے بہتر محسوس کرتا ہے۔ اس بحران (crisis) (۴۴ و ۵۶) کے ساتھ کثرت پسینہ آتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں بخار زیادہ تدریجی طور پر ختم ہوتا ہے (lysis: تحلیل) اور درجہ انتہا سے طبیعی درجہ تک گرنے میں اسے چار سے پانچ دن تک لگتے ہیں۔

تپش کے طبیعی ہونے کے بعد طبیعی امارات تدریج صاف ہو جاتے ہیں۔ اس درجہ میں کثکثات سراجوعہ (redue crepitations) سانی دیتے ہیں۔ یہ نمونے موٹے (coarse)؛ کر کرانے والے (crackling)؛ یا لمبلانے والے (bubbling) لفظات ہوتے ہیں، جو ارتشاح کے پھیلاؤ پرنے اور انہوبات میں

آجانے کی وجہ سے جوتے ہیں۔ شش میں یہ تغیر ہونے کے ساتھ ساتھ باقی بھی متغیر ہو جاتا ہے۔ اس کی میٹر جھلک (tinge) باقی رہتی ہے اور وہ زرد یا سبز، مخاطمی ریخی، اور کم لزج ہو جاتا ہے۔

قسم اول کا ذات الریه جو کہ ۳۰ فی صدی اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، خاص کر نوجوان بالغوں میں، بالعموم معوف و متند علامات پیش کرتا ہے جو کہ بحران میں ختم ہوتی ہیں۔ قسم دوم میں علامات زیادہ شدید ہوتی ہیں اور بے اوقات بحران بالکل نہیں ہوتا۔ قسم سوم خصوصیت کے ساتھ سمرا فراو پر حملہ آور ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ قسم چارم ہر عمر میں ہوتی ہے۔ جھلک اصابتوں میں موت قتل القلب (failure of the heart) سے، یا اس شش کے اذیمیا سے کہ جو اب تک غیر موقوف تھا، یا دونوں کے مجموعی طور پر ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ تمام علامات زیادہ ہو جاتے ہیں، یعنی تنفسات تو اتریں بڑھ جاتے ہیں۔ نبض تیز، صغیر اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ چہرہ کبود یا ازرق ہو جاتا ہے۔ دائیں بطن کے اتساع کے طبیعی امارات مشاہدہ میں آسکتے ہیں۔ زبان خشک، بھوری اور مشقوق (cracked) ہوتی ہے۔ ہڈیاں کم و بیش مسلسل ہوتا ہے اور ٹرٹراہٹ (muttering) اور قوما (coma) بتدریج طاری ہو جاتے ہیں۔ استماع کرکٹ پر بلند (loud) مولے (coarse) لفظات سینہ کی دونوں جانبوں پر سنائی دیتے ہیں۔ جوں جوں مریض زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے تپش گر جاتی جاتی ہے، جلد سرد پڑ جاتی اور پسینہ سے شرابور ہو جاتی ہے۔ موت عموماً بیماری کی انتہا کے زمانہ میں یا کچھ اور دسویں دنوں کے درمیان واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ذات الریه کبھی کبھی دو یا تین دنوں میں اپنا ہلک نم ختم کر دیتا ہے۔

پچھید گھیاں اور عواقب۔ اول الذکر کا سبب بیشتر ثانوی بنی ریوی سرایتیں ہیں جو پچھیدوں سے متصلہ ساختوں میں براہ راست پھیل جاتی یا جوئے خون کے ذریعہ منتقل ہوتی ہیں۔ ذات البجنب جس کے ہمراہ لفق یا فصل کی بخون ہو سکتی ہے، بالکل ایک پچھید کی کہلاتی ہے، کیونکہ وہ علاہ ہر ایک امناہت میں موجود ہوتی ہے۔ نقیح الصدس (empyema) (۲۰۸) اس قدر

عدم دمویٹ - سلسلہ سابق	Anaemia (coat.)
۱۰۰ ناخونی ۴۶	erythralastic,
التهاب الکسانی ۳۶	glossitic,
رشیمن کاذب پیم دمویٹ ۲۵	infantum, pseudo-leukaemia,
سل معی ۱۲۱	in phthisis,
کلاں خلوی ۳۴	macrocytic,
متلف ۳۶	perniciosa,
میں امتحانی ثوراک ۵۰۵	test meal in,
نازوی ۳۶	secondary,
واسی خلوی ۴۶	sickle-cell,
طبعانی ۴۶	spenic,
کے علامات ۴۳	symptoms of,
عدم دمویٹیں (قلبی) غیر تشکیل دمویٹ ۲۶	Anaemias (deficiency) anseruopoietic.
اتلاف الدموی ۴۶	hemolytic.
کبیر خلوی ۴۵	megalocytic,
چینی کی ۴۵	of childhood,
حنجرہ کی عدم ضیعت ۲۸	Anaesthesia of larynx.
استہلاقی نما پریٹوراک ۶۶	Anaphylactoid purpura,
استہلاقی حالت حساسیت میں ۵۰	Anaphylaxis in allergic state,
انورسا ۴۶	Aneurysm,
شکسی ۴۵	abdominal,
قلب کا ۳۵	of heart.
علامات والا ۴۳	symptoms,
وعانی عصباتی انورسا ۴۶	Angina-neurotic edema.
حالت حساسیت میں ۳۶	in allergic state.
ذبحہ غیر ذرق خلوی ۴۴	Angina, aggranulocytic,
سفیرہ ۴۶	minor.
صدریہ ۴۶	pectoris.
ونٹسٹ کا ۴۶	Vincent's,
غیر تشکیل الدموی (قلبی) عدم دمویٹیں ۲۶	Anhaemopoietic (deficiency) anaemia,
حدق لا تساوی ۴۳	Anisocoria,
خلوی لا تساوی ۴۳	Anisocytosis,
عصر عدم اشتہا ۴۲	Anorexia nervosa,
شش لحمیت ۱۰۶	Asithracosis,
اورطی کریدہ انشی تشاہق ۴۵	Aorta, coarctation of, congenital,
صدری کا انورسا ۴۵	thoracic, aneurysm of,
اورطی مرض ۳۶	Aortic disease,
تسد کے خریات ۴۵	obstructive murmurs,
بازدوی کے خریات ۴۵	regurgitant murmurs,
بازدوی ۳۶	regurgitation,

آدی سلمہ: اسامی ہستاد: غدہ نظامیہ کا * ۵۱۴، ۵۱۵	Adenoma, eosophil, of pituitary,
آدی ترس: غدہ نظامیہ کا * ۵۵۸	chromophilous, of pituitary,
آدیوین ہستاد: غدہ نظامیہ کا * ۵۸۹	eosinophilic, of pituitary,
آدیوٹ: غدہ نظامیہ کا * ۵۵۹	mixed, of pituitary,
آنت کا * ۶۰۵	of intestine,
آسی: غدہ درتہ کا * ۵۵۵	toxic, of thyroid,
آجمن شصیت * ۸۱۳ - ۹۰۳	Adiposis subcutanea,
آگر دے * ۵۵۰	Adrenalia,
آڈوینٹ * ۸۵۹	Adrenin,
آڈوڈو کا وائر: دمہ میں * ۶۳	hydrochloride in asthma,
اصیج فوق: لکاپہ: عارمون: غدہ نظامیہ کے * ۵۵۸	Adrenotropic hormones of pituitary,
اقوم مصولی آوازیں: نفس میں * ۱۶	Adventitious sounds in breathing,
آرسوی * ۲۰	Aërophony,
ایلم الواء * ۵۲۰	Aetiology,
آبایطی کا علاج: سبب * ۸۳۰	After-treatment of diabetes,
آبیر ذاتی طاری: ذبحہ * ۵۴۳	Aggravatory angina,
آبیر ذاتی طاریت * ۵۲۹ - ۵۳۲	Agrenulocytosis,
الکلی سمیت چکر کی * ۶۴۸	Alcoholic cirrhosis of liver,
آبیریش: دموی: چین: دمویٹ * ۵۶۱	Aleukemic leukaemia,
آری: نامیدہ: دمویٹ * ۵۳۳	Aleukia leucorrhœgia,
آنال: لذاتی: شکر: بولیت * ۸۱۶	Alimentary glycosuria,
آسم الدم * ۵۶۶	toxæmia,
آلی: دمویٹ کی: تعریف * ۵۸۰	Alkalosis, definition of,
آلوی: کٹری: خون: کٹری: خون: کٹری: تعریف * ۵۸۱	Alkali reserve of blood, definition of,
آلوی: کٹری: کٹری: تعریف * ۵۸۲	Albosis, definition of,
آبایطی میں: این کی: شکر: * ۵۲۵	Allen's diet in diabetes,
آبایطی: آبیاب: لائقہ * ۲۰۲	Allergic rhinitis,
آبایطی: حساسیت * ۶۶	Allergic state,
آبایطی سلمہ: غامض: آبیاب: * ۸۶۱	Alopecia frontal, in myxedema,
آبایطی: لائقہ: * ۶۶۳	Altération of heart,
آبایطی: دمویٹ میں: چوبلی: CO ₂ کی: پیمائش: * ۵۸۲	Alveolar CO ₂ , measurement of in acidemia,
آبایطی: گت * ۶۶۳	Amasiosis fugax,
آبایطی: نفس: * ۱۶	Amphœmic breathing,
آبایطی: سارخ: * ۶۶۰	Angioid disease,
آبایطی: پیم: * ۲۵۲	Annoient pulse,
آبایطی: دمویٹ: * سے: ترشہ: * سادہ: * ۵۲۴	Anæmia, achlorhydric, simple,
آبایطی: کی: * ۵۶۶	Addison's,
آبایطی: کوئی: * ۵۳۳	aplastic,
آبایطی: * ۵۲۴	chlorotic,

اشارہ

عمل طب جلد دوم

شکم، حاد، ۲۸۱	Abdomen, acute,
کا امتحان، ۲۷۶	examination of,
لاشماخوں سے، ۲۸۰	by X-rays,
شکمی انورسیا، ۲۵۶	Abdominal aneurysm,
حنجرہ کے عضلات مہذبہ کا شلل، ۲۲۹	Abductors of larynx, paralysis of,
خراج، وائٹلی، ۱۱۲	Abscess, mediastinal,
بیکر کا، ۶۳۹	of liver,
شش کا، ۱۰۴	of lung,
مگرہ مغدی، ۲۵۰	peri-gastric,
مگرہ لوزی، ۳۰۸	peritonsillar,
خلفہ البوم، ۲۱۵	retropharyngeal,
زیر اشراس، ۵۳۴-۵۳۳	subphrenic,
ایسٹو ایسٹیک ایسڈ، پول میں، ۸۱۶	Aceto-acetic acid in urine,
ایسٹون، پول میں، ۸۱۶	Acetone in urine,
قوانکا عدم ارتقاء، ۲۹۳	Achalasia of cardia,
سہ ترشگی، ۵۰۳	Achlorhydria,
سہ ترشہ عدم دمویت، سادہ، ۴۳۲	Achlorhydric anemia, simple,
سفر ابولی برقان، ۴۴۴	Achloric jaundice,
اکتسابی، ۴۳۸	acquired,
خاندانی، ۴۴۴	family,
ترشہ دمویت کی تعریف، ۴۸۰	Acidemia, definition of,
خون کے ترشہ اساس توازن کے متعلق موصفہ کی	Acid-base balance of blood, types of
مثالی، ۴۸۰	disturbance of,
ترشہ سمیت، ۴۴۹	Acidosis,
کی تعریف، ۴۸۱	definition of,
جوارحی حساسیت، ۲۴۹	Anesthesia,
ایڈمز سٹونکس کا حلائیہ، ۲۸۶-۲۸۳	Adams-Stokes syndrome,
ایڈریسن کی عدم دمویت، ۴۳۶	Addison's anemia,
ایڈریسن کا مرض، ۸۸۱	Addison's disease,
حنجرہ کے عضلات ماریہ کا شلل، ۲۲۲	Adductors of larynx, paralysis of,
خودہ، ۲۱۲	Adenoids,

عام نہیں ہوتا، لیکن اگر بخار تیسرے ہفتے تک قائم رہے، اور اس کے ساتھ قریبی آواز اضمحسم ہو، اور شععی نفس کی آوازیں غائب یا کمزور ہو گئی ہوں، تو اس کا شبہ کرنا چاہیئے۔ شاذ اساتوتوں میں ذات الریہ کے دوران میں جو انی خلیات کے کہنف پھیلاؤ کی طرف مشوق ہو جانے سے استرواح الصدہ (pneumothorax) پیدا ہو جاتا ہے۔ بائیں جانب کے تنفس الصدہ کے ساتھ اکثر اوقات التهاب تاجہ معمر (pericarditis) (۲) پایا جاتا ہے۔ التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) التهاب گردہ (nephritis) (۵ و ۷) التهاب باریطون (peritonitis) تنقیحی التهاب سحالیہ (suppurative meningitis) (۱) اور التهاب مفصل (arthritis) (۵ و ۷) شاذ و خفیف ریوی چمیدگیوں میں سے۔ شاذ اساتوتوں میں ایک حقیقی بنقی ریوی تنقیح الدم (pneumococcal pyaemia) پیدا ہو گیا ہے جس کے ساتھ تنقیحی التهاب مفاصل (suppurative arthritis) اور قباخات (pustules) اور جلد کے نیچے بھوڑے ہوتے ہیں اور ان میں سے کازئی سبزی مائل چپ نکلتی ہے جس میں بقات ریویہ خالص کاشت میں موجود ہوتے ہیں۔ خبیث التهاب دہرن قلبہ (malignant endocarditis) (۱۷۲) (خاص کر اورطی مصراع کا) ذات الریہ کے ہمراہ دیکھا گیا ہے جو اس کے نوعی مضویوں کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ قلیل التعداد اساتوتوں میں مسایاں میرقان (jaundice) (۱۰۳) ہوتا ہے۔ ایک ملکی یرقانی جھٹک زیادہ عام ہوتی ہے۔ بعض اوقات دوران مرض میں معدے کا حاد اتساع (acute dilatation of the stomach) واقع ہو جاتا ہے، اور شدید اساتوتوں میں التهاب نلفیہ (parotitis) پیدا ہو سکتا ہے۔ مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia) 'گنگرین (gangrene) اور خراج شش (abscess of the lung) اور تمدد الشعب (bronchiectasis) شاذ و عواقب ہیں۔

تشخیص - قشعریرہ اور تیز بخار کے ابتدائی درجات میں ذات الریہ بعض اوقات دوسرے حاد امراض جیسے کہ تپ محرقہ، قرمز، یا چھک سے ناقابل شناخت ہوتا ہے۔ اکثر سینہ کے ایک جانب پرکے درد یا تکلیف سے ظاہر ہوگا

کہ وہاں مادہ مریض موجود ہے، اور ایک مقام پر اصوات تنفس کی غیر موجودگی یا باریک ٹکٹکات (fine crepitations) کی موجودگی، جن کے بعد اسمیت شعبی تنفس، اور شعبی صوتیت ہو، بیماری کی نوعیت ظاہر کر دیں گے۔ لیکن یہ دونہاں غلط فہمی پیدا کر سکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ شکم تک پھیلتا، یا بالخصوص شکم میں محسوس ہوتا ہے، جس سے ابتدائے التهاب نرا اندازہ دودیتہ (appendicitis) التهاب باریطون (peritonitis)، یا التهاب صراخ (cholecystitis) کا خیال ہو سکتا ہے۔ ریوی قاعدوں پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنا ضروری ہے تاکہ غلطی نہ ہوئے پاسے۔ دوسری اماتوں میں طبیسی امارات کی نمویاتی سے پہلے ایک مختصر سی گھٹائی ہوگی، جس کے ساتھ رنگ آلود بئاق کا نفث ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبیسی امارات کے ہلوز میں فی الحقیقت پانچ یا چھ بلکہ دس دن کی تاخیر ہو جائے، انھیں بہت تلاش کرنے کی ضرورت پڑے اور وہ پہلے پہل اُن ہونی چکوں میں پائے جاتے ہیں، جیسے کہ غلظ الکف کے اوپر یا نفل کی چھت (top of axilla) میں۔ امراض ففغیہ (exanthemata) کے مخصوص و ممیز طغیات کی غیر موجودگی تنفس کی سرعت جو نفص سے غیر متنا سب ہوتی ہے، سرخ تنکلیا ہوا چہرہ (flushed face) اور حکمتی ہونی آنکھ، مخصوص و ممیز نوعیت کا بئاق اور دہن کے گرد و پیش منہ کی موجودگی، یہ سب تشخیص کے لئے مفید نکات ہیں۔ امتحان خون سے بھی مدد مل سکتی ہے، کیونکہ سپید خلیات کی کثرت (leucocytosis) سے تپ محرقہ، طیریا اور انفلوئنزا خارج از بحث ہو جاتا ہے۔ رائجی شاعیں بھی کار آمد ہیں، جیسا کہ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے۔

جب طبیسی امارات نمودار ہو جاتے ہیں، تو یہ متعین کرنا پڑتا ہے کہ آیا ذات الریه موجود ہے یا ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion) مادوں کا ساتھ ساتھ اجتماع ہے۔ ان دونوں حالتوں کی ایک دوسرے سے تشویش ذات الجنبی (پلیوری) کے بیان کے تحت درج کی گئی ہے۔ شعبی ذات الریه سے تشخیص پر بعد میں غور کیا گیا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 158)۔

اہم آثار۔ لخت ذات الریه کی اوسط شرح اموات تقریباً ۱۰ فی صدی ہے۔

وہ پیوٹے بچوں میں نہایت کم ہوتی ہے، لیکن عمر کی زیادتی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ بے اعتدالی کی عادتوں والے اشخاص میں اور ان میں جنہیں ناکافی غذائی ہو یہ مرض زیادہ جھلک ہوتا ہے۔ سرخ القوع یا تندہیان فشج ٹرنس (failing pulse) کہو دی اور زرقا یہ سب بدشگونی کی علامات ہیں۔ قسم سوم کا معتد زلیہ کہ جس کے خوف میں کوئی متصل میر نہیں، سب سے تشویشناک امیبتوں کے لئے ذمہ دار ہے اور شرح اموات ۴ فی صدی تک پہنچتی ہے۔ قسم اول میں اندر اس سے زیادہ بہتر ہے کہ متنا قسم دوم میں ہے، کیونکہ شرح اموات اول الذکر میں ۱۰-۱۵ فی صدی اور آخر الذکر میں ۲۰ فی صدی ہے۔ قسم چہارم میں شرح اموات ۱۰ فی صدی ہے۔ امریکہ میں شرح اموات زیادہ ہے۔

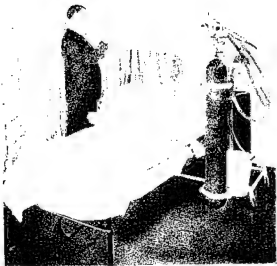
علاج۔ مریض مجبوراً بستر پر چڑھتا ہے، اور دنا اسے مرض کی انتہا میں (in the height of the disease) کیوں یا عند (bed-rest) کے ذریعہ نیم سطحی (semi-recumbent) حالت میں بہارا دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔ جسمانی آرام اور تشویش سے مبرا ہونا، علاج کے اہم عناصر میں سے ہے۔ غیر ضروری طبی امتحان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مریض کو ایک آزادانہ ترویج رکھنے والے کمرے کے اندر بہ افراط گرم تازہ ہوا ملنا چاہئے، اسی طرح جس طرح کہ کسی دوسرے ساری مرض میں غذا ایسی دینی چاہئے جو ایک جموی مرین کیلئے موزوں ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 21)۔ اس میں دودھ قدرتی طور پر ایک اہم عنصر ہوگا، لیکن انڈے اور ناج (cereals) دودھ کے پڈنگ (milk-pudding) کی شکل میں، بارلک کا مالٹ (Horlick's malted milk) مچھلی یا چوزے کا قیمہ وغیرہ بھی غذا میں شامل کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ اس معاملہ میں مریض کی خواہشات کا لحاظ کیا جائے۔ قوع لحم البقر (beef-tea) یا بکری کے گوشت کی سخی (mutton broth) گوشتاتود غذا میں نہیں ہیں، تاہم ممکن ہے کہ یہ پسندیدہ ہوں۔ ابتدائی درجوں میں آنتوں کو صاف کر دینا چاہئے، اور ایسٹ یا ماسٹریٹ آف امونیم (acetate or citrate of ammonium) کا استعمال کر کے جلد کے آزادانہ عمل میں مدد دینی چاہئے، بڑے بچے کو فوڈ ڈوور (Dover's powder) کی خفیف

مقداریں دینی چاہئیں۔ آخر الذکر ذوات الجنبی درمیں تخفیف پیدا کرے گا یا فیون کی خفیف مقدار میں (پنجر کے ۳ تا ۵ قطرے) ملح (saline) کے ساتھ بار بار دینے چاہئیں۔ ممکن ہے کہ مقامی فاسقات (local applications) جیسے کہ اینٹی فلوگسٹین (antiphlogisticin) برف کی پٹی یا کوئی پولش درمیں تخفیف کریں۔ خفیف اصابتوں (mild cases) میں یہی کافی ہو سکتا ہے، لیکن شدید تر اصابتوں میں ہدیان اور ترقی پذیر انبطاح (prostration) کا تدارک بھی ضروری ہوگا۔ اول الذکر کے لئے کلورل (chloral) کلورل امائیڈ (chloralamide) اور پوٹاسیم برومائڈ (potassium bromide) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، لیکن جب ہیر (dyspnoea) زیادہ ہو تو کلورل کو احتیاط کے ساتھ دینا چاہئے، کیونکہ وہ قلب اور نفس پر خافض (depressing) اثر رکھتا ہے۔ اسی سبب کی وجہ سے آخری درجوں میں مارفیا (morphia) کا استعمال کمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہیوسکین امائیڈ برومائڈ (hyoscyne hydrobromide) (ہیوسکین) کا تحت الجلدی اشراب اکثر مفید اور نسبتہً خالی از خطر ہوتا ہے۔ بڑے بڑے بچے میں قلب کی تھکاوٹ بچھٹا کر اور برانڈی یا دیگر سپرٹ کی تھوڑی تھوڑی مقداریں تین یا چار اوش تک روزانہ دیا جاسکتی ہیں جہاں قلب کے دائیں جانب کا فسل (right-sided failure) موجود ہو وہاں فصلا (venesection) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ لیکن آکسیجن ان سب پیچیدگیوں کے لئے بہترین علاج ہے۔ جب مایوں میں افزائے زیادہ ہو تو امونیم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ تا ۱۰ گرام ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے) دے سکتے ہیں۔ حال ہی میں مصنوعی استرواح (artificial pneumothorax) کام میں لایا گیا ہے اور وہ ذوات الجنبی درد (pleuritic pain) کے دفع کرنے میں کامیاب ہوا ہے (۲۶)۔ سب بحران (crisis) ختم ہو گیا ہو اور پیش گو کر دہ طبی پراگئی ہو تو علاج کا مشاء محض یہی ہونا چاہئے کہ کوئین (quinine) اور دوسرے عقویات کے استعمال سے مریض کو تھوڑے پہنچائی جائے۔

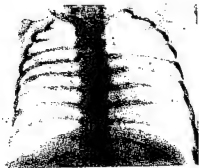
یہ امر اب تسلیم کیا جاتا ہے کہ فیلٹن (Felton) کے مرکز خدشہ ریزی مصل (anti-pneumococcal serum) کے ذریعہ جان بچ سکتی ہے، بلکہ مرض دب بھی جاتا ہے۔ موجودہ زمانہ میں اس کی قیمت گراں اور مقدار محدود ہے، لہذا ایسے

مریضوں تک جو سترہ سال سے اوپر ہوں اور جن میں انداز خراب ہو، اس کا استعمال محدود رکھنا چاہئے اور ناگہانی آغاز اور شدید انقباض کمزور سرخ بھس، نحیف پیش اور نحیف پسید خلوی طبیعت اور مثبت دموی کاشت اس کے خاص واعیات ہیں۔ بقیہ ریوی کی کم کیفیتیں کرا ضروری ہے لیکن یہ کام چند منٹ کا ہے اور صرف قسم اول اور قسم دوم کے خلاف فائدہ مند ہے۔ قسم اول کا منسل اور قسم اول و دوم کا مخلوط منسل حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کو مرض کے صرف پہلے پانچ دنوں میں دینا چاہئے اور قسم اول کے مقابلہ میں قسم دوم کی امواتوں میں دگنی معتاد ہوتی چاہئے۔ اول الذکر میں ۲۰۰۰ اکائیاں مائع سے مراد کر کے جو کہ عمومی تعالیات روکنے کی غرض سے سائزہ تیار کیا جاتا ہے آہستہ سے دروں دریدی طور پر دیکھائی دیں۔ اسی جسامت کی دوسری اور تیسری معتادیں آٹھ سے لے کر ۱۲ گھنٹوں کے وقفوں سے دیکھائی دیں اور گاہے ایک چوتھی یا پانچویں معتاد کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

آکسیجن کا استعمال۔ جب کمودی یا زراق ہو تو آکسیجن دینی چاہئے۔ عملی اغراض کے لئے دو طریقے سیر ہیں۔ (۱) انفی قائلید (nasal catheter)۔ اتوارنے کو جو کہ ایک دقیق شست والے تنلیبی مصراع سے آراستہ ہوتا ہے، اپنے ایک ولف (Woolf) کی بوتل کے ساتھ مربوط کر دیا جاتا ہے کہ جس میں پانی ہوتا ہے اور پھر ایک رڈ کے قائلید کے ساتھ کہ جس کو عین ناک کی پشت تک دستک دیا جاتا ہے۔ رابطہ انبوہ چوڑی ہوتی چاہئے اور اس کا قطر ۱/۴ انچ سے کم نہ ہونا چاہئے بوتل میں محجب کو ایک مستقل رفتار پر رکھ کر آکسیجن کی رسد کی رفتار کو باقاعدہ کیا جاسکتا ہے۔ اس کا اندازہ ایک پائنٹ (pint) کا ناپ پانی سے بھر کر اور اس کو ایک پانی کے قلعے پر لٹا رکھ کر لگایا جاسکتا ہے۔ قائلید کو ناپ کے نیچے رکھنے سے پانی کی بکڑ آکسیجن لے لیتی ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں ایک پائنٹ جمع کرنے کے لئے تقریباً ۲۰ سیکنڈ ہونے چاہئیں۔ بچوں کے لئے رفتار کم ہوتی ہے۔ قائلید کو ناک کی بجائے منہ میں نہایت پیچھے تک دھکیلا جاسکتا ہے۔ ایک دوسری ترکیب ایک دوسری نامی ہے جس کی ٹوٹیاں دونوں نعتفوں کے عین اندر ہوں (Müller) کا مصراع جس طرح کہ اس کو ڈیویز (Davies) اور گلکراسٹ (Gilchrist)



الف۔ اکسیرن کا خیر۔ گائی کے نوہ کا



ج۔ شیمی التهاب لریہ ایک بچہ میں۔ (شعلہ نچاشت مرزائے لاکھ لہ)۔
پانچال منو

استعمال کرتے ہیں جو کہ ذیفر کے دوران میں آکسیجن کے بہاؤ کو روک دیتا اور اس طرح ضیاع سے بچاتا ہے، حقیقت میں غیر ضروری ہے۔ آکسیجن کو قیف کے ذریعہ دینے کا مسر فائدہ اور غیر موثر طریقہ کبھی استعمال نہ کرنا چاہیے۔

(۲) آکسیجینی خیمہ (oxygen tent)۔ خیمہ کا اصول یہ ہے کہ مریض ایک آکسیجن سے بھر پور (۴۰ تا ۶۰ فی صدی) فضا میں رہتا ہے کہ جس میں سے کاربن ڈائی آکسائیڈ، رطوبت اور گرمی دور کر دی گئی ہوں۔ کئی ایک مختلف خیمہ جات بیان کئے گئے ہیں۔ مجموعہ ۴ الف میں جو خیمہ ہے اس میں سے گرمی اور رطوبت اُپر سے بھرے ہوئے ظروف کے ذریعہ دور کی جاتی ہے کہ جو خیمہ کی چھت میں سے داخل کئے جاتے ہیں۔ CO₂ کو دور کرنے کے لئے فضا کو ایک سوڈا۔ لائم (soda-lime) کے ڈبے میں سے ایک "مشرَب" (injector) کے ذریعہ ترویج کیا جاتا ہے، کہ جس کو ایک پیچ کے ذریعہ استوائنے کے سر کے ساتھ چپکا دیا جاتا ہے تاکہ استوائنے کے اندر کا آکسیجن کا دباؤ ایک قوت محرکہ جہم پنچائے (49)۔ خیر میں آکسیجن اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کی مقدار فی صدی دریافت کرنے کے لئے ایک

سریری آلہ موجود ہوتا ہے۔ ذات الریوی مریضوں پر شریانی و خنز (arterial puncture) سے حاصل کردہ بخوبی شہادت موجود ہے کہ خیمہ انفی قشاطر کی نسبت زیادہ موثر ہے۔ خیمہ سے کئی ذمہ گئیاں نچ گئی ہیں، جو اگر انفی قشاطر کے علاج پر اصرار کیا جاتا تو تقریباً یقیناً ضائع ہو گئی ہوتیں۔ مصنف ہڈائے آکسیجینی خیمہ کے ذریعہ ذات الریہ کی ۲۸ تشویشناک امابتوں میں سے ۲۰ امابتیں بچائی ہیں۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا آکسیجن کے علاوہ CO₂ دینا چاہئے یا نہیں۔ اس کے لئے دور میں CO₂ کا مکمل انجذاب روک دینا چاہئے تاکہ مریض اس CO₂ کو جو کہ اس نے خود پیدا کی ہے جزوی طور پر دوبارہ سانس میں لے لے مصنف ہڈائی رائے میں CO₂ کو شاید ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں دیا جاسکتا ہے اس عزم سے کہ نفس کی گہرائی زیادہ ہو جائے اور ایک خفیف کھانسی واقع ہو اور غماظ کا وہ لزج صام اکھڑ جائے جو کہ سابقہ بیان کے مطابق مرض کا ادلی سبب ہے۔ اس طریقہ سے مرض کو دیا جاسکتا ہے۔ تاہم مرض کے آخری

دہجوں میں جب کہ قلب تھک جاتا ہے صرف آکسیجن استعمال کرنی چاہئے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ خیمہ میں ذات البغنی درد اکثر زائل ہو جاتا ہے۔

فریڈ لینڈر کا ذات الریہ

(Friedlander pneumonia)

اُن اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے جن میں لختی ذات الریہ فریڈ لینڈر کے حصیہ ذات الریہ کی وجہ سے ہوا ہے، معلوم ہوتا ہے کہ وہ عموماً ایک شدید مرض ہوتا ہے جس کا اندازہ خراب ہوتا ہے۔ ایک ہملک اصابت میں شش سرخ رنگ کی نسبت زیادہ ایک سیاہی مائل رادی رنگ پیش کرتا ہے اور تیراش چھپچھپے (slimy) مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جو فیروزوں میں کثیر التعداد جھیتے اور نفیشر پذیر سر حلقہ موجود ہوتا ہے۔ نتیجہ اور گنگرین اس سے زیادہ کثیر التوقع ہوتے ہیں کہ جتنے سمعی قسم میں ہوتے ہیں اور پیش زیادہ نفیشر پذیر ہوتی ہے۔ فریڈ لینڈر کے حصیہ کے ساتھ بیکٹریو یہ بھی ہو سکتا ہے اور اول الذکر ممکن اور لختی ذات الریہ دونوں کا سبب ہو سکتا ہے۔

شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia)

[نازلتی (catarrhal) لختی (lobular) یا سرخنکی

ذات الریہ (interstitial pneumonia)]

بحث اسباب - (۱) اولی شعبی ذات الریہ (primary

broncho-pneumonia) - جب بقیہ ریویہ نالیں کاشت میں پانچ سال سے نیچے کے بچوں میں شش پر حملہ آور ہوتا ہے تو وہ ایک تیشلی لختی ذات الریہ (typical lobar pneumonia) پیدا کر سکتا ہے، لیکن وہ زیادہ اکثر شش کے جو فیروزوں پر چکیتوں کی صورت میں حملہ آور ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کو اولی شعبی ذات الریہ (West) یا اولی لختی ذات الریہ کہتے ہیں۔ اگر پھیپھڑوں میں چکیتی وار توجہ

(patchy distribution) سے قطع نظر کیا جائے تو یہ اماتیں اوپر بیان کئے ہوئے
 لمختی ذات الریه سے مشابہ ہوتی ہیں اور ان میں متلازم شعبی التهاب (bronchitis)
 نہیں موجود ہوتا۔ ان کے متعلق کچھ اور کہنے کی ضرورت نہیں۔ (۲) حقیقی شعبی
 ذات الریه جسے بعض اوقات ثانوی شعبی ذات الریه یا حاد خنکلی
 ذات الریه کہتے ہیں ہمیشہ چھوٹے شعبات کے التهاب سے شروع ہوتا ہے
 اور گردو پیش کے جوانی تو بصلات کے اندر پھیل جاتا ہے۔ یہ عموماً تین سال سے بچے
 کی عمر والے بچوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ کھرا اور کالی کھانسی کی کثیر الوقوع پیچیدگی
 کے طور پر ہوتا ہے اور دوسرے ساری امراض (یعنی حمی قرمزہ اور انفولینزا وغیرہ)
 کے بعد بھی ہو کر رہتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ شہروں میں رہنے والے خراب تغذیہ
 رکھنے والے بچے شعبی ذات الریه میں مبتلا ہو سکتا ہے یا امکان رکھتے ہیں اور اغلب
 ہے کہ کماحقہ بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ بالغوں میں شعبی ذات الریه
 ذات غریبہ (foreign particles) بالخصوص حلق کے عفونی مادوں کے پھینچنے والے
 کے اندر استنشاق سے واقع ہوتا ہے (استنشاقی ذات الریه: inhalation pneumonia)۔
 یہ ڈنٹیر یا کبھی شعبی نالیوں کی راہ سے نیچے شیب (bronchioles) تک پھیل جائے گا ایک عام نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ اکثر کسی بھی طویل المدت لاغری پیدا
 کرنے والے مرض (wasting disease) میں ایک اختتامی واقعہ ہوتا ہے بالخصوص
 بوڑھوں میں جو ہنٹوں تک اضطرابی حالت میں رہنے پر مجبور ہوئے ہوں۔ جب یہ
 شش کے اسفل حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو اسے سکوادی ذات الریه (hypostatic pneumonia)
 کہتے ہیں۔ یہ ان اعمال جراحیہ کے بعد ہو سکتا ہے جو عمومی عدم حسیت
 (general anaesthesia) کے تحت کئے گئے ہوں اور ان لوگوں میں جو تقریباً
 عرقاب ہوئے ہوں یہ موت کا ایک کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے۔ مری کا سرطان
 (carcinoma of the oesophagus) شش پر حملہ آور ہو کر ذات الریه پیدا
 کرنے میں جملک ہو سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ عفونی ذات الریه عروق دمویہ کے ذریعہ
 شش میں پہنچ جائیں اور تصدیم الدم (pyaemia) اپنے قیمتی ذات الریهی مراکز کے
 باعث تیز ہو رہا ہے۔ ان میں سے بہت سی اماتیں پر عفونی ذات الریه

(septic pneumonia) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

شعبی ذات الریه کی جرثومیات پھیلے ہوئے ہیں اور بہت سے جراثیم مختلف امتزاجات میں پائے گئے ہیں۔ ایک نوعی بخار مثلاً کھسرا یا انفلوئنزا کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ فرد کی قوت مدافعت پر خافض اثر ڈالتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھیپھڑوں پر مختلف عفویہ شامانی طور پر حملہ آور ہو جاتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ کی فوج میں دم پاش نبقہ سبجیہ (haemolytic streptococcus) ایک نہایت اہم عامل اور سب سے زیادہ ہلکا پایا گیا، لیکن بعض مریضوں پر نبقہ یو ای عصیمہ (streptococcus aureus) بھی موجود تھے۔ فریڈ لینڈر کا عفویہ اور ڈفٹیریا کی اصابتوں میں کلیس لافلر کا عصیمہ (Klebs-Löffler bacillus) بھی پائے جاتے ہیں۔

مُرَضی تشریح۔ شعبی ذات الریه میں تجمد شش کے طول و عرض میں گرہوں کی شکل میں منتشر ہوتا ہے جو اکثر جدا ہوتی ہیں، لیکن باہم مل کر نسبتاً بڑے تودے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہیں (التقائی شعبی ذات الریه)۔
confluent broncho-pneumonia: بائیںہ یہ گرہیں آنکھ سے ایک دوسرے سے جدا جدا شناخت ہو سکتی ہیں۔ تراشنے پر جامد شش متحد جھوٹے رما دی مراکز پر مشتمل نظر آتا ہے جو نرَف آؤ بیا اور مہوط (collapse) کے سیاہ سرخ منطوقوں سے گھری ہوئے ہوتے ہیں شش نرم اور جھٹ (friable) ہوتا ہے اور پھوڑنے پر اس کی چھوٹی تالیوں سے پیکے ایک قطرے (bead) کا ارتشاع ہوتا ہے۔ اس عمل کو بعض اوقات قطخل الریه (splenisation of the lung) کہتے ہیں جس سے دیکھنے پر تمیز و محفوس ضررات یہ ہوتے ہیں: زنگی الساب جو شعبی اور جو فیزی دیواروں کو مآؤف کرتا ہے، اور گرد شعبی التهاب سر وئی لمفائیہ (peribronchial lymphangitis) جن میں شدید اصابتوں میں در زیر خطیہ کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ شعبہ اور جو فیزے کا درونہ نازک مافیہ سے پر ہو جاتا ہے، خاص کر بڑے درخشی خطیوں سے۔ لیکن کچھ مدت والی اصابتوں میں شعبی اور آن کی ہم پہلو جو فیزی دیواروں میں تھیلینی بافت کی ٹکونیں موجود ہوتی

ہے۔ چنانچہ اس حالت پر خنکی شعبی ذات الریه (interstitial broncho-pneumonia) کے نام کا اطلاق اکثر اسی مناسبت کی وجہ سے کیا جاتا ہے۔ شیمات اور علیت زدہ عروق لمفاویہ (thrombosed lymphatics) میں تہات کسمیہ یہ افراط ہوتے ہیں۔ جب التهاب سطح تک پہنچ جاتا ہے تو عموماً کسی قدر ذات الجنب موجود ہوتا ہے۔ نہایت ماد اور ہلک اصابوں میں یعنی باقت کی بخون نہیں ہوتی اور تہات کسمیہ جو فیروزوں پر حملہ کرتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ شش کے اندر چوڑے بن سکے ہیں۔

علامات اور طبیعی امارات۔ اول الذکر کھانسی بھر اور ارتقاع حرارت (pyrexia) ہیں اور آخر الذکر متصل ہنرات کی صحت اور جائے قوع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر بچہ کو سابقہ شعبی التهاب کے باعث پہلے ہی سے کھانسی ہو کر سینہ پر خنکرات (rhonchi) اور نقطیات (râles) موجود ہوں تو جو فیروزوں کی موقوفیت (implication) حرارت کے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک پڑھ جائے، کھانسی کے مختصر (short) خشک اور درخیز جو باغیاور نقطیات (râles) کے زیادہ وافر ہو جانے اور منغم (consonating) نوعیت اختیار کر لینے سے ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن بہت سی اصابوں میں ایسے خنکرات (rhonchi) نہیں موجود ہوتے اور طبیعی امارات ایک یا زیادہ ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو کم یا بیش وسیع ہوتے ہیں اور ایک یا دو نوں پیمپیٹوں میں موجود ہوتے ہیں اور ان میں زیادہ تر تیز چھنے والے نقطیات (sharp crackling râles) سنا دیے ہیں، جن کے ساتھ قری آواز بہت کم متغیر ہوتی ہے۔ یا طبیعی امارات ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو توزیع میں بے قاعدہ ہونے لڑے، ساتھ ہی کافی تعداد میں متباعد تختکوں کے اجتماع کے باعث ان پر صمیت شعبی شش اور شیمی صمیت (bronchophony) ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے ایسے رقبے بڑھ یا گھٹ سکتے اور پھسل یا صاف ہو سکتے ہیں۔ بئاق (sputum) غماط یا غماطی ریم پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ خون کی دھاریاں کبھی ہوتی ہیں اور کبھی نہیں ہوتیں۔ لیکن نوعمر بچے اُسے عموماً نگل جاتے ہیں۔ استثنائاً آواز اذان نفث الدم (haemoptysis) ہو سکتا ہے۔

مرض کا نمائش قد تمسین نہیں ہوتا جس قدر کہ نئی ریوی ذات الریه میں۔
 ممکن ہے کہ مرض ایک ہفتہ میں ختم ہو جائے، لیکن اکثر وہ تین یا چار ہفتوں، بلکہ زائد
 تک قائم رہتا ہے۔ تپش عموماً متغیر (remittent) بلکہ متوقت (intermittent) ہوتی اور اکثر تحلیل سے (by lysis) گرتی ہے۔ وہ بہت بیقاعدہ ہو سکتی ہے۔ سانس تیز
 اور منقلب (inverted) ہوتی ہے، جو تشخیص میں اکثر نہایت مفید ہوتا ہے۔ ایک
 سرسبز الوقوع شہیق (inspiration) ہوتا ہے، پھر نصف سیکنڈ کے لئے سانس روک
 لی جاتی ہے، پھر زفر (expiration) ایک غرغراہٹ (grunt) کے ساتھ واقع ہوا ہر
 اور پھر اس کے بعد بلا کسی وقفے کے دوبارہ شہیق واقع ہوتا ہے۔ دوران شہیق میں
 نیچے والی بین الاضلاع فضا میں دسب جاتی ہیں۔ کھانسی بہت ہوتی جو
 چہرہ سرخ، متما، مختا ہے، یا زیادہ شدید اساتوں میں پھیلا اور کبود ہو جاتا ہے۔
 نبض تیز اور صغیر (small) ہوتی ہے۔ ہڈیاں اکثر موجود ہوتا ہے۔ امارات اکثر
 دوران مرض میں بار بار بدل جاتے ہیں جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مرض ایک حصے
 میں صاف ہو گیا ہے، اور دوسرے حصوں میں تازہ حملے ہو رہے ہیں۔ مرض اکثر دونوں
 پھیپھڑوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ شفا یابی زیادہ تر تدریجی ہوتی ہے نہ کہ نئی ریوی ذات الریه
 کی طرح ناگہانی۔ موت سے پہلے تشنجات (convulsions) ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ شعی ذات الریه اس کے ابتدائی درجات میں دوسری حاد بیماریوں
 سے جن میں تیز بخار ایک متمیز خصوصیت ہو غلط ملط ہو سکتا ہے، جیسے کہ تپ حرقہ سے۔
 اور چونکہ بچوں میں ہر حاد بیماری کی وجہ سے فایاں وماغی علامات پیدا ہو جائیں گے
 امکان ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس وجہ سے التهاب مصحایا کی تشخیص کر لی جائے۔
 مابقی شعی التهاب اور صدی علامات کے غلبہ کی وجہ سے ممکن ہے کہ غلطی کا ارتکاب
 نہ ہو، لیکن ممکن ہے کہ چند روز تک رائے کو ملتی کرنا پڑے۔ طویل المدت
 شعی ذات الریه تلاترن (tuberculosis) کا شبہ پیدا کر سکتا ہے جس میں
 تیز بخار ہر جگہ پھیلے ہوئے لفظات (râles) کبودی اور کھانسی نمایاں علامات ہوتے
 ہیں۔ شعری شعی التهاب (capillary bronchitis) میں سہر (dyspnœa)
 کبودی اور لفظات موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ لفظات عموماً قاعدوں تک محدود ہوتے

ہیں۔ شعبی تنفس نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہی نشت بکثرت ہو۔ الشفانی شعبی ذات الریه (confluent broncho-pneumonia) کی تختی ذات الریه سے تشبہس مشکل ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں شش پر کے امارات زیادہ کیاں ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ بحران (crisis) ہو جائے۔ شعبی ذات الریه میں الہتباب شعیباست۔ (bronchiolitis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ دونوں مصیبتوں میں کے تغیر پذیر ثنائی والے متغیر لفظات (consonating râles) سے ظاہر ہوتا ہے اور چونکہ الہتبابی عمل کے انوس کے درجہ میں ایک دوسرے سے مماثل نہیں ہوتیں لہذا اصوات شش صباغی تنفس (puerile breathing) سے لیکر تغیر پذیر ارتقاع (varying pitch) کے کامل نوعیافتہ شعبی تنفس تک اختلاف پذیر ہوں گے۔ لیکن خاص امتیاز یہ ہے کہ شعبی ذات الریه میں سحر زیادہ طویل اور انحلال (resolution) زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ ایک مثالی شعاع شگاشت محض نمبر 156 میں دکھائی گئی ہے۔

انذار۔ اگرچہ اس قسم کا ذات الریه یقینی ریوی قسم کی خفیت بہت زیادہ ہلک ہوتا ہے کسی دی ہوئی اصابت میں انذار کا انحصار علامات کی عام رفتار پر ہونا چاہئے۔ وہ اصابتیں جو بظاہر یاس انگیز (desperate) ہوتی ہیں اکثر شفا یاب ہو جاتی ہیں، لہذا ماموافق رائے دینے میں کس قدر احتیاط کی ضرورت ہے۔ جوڑھوں کے شعبی ذات الریه میں اور اس میں جو جاہذات کے استنطاق کے سبب سے ہو، انذار زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ علاج انھیں مام اصولوں پر کرنا چاہئے جو معمولی ذات الریه کی حالت میں اختیار کئے جاتے ہیں۔ کمرہ خوب ترویج دار ہونا چاہئے، جس میں مریض کو جو آواز اوازہ طور پر پہنچتی ہے۔ کئی ہوا کا علاج کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ اگر تنفس میں دقت ہو یا کبودی موجود ہو تو آکسیجن طویل عرصوں تک مسلسل دینا چاہئے، اندکسیجن یعنی خیمہ خصوصیت سے موزوں ہے۔ ریوی افزا خشک کرنے کے لئے کلور بیسلادونی (tr. belladonna) ۳ تا ۵ قطروں کی مقداروں میں بالکل چھوٹے بچوں کو دیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ایٹروپین (atropine) کے اثرات بھی دئے جاتے ہیں۔ شیشات (expectorants) چھوٹے بچوں کے لئے عموماً ناپسندیدہ

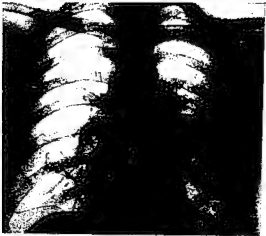
ہیں کیونکہ وہ بھاق کو کھانک کر نکالنے کی قوت نہیں رکھتے۔ شدید اماسیوں کے لئے اکثر مہیماتہ (stimulants) کے قدر سے آواز دانا استعمال کی ضرورت ہوتی ہے مثلاً تین یا چار برس کے بچے کے لئے برانڈی (brandy) کے ۲ قطرے ہر گھنٹے۔ یا لاکھ انسٹرکٹین (liquor strychnine) کے ۲ قطرے اس عمر میں روزانہ دو یا تین بار شرب کئے جاسکتے ہیں اور تیرہ خواروں میں نسبت کم مقداریں۔

خراج شش

(abscess of the lungs)

پھیپھڑے کا پھوڑا تیج الدم کا یا ماد ذات الریه کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ انہی عوامل سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جو شش کا تکررین واقع کرتے ہیں (حوالہ ملاحظہ ہو) یا قرب وجوار کے تیج مثلاً دیلیٹیریڈ انفرا می خراج یا کمیستی مرض یا شلاع نظریہ کے پھیل جانے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تجمد شش سے خراج کی تفریق نفی تشخیص مشکل ہوتی ہے تا وقتیکہ خراج پھوٹ کر پیپ خاچ نہ کر دے۔ پھر اس کے اساسی امارات (cardinal signs) یہ ہوتے ہیں: (۱) ریہی بھاق جو ممکن ہے کہ بدبودار (foul) (۲) کھانسی اور دھماکے کے ساتھ نفث (explosive expectoration) (۳) بھاق کے اندر لچکدار یافت اور جو قریبی ترتیب (۴) قرع کرنے پر محدد (circumscribed) اجمیت۔ (۵) لا شاع سے ایک کہکھ اور اس میں سیال کے لیول کا نظر آنا۔ جب اس کہکھ کا سیال مایہ بکھانسی سے باہر نکل چکا ہو تو کہکھ کے معمولی امارات موجود مل سکتے ہیں جیسے کہ کہکھ بڑا ہونے کی صورت میں طبعی گنگ کہنگلی (cavernous) یا قدیمی (amphoric) شخص غزری جھنکار (metallic tinkling) اور مسد کلائی (pectoriloquy) تیج الدم کے متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے کہکھوں کے طور پر نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ فی الحقیقت ان کی موجودگی عموماً گرد و پیش کے تجمد یا ذات البنی انصباب کی وجہ سے مخفی رہتی ہے (صفحہ ۵)۔

انذار اور علاج۔ شبہ بینی (bronchoscopy) نے انداز میں ایک انقلاب پیدا کر دیا ہے۔ یہ مشاہدہ کر کے کہ پیپ کس شعبہ سے آ رہی ہے خراج کا مقام



الف



الف اور ب۔ پھیپھڑے کا پھیوڑا، خراجی کہنہ میں آپس کا تیل میل دکھانے کے لئے یہ منقشانی اور
جانبی وضعوں میں لی گئی ہیں۔ صفحہ ۲ اب صفحہ 187 سے مقابلہ کرو۔ (شعاع ششائیں مرطبات سے لاکھ

لئے لی ہیں)

متعین کیا جاتا ہے، اس کے بعد اصول یہ ہے کہ تعدد کو جو ممکن ہے مکمل یا جزوی، یا
مصرافی نوعیت کا ہو، دور کر دیا جائے۔ پیپ کو خراجی کیفیت میں سے مخصوص کر لیا
جاتا ہے اور پھر اس میں گوئیال (gomonal) کا تیل لپکا دیا جاتا ہے۔ جب پیپ کا
بڑا حصہ نکل جائے، تو ب سے نیچے کی تہ کی کاشت کرنے سے ساری عامل حیات
کاشت میں حاصل ہوتا ہے اور اس سے ایک جدید تیار کی جاسکتی ہے۔
ونٹ (Vincent) کا مرغیچہ (spirillum) اور مفلکہ نما عصیہ (fusiform bacillus)
غیر عام نہیں ہیں۔ کوئی کی جسامت اور شکل شبہ بین کے ذریعہ لپا (lipidol)
چپکا کر متعین کی جاسکتی ہے۔ واحد شبہ بینی سے شفا یابی ہو سکتی ہے، اگر نہ ہو تو سکا
تکرار کرنا چاہئے۔ دیگر عوامل جو تھیں پیدا کرتے ہیں شبہ بینی کے ذریعہ حسب ذیل
دریافت ہوئے ہیں، گھاسی کے منکوسہ کا کمزور ہونا، مارفا اور اٹروپن کی بیش مقدار
(overdosing) بخاؤ طور پر جسم غریب یا غیر خیریت نہایت کی مرچ کی مثلاً صدائے اور شاؤ سرایتیں
مثلاً ہنوسی فطریہ (blastomycosis) اور شعاع فطریہ (actinomycosis)

(64)۔

160

لیفی شش

(fibroid lung)

[تلیف شش (fibrosis of the lung)، مزمن

(chronic pneumonia)]

بحث اسباب۔ مرض شش کی یہ شکل متاخر شاؤ ہوتی ہے، الا
بچوں میں، وجوہ ہے کہ بانوں میں ریوی یافت کے مزمن التهابات غالب تعداد
میں تدریج کے ساتھ ملازم ہوتے ہیں۔ وہ امیاتی جن میں ایک مزمن التهاب
تدریج سے الگ واقع ہوتا ہے اور جنہیں لیفی شش (fibroid lung) کا نام دیا گیا
ہے صرف شاؤ حالتوں میں ایک پیش رو حادثاتی ذات الریہ (acute lobar
pneumonia) سے پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن شعبی ذات الریہ ایک زیادہ کشیدہ نوع
پیش رو ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis)

اور ذات الریه (pleurisy) سبب ہوتے ہیں
 یعنی شش کا ایک اجم کر وہ وہ ہے جو مختلف کھاناؤں اور کافوں میں کام کر نیوالے
 کارگریوں میں ہوتا ہے اور جسے متغیر الریہ (pneumokoniosis) کہتے ہیں۔
 اس میں کوئلہ، دھات، مثلاً، کرند (emery) کار پتھر (quartz) روئی کے ریشے،
 روئوں (fluff) وغیرہ کی گرد سے بھرے ہوئے کرہ ہوائی کا متواتر استنشاق ایک
 طویل المدت صبح تراش ثابت ہوتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ متعلقہ خراش
 آور کیا ہے، اس مرض کے نام مختلف ہوتے ہیں، مثلاً شش فحیت (anthracosis)
 (کوئلہ کے برارے سے)، ریوی حیوانیت (silicosis) (پتھر کے ریزوں سے)
 جو کہ بعد میں بیان کی جائے گی، اس ریوی اسپستوسیت (asbestosis)
 (اسبٹاس سے)۔

مرضی تشریح - ثقیف (fibrosis) شش کا تیز مظهر ہوتا ہے جب
 یعنی شش ذات الریہ یا شیمی التهاب سے پیدا ہو جاتا ہے تو یعنی ساخت کے دورے
 جوشش میں سے عبور کرتے ہیں، نسبتاً چھوٹے شعبات کی ویواریوں کے التهاب
 سے، اور گرد و شیمی التهاب عروق لمفائی (peri-bronchial lymphangitis) سے
 پیدا ہوتے ہیں، جیسا کہ شیمی ذات الریہ میں بیان ہو چکا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ
 انبوبات کا فروزہ اریکی بافت (granulation tissue) سے بالکل سدود ہو جاتا ہے۔
 چنانچہ یہ انطماسی شعیباتی التهاب (obliterative bronchiolitis) دراصل
 وہی عمل ہے جو تمد و الشعب (bronchiectasis) پیدا کرتا ہے، باستثناء اس کے
 کہ آخرالذکر حالت میں نسبتاً بڑے انبوبات ماؤف ہو کر کھنک بن جاتے ہیں۔ اسی
 وجہ سے تمد و الشعب اور یعنی شش عموماً ایک دوسرے سے متکازم ہوتے ہیں، لیکن اگر
 التهابی عمل صرف چھوٹے انبوبات تک محدود ہو تو صرف یعنی شش پیدا ہو جاتا ہے
 (10) یعنی بافت کی اس بالیدگی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن
 ہے کہ شش کی قدرتی جاست تحت کرمف دوثلث یا آدھی ہو جائے۔ شش کے
 انقباض کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ احشار اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، اور چونکہ عموماً صرف
 ایک ہی جانب ماؤف ہوتی ہے لہذا واسطہ (mediastinum) اسی سمت کھنک

آتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ سارا شش متغیر ہو کر لینی یافت کا ایک کثیف تودہ بن جائے جس کی موجودگی کی وجہ سے مختلف چھاؤں کا رمادی رنگ نظر کرنا ہے (of various shades of grey) اور توام میں لوجیدار (tough) اور پاتو سے کاٹنے پر کرکر (creaking) ہوتا ہے۔ پلیورازاد (pleurogenous) اساتوں میں ڈور کی پیدائش کا طریقہ غالباً مختلف ہوتا ہے، اور ان اساتوں میں شش ایک دبیز لینی تہ کے ذریعہ سینہ سے مثبت ہوتا ہے۔

علامات اور نمز۔ یہ مرض عموماً مزمن ہوتا ہے، اور وہ مریض جن میں یہ شناخت میں آجاتا ہے، عموماً پہلے مہینوں یا برسوں شکایت کرتے رہے ہیں۔ مریضوں کی سانس پھول جاتی ہے، اور انھیں کھانسی اور نفث (expectoration) ہوتے ہیں جو شش کے کہنوں کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو تمدد الشعب: bronchiectasis) مریض اکثر ڈبلا پٹلا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ خوب تغذیہ یافتہ (well nourished) ہو، اور بہر حال جو کچھ عرصہ کے لئے اس بھار شب عرقی (night sweating) اور عام شبینی اختلال سے متبرہا ہوتا ہے، جو کہ کل روی میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ نفث الدم اکثر موجود ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً ایک جانبی ہوتا ہے۔ سینہ کی تناظر جانب باز کشیدہ (retracted) شلتے دسبے ہوئے اور عظم الکف کا زاویہ باہر کو ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ صدم القلب (آؤف جانب کے طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور سینہ کی تندہت جانبیش گنگلی (hyper-resonant) ہوتی ہے۔ آؤف جانب صرف تغیف سی پھیلتی، اور قوع کرنے پر اضم (dull) ہوتی ہے۔ جب چھوٹی نابیاں ملکوس جرتی ہیں تو جواکا واخلہ کم ہوتا ہے، ورنہ شعی نفس، شعب صوتی (bronchophony) صدکلامی (pectoriloquy) اور تنم لفظات ہوتے ہیں۔ نفسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) تغیر پذیر ہوتا ہے۔ آؤف شش لاشاموں سے کچھ عباشت (opacity) ظاہر کرتا ہے اور پلایاں کھیر پل پل ("roof tiling") ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔ اکثر انگلیوں کے سروں کی دباؤت یا لگرنہ شکلی ("clubbing") (ملاحظہ ہو صفحہ 565) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر راست جانبی مثل قلب موجود ہو۔

تشخیصیں۔ اس حالت کو تپل ریوی (phthisis) مزمن انصبابی ذات الجنب (chronic pleurisy with effusion) اور سینہ کے اندر کی خبیث بالیدگی (malignant growth) سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ سہل ریوی سے شناخت کرانے والا خاص مظہر بخار کی اور بیہوشی کی عدم موجودگی ہے۔ یہ مرض اکثر سختی کے ساتھ یک جاتی اور تباہی ہوتا ہے۔ برنات سہل ریوی کے جو عموماً اسی جوتی ہے، اور دوسرے شش کو ذوق کئے بغیر شافہ جی ایک شش کے اندر ترقی یافتہ درجہ تک پہنچتی ہے۔ علاوہ ازیں ساق میں عصابت تمدن نہیں پائے جاتے۔ دیرینہ ذات الجنبی انصبابہ (pleuritic effusion) جیکے ساتھ سینہ بزرگ شدہ ہو، یعنی شش سے قریبی طور پر مشابہت رکھ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تشخیص کو صاف کرنے کے لئے سوئی کے ذریعہ استقصا (exploration) کی ضرورت پیش آئے۔ دسوں صدری سہلانی صلعہ (intrathoracic carcinoma) کی سرگزشت قلیل المدت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ در و اور وسیع جھہن اور دباؤ یا قلب کی غیر وضعیت (displacement) کی علامتیں موجود ہوں۔

لاشعاعی امتحان بیشہ عمل میں لانا چاہئے، اور اسی طرح شعبہ جینی۔ اندر ارباخر خراب ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ مرض کا مہر نہایت مست ہو، اور دس یا پندرہ سال کی موت رکھتا ہو۔ بچے بعض اوقات شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ موت دائیں قلب کے فشل (failure) سے یا تبدیج بڑھتی ہوئی خستگی (exhaustion) سے جو وافر مواد خارج ہونے کے بعد واقع ہو جاتی ہے، یا انتقالی (metastatic) خراج اور خاص کر دماغی خراج سے واقع ہو سکتی ہے۔

علاج۔ مریض کو سختی الامکان بہترین آب و ہوا میں اور بعضی حالات میں رکھنا چاہئے۔ اسے گرمی میں تازگی بخش ہوا (bracing air) لیکن سردی میں ایک گرم آب و ہوا ملنی چاہئے۔ ہر زمانہ میں سردی لگنے سے بچنا چاہئے۔ اور مغذی خوراک اور مقویات جیسے کوفزین، فولاد (iron) اور کالڈیورائیل (روغن جگر ماری) استعمال کرتے چاہئیں۔ کھانسی، نفث، اور دوسرے علامات جیسے جیسے کہ وہ پیدا ہوتے جائیں ان کا علاج اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جس کی ہدایت سہل ریوی

اور شعبی التهاب اور تمدد الشعب (bronchiectasis) کے تحت کی گئی ہے۔

شش فحشیت۔ کوئلہ کی کان کھودنے والے کی زندگی صحت مندانہ ہوتی ہے، گوکہ ایسا ہونا تعجب انگیز ہے کیونکہ ششوں میں کاربن کی بہت بڑی مقدار کا جماؤ پایا جاتا ہے یہاں تک کہ وہ خالی آنکھ کو سیاد نظر آتے ہیں۔ کاربن تمدن کے خلاف حفاظت کرتی ہے۔ سٹارٹم، بعض رقبوں مثلاً جنوبی ویلز (South Wales) میں دیوی متواتریت (silicosis) واقع ہو کر مرنے والی مرض سے موت واقع ہو جاتی ہے، لیکن ان کان کنوں میں بھی جو کہ دوسرے اسباب سے مرے ہوں ششوں میں پتھر کے ریزوں کی مقدار طبی سے بہت زیادہ ہوتی ہے (51)۔

ریوی حنوا نیت (silicosis)۔ ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا منستی مرض ہے جس کے لئے کارگر کو معاوضہ طلب کرنے کا حق حاصل ہے اور جنوبی افریقہ میں توجہ کے ساتھ اس کا مطالعہ کیا گیا ہے، کیونکہ وہاں یہ رینڈ (Rand) کی سونے کی کانوں میں پھیلا ہوا ہے (52)۔ سادہ قسم میں پتھر کے ریزے شش اور جذری غدود (root glands) کا گرہ کی تلیف پیدا کرتے ہیں۔ اس سے لاشعاعی غم یا ایک یا دونوں ریوی میداؤں کے بالائی نصفوں میں ایک میزیکساں غیر متعلقہ جتنی وار منظر (mottling) پایا جاتا ہے جو کہ بعد ازاں عمومی ہو جاتا ہے۔ غبائشیں (opacities) بالعموم اس سے تیز تر اور واضح تر ہوتی ہیں کہ جتنی عمومی تمدن میں ہوتی ہیں اگر یہ مشابہت قریبی ہوتی ہے۔ ایک ابتدائی منظر جو کہ مشک پیدا کرتا ہے ایک بے برگ درخت کی مانند عمومی تشجر (arborisation) ہے جو کہ ششوں میں شبنی یا شاید عروقی درخت کی کثافت بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتدا میں علامات بالکل نہیں ہوتے، لیکن بعد میں کھانسی، متوالی، زکام، سانس چھوٹا اور مسئلہ نشت پایا جاتا ہے گوکہ لاعری بالکل نہیں ہوتی۔ لیکن ذات الجنب بھی ہو۔ مداری قسم میں تمدن کا امضہ ہو جاتا ہے کیونکہ استنشااق کے بعد پتھر کے ریزے آمیدگی کی وجہ سے لونی ملکہ ترشہ (silicic acid) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ وصافی ملکیٹ (silicates) بھی ہاتھوں کی CO کے ذریعہ ملکہ ترشہ میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر کی وجہ سے ایک ایسی سلی تودہ لپو دریں آتا ہے جس میں

تھخر کا ایک مرکزی حصہ اور اس کے گرد اگر دالہتانی تھیں ہوتی ہیں۔ عضیات درنیہ جو کہ اتنی تھوڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں باقیوں ان سے نہٹ سکتی ہیں، مرکزی رقبہ میں سرعت سے ٹکڑا کر کے ہیں اور تعداد میں اتنے بڑھ جاتے ہیں کہ مقامی دفاعی قوتیں ان سے عاجز آ جاتی ہیں اور وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (50)۔ لاشعاعی فلمیں کے غیر شفاف رقبہ جات جہامت اور توزیع میں زیادہ بے قاعدہ ہو جاتے ہیں، نائچوں کے سایے زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں اور اہانت ایک پورے طور پر نمونہ غیر مشکوک ریوی تدرن کی ہو جاتی ہے۔ مرض کی تخریبی۔ گرد سے بچاؤ کی غرض سے دن بھر کے کام کے بعد جو اس کے جھکڑ سے صفائی کر دینا (blasting) گرد کو بھانے کی غرض سے پانی اور عسہ ترویج۔

ریوی امبلتوسیت (asbestosis)۔ استوس لوسہ اور ایلو مینم (aluminium) کا ایک سلیکٹ (silicate) ہے۔ مرض نہایت ہی مخفی طور پر بڑھتا ہے، چنانچہ یہ ۶۰ سے لیکر ۱۰ سال کے کام کے بعد نمایاں ہوتا ہے۔ زیریں نئے خنص طور پر ماؤف جرتے ہیں اور ایک منتشر خلیف اور لمبورا کی بڑھی ہوئی دہازت ظاہر کرتے ہیں۔ ذائقہ دیر اور غشوف کی طرح سخت ہوتا ہے اور شش کے قاعدے میں دانت کرتا ہے، اور لاشعاعی فلموں میں اس کی بالائی سطح ایک نہایت ہی مینر بے قاعدہ یا گالے میا منظر پیش کرتی ہے۔ آخر کار تمدد الشعب رونما ہو جاتا ہے۔ اس امر کے متعلق کچھ شک ہے کہ آیا تدرن پیدا ہونے کا کوئی خاص احتمال ہوتا ہے۔ باقی میں مینر استوس اجسام (asbestos-bodies) پائے جاتے ہیں لیکن باقی ہر طرح سے علامات یعنی شش کے ہوتے ہیں۔

شش کی گسنگرین

یہ ایک مقابلہ شاذ عارضہ ہے، لیکن مختلف حالات میں پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کی گسنگرین حادہ لختی ذات الریه (acute lobar pneumonia)

کا ایک طریقہ انتہام ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کا انحصار فریڈ لینڈر کے عصیہ پر ہو اور شاذ طور پر یہ سِل ریبوی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے پیدا ہونے کے مزید طریقے یہ ہیں۔ سشش پر ہم پہلو مرض 'مثلاً مری کے سرطانی سلحہ' خراجات اور متفحیح کیستی دوسریوں (suppurating hydatid cysts) کے حملہ اور ہونے کے نتیجہ کے طور پر جذبات سشش (root of the lung) پر آنورسا کے دباؤ سے اور سینہ کی چونوں سے جو ذات الریہ یا قفح الصدر پیدا کر دیں۔ شعبہ میں پھٹنے ہوئے اجسام غریبہ کی وجہ سے اور قفح آبویات کے اندر رکے ہوئے افرازات کی موجودگی سے۔ دہن، حلق، حنجرو، مری یا واسطہ (مڈیا سٹائٹس) کے عفونی امراض [مثلاً زبان یا حنجرو کے سرطانی سلحہ، لوزین کے اعتاش (sloughing)، 'دُفحیہ یا مری کے سرطانی سلحہ'] سے نکلے ہوئے ذرات کے پھیپھڑوں کے اندر چلے جاتے ہیں۔ سشش کے اندر غذا کے ذرات اتفاقاً یا تنے کی آتشیں کھنچ کر پینے جاتے ہیں۔ بالخصوص اُن اشخاص میں جو مخمور (drunk)، 'مجنون' تو مازدہ (comatose) ہو یا شلل حنجرو (laryngeal paralysis) میں مبتلا ہوں۔ یا ساریت زدہ پانی سے جو غرقابی کے دو سامان میں سانس کے ساتھ اندر چلا گیا ہو۔ بعض اوقات سشش کی گنگرین التهاب اُذن (otitis)، قروح الفرائش (bedsores)، 'نفاسی عوارش' (puerperal disorders) وغیرہ کے بعد قفح الدم پیدا ہونے سے ہو جاتی ہے۔ یہ گندی گی زاعفویات (putrefactive organisms) جن میں عصیہ ویلیج (Bacillus Welchii) بھی شامل ہے، کی موجودگی سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ سشش کا ماؤف حصہ میلے، سبزی مائل بمورے یا سیاہ رنگ کا ہوتا ہے، نرم ہوتا ہے، یہ آسانی ٹوٹ جاتا ہے، بلکہ متموہ (diffluent) ہوتا ہے، اور اس میں سے اکثر یہ بونکلتی ہے۔ وہ عموماً متبہذات الریوی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس میں وہ بند ترچ منتقل ہو جاتا ہے، یا جس سے وہ ایک خط فاصل کے ذریعہ کم و بیش فوری طور پر جدا معلوم ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ مریض اشخاص اصابتوں میں منتشر ہوتا ہے اور دوسری اصابتوں میں محدود گنگرینی بافت ملتی ہے کہ ٹوٹ پیوٹ کرنفٹ کے ذریعہ علاج ہو کر ایک کہف چھوڑ دے جس کی دیواریں

پھیٹی ہوئی (ragged) اور پارہ پارہ (shreddy) ہوتی ہیں۔ اور کبھی ایسا کہنہ ایک پلیورائیٹا ساچہ (pleural sac) میں دھوکر ریٹرو انٹرا ویکل (pyo-pneumothorax) پیدا کر دیتا ہے۔

علامتیں۔ شش کی نگرانی جیسی کہ وہ اکثر ایک ثانوی نذر کے طور پر موت سے عین پہلے واقع ہوتی ہے، آسانی نظر انداز ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس مکن ہے کہ اس کے علامات بجائے خود نمایاں ہوں یا اولیٰ نذر کے علامات کو ڈھانک دیں۔ نفث تین (fœtid expectoration) اور سانس کی بدبو نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ آخر الذکر تہایت تیز ہو سکتی ہے یہ بڑے فاصلہ تک پہنچتی ہے اور ایک بجائے کرے میں مریض کے ساتھ دوسرے شخصوں کا رہنا تقریباً ناممکن کر دیتی ہے۔ تساقی میلارامادی یا سبزی مائل ہمورا یا متغیر شدہ خون کی وجہ سے سیاہ ہوتا ہے۔ اور اس میں یا تو گسنگری شش کی یا نفث کی دھبیاں (fragments) پائی جاتی ہیں یا خردبین سے نشیلمی پھلکارا ریٹے پھیلتے جلتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ کبھی نفث الدم (hamoptysis) واقع ہو جاتا ہے۔ کھانسی درجہ پہلو اور بے قاعدہ اور اکثر متواتر ارتفاع حرارت (intermittent pyrexia) بھی موجود ہوتے ہیں۔ طبی امارات تجزیہ اور کہنہ کے ہوتے ہیں جو مرض شش کی وسعت سے متناسب ہوتے ہیں یعنی اہمیت (dulness)، شعبی یا کبھکی تنفس، شعبہ صوتی، اور اوسط درجہ کے یا موٹے لفظات۔ لیکن تشخیص میں ان کی قیمت کا انحصار بڑی حد تک ماضی مرض پر ہونا چاہیے بشرطیکہ ایسا کوئی موجود ہو۔ مکن ہے کہ مرض متشعبرہ اور درجہ پہلو کے ساتھ شروع ہو یا نفث الدم کے ساتھ یا تپ کے متبادلی حملوں اور بدبودار نفث کے ساتھ۔ بیشتر اصابتوں میں ان کے بعد انبطاح (prostration) اور اس کے ساتھ نبض تیز اور صغیر اور زبان خشک ہوتی ہے اور مقوڑے ہی عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اضاہیں جینوں یا برسوں تک قائم رہتی ہیں اور ان میں شدت علامات میں بہت غیر و تبدل ہوتا رہتا ہے، لیکن ایک مہلک انجام ناگزیر ہوتا ہے۔ اور چند اصابتوں میں جن میں گسنگریٹ کی غالباً ایک چھوٹی چٹکتی ہی موجود ہوتی ہے

فی الحقیقت شفا یابی واقع ہو جاتی ہے۔

۱۱ علاج۔ یہ بدبودار شیمی التهاب (foetid bronchitis) یا تمدد الشعب (bronchiectasis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے۔ آرسینو بنزول (arsenobenzol) یا نوو آرسینو بنزول (novarsenobenzol) سے کامیا بیاں حاصل ہوئی ہیں۔ بعض اوقات ضد عفونت سنگکاف (antiseptic incision) اور زخیم کی مسیلت (drainage) کے جراحی علاج سے ایک گنگرہ فی کبھد علاج پذیر ہوتا ہے یا شعبہ بینی استعمال کی جا سکتی ہے۔ علیہ پر اس وقت غور کرنا چاہئے جب کہ یقینی تشخیص ہو سکے اور سلام حالات بجائے خود ہلاکت خیز نہ ہوں۔

ریوی تدرن

(PULMONARY TUBERCULOSIS)

شش کا تدرن کئی شکلوں میں ہوا کرتا ہے۔ ایک میں عضو کے سارے طول و عرض میں دقیق و درف (tubercles) کی عام توزیع ہوتی ہے جو عموماً طور پر پیدا ہو جاتی ہے اور اس میں عصیات و درنیہ کسی دوسرے حصے مثلاً شیمی یا عصبی غدہ سے یا ایک مفصل یا گردے سے یا کم عام طور پر خود شش میں کے مزمن مرض کے ایک مرکز سے خون کے ذریعہ منتقل ہو کر مرض پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ حادثہ شکل اکثر ایک ایسے عام و عمومی تدرن (general military tuberculosis) کا حصہ ہوتی ہے جس میں درنی التهاب سمجھا عموماً ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔ ریوی تدرن کی دوسری شکلوں میں یہ مشترک مظہر ہوتا ہے کہ شش کا مرض سریراتی تصویر کا عموماً بڑا حصہ ہوتا ہے۔

سلسلہ ریوی (phthisis or consumption) ہٹوں یا اواخر طفلی کا ایک مزمن مرض ہے جس میں شش کے ایک چھوٹے حصے عموماً اس میں چھوٹے درنئے (tubercles) پیدا ہوتے اور نکاثر کرتے ہیں اور مختلف درجہ کی سرمتوں کے ساتھ شش کے دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ اس طرح وہ ابتداءً بالکل مقامی ہوتا ہے

بعد کے تغیرات کو دوسرے عضو یوں خاص کر نبقہ ریویہ، نبقہ سبھیہ اور نبقہ عنبہ ریویہ کے فعل سے مدد ملتی ہے۔ راسی سئل (apical phthisis) غالباً شش کی راست سرایت کے طور پر شروع ہوتی ہے جو درنی عصیات کے استنشاق کے باعث ہوتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ ابتداء اس کیوں متاثر ہوتا ہے، بہت بحث و مباحثہ ہوا ہے۔ کیتھ (Kwath) نے بتلایا ہے کہ شش کا یہ حصہ دوسرے حصوں کی نسبت کم ترویج یافتہ ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ صدر کا قلعہ نسبتاً حرکت ناپذیر ہوتا ہے اور سب سے زیادہ حرکت ڈائفرام پر اور دیوار سینہ کے زیریں حصے پر ہوتی ہے۔ چونکہ ترویج راس پر سب سے زیادہ کم ہوتی ہے، لہذا یہ بھی ہونا ممکن ہے کہ وہاں دوران خون بھی سب سے کم ہو جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہاں عصیات کو ایک موزوں ماحول (favourable nidus) مل جاتا ہے۔ دوسری توجیہ جو زیادہ قرین قیاس نہیں معلوم ہوتی، یہ ہے کہ سرایت لوزتین میں شروع ہوتی ہے اور رفتی عروق لفائیہ کی راہ سے پھیلا کر اسے پار راست راس شش تک پہنچ جاتی ہے۔

سئل ناچہ (hilum phthisis)، 'اگلد شعبی سئل (peribronchial phthisis) بھی پھیپھڑوں کا ایک مزمن مرض ہے جس کا وقوع بالنفوں میں کیتھ کم عام ہے، لیکن بچوں میں مزمن ریوی تدرن عموماً یہی شکل اختیار کرتا ہے۔ خاص مزر شعبی غد کی اور ان عروق لفائیہ کی تدرنی در ریشگی ہے جو گرد و پیش کے شش سے آکر ان غد کے اندر میل جوتے ہیں۔ پہلے تو شش کو دی گئی ہے کہ ان اصابتوں میں شش ہی اولی ماسکہ (primary focus) بہم پہنچاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 85)۔ پھیپھڑوں کے عروق لفائیہ درنی عصیات کو اخذ کرتے اور بتدریج اس عمل میں مختق (choked) یا سدود ہو جاتے ہیں اور یہ عمل نافچہ کے مقام سے شروع ہو کر بتدریج باہر کو پھیپھڑوں کی طرف پھیلتا ہے۔ سئل ناچہ پھیپھڑوں کی کسی بھی مقام پر اس سے زیادہ حادث تدرنی عمل بھی پیدا کر سکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ سالہا سال کے عرصہ میں شفا یاب ہو جاتی ہے اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ وہ ریوی مذہب است (pulmonary scars) جو استخوان بعد المات میں اس قدر عام طور پر پائے جاتے

ہیں، زمانہ کفولیت کے اسی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں، جواب ناپید ہو چکا ہے۔ ایسی حالت میں بالٹوں کی راسخاسل (apical phthisis) یا بعد زندگی کی ایک سرایت مکرر (reinfection) ہوتی ہے، اگرچہ اس امراض کی وہ مریض جسے ایک بار سئل نافیج ہو چکی ہے تازہ سرایت کی خاص طور پر جسامیت رکھتا ہے یا خاص طور پر اس کی قوت مدافعت رکھتا ہے، شبہ کی گنجائش ہے۔

تدریس ان نما (epituberculosis) بچوں میں شش کا وسیع حجم ہے جو کہ ایک چھوٹے سے تدریسی ماسک کے گرد واقع ہو جاتا ہے۔ حجم بذات خود درنی ایک بائ کا بنا ہوا نہیں ہوتا، بلکہ ممکن ہے وہ ایک غیر نوعی درنی شش کی ہو جو بڑے پیمانہ پر اس درم کے ساتھ جو ایک مانٹو (Mantoux) کے مثبت نشانیوں پر ہوتا ہے مشابہت رکھتی ہو، چنانچہ یہ ظہور ممکن کے اشراپ کے بعد فی الفور نمودار ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے تدریسی غدہ کا ایک شعبہ پر دباؤ پڑنے سے وسیع ہو جاتا ہو، کیونکہ جب تدریسی غدہ کو دور کیا گیا ہے تو وہ بھی زائل ہو گیا ہے (57)۔ ممکن ہے احمیت اور شعبی تنفس موجود ہو اور لا شعاع، بالعموم دائیں شش کے وسط میں ایک ہموار سایہ ظاہر کرے، جو کہ نافیج سے پھیلتا ہو اور جس کا اس محیط پر ہو۔ اس رقبہ کے بزل پر درنی محسوس دریاقت ہوئے ہیں۔ اس کو ذات الریہ سے اس طرح ممتاز کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر میں سایہ کا اس نافیج کی جانب ہوتا ہے، نیز اس میں انحلال چند دن میں واقع ہو جاتا ہے۔ تدریس نما کا انحلال چند ہفتوں کے بعد واقع ہوتا ہے۔ انداز اچھا ہوتا ہے۔

تدریس فی شعبی ذات الریہ (tuberculous broncho-pneumonia)

164 ایک حادثہ تدریسی عمل ہے، جو بالخصوص بچوں یا نو عمر بالٹوں میں ہوتا ہے، اور جس میں جینی تدریسی ماسکات (caseous tuberculous foci) سے آغاز پذیر کئی بکوں کے پیچھے پٹروں کے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ وہ بچوں میں عموماً اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ایک بڑا جینی غدہ متفرق ہو کر ایک بڑے شعبہ میں کھل جاتا ہے، اور اس کا اعلیٰ درجہ کا سرایت رساں مادہ بذریعہ استنشاق سانسے پیچھے رہتا ہے، جس سے تدریس شعبہ پیدا ہوتا ہے۔ عموماً اس خاص طور پر باؤف نہیں ہوتا۔

حاذ ذات الریوی ساء (acute pneumonic phthisis) جسے "سلاہ کفن" (galloping phthisis) یا "سویج" (phthisis florida) کہتے ہیں، ایک اور بھی زیادہ ماحول سبب درمیدرجہ، بیضیان کینہہ سبب۔
ریوی تدرین کے اس سبب پر پیسہ عام تدرین کے ابواب میں بحشت جو مکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔

سلاہ ریوی کی مرضی تشریح - پیسہ پھڑوں کے اندر جڑ (tubercles) نہایت تمثیلی طریقے سے بنتے اور نمو یاب ہوتے ہیں، اور ان میں ان کے عفرتی خلیات کے نظامات (giant-cell systems) اور ان کا تجتبن ہو کر ٹوٹنے کا رجحان موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 86)۔ معمولی راسی فز میں یہ عمل ایک چھوٹے عفتبانی شعبہ کی دیوار میں ششروع ہوتا ہے۔ تجتبن (caseation) واقع ہوتا ہے اور درونی تودہ ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے۔ اس مواد کا اخراج شہہ کی راہ سے ہوتا ہے اور ایک دقیق کہنہ بن جاتا ہے جو اس شعبہ سے ملحق ہوتا ہے۔ اسی درمیان میں یہ عمل شش کی متصلہ بافتوں کے اندر پھیل جاتا ہے جو کہ کچھ تو تجتبن اور کچھ غسوی (cellular inflammatory exudate) کی وجہ سے تجمہ ہو جاتی ہیں۔ یہ غسوی رقبے رنگ میں سیاہ ہوتے ہیں اور ان میں چھوٹے پسیدہ جینی درسنے کچھوں کی صورت میں منتشر ہوتے ہیں اور زیادہ کہنی سکون (cavity formation) نظر آنے سے پہلے عموماً تجمہ خاصی مقدار میں واقع ہو جاتا ہے۔ تجتبن اور تفتج کے ایک مخلوط عمل سے کہنہ بن جاتے ہیں۔ متصلہ یا رم پہلو کہنے ایک دوسرے میں ملی کر بالآخر شش وسیع طور پر کھو کھلا ہو جاتا ہے۔ دیواریں نسبتاً ابتدائی درجوں میں اکثر جینی چاؤ سے جی جونی ہوئی ہوتی ہیں لیکن پرانے کہنوں (vomicae) میں یہ بالکل مکنی ہوتی ہیں۔ وہ اکثر تندوں یا سہکوں (trabeculae) سے عبور کی ہوئی ہوتی ہیں جن میں ریوی عروق موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اس اطلاقی عمل کی مداحست کرتے ہیں لیکن شہات عموماً جملہ کیفے بڑے ہوتے جاتے ہیں اسی تناسب کے ساتھ حشرج ہو جاتے ہیں اور ہر کہنہ کے اندر ایک یا زائد شہات واہوتے ہیں۔ کہنوں (vomicae) کے مافیہ جینی مادہ شش کی بافت کا چورہ

(debris) اور پیپ ہیں۔ آخر الذکر شے پُرانے کبنوں میں غالب مقدار میں ہوتی ہے۔ اس کی مقدار کثیر نہ رہتی ہے، اور بعض حالات میں اتنی کم ہوتی ہے کہ عرصہ ہائے دوا تک کوئی نفٹ نہیں واقع ہوتا۔ سئل ریوی کے کبنوں کے اندر وضع گندی لگی (putrefaction) صرف شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔

درد کا پہلا جاؤ بالائی نختے کے راس سے دو یا تین انچ نیچے زیر ترقوی خط میں ہوتا ہے، اور پھر تازہ بہ تازہ جاؤ اس سے نیچے اور پھر اور نیچے واقع ہوتے رہتے ہیں۔ شش کے تازہ بہ تازہ حصوں پر یہ حملہ بلا واسطہ راست (direct contiguity) سے لسانی مجاری سے اور زیادہ تر شعبات کی راہ سے واقع ہوتا ہے۔ ان کے اندر سرایت رساں ذرات استنشاق کے ذریعہ آکر مرض کے تازہ ماسکات پیدا کر دیتے ہیں۔ مکن ہے کہ اس وقت تک جب تک کہ نوبتہ نیچے کے لیولوں پر درد نے نہیں پہلا ضرر بہت کچھ تجمہ پیدا کر چکا ہو۔ ازاں بعد اس وقت جب کہ درد قاعدے کے طرف جہر رہا ہوتا ہے شش کے وسط کا حصہ تجمہ ہو چکا ہوتا ہے اور شاید راس میں ایک بڑا کھنہ موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح صرف مرض کی ترقی کسی ایک شش میں غیر مساوی ہوتی ہے، بلکہ وہ دونوں جانبوں کے پیچ پیٹوں میں بھی غیر مساوی ہوتی ہے۔ اور اس طرح ایک ترقی یافتہ اصابت میں ایک راس پر نہایت وسع مرض کا پایا جاتا، اور مقابل قاعدے پر نہایت تندرست بافت یا ایسی تندرست بافت کہ اس کے سوا کوئی دوسری تندرست بافت ہی نہ ہو، کا ملنا عام ہے۔ نختہ زیریں کا اولی ضرر (اولی متاعی رسل = primary basal phthisis) شاذ ہے۔

ان اصابتوں میں کہ جن میں قوت مدافعت ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے مکن ہے کہ سرایت کے کسی اولی ماسک سے بساق کا استنشاق شعبات کی راہ سے واقع ہو، اور پیچ پیٹوں کے سارے طول و عرض میں بہت سے تجمہ اماسکات کم و بیش ہنرماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ جتنی مادی کے خارج ہو سکتے ہیں، مکن ہے کہ ہر ثانوی ماسک کے گرد کاشش درد نہیختہ ہو جائے۔ سارا شش کچھ تو جینی اور کچھ جیلا تین نما مادی سے بھر کر بالکل ٹھوس ہو جاتا ہے اور آخر الذکر

ادہ شش کے اس جزو کی نامزدگی کرنا سبب جھکاؤ کا نشانہ ہے جو اسے (جینی
 ملحقہ ذات الریه: caseous lobar pneumonia) اور اس کی وجہ اور بنی
 بہل: (acute purumonic phthisis) دوسری مثالوں میں امتحان بعد الحما
 میں بڑے بڑے کتبہ، اسٹائٹس، غلغلی، نکروزس میں، پائے جاتے ہیں، اور ان کی وجہ اور بنی
 بنی ہوئی (ragged) ہوتی رہتا ہے۔ اگر مریض اس سے کم ترقی یافتہ درجہ میں گر گیا ہو
 تو شش کی حالت اور بنی اور جیلانی، نتیجہ ظاہر کرے گا جن میں ابتدائی
 کھنکی نکوین پائی جائے گی (جینی شخصی ذات الریه: caseous broncho-
 pneumonia) کیونکہ ان رقبوں کو باہر مخلوط ہو کر منتشر ذات الریه کی حالت
 (diffuse pneumonic condition) پیدا کر دینے کا وقت نہیں ملتا ہے۔

لیکن اس باتوں کی غالب تعداد میں اس عمل اذکار کو پورا موصوفہ حاصل
 نہیں ہوتا۔ انتہائی تغیرات مختلف اس باتوں میں بحالی کے تغیرات ظاہر کرتے
 ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ فساد (mischief) اپنے مریض ایک یا دو بار طولی عرضوں تک
 موقوف ہو جائے، یا بلکہ ابتدائی زمانہ میں ہی دب جائے، اور آگے نہ بڑھے۔
 یہاں یعنی بافت کا نو ایک اہم عامل ہوتا ہے۔ یہ سوائے نہایت حاد اس باتوں
 کے شاذ ہی غیر موجود ہوتی ہے، اور مریض اس باتوں میں مریض شش کی باقی ماندہ
 بافت کا ایک بڑا جزو بنتی ہے۔ نتیجہ شش میں بین نشت کی فاعلات کے مریض
 اس کے کثیر السد او بند دوڑتے ہیں، شباب، عروق و مویہ اور کہنوں کو گھیرے
 دوسرے ہوتے ہیں، اور حشائی پلور کے نیچے ایک کثیف تہ بناتے ہیں (یعنی بسن
 fibroid pbthisis)۔ یہ یعنی بافت اکثر ملون ہوتی اور باجیا جینی توڑوں کے
 ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ وہ اپنے انقباض سے کہنوں کی جسامت کو کم کر دیتے گا
 ۔ جہان رکتی اور اطلاق اعمال کے مقابلہ میں کی قدر مزاحمت پیش کرتی ہے۔ اور
 بعض موافق اس باتوں میں در نہ کا ایک چھوٹا جھاؤ بالآخر تمام تر تغیر ہو کر ملون یعنی بافت
 کا ایک تو وہ بن جاتا ہے، جو فی الحقیقت سندرست شش کی اتنی ہی مقدار کی جگہ
 لے لیتا ہے، مگر دیگر لحاظ سے بے ضرر ہوتا ہے۔ جینی ماقہ میں کیلیم کے لحاظ کے
 جھاؤ کی وجہ سے ان ندبات (cicatrices) کے اندر کلی ذات کا لحاظ غیر عام نہیں۔

اور ایسے ندبہ (cicatrix) کے گرد وہ حالت پیدا ہو سکتی ہے جسے قلعہ یعنی نقحہ کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۶) تاہم یہ نہیں سمجھ لینا چاہئے کہ لسانی بافت کی ٹکڑیاں اور ٹکڑیاں ہمیشہ اندامی عمل میں آخری درجہ ہوتا ہے۔ سلسلہ وار لاشعاعی امتحان (serial X-ray examination) سے ظاہر ہو گیا ہے کہ ممکن ہے اس نوعیت کے جواو بالآخر جذب ہو کر بالکل غائب ہو جائیں، اور پھر مریض کو دوبارہ صحت کلی حاصل ہو جائے۔

ذات الجنب بالکل ابتدائی درجہ میں موجود ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ خشک ہو۔ لیکن ایک صاف پوال کے رنگ کا (straw-coloured) مصلی قائم رہی انصاف نہایت عام ہے، اور یہ یا تو اس مرض میں یہ دیر ہوتا ہے یا اس کی آمد آمد کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ ایسا انصاف خون کے رنگ کا ہو سکتا ہے۔ اس کے خصائص بعد میں بیان کئے گئے ہیں، اور ممکن ہے کہ جب یہ عمل اندام پذیر ہو تو وہ بھی تبدیل رج جذب ہو جائے، یا ایک خشک ذات الجنب رہ جاتا ہے اور آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کے ماؤف حصے پر لسانی بافت کی ایک دبیرہ کی ٹکڑیاں ہو جاتی ہے، جو شش کو عموماً دیوار سینہ سے مضبوطی کے ساتھ جوڑ دیتی ہے۔ شش کا یہ انضمام (adhesion) ایک اہم اثر رکھتا ہے، کیونکہ اگر عمل انضمام (process of excavation) سطح کے طرف ایسے نقطہ پر پڑے جو منصفہم (adherent) نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ کہفہ (vomica) متفرج ہو کر اپنے مافیہ لیوڑی کہفہ کے اندر خارج کر دے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اول تو ایک مادہ ذات الجنب (acute pleurisy) پیدا ہو جائے جو عموماً ریوی قسم کا ہوتا ہے (یعنی تقیمہ الصلہ ہو جائے)، اور دویم، لیوڑائی تاجہ کے اندر ہوا داخل ہو کر استرواح الصلہ پیدا ہو جائے، اور اگر ستیال موجود ہو تو ایک آبی یا ریوی استرواح الصدر (hydro-or-pyopneumothorax) ہو جائے۔

اتلاف ساخت کا ایک دوسرا اہم نتیجہ شرف (haemorrhage) ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ صرف استلا (congestion) کا نتیجہ ہوتا ہے آخری درجوں میں عروقی دیواروں پر مدہ کار راست حملہ ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے ممکن ہے کہ

وہ متاثر (vreded) ہو جائیں یا وہ کمزور ہو کر تسخ ہو جائیں اور اس طرح انور سے بنادیں جو کہ مٹریاسیم کے بیج کی جیامت تک پہنچکر بالآخر اپنے سب سے زیادہ پستلے حصے کے مقام پر ٹوٹ جائیں۔

مکمل ہے کہ سب ریوی کے دوران میں تمدن کا سلسلہ جسم کے دوسرے حصوں پر ہو جائے۔ مزار (glottis) کی رادے درخشاؤں (tubercle-laden sputum) کے مسلسل گزرنے سے سخی درد (laryngeal tubercle) پیدا ہو جاتا ہے۔ سناق کے نکلنے اور غذائی قتال کی راہ سے اس کے تدریج گزرنے سے لفافہ نئی یا آشور (caecum) کا ذریعہ تفریح اور تا سوز میرز (istula in ano) پیدا ہو جاتا ہے۔ بارطون گردہ برنج (epididymis) منوی حویلاست (vesiculae seminales) رحم اور اس کے نیمیہ جات، پیلوں اور ریزہ کی ہڈیوں کا تمدن [اور اس سے پیدا ہونے والے خرابیت، جیسے کہ تحری پھوڑا (psaos abscess)] اور دوسری ہڈیوں اور مفاصل کا تمدن، ریوی مرض کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتا ہے اور یا تو اس سے پیدا ہو جاتا ہے یا بعض مشالوں میں ایک اولیٰ ماسک کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بعض اوقات عمومی تمدن (general tuberculosis) معدہ الہتاب سمایا (meningitis) اس منکسر کو ختم کر دیتا ہے۔ ایڈیسن کا مرض (Addison's disease) شاذ ہے۔ چند سال پہلے شفا خانہ کی ہسپتالک اصابتوں کی، فیصدی تعداد میں جگر طحال گردوں اور امعاء کا پریشی مرض (lardaceous disease) پایا گیا۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عدم دسویت یا ریوی تبوی (aeration) کی قلت کے باعث، فضلہ قلب شمی، انخفاظا نظر کرتا ہے۔ مزمن لینی مرض (chronic fibroid disease) میں دایاں بطن میں بیش پروتھو (hypertrophical) ہوتا ہے۔ شمی جگر عام ہے۔

سب ریوی کی سرسریاتی روئداد۔ سب ریوی ایک تیز یا ایک ست ممر سے جاری رہ سکتا ہے۔ مندرچہ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص اس اصابت پر جو گاجوچہ اد سے لے کر چند سال تک جاری رہتی ہے۔ مرض کا آغاز مختلف طور سے ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتیں کھانی اور خفاطی

یا ریوی نفث سے شروع ہوتی ہیں جس کا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا، یا جو سردی لگنے (chill) یا مکشف (exposure) سے منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسری اصابتیں نفث الہا (haemoptysis) یا خون تھوکنے کے ساتھ شروع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض نگاہ اجمعی صحت کی حالت میں رہا ہو اور اس حالت میں بعض اوقات زور لگانے یا محنت کرنے کے بعد، لیکن بالکل اسیقتدرا اکثر جب کہ وہ یہ حالت آرام ہو یا محل رہا ہو یا کوئی ایسا کام کر رہا ہو جس میں زور لگانا نہ پڑے یا بار نہ پڑے حلق میں ایک گدگدائی سی محسوس ہوتی ہے مریض کھانا کھاتا ہے اور اسے یہ دیکھ کر تعجب اور ڈر معلوم ہوتا ہے کہ اس نے جو کچھ تھوکا ہے وہ خون ہے۔ اب ممکن ہے کہ وہ چند ڈرام یا ایک اونس یا ایک پائونڈ کا نفث کرے۔ ممکن ہے کہ یہ بھی ایک علامت رہے اور سینہ کے امتحان سے کچھ بھی ظاہر نہ ہو لیکن کچھ عرصے کے بعد خون کے تازہ ضیاع کے بعد یا اس کے بغیر کھانسی اور نفث نمودار ہو جاتے ہیں اور یہ اصابت دوسری اصابتوں کی طرح نمودار ہونے لگتی ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں صحت میں فرق آجانے کی پہلی ظاہری علامت (first apparent departure from health) یہ ہوتی ہے کہ ایک بالائی نختہ میں حادثات الریوی کیفیت نمودار ہو جاتی ہے جو صرف جزع صاف ہو جاتی ہے لیکن کھانسی اور نفث جاری رہتے ہیں اور اصابت میں سہل کے تمام مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور دوسری اصابتوں میں پہلی قابل شناخت بیماری ذات الجنب اور انکے ساتھ انصباب مصلی ہوتا ہے۔ یہ انصباب کبھی کبھی خون آلود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بظاہر کئی طور پر شفا ہو جائے اور یا نہ ہو اس کے بعد معمولی ریوی تغیرات نمودار ہو جائیں۔

مختلف اصابتوں میں اس مرض کا مرنہایت متغیر بھی ہوتا ہے۔ وہ بعض جن میں ابتدائی ترین علامات ہوتی ہیں خواہ یہ نفث الدم ہو یا کھانسی یا لاغر (wasting) اگر آپ دیکھو اور اصول صحت کے مناسب حالات میں رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنی صحت کئی طور پر از سر نو حاصل کر لیں۔ اور یہ عرصہ دراز سے معلوم ہے کہ ان اشخاص میں جو حادثات سے ہلاک ہوئے ہوں یا ایسے

مرض سے مرے ہوں جن کاشش سے تعلق نہ ہو، اس (apices) میں تذبذبی (eicatricial) اور لقون پکتیاں، شاید کلی جھاؤ کے ساتھ، پائی باقی ہیں جن کے متعلق صرف یہ سمجھا جاسکتا ہے کہ یہ باہق دروں کی باقیات ہیں۔

لیکن اگر علاج کرا سنے سے پہلے سرایت خوب قائم ہو چکی ہے تو نتیجہ اتنا تشفی بخش نہیں ہو سکتا۔ چنانچہ مرض تین یا چار مہینوں میں ہلکا ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ مریض کو بالآخر ہلکا کر دے۔ پہلے وہ بارہ یا پندرہ سال تک جاری رہے۔ اور اس عرصہ میں اس کی ترقی نہایت غیر مساوی رہے گی، اکسٹروہ مہینوں یا ایک دو سال تک ساکن رہتا ہے اور پھر یہ سرعت بھڑک اٹھتا اور اس کے ساتھ نفث الدم یا زیادہ بخار ہوتا ہے۔ در آخر ایک زیادہ سرایت اصابتیں بالخصوص ماؤف شدہ شش کی وسعت کی وجہ سے ہلکا ہوتی ہیں۔ زیادہ مدت والی اصابتیں پیچیدگیوں کی کثرت کی وجہ سے زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں۔ ان پیچیدگیوں میں سے بعض خود شش کے حررات ہوتے ہیں جیسے کہ نفث الدم، نتیجہ الصدر اور ششی التهاب۔ دوسری وہ ہیں جو دور افتادہ اعضا کو ماؤف کر دیتی ہیں جیسے کہ تدریجی التهاب سحایا (tuberculous meningitis) تقرح امعاء اور اہمال، الٹیاریہ (nephritis) اور احشاء کا چربشی مرض (lardaceous disease)۔

مقامی علامات۔ اب یہ کیس قدر زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کئے

جائینگے :-

کھانسی۔ یہ ایک نہایت عام علامت ہے، اور گویا شش میں سہجہ عموماً اس وقت تک موجود رہتی ہے جب تک کہ مرض کسی حد تک فاعلی رہتا ہے۔ کھانسی یا تو آسانی کے ساتھ ہوتی ہے یا خشک، جس کا انحصار ساق کی مقدار پر اور اس کے آسانی کے ساتھ نفث سے خارج ہوکنے پر ہوتا ہے۔ جب کہنے وسیع ہوں اور ساق ماؤف لختہ کے اسفل حصوں میں ترشیں ہو جائے تو کھانسی لمبیل حلوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے جو مریض کے لئے درد انگیز اور کسے اس پکس والوں کے لئے تکلیف دہ ہوتے ہیں اور شاید ایک منٹ سے

زیادہ تک جاری رہتے ہیں۔ مجزی پیچیدگیوں کے ساتھ کھانسی ایک بحرانی ہونی (hoarse) یا زورکھی (husky) نوعیت اختیار کر لیتی ہے۔

جھکھو (dyspnoea) سانس کا بھولنا اکثر اُس وقت دیکھا جاتا ہے جب کہ شعبی شنج (bronchial spasm) ہوتا ہے۔ آخر الذکر بعض اوقات حساسیتی ذر (allergic asthma) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ جوں جوں شش کا زیادہ سے زیادہ حصہ مرنی ہوتا جاتا ہے اور اس طرح خون کی گیسوں کے باہمی تبادلہ کے لئے کارآمد سطح کم ہوتی جاتی ہے، بہر بھی زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے۔

نفث - ابتدائی درجوں میں یہ شعبی التهاب کے بُاق سے مختلف نہیں ہوتا، یعنی یا تو وہ محض عیالٹی ہوتا ہے یا عیالٹی ریوی۔ اور اس کی توجیہ اُس شعبی التهاب کے اعمال سے ہوتی ہے جو اکثر سِل ریوی کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن بُاق بعض اوقات مقابلہٴ ابتداء ہی میں، اور مابعد درجوں میں تو ہمیشہ ہی کریبی ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ مہر یا مہری مائل زرد ہوتا ہے اور وہ غیر شفاف اور ہوا کے بلبلوں سے بالکل مبرا ہوتا ہے جب وہ نہایت سہل ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ انفرادی بُاقات باہم مخلوط ہو کر اپنی جدا گانہ شکل کھودیں۔ لیکن سِل کے بُاق نفث کے بعد اکثر دیر تک جدا جدا رہتے، اور وہ اس گول چوٹی شکل کی وجہ سے جو کہ وہ بُاق دان میں اختیار کر لیتے ہیں، "فصلکہ نمسا"، (nummular) کہلاتے ہیں۔ یہ بلاشبہ شش کے کہنوں میں افراز کے اجتماع کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اسی واسطے سِل میں مستقل طور پر واقع ہوتا ہے، لیکن اُن اصابتوں میں بھی موجود ہو سکتا ہے جہاں تنع شبات کہنے پیدا کردیں (تعد الشب bronchiectasis)۔ عصبیات ورنیہ کا خرد بینی امتحان بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

نفث الذھر (haemoptysis)۔ جب نفث الدم سِل ریوی کی پہلی علامت کے طور پر واقع ہو تو خون عموماً شوخ سرخ رنگ اور جھاگ دار ہوتا ہے۔ وہ تغیر پذیر تعدادوں میں نفث سے خارج ہوتا ہے اور عام طور پر مریض چند گھنٹوں یا دنوں تک خون کے گٹے (pellets) نکالتا رہتا ہے، جن کا رنگ

سیاہ سے سیاہ تر ہوتا جاتا ہے، اور جو بندہ بیک کم کثیر الوقوع ہو کر عمر بالکل موقوف ہو جاتے ہیں۔ آخری درجوں میں جب کہ مرض خوب قائم ہو چکا ہو تاہے مخاطی ریمی یا ریمی بساق میں اکثر خون کی دھاریاں ہوتی ہیں یا وہ خون آلود ہوتا ہے۔ بساق میں چند دھاریاں شبی مخاطی جملی میں کے چھوٹے عروق سے آسکتی ہیں، لیکن سبیل ریوی کا زیادہ معیار خاصہ وہ شوخ رنگ خون ہے جو کہ بساق کے ساتھ ملا ہوتا ہے، یا ہے ہوئے خون کے ٹھوں کا اخراج ہے جو اکثر دن کے وقت تڑپا ہے۔ وقتاً فوقتاً زیادہ افراط کے ساتھ ویسے ترزفات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں جن میں خون معمولی افزائے الگ ہو کر نکل آتا ہے اور اگر کوئی بڑی رگ متفرج ہو گئی ہو، یا اگر ایک کھنڈ میں کا ایک چھوٹا انورسنا مشقوق ہو جائے (جو عورت کہ زیادہ اکثر ہوا کرتی ہے) تو عموماً اسے ہی عرصہ میں خون کے کئی اونٹ یا ایک دو یا تھنٹ خارج ہو کر اس کے بعد موت برسرعت واقع ہو سکتی ہے۔ نفث الدم دن کے وقت ہونے کی نسبت رات کو ہونے کا کیقہ زیادہ رجحان رکھتا ہے اور ایسا غالباً سردی کی وجہ سے ہوتا ہے (28)۔

طبعی امارات۔ سریر باقی نقطہ نظر سے راسی سبیل (apical phthisis) کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں (Turban-Gerhardt) کی جماعت بندی)۔ درجہ اول میں جو ابتدائی اصابتوں کا ہوتا ہے، مرض ایک یا دو فوس راسوں کے ایک چھوٹے رقبہ میں محدود ہوتا ہے۔ درجہ دوم میں تنجید ہوتا ہے، اور مرض ایک تختہ کے سارے یا زیادہ تر حصے کو موقوف کرتا ہے۔ درجہ سوم اور بھی زیادہ وسیع مرض کا ہوتا ہے جس میں وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن میں کہنی تکوین بہت ہوتی ہے۔

طبعی امارات انھیں درجوں کے لحاظ سے بہترین بیان کئے جاتے ہیں۔ درجہ اول میں ممکن ہے کہ وہ نہایت خفیف ہوں، اور مختلف اصابتوں میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ یا بالٹھ کے ذریعہ موقوف یا پر حرکت پذیری (mobility) کی ایک خفیف سی کمی سسناخت کی جائے۔

اس مقصد کے لئے سکون کے ساتھ تنفس (tranquil respiration) کے دوران میں اور کامل تنفس (full respiration) کے دوران میں اضافی حرکات کو غور سے دیکھنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ اس کا یہ احتیاط قرع (percussion) کرنے پر مقابل جانب کے مقابلہ میں سر کی خفیف سی کمی (slight impairment of note) لائی جائے۔ طبی حالت میں اسی گمگ کا ایک ۵ تا ۵ سینٹی میٹر (۳/۴ انچ تا ۲ انچ) چوڑا بند ہوتا ہے جو شانے پر پھیلا ہوتا ہے (مخالف لٹائے کرائنگ Kronig's isthmus بحالت مرض یہ تنگ ہو سکتا ہے۔ ترقوی ہڈی کے عین نیچے ترقوی ہڈی پر یا فوق الترقوی حشرہ (supra-clavicular fossa) میں سر کی کمی (impaired note) بھی مل سکتی ہے۔ مریض کو ڈھیلی وضع میں بیٹھا ہوا ہونا چاہئے۔ استماع سے اکثر حویصلی خریر (vesicular murmur) کی کمی (diminution) اور باریک یا اوسط درجہ کے لفظات (fine or medium râles) پائے جاتے ہیں جو کھانسنے کے بعد پہلے شہیق کے اختتام کے قریب بہترین سنائی دیتے ہیں۔ زفری خریر بلند اور لمبا ہو سکتا ہے جیسے کہ شہیق تنفس میں اور ممکن ہے کہ صوتی گمگ (vocal resonance) کی زیادتی اس کے ہمراہ پائی جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا نہایت اہم ہے کہ لمبا بلند زفری خریر میں کے ساتھ بلند صوتی گمگ ہو، مند رست اشخاص میں بھی دائیں جانب پر غیر عام نہیں ہوتا، بالخصوص عورتوں میں۔ اور بالعموم ایک ابتدائی اصابت میں اس سے پہلے کہ ہم طبی امارات پر سے یقین کے ساتھ یہ کہہ سکیں کہ اسی بل کی شہادت موجود ہے، غموڑے غموڑے وقفوں پر مکرر استماع کی ضرورت ہوتی ہے۔ سر کا کم ہو جانا (impairment of note) اور لفظات (râles) نہایت قابل اعتماد امارات ہیں۔ لیکن بعض اوقات قحی ترقوی مفصل میں ایسی آوازیں (sounds) پیدا ہو جاتی ہیں جو چٹخنے والے لفظات (crackling râles) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ یہ قاعدہ جھٹکے دار (jerky) یا لہری (wavy) تنفس (یعنی نام نہاد دت پہیا تنفس cog-wheel= respiration) کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

درجہ دوم (تجدد) میں طبی امارات کئی لحاظ سے ذات الریہ کے

دوسرے درجہ کے اماریات سے متاثر ہوتے ہیں۔ مافوف شدہ شش کی وصوت کے لحاظ سے مافوف جانب کی نقل پذیری (mobility) میں کمی (impairment) ہوتی ہے۔ اور جب ترقی مرض غیر معمولی طور پر سرخ زہری یا تھوڑی تھوڑی ہڈی کے اوپر اور ترقوی ہڈی کے نیچے کے خطوں میں ماصریع نشیب ہوتا ہے، جو اپنی ساخت کے انقباض سے، یا شاید بافت کے اس ابتدائی ترین انحطاط سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے کھنکھ پیدا ہو گئے ہیں (جو ابھی اس قدر چھوٹے ہیں کہ طبیی اماریات سے نہیں پہچانے جاسکتے۔ جو جوں انصابت جاری رہتی ہے قزع کرنے پر شکک کی کمی (loss of resonance) بڑھتی جاتی ہے۔ لیکن یہ اہمیت (dullness) شادی اتنی مطلق ہوتی ہے کہ جتنا کہ ایک پلورائی انصباب پر۔ استماع کرنے پر مختلف صفتوں اور ارتقاع (pitch) کا شعبی نفس سستانی دیتا ہے اور آواز اور کھانسی بلند شبہ ہوتی کے ساتھ (loudly bronchophonic) ہوتے ہیں۔ منغم غططات (consonating râles) اور مختصر خرشتہ (short rhonchi) عموماً سانی دیتے ہیں۔

درجہ سوم (اکتاف: excavation) میں جب کہ مرض کچھ عرصہ تک قائم رہ چکا ہے، ایک شش کو خطرناک طور پر مافوف کر چکا ہے، یا دوسرے شش پر بھی حکم کرنا شروع کر چکا ہے، سینہ کی شکل میں نہایت صریح تغیرات موجود ہانے جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ مافوف جانب پر سینہ انتہائی زفر کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ وہ چپنا، لمبا، اور تنگ ہو جاتا ہے۔ شانہ پست اور ڈھلواں ہوتا ہے۔ عظم الکف کا زاویہ زیریں اندر کی طرف ہٹ جاتا ہے، اور اوپر والی پسلیاں سانس کی طرف ایک دوسرے سے عموماً دور ہو جاتی ہیں، اور نیچے والی پسلیاں باہم مجتمع ہوتی ہیں، اور ششہ یعنی زاویہ (epigastric angle) ٹھٹھ کر اپنی منیر ترین جسامت اختیار کر لیتا ہے۔ پسلیوں کا باہمی اجتماع ایک لاشاعی منظر پیش کرتا ہے جسے کھیر مل پن (roof-tiling) کہتے ہیں۔ عموماً تنہ خط محفوف (Plate II, A) میں دکھلایا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶۱)۔ سینہ میں اس عام تغیر کے علاوہ سینہ کے بالائی حصے کی بازگشتہ کی (retraction) اور ساتھ ہی اس کی



الف۔ ترقی یافتہ سٹریٹس ریوی کی وجہ سے شیشے کا رسیج محفوظ اور دیگر آسائشیں محفوظ ہیں۔



ب۔ وایاں پیر رانی انصیاب۔ (ریشما) چھائیں مسٹر انڈسٹریز کے اک نے لی ہیں،
بالڈین سنو ۱۰۰

حرکت کی ایک مناظر کی بھی ہوتی ہے۔ قرع کرنے پر سراسیمہ (dull note) ہوتا ہے، خواہ کہتے موجود ہی کیوں نہ ہوں۔ لیکن جب کہنہ بڑا ہو تو ایک بیش گنگی (hyper-resonant) سراسیمہ ہوتا ہے۔ اگر ایک بڑا کہنہ شیمی نالی کے ساتھ آزادانہ ارتباط رکھتا ہو اور مریض کا منہ کھلا ہو اور تو قرع کرنے سے اکثر پھوٹی ہنڈ یا جیسی آواز (cracked pot sound) یا صوفِ ظرف شکستہ (bruit de pot fêlé) نکلے گی، جو نیکسوں کی ایسی جھنکار (clink of coins) سے کیفہ شبہ ہوتی ہے جس کی دو ٹوٹا ہاتھوں کو ملائے ہوئے اور کھوکھلا رکھ کر گھٹنے پر مارنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس آواز کی پیدائش میں دو عناصر کار فرما ہوتے ہیں: (۱) ایک ہوا سے بھرے ہوئے کہنہ کی موجودگی۔ (۲) قرع کرنے پر ہوا کا تیزی کے ساتھ ایک تنگ فتح کی راہ سے باہر نکلنا۔ استماع کرنے پر لیکن جو کہ بیشیمی (bronchial)، کہنکی (cavernous) اور قدیری (amphoric) تنفس ملے، بلحاظ اس امر کے کہ کس قدر اکہتاف اور اس کے گرد تکلیف (fibrosis) موجود ہے۔ وہ حقیقتہً قدیری صرف اسی وقت ہوتا ہے جبکہ کہنہ بڑا ہو۔ شیعہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلومی (pectoriloquy) بھی پائے جائیں گے۔ کہنوں پر بڑی جمامت کے کرکراہٹ دار لفظات (crackling râles) اور فلزی جھنکار (metallic tinkling) سنائی دیتی ہے۔ استماعی اصوات عمیق شہیق لینے یا کھانسنے پر بہترین نکلتے ہیں، جب کہ بعض اوقات بعد سعالی امتصاص (post-tussive suction) کی آواز بھی سنائی دیتی ہے۔ تاوقتیکہ ایک کہنہ کم از کم اخروٹ کی جمامت کو نہ پہنچ گیا ہو، وہ غالباً تجدد کے مقابلہ میں تیز امارات نہیں پیش کرتا۔ ساتھ ہی یہ بھی بتلادینا چاہیے کہ اس وقت جب کہ دوران زندگی میں کہنہ کے کوئی امارات موجود نہ تھے، بعد الملمات امتحان میں ایک کہنہ پایا گیا ہے۔

نظام دوران خون۔ مزمن سہل ریوی میں قلب نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے، جیسا کہ اس کے عرض کی لاشعاعی پیمائشوں سے ظاہر ہوا ہے، جو صحیح دروں نگار (ortho-diagraph) کے ذریعہ سے لی گئیں۔ خاص عامل جو اس کا سبب ہوتا ہے غالباً مزمن کمزوری ورزش (chronic under-exercise) ہے۔ یہ ایک

عدم استقامتی فوبل (disuse atrophy) ہے۔

عام علامات - اسر تفاع تیش (pyrexia) - بل ریوی کے ابتدائی ترین ایام سے بخار موجود ہو سکتا ہے، لیکن یہ عموماً شش میں کئے تدریعی عل کی فاعلیت سے کچھ نہ کچھ نسبت رکھتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مرض وقتاً فوقتاً غیر فاعلی ہو جاتا ہے، تو بخار بھی متناظر عرصہ کے لئے غیر موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن وہ اکثر ہمنوں تک مسلسل موجود ہوتا ہے۔ صبح کی نسبت شام کو تیش عموماً زیادہ بلند ہوتی ہے، اور وہ یا تو متفرق (remittent) قسم کی ہوتی ہے یا استوائف (intermittent) قسم کی۔ بخار کے زیادہ بلند درجوں کے ساتھ وہ بے آرامی اور کلمندی (discomfort and malaise) ہوتی ہے جو اسر تفاع حرارت میں عام ہے۔ جب تیش گرتی ہے تو دافریسے (profuse sweats) آتے ہیں، بالخصوص مرض کے بڑھے ہوئے درجوں میں، اور کبھی کبھی پسینہ آنے سے پہلے خفیف سی سردی لگتی ہے۔ لیکن حقیقی قشریہ رد ناوہ وقوع ہے، اور عام ترین واقعہ یہ ہے کہ مریض رات کے ابتدائی حصے میں جہاں تک کہ کھانسی موقع دے، کم و بیش سکون کے ساتھ سو جاتا ہے، اور علی الصبح بیدار ہو کر خود کو پسینہ سے اشراوہ پاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں بھی کسی قدر شب عرقی (night sweating) غیر عام نہیں۔

لاغر ی (loss of flesh) اور ضیاع قوت - دُلاپن بل ریوی میں قاعدہ کلیہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہو اور اس وقت جب کہ کھانسی محض ایک شبی نازکت سمجھی گئی ہو یہ ایک اعتباری نشان ہو۔ ایک مریض امابیت کے اختتام پر لاغر ی انتہائی درجہ کی ہو جاتی ہے۔ مستثنیٰ امابتوں میں تغذیہ اس وقت بھی خاصہ اچھا قائم رہتا ہے جب کہ طبیعی امارات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ایک بڑا بلکہ مریض کا فاعلی ضرر موجود ہے۔ عضنی طاقت جلد کمزور ہر جاتی ہے اور مریضوں کی توانائی جاتی رہتی ہے اور وہ نسبت ہو کر طویل محنت کے ناقابل ہو جاتے ہیں، خواہ یہ محنت دماغی ہو یا جسمانی۔ لیکن بہت سے مریضوں میں دماغی حالت بڑی امید اور اعتماد کی ہوتی ہے، اور موت بھی

جس کا وہ مجوز اور بے دست و پا پڑے ہوتے ہیں وہ اس کا صحیح اندازہ لگانے میں قاصر رہتے ہیں کہ وہ کس قدر بیمار ہیں اور قرح رکھتے ہیں کہ اگر ایک بار کھانسی سے نجات مل جائے تو شفا سے کئی ہو جائے گی۔

عل مزمویت (anæmia) ایک کثیر الوقوع علامت ہے ابتدائی اور آخری دونوں درجوں میں اور اگر نفث الدم سے خون ضائع ہوا ہو تو یہ اور بھی شدید ہوتی ہے۔

نراق (cyanosis) - چہرہ کبود ہوتا ہے بالخصوص اُن حاد امیاتوں میں جن میں کسش کا ایک بڑا رقبہ موقوف ہو اور اس وجہ سے شریانی خون کا تا کسد (oxygenation) ناقص ہو۔ اُن مزمن امیاتوں میں جن میں قلب کی دہلیز جانب کی قدر متع ہو گئی ہو زیادہ تین زراق ہوتا ہے جو بالخصوص وریدی دوران خون کے بطور (retardation) کے باعث ہوتا ہے جب کہ تظاہری خون (systemic blood) سے عروق شریانی کی طرف معمول کی نسبت زیادہ آہستہ خارج ہو جاتی ہے۔

انگیلیوں کی گہر زشکی (clubbing of the fingers) سل ریوی کا ایک عام منظر ہے اگرچہ صرف یہ اُسی سے مختص نہیں۔ بقیہ انگلی کے لاغر ہو جانے کے باعث یہ منظر اور بھی نمایاں ہو جاتا ہے۔ یہی تین پادوں کی انگیلیوں میں بھی نظر آ سکتا ہے۔ (ملاحظہ ہو پیش پر ورشی ریوی عظمی دارا لفصل hypertrophic pulmonary osteo-arthritis)۔

علامات سوء هضم جیسے کہ عدم اشتہا، متلی اور تھوہ اور ان میں کسی وقت واقع ہو سکتے ہیں۔ آخری درجوں میں متلی یا غذا سے نفرت اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ طیب اور مرصہ کو یہ ایک خاص وقت ہوتی ہے کہ مریض کو کوئی بھی چیز کیسے کھلائی جائے۔ آخری درجوں میں اسہال (diarrhoea) عام ہوتا ہے۔ یہ بعض نازلی حالت کے باعث ہو سکتا ہے یا لئائلی (ileum) کے قرح یا چربشی (lardaceous) مرض کی وجہ سے۔ اجابتیں مختلف ہوتی ہیں بعض اوقات زرد رنگ کی غیر ہضم شدہ اور ان میں قدر

مخاط یا خون ہوتا ہے۔ التهاب باسریٹون (peritonitis) ایک درنی قرص کا نتیجہ نہایت مشاذ ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر وہ باسریٹون میں کے ذروں کے باعث ہوتا ہے، لیکن یہ ایک عام پیچیدگی نہیں ہے۔

متذکرہ بالا علامات کے علاوہ جسم کے دوسرے حصوں میں درنے جم جانے سے بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں جیسا کہ رنجی تشریح کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ عام حنجری نڈل (laryngeal tuberculosis) ہے۔ علاوہ ازیں مختلف عفوئی پیچیدگیوں ہو سکتی ہیں جیسے کہ دمال (furuncles)، قروح الفراش (bed-sores) وغیرہ آخری درجوں میں اور فخذی و سیدی علقیت (femoral venous thrombosis) جو یا نہیں شرف زیادہ عام ہوتی ہے۔

ریوی سدرن کی دوسری شکلیں - ذات الریوی سبل (pneumonic

plithisis) اختا زیری ذات الریوی = scrofulous pneumonia) یہ

بہت کم ہو جاتا ہے ذات الریوی کے حملہ کی طرح شروع ہوتی ہے جس میں ایک پہلی دور و تیز بخار، سردی لگنا (chills)، اور شب عرق (night-sweats) کھانسی اور نفث ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات بھی ذات الریوی کے ہوتے ہیں۔ لیکن وہ اس پر سب سے زیادہ نمایاں ہو کر نیچے کو پھیلتے ہیں۔ اصمیت (dulness) شبی تنفس اور شب صوتی (bronchophony) کے ساتھ موندے مخاطی قطرات، منغم افطاسات (consonating râles) اور بلند کلک (loud clicks) ہوتے ہیں۔ اگر یہ حالت

ایک پھیپڑے کی ضربت دوسرے میں بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ خرابی بسرعت پھیل جاتی ہے، ارتقاع پیش شدید ہوتا ہے، پسینے بکثرت نکلتے ہیں، اشتہا بالکل جاتی رہتی ہے، اور انبطاح (prostration) انتہائی درجہ کا ہو جاتا ہے۔ شش کی شکست و ریخت (breaking down) ہونے کے آثار زائد سے زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ پیش متوقف (intermittent) ملز اختیار کر لیتی ہے۔ نساقی ریوی ہو جاتا ہے اور اس میں شش کی بافت کا چومکا (debris) موجود ہوتا ہے۔ یہ بیمار یا تو خستگی (exhaustion) کی وجہ سے یا نفث الدم کے

باعث، جو اگر کچھ ہوتا ہے تو نہایت افراط کے ساتھ، اکثر پانچ سے بارہ ہفتوں تک میں ہلک ہو جاتی ہے۔

سبل ناچنسا (hilum phthisis)۔ یہ مرض کی ایک مزمن شکل ہے۔ مریض جو عموماً بچہ اور بعض اوقات بالغ ہوتا ہے ہمیشہ تھکان کے احساس کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ پیش اکثر خفیف سی بلند ہوتی ہے، مینے صبح کے وقت شاید ۹۹ درجہ فارن ہائٹ اور شام کو ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ (مستقیم)۔ پیچھے کے طرف شش کی جڑ کے مقام پر ایک یا دونوں جانب، عظم الکلف کے فکری کناروں کے درمیان، گٹھا ہوا نسر (impaired note) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ خاکنائے کرونگ (Kronig's isthmus) بھی کم ہو گئی ہو۔ لفظات (rales) شاذ ہی سنائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بالٹوں میں قریبی سر میں کوئی تبدیلی پائی جائے۔ ان نہایت ہی غیر متعین طبیعی امارات کے برعکس، لاشعاعیں جڑ کی طبیعی چھاؤں (normal root shadows) میں زیادتی ظاہر کرتی ہیں (جو غالباً لغائی درختگی کے باعث ہوتی ہے) اور وسیع یارنگ متقط (mottling) پھیپھڑوں پر ہر جگہ پایا جاتا ہے۔ صرف اسی وقت جب کہ یہ کیفیت، جو ابست داؤ مرکزی ہوتی ہے، سطح تک پہنچ جاتی ہے، لفظات سینہ پر مختلف مقامات پر بالخصوص پھیپھڑوں کی بیرونی سطحوں پر سنائی دیتے ہیں۔

170

لیفی سبل (fibroid phthisis)۔ یہ راسی سبل (apical phthisis) کی ایک نہایت مزمن شکل ہے، جو اکثر صرف ایک ہی شش کو موقوف کرتی ہے۔ سریر باقی لحاظ سے یہ حالت مرضی شش کے انقباض کے علامات سے شناخت میں آتی ہے۔ سینہ بیٹھا ہوا (sunkn) ہوتا ہے، قلب ماؤف جانب کی طرف ہٹا ہوا (displaced) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مقابل شش اپنا لگ و در رقبہ اسی سمت میں بڑھادے۔ اگر بائیں شش مرضی ہے تو ممکن ہے کہ طحال اور معدہ اور اگر وایں شش ماؤف ہے تو ممکن ہے کہ جگر سینہ میں دورنگ اوپر کھینچ آئے۔ کہنوں کے طبیعی امارات خاص کر راس پر ہوتے ہیں جیسے کہ سبل کی دوسری اصابتوں میں۔ لیکن لگ کی کئی شبی تنفس اور شخہ صوتی (bronchophony)

شانہ سارے ماؤف شش پر موجود ہوتے ہیں۔ اگر دوسری جانب ماؤف ہوتی ہو تو وہ صرف اس پر ماؤف ہوتی ہے۔ اکثر کھانسی یا نفث زیادہ نہیں ہوتے۔ پسینہ بھی نہیں ہوتا، اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قلب کے دائیں جانب کا فضل ہو، اور اس کے ساتھ سانس پیولا ہوا، استغنا اور ذرق بھی۔

پیل کی تشخیص۔ ترقی یافتہ امیابتوں میں علامات اور طبیی امارات تشخیص کو واضح کر دیتے ہیں۔ ابتدائی درجوں اور سکون (quiescence) یا ایسا (arrest) کے زمانوں کے سوائے، ناساقی دماغی عصبیات ظاہر کرے گا۔ ان کی شناخت کے لئے ضروری ہے کہ ان کی تکون کر کے ان کو ۵۰ یا ۱۰۰ قطروں کی خرد بینی طاقت سے دیکھا جائے۔ آجکل ذیل غلیسین (Ziehl Neelsen) کا طریقہ سمون عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شیشہ، محافظ پر ناساقی کی ایک پستلی تہ کا آلود (smear) پھیلا لیا جاتا اور آہستہ آہستہ گرم کر کے خشک کر لیا جاتا ہے، اور پھر شرمیکہ (slide) کے ایک اسپرٹ لیپ کے شعلہ میں سے تین بار گزار کر اسے مثبت کر لیا جاتا ہے۔ الکحل متعلق کے۔ احصوں میں فکسین (fuchsin) کے ایک تھپے کا محلول، فیئال کے دغنی سدھی آبی محلول کے۔۔ احصوں میں شامل کر دیا جاتا ہے۔ اسے گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بھاپ اٹھنے لگے۔ اب قلم کو نیچے کے طرف رکھتے ہوئے شیشہ، محافظ کو اس آمیزہ پر تین یا چار منٹ تک تریا جاتا ہے، اور پھر پانی سے دھو کر سلیٹیو برک ایڈ کے ۲ فی صدی محلول میں ڈبو دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ اس کا رنگ اڑ جائے۔ پھر اس کو پانی میں دھو لیا جاتا ہے، اور متعلین بلو (methylene blue) کے تقریباً سیر شدہ آبی محلول کے ذریعہ اس کی ضد تکون (counter-stain) کر لی جاتی ہے، پھر اسے جلدی سے پانی سے دھویا جاتا ہے، خشک کیا جاتا ہے، اور اس کا ترکیب زائل بالسم (xylol balsam) میں کر لیا جاتا ہے۔ نیز تشخیصی اغراض کے لئے ناساقی کا اثر اب ایک گینی ٹپ میں کیا جاتا ہے، اور چھ ہفتوں کے بعد اس جانور کا امتحان دغنی آتھن (miliary tuberculosis) کے لئے کیا جاتا ہے۔



الف۔ سلیبی میں انیس برس پر کھڑے ہے



ب۔ - جی مٹیس اسٹروٹ "اندر کے مالہ کے بعد۔ چھو ایک چھوٹا سا بڑبڑبڑاتی جوشش
 دو رہی پیو کے درمیان، انھام ہے اور قاب یا میں عزت کو ہٹا ہوا ہے۔ (یہ
 شام نچشتیں سے لڑنے سے لاکھ نے ٹی ہیں)

لچکدار بافت کے ریزے جو آخری درجوں میں بقیہ کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، خوردبین سے دیکھے جاسکتے ہیں جس کے لئے ان چھوٹی نائٹروارگرہوں (nodules) کو جو بعض اوقات پانی جاتی ہیں، سوئی سے کرپ کر پھیلا کر پائے، یا بقیہ کو میں منٹ کے لئے لائیکر سوڈی (liquor sodæ) میں ابل کر نقل (sediment) کا امتحان کرنا چاہئے۔ لچکدار بافت ہر اس اصابہ میں پانی جاتی ہے کہ جس میں شش کی بافت کا قاعلی اختلاف ہو۔

پل ریوی کے ابتدائی درجوں میں اس کی موجودگی کا یقینی طور پر جاننا نسبتاً بہت زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ کھانسی، نفث اور لاغری کی زیادہ تین علامتوں کے علاوہ جو ممکن ہے کہ سب کی سب غیر موجود ہوں، مندرجہ ذیل سے قیمتی اشارات (indications) حاصل ہوتے ہیں:۔ (۱) مکان کا احساس جس کی مریض کو شکایت ہو ا کرتی ہے۔ (۲) مستقیم پیش میں تغیرات۔ نہایت ابتدائی اصابہ میں مستقیم پیش علی الصبح اس پیش کی برکت کم ہو ا کرتی ہے جو کہ اوسط معمولی موصوع کی ہوتی ہے، یعنی ۹۴ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے۔ ازاں بعد ۷ بجے صبح وہ ہمیشہ ۹۴ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر اور شام کو ورزش کے ایک گھنٹہ کے بعد ۹۵ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہو ا کرتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عورتوں یا مستقیم پیش حیض شروع ہونے سے ایک ہفتہ پہلے اور کبھی کبھی ابتدائی حیض کے بعد ایک ہفتہ تک طبعی طور پر قدرے بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ (۳) ذات الجنب کی سرگزشت بھی موجود ہو سکتی ہے۔

ابتدائی طبیعی امارات جو تشخیص میں کیتدر مفید ہو سکتے ہیں، یہ ہیں:۔ ایک اس پر گنگ کی کمی (impaired resonance) اور ساتھ ہی گٹھا ہوا ٹویلی خری (vesicular murmur) یا گٹھے ہوئے ٹویلی خری کے ساتھ شہیق (inspiration) کے دوران میں یا کھانسنے کے دوران میں لفظات (râles)۔ پل کی تشخیص میں سہرا بخینی شعاعوں (Rontgen rays) سے قیمتی مدد حاصل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات پائے جانے سے پہلے تمثیلی مناظر موجود ہوں، صحفہ ۶ الف و ۷۔ صفحات 168, 174 ملاحظہ ہوں۔ - ممکن ہے کہ

ایک ڈانفام کی حرکت میں کمی ابتدا ہی سے محسوس ہو۔

تفصیل قسم کے جلدی درجے (tuberculides) بحرب صبا پر شناخت ہو جائیں تو انسی اندرونی تدریجی سرکاپتہ دیتے ہیں (ملاحظہ ہو بعد کے صفحات)۔

تشخیص میں نیوہر کیولین (tuberculin) - مانٹو (Mantoux) کا کاشف اب عالمگیر استعمال کیا جاتا ہے۔ مستحکم ٹیوبرکلین (tuberculin) (Okell, 1930) کو بچاپ کے اوپر دس گنا مہتر کیا جاتا ہے اور اس کو درجہ فی صدی فیٹال (phenol) پر مشتمل ایک طبی مائع سے ذریعہ ترقیق کر کے بہ بچہ و بون کے بعد $\frac{1}{100}$ ، $\frac{1}{1000}$ ، $\frac{1}{10000}$ کی طاقتوں میں محفوظ کر دیا جاتا ہے۔

$\frac{1}{100}$ کا ۱۰ مکعب سینٹی میٹر سے کر اس کو درجہ فی صدی طور پر اشراب کر دیا جاتا ہے جس طرح کہ صفحہ 140 پر بیان کیا گیا ہے۔ ایک تاخیر پذیر مواعظ، انتہائی بیہوشیت (response) جس کی اعظم مقدار ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے سے پہلے واقع ہو سکتی ہے۔ سرایت ظاہر کرتا ہے۔ (53) - یہ نہایت عجیب کی بات ہے کہ پچھڑے کے کثرت کی گھٹہ بین آمیخت (glycerinated) ہپتونی بخنی بالکل ٹیوبرکلین کی طرح عمل کرتی ہے (54) - اس سے اس واقعہ کی یاد تازہ ہوتی ہے کہ واڈرمن (Wassermann) تعامل کے لئے ضد جسم آفرین (antigen) غیر آتشکی مادہ سے تیار کیا جاتا ہے۔ اگر رد عمل بالکل نہ ہو تو اگلی طاقت استعمال کی جاتی ہے، ورنہ بالقیاس۔

تشخیص صتمم تثبیتی تعامل کے ذریعہ (complement fixation reaction) جس طرح مدرن کی تشخیص آتشک کے لئے تعامل واڈرمن سے مدولتی ہے، اسی طرح مدرن کی تشخیص کے لئے بارڈے گنگاؤ (Bordet Gengou) کے تعامل کے استعمال سے بیض کارکنوں کی رائے کے مطابق حال ہی میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ زندہ عقیقاتہ درجہ کا ایک مستحکم (emulsion) بطور آمیشی جن (antigen) کے کام میں لایا جاتا ہے۔ جب اسے ایک تدریجی بیض کے مسلسل کچے ساتھ ملا یا جائے تو یہ مشتم (complement) کی تثبیت کرویتا ہے، چنانچہ ایک تسک زو دم پائسل (sensitised haemolytic serum)

کے ذریعہ سرخ خلیوں کی دم پاشیدگی (hamolysis) واقع نہیں ہو سکتی (30)۔
 نفث الدم (hamoptysis) کو تدرن کی دلالت سمجھ لینے سے پہلے
 یہ صاف طور پر پہچان لینا چاہئے کہ خون در حقیقت کس شے سے آتا ہے، نہ کہ مہلے
 ناک، یا راتوں سے۔ مریض کے بیانات اکثر غیر ضمنی بخش یا گمراہ کن ہوتے ہیں۔
 خون پھیپھڑوں سے کھانسا ہوا، سرخ اور جھاگ دار ہونا چاہئے۔ اکثر اس کے
 آنے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہوتی ہے اور متلی کا وہ احساس نہیں
 ہوتا جو تھام الدم (hamatemesis) میں زیادہ عام ہے۔ مزید برآں اگر خون
 پھیپھڑوں سے آیا ہے تو مریض آواز اور نرف واقع ہونے کے بعد عموماً جو بیس یا
 اڑتا لیس گھنٹوں تک باق کے ساتھ ملا ہوا خون حقو کے گا۔ یہ ممکن ہے کہ
 پس پیورا (purpura) میں خون کا نفث فی الحقیقت کس شے سے ہو لیکن اس کا
 سبب متلازم علامات پر سے باسانی پہچانا جائے گا۔ بعض اوقات نوعمر اشخاص میں
 مطرائی شینق (mitral stenosis) میں نفث الدم ہوتا ہے۔ اگر چیل بوی اکلیمیت
 اور کیت بکتر (cirrhosis of the liver) اگر ایک ساتھ پائے جاتے ہیں، تاہم پھیپھڑوں
 سے خون کا آنا اکثر کھجبت (cirrhosis) کے دوران میں تدرن سے بالکل علیحدہ
 بھی ہو سکتا ہے اور غیر معمولی بلند شے یا فی دباؤ کی وجہ سے بالخصوص مستمر
 اشخاص میں نفث الدم کا ہونا شاذ نہیں۔

بعض اوقات بین رد (intercurrent) شعبی التهاب (bronchitis) یا
 یا ذات الریه سے مل ریوی تھنی جو باقی ہے۔ ایک یا دوسرے راس پر طبیعی
 امارات کی تعظیم (accentuation) اہم ہے، تیز سرگزشت مرض نفث الدم (اگر
 وہ موجود ہو) اور باق میں عینوں کا پایا جانا۔ تمد الشعب (bronchiectasis)
 کے ساتھ غلط ملط ہو جانے کے امکان کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔
 تقیج الصلہ کے ساتھ بخار پیمیدہ اور لاغری موجود ہوتی ہے اور اگر وہ کسش میں سے
 ہو کر پھوٹ پڑے تو کھانسی اور ریوی باق موجود ہوگا۔ طبیعی امارات عموماً قاعدے
 میں موجود ہوں گے۔

انذار۔ اسی مرض میں امابتنیں مشاذ ہی اس قدر مختلف ہوتی ہیں

جستہ در کہ وہ سلی ریوی میں ہوتی ہیں۔ اگر اس کے مشت ناختہ اس کے اپنے سانی
 درجہ میں ہو جائے تو یہ جستہ در اپنی طور پر شفا یاب ہو سکتی ہے کہ سر بر یا قی طور پر اس کے
 کوئی آثار نہیں پائے جاسکتے۔ بعض اسیاتوں میں ممکن ہے کہ یہ چند ہی ہفتوں
 میں مہلک ہو جائے۔ یا ممکن ہے کہ یہ دس بیس بلکہ پچاس سال تک جاری
 رہے اور اس سارے عرصہ کے دوران میں واضح طبیعی امارات اور علامات موجود رہیں۔
 اس میں سرائیت کی قشیت (virulence) اور مریض کی تمانیت مارفتہ یہ دونوں
 تیز تیز رہنا ضروری ہیں اور تا وقتیکہ مریض کو مرد تک زیر مشاہدہ یا زیر علاج
 نہ رہے یہ اندازہ کرنا مشکل ہے کہ ان میں سے کون غالب رہے گا۔
 ممکن ہے کہ علاج سے فی الفور بہتری واقع ہو جائے یا دوران مرض میں کسی
 وقت بھی مریض فی محافظہ قوتیں اس قدر زیادہ ہو جائیں کہ عرصہ دراز کے لئے
 اس کے عمل کو روک دیں۔ اور کسی حالت میں بھی اس کے متعلق جلد بازی سے
 پیشین گوئیاں نہ کرنی چاہئیں کہ نائنہ کب ہوگا۔ تاہم بعض علامات کے متعلق
 معاموم ہے کہ وہ انداز پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ مثلاً مڈ ہرسٹ
 (Midhurst) کی مشاہدہ اور ڈوہنٹم کی صحت گاہ سے خارج شدہ سہل کے
 مریضوں کی سرگزشت بتانے مابعد (after-histories) نے اخراج کے تین تا
 سات سال بعد پہلے درجہ میں ۶۱۵ فی صدی اموات (Turban-Gerhardt)
 درجہ دوم میں ۱۰۰ فی صدی اموات اور درجہ سوم میں ۷۰ فی صدی اموات
 ظاہر کئے۔ جب صدر فی التهاب حفرہ بھی موجود تھا تو یہ اعداد اعلیٰ ترتیب
 ۲۰، ۳۰، ۴۰ اور ۵۰ فی صدی بنتے۔ اس پیچیدگی نے انداز کو
 بہت بدتر بنا دیا بالخصوص ابتدائی درجوں میں (5)۔ دومری پیچیدگیوں کی
 موجودگی بھی ناموافق ہوتی ہے۔ انداز اس وقت بہت بہتر ہوتا ہے جب کہ
 علاج کی وجہ سے یا تو سابق نہ ہو یا اس میں عملیات در تہ نہ مل سکیں۔ انداز کا
 اتسار اس اعتبار کی مقدار پر بھی ہوتا ہے جو مریض اخراج (discharge) کے
 بعد اپنے متعلق اختیار کرنے۔ بالعموم وہ مرقہ الحال اشخاص کے نسبت اہل حرمہ کی
 حالت میں بہت بدتر ہوتا ہے۔ عمل بھی اس مرض پر ناموافق اثر رکھتا ہے

اور یہ امر ابتدائی زندگی کے بعد شاید سے میں آتا ہے۔

تحریر - تازہ ہوا اور عمدہ غذا، جیسی کہ مریض سل کے لئے مناسب بنائی گئی ہے، مسلول والدین کے بچوں کے لئے بھی مناسب ہے۔ ایسے ہی ذرائع سے وہ اس عصبیت کے مقابلہ کے لئے اپنی بافتوں کی قوت مافقت بہترین طور پر بڑھا سکتے ہیں۔ ان مسلول مریضوں کو جو شادی کرتے والے ہوں اس خطرے سے آگاہ کر دینا چاہئے کہ ان کی اولاد میں اس مرض کے نویاب ہو جائے گا امکان ہے۔ اسی طرح ایک تندرست زوج کو سرائیت ہو جائے گا صریح خطر ہے۔ اگر کسی مکان میں ایک مسلول مریض رہتا ہے تو دوسرے تندرست مکینوں کو سرائیت کے خطرہ سے اپنی حفاظت کرنی چاہئے۔ مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں سونا چاہئے جس میں کوئی دوسرا نہ رہے۔ درونی جامے (underclothes) اور بستر کے کپڑوں کو دھوئے سے پہلے گرم پانی میں جھلسا لینا چاہئے۔ مکان میں وافر ترویج ہونی چاہئے۔ تمام اساتجوں میں بساقوں (sputa) کو ایک عفونت کش سیال (دقی صدی کاربوئک کے محلول) کے اندر تھکنا (eject) چاہئے، اور بالآخر انھیں دس منٹ کے لئے اُبلتے ہوئے پانی میں حلشک کر کے بے ضرر (innocuous) بنا لینا چاہئے۔ تدریجاً زودہ مائیں پسینے شیرخوار بچوں کو دودھ نہ پلائیں۔

علاج - ایک ابتدائی امابت کے لئے اہم ترین علاج کامل سکون و آرام ہے یہاں تک کہ کوئی تپ باقی نہ رہے، اور مریض اساتجوں کے لئے ایک نرم قاعدہ ہے کہ ہر وقت میں ایک دن بستر میں گزارا جائے۔ دیگر ضروریات، تازہ ہوا، ملاحظہ صفحہ ۵۱) اور مفرد عمدہ غذا ہیں۔ حتی الامکان مریض کو بے محنت اور بے غم زندگی بسر کرنی چاہئے۔ عورت میں حمل نہ ہونے دینا چاہئے، اور اگر حمل شروع ہو گیا ہو تو اسے ابتدائی درجہ ہی میں ختم کر دینا چاہئے۔

تدریجی سرائیت کا ثبوت ہم پہنچنے کے بعد مندرجہ بالا مقاصد کو مد نظر رکھ کر علاج نحتی الامکان فی الغور شروع کرنا چاہئے۔ علاج کے کار آمد طریقے دو گروہوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں: ۱۔ عمومی، یعنی صحت نگاہی علاج، تبدیل آئینہ دھوا کے ساتھ یا اس کے بغیر۔ نوعی (specific)، یعنی ٹیوبریکولین کا علاج

مصنوعی استرومان انسدر (artificial pneumothorax) اور سائوکرالسیسین (sanoecrysin)۔ علاوہ علاج (symptomatic treatment) بھی حسب ضرورت عمل میں لایا جاتا ہے۔

صحّت کا بھی علاج (sanatorium treatment) موت کا بھی علاج کا اولین مقصد یہ ہے کہ مریضوں کو مرض کے متعلق کافی معلومات حاصل کرا دئے جائیں تاکہ وہ اپنی باقی زندگیوں میں ایسے حالات کے تحت بسر کر سکیں جو شفا کے لئے سازگار ہوں۔ دوسرا مقصد یہ ہے کہ کم از کم تین مہینوں کے عرصہ کے لئے جسے اس سے بہت زیادہ فوٹیل ہونا چاہئے، ایسے حالات بہم پہنچا دئے جائیں جو ان کی شفا یابی کی ابتدا کرنے میں مدد ہوں۔ مریضوں کو حد سے زیادہ گرم نہ رکھنا چاہئے، کیونکہ سردی تحول (metabolism) میں پیچھے پھینچاتی ہے۔ وہ عملاً دن بھر اور رات بھر کھلی ہوا میں رہتے ہیں کسی کھلے مقام پر یا ہوا اور مینہ سے بچانے والے محفوظ مقامات (shelters) میں ہونے کے کمرے اور دن کے کمرے کا مل طور پر ترکیب یافتہ ہوں اور یہ کمرے ایسے بنے ہوئے ہوں کہ گرد و غبار کے اجتماع کو روکیں۔ مریضوں کو عمدہ غذا دی جاتی ہے، یعنی روزانہ سادہ مگر مختلف قسم کے تین کھانے دئے جاتے ہیں اور کھانے کے بعد کچھ ہوتی غذا کو تول کر اس امر کی اہمیت یاد رکھی جاتی ہے کہ وہ غذا کئی کافی مقدار کھائیں۔ ورزش کی اجازت صرف اسی وقت دیکھ جاتی ہے جب کہ صبح کی پیش طبیسی درجہ بڑا اور شام کی پیش (مستقیم) ۹۹.۵ سے اوپر نہ ہو۔ ورزش پیش کو غالباً کچھ عرصہ کے لئے بڑھا دیتی۔ اگر پیش ایک گھنٹہ کے آرام کے بعد طبیسی درجہ بڑا نہ ہو تو ورزش موقوف کر دینی چاہئے۔ مریض آہستہ چلنا شروع کرتا ہے اور پھر ورزش کی مقدار تدریج بڑھائی جاتی ہے۔ بہر حال وہ کھانا کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے اور ایک گھنٹہ بعد تک آرام لیتا ہے۔ اور اس سے تندرست ورزش اور رجحان پیدا کرنے والے کمپلوں یا تقریبات کی عاقبت ہے۔ مریض کا لباس ہوا کی پیش کے مطابق ہونا چاہئے۔ اس نظام کے مطابق علاج کرنے سے بہت سے مریضوں کو عارضی طور پر فائدہ پہنچا ہے، لیکن اس پر تین ماہ کے عرصہ میں جس کے لئے وہ بعض اوقات تجویز کیا جاتا ہے، سے بہت زیادہ مدت تک عمل پیرا ہونا چاہئے۔

واقعہ یہ ہے کہ غربا کی جماعت کے مریضوں کے باقیاتاً منضبط کردہ نتائج کے ایک سلسلہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تین ماہ کا صحت گاہی علاج بالکل فائدہ بخش نہ ہوا، غالباً اس وجہ سے کہ مریض اپنے طبی ماحول میں دماغی اور جسمانی طور پر مدافعت مرض کے لئے کم و بیش متوافق ہو گیا تھا، لیکن صحت گاہ میں کچھ عرصہ ٹھہرنے کے بعد اس کا یہ توافق زائل ہو گیا اور جب وہ اپنے معمولی ماحول اور کام پر واپس گیا تو پھر یہ توافق اُسے دوبارہ حاصل نہ ہوا (Ward)۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ صحت گاہ میں چند روزہ قیام یوں بھی مفید ہو گا کہ مریض اپنے علاج کے اصول سیکھ جائے گا، تاکہ وہ خود اپنے گھر پر جہاں تک حالات اجازت دیں اُن پر عمل پیرا ہو سکے۔ بالخصوص آرام، ترویج، تساق کے جمع کرنے اور تلف کرنے اور مغذی غذا کی افراط پر زور دینا چاہئے، اور مریضوں کو اپنی پیش لینا سکھانا اور جب تک پیش بڑھی ہوئی ہو بستر پر آرام لینا چاہئے۔ اس لکڑ سے تدرنی دوا خانے (dispensaries) مفید ہیں۔

صحت گاہ کی ایک ترقی یافتہ صورت تدرنی نوآبادی (colony) ہے، جہاں مریض صحت اپنے خاندان کے کم و بیش مستقل طور پر اضلاع میں موافق حالات کے تحت رہ سکتے ہیں اور کوئی ایسا پیشہ انجام دے سکتے ہیں جو ایک حد تک اُن کے علاج کے مصارف پورا کر دیتا ہے (31)۔

تبدیل آب و ہوا۔ عموماً جو مقامات منتخب کئے جاتے ہیں وہ جسمانی آفریقہ، نیوزیلینڈ، سوئڈ لینڈ، ٹاترا (Tatra) کی بلندیاں، ڈیواکس (Davos)، مانتا (Montana) اور ملوہا (Maloja) جیسے مقامات ہیں یا انگلستان کا مشرقی ساحل پر ایک پہاڑی مقام کے غلیاں اثرات کہ جس کی فضا میں نسبتاً پست آکسیجن دیا ہوتا ہے، حدیثاً سال ہوتے ہیں (55)۔ اور جو کچھ بھی فائدہ ہوتا ہے، یقیناً انہی کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے، خصوصاً خون آفریں اعضا پر ایک تہیہ اثر جس سے کثرت غلیاں تاحمر اور خون میں ہیموگلوبن کی زیادتی واقع ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 5)۔ بااوقات طویل المدت سکونت کی ضرورت ہے اور کسی درمیانی مقام محضاً بال (Bale) پر کچھ وقت پہلے گزار لینا زیادہ محفوظ ہے۔ مریض کو ان میں سے کسی ایک مقام پر خشک، سرد اور تقویت بخش ہوا

مل سکتی ہے، جس سے وہ بلا مری لگ جاتے کہ خطرے کے روزانہ کئی گھنٹوں تک گھر سے باہر بکر لطف اندوز ہو سکتا ہے۔ اور سارا موسم سرمائے میں مرطوبیت اور کبر سے محفوظ رکھ کر صرف کر سکتا ہے جو کہ انگلستان کے بیشتر حصہ میں اس موسم میں ہوتی ہے اور گرمی میں اپنے گھر واپس آ سکتا ہے، جب کہ موسم زیادہ قابل برداشت ہوتا ہے۔ سرمائی آمد کے ساتھ اسے پھر وہی آب و ہوا تلاش کرنی چاہئے جسے وہ موافق پانچا ہے۔ سسل ریوی کے اُن مریضوں کے لئے، جنہیں شاموئی شیمی الہیاب کی سرایت جو، ایک خشک آب و ہوا یا مخصوص مرغوب ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اسیات میں ممکن ہے کہ نسبت کم شدید آب و ہوا میں (milder climates) فائدہ مند ہو جائے جیسے کہ ریویرا (Riviera) کی یا انگلستان کے جنوبی ساحل کی جنسی آفتابی (sun-bathing) یا علاج شمسی (heliotherapy) یا ماورائے بنفشی روشنی (ultra-violet light) سے علاج، جیسا کہ جراحی تدریس میں عمل میں لایا جاتا ہے، بالعموم قرین مصلحت نہیں جیسا کہ چونکہ ششوں کے امستہام کے باعث نفث الدم ہونے کا امکان ہے۔ سوزر لینڈ میں تو یہی تجربہ ہوا ہے، تاہم ممکن ہے اس ملک میں لوگ اسے بہتر برداشت کریں۔ یہ علاج نہایت آہستہ آہستہ شروع کرنا چاہئے اور جراح سے شروع کر کے متکثفہ سطح کو بتدریج بڑھا دینا چاہئے۔ حرقت اشعس (sun-burn) سے بچاؤ کرنا چاہئے۔ مقصود یہ ہے کہ احمرار (erythema) یعنی جلد کی سرخی پیدا ہو جائے، جس کے بعد لونیت (pigmentation) پیدا ہو جاتی ہے۔ جہاں مریض فاعلی ہو اور محنت کرنے پر تخفیف بخار، نفث الدم وغیرہ ہوں وہاں علاج شمسی کا استعمال نہیں کرنا چاہئے (32)۔

ٹیوبیرکیولین کا علاج (tuberculin treatment)۔ اس سے یہ مقصود ہوتا ہے کہ اجسام دافعہ (anti-bodies) پیدا کر کے جسم کو تدریجی سرایت سے شامت یافتہ کر لیا جائے۔ مشاید آتش کی حبیدہ ٹیوبیرکیولین (Koch's new tuberculin) یا ٹی۔ آر۔ (T. R.) (tuberculin Ruckstand) جو ہونف کردہ (trituated) انسانی عتیروں کا ایک مستطلب ہے، نہایت عام طور پر مستعمل ہے۔ اس کی مقدار خوراک کے متعلق موجودہ دستور یہ ہے کہ اسے اُس نقطہ سے

ذرا ہی کم رکھا جائے جس پر تعامل حاصل ہوتا ہے۔ اسے غیر جموی اصابتوں میں استعمال کرنا چاہئے، اور تعامل کی شناخت کی غرض سے پورے دوران علاج میں پیش یہ احتیاط دیکھنی چاہئے۔ ابتداً ایک نہایت تھوڑی خوراک دینے میں نسبتہ کوئی خطرہ نہیں، مثلاً خواہ کوئی بھی تجویز استعمال کی جائے اس کے ۱۔۰ و مکعب ملی میٹر پھر تین یا چار دنوں میں اس سے دو فی مقدار یعنی ۰۰۲ مکعب ملی میٹر پھر اتنے ہی عرصہ کے بعد اس سے دو فی مقدار یعنی ۰۰۴ مکعب ملی میٹر اور پھر اتنے ہی وقفوں سے، یا ہفتے میں دوبارہ اسی طرح بڑھتی ہوئی مقدار یہاں تک کہ ایک خفیف، مقامی یا عمومی، تعامل مشاہدہ میں آئے، یعنی مقام اشراب پر قدرے دباؤ، یا بخار، درد سر، کلمندی، وغیرہ۔ یہ علامات عموماً چوبیس گھنٹے میں واقع ہو کر تقریباً اتنے ہی عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ پھر تین یا چار دن کے بعد آخری خوراک کو دہرایا جائے، جب کہ تعامل اگر وہ واضح ہو تو کم ہوگا، اور جلد ہی یہی خوراک کوئی تعامل پیدا کرنے میں بالکل ناکام رہے گی۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ اس مقدار کا تحمل (tolerance) پیدا ہو گیا ہے۔ اب ہر نصف گھنٹے کے وقفے سے نسبتہ بہت تھوڑے اضافوں کے ساتھ مقدار خوراک کو بڑھانا چاہئے یہاں تک کہ ایک تعامل واقع ہو جائے، اور علیٰ ہذا القیاس اسی طرح بڑھاتے رہنا چاہئے۔ اس علاج کی مدت چھ ماہ سے اٹھارہ ماہ یا دو سال تک کی ہے۔ برانیک (Beranek) کی بنائی ہوئی ایک یو برکیو لین کا دو دن جلدی راہ سے اشراب کیا جاتا ہے۔ خصوصیات ورنید کے کئی غلاف کو علاحدہ کر کے بنائی ہوئی ایک جدرین کے استعمال کے کچھ نتائج مشاہدہ ہوئے ہیں (34)۔

مصنوعی استرواح الصلہ (artificial pneumothorax) یہ

علاج ۱۸۲۱ء میں کارسن (Carson) پاشندہ لیورپول (Liverpool) نے بیان کیا لیکن یہ محض گذشتہ چند سالوں کے عرصہ میں ہی وسیع طور پر اختیار کیا گیا ہے۔ پھر جرن کے تمدن کے اندمال کو روکنے والا ایک سبب یہ ہو کہ یہ بافت سینہ کے اندر مٹھنی جاتا ہے۔ یہ سبب یہی ہے اور جو کوئی کہنے لگتا ہے وہ بند نہیں ہو سکتے۔

اگر کہفہ صدر کے اندر ہوا کا اشرب کیا جائے تو پیچیدہ اذہب کر چک جائے گا نیز یہ ممکن ہو جائے گا جس سے اندمال کو مدد پہنچے ہے (65)۔

یہ عملیہ ان اصابہوں میں خاص کر موزوں ہوتا ہے جن میں ایک شش تو بوجہ طور پر مرض زدہ ہوا اور دوسرا شش تندرست۔ گذشتہ زمانہ میں یہ بالخصوص ترقی یافتہ اصابہوں کے لئے کام میں لایا جاتا تھا، لیکن موجودہ رجحان است زیادہ وسیع طور پر استعمال کرنے کا ہے۔ فی الحقیقت ایک باقی مرض کی ہر اصابہ کے لئے جس میں مدنی عمل پھیل رہا ہو۔ اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ یہ علاج مفید ہوتا ہے۔ (Seuigman) - نفث الدم، نرف والی جانب پر فردی استرواج الصد عمل لائے گا خاص و اعمیہ ہے۔ اس علاج کو صفحہ ۶ میں واضح کیا گیا ہے۔

آلہ دراصل ایک مینزل اور تنولیجہ (trocar and cannula) پر مشتمل ہوتا ہے جو اولاً ایک بی فشار پیم (water manometer) سے اور ثانیاً ایک ہوا بھرے ہوئے آئندہ (receiver) سے ملحق ہوتا ہے تاکہ ہوا کی ایک نئی ہوائی مقدار سینہ کے اندر داخل کی جاسکے۔ جلد اور عیس تر یا فیس ۵۔۱ فی صدی نوکین (novocaine) سے عدم الحس کر لی جاتی ہیں۔ کچھ کا تو براہ راست یا جلد کے آر پار ایک خفیف مسکاف دے کر لگایا جاتا ہے۔ اور یہ امر کہ سوئی کہفہ پلیورہ کے اندر ہے فشار پیم کے سیل کے امتزازات سے شناخت ہو جاتا ہے اور بلاشبہ یہ سیال ایک متغی دیاؤنٹرا کر کر تا ہے۔ یہ امتزازات پانی کے سم تا ۶ کب سیٹی میٹر ہونے چاہئیں۔ اور اگر امتزازات ۲ تا ۳ cms سے زائد ہوں تو سوئی غالباً کہفہ پلیورہ کے اندر نہیں ہے۔ جب اس کا یقین ہو جائے کہ سوئی کہفہ پلیورہ کے اندر ہے تو ۳۰۰ سی سی تا ۵۰۰ سی سی کے برابر فشار پیم کے نقطہ صفر کے قریب قریب امتزاز کرنے تک اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ ایک ہفتہ کے بعد اور ہوا کا اشرب کیا جاسکتا ہے۔

ہوا کی کرر بھرقی (refills) اس گیس کے جذب کے لحاظ سے ۵۰ تا ۱۰۰ سی سی کی مقداروں میں اور ابتداء ہفتہ وار یا تندرہ روزہ وقفوں سے ہونی چاہئے اگرچہ بعد میں زیادہ طویل وقفے دئے جاسکتے ہیں کیونکہ جذب نسبت کم ہوگا۔ اسے تین سال یا زائد عرصہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ آخری دیاؤنٹرا پانی کے ۱۰ + سیٹی میٹر سے

کبھی زائل ہو جاتا ہے۔ زمانہ ماضی میں خاص حادثہ ہوا کی سداوہیت (embolism) کے باعث ہو سکتا ہے۔ لیکن اگر سوئی فی الحقیقت پٹیورائی کہنے کے اندر ہو تو یہ کبھی واقع نہیں ہو سکتا اور یہی مقصد نشانہ کے رکھنے کا ہے۔ بالکل مشافہاتوں میں ناگوار اثرات، یعنی بھر اور اختلاجات، شحوب، بلکہ بعض اوقات بے ہوشی بھی مشاہدہ میں آتے ہیں جو پٹیورائی معکوس (pleural reflex) سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ بعض اوقات واسطہ (mediastinum) کمزور ہوتا ہے اور باسانی مقابل جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ اس میں ممکن ہے کہ بے آرمی اور بھر ہو جائے۔ یہ حالت لاشعاعوں سے باسانی شناخت کی جاسکتی ہے اور یہاں اس امر پر زور دینا چاہئے کہ علاج سے پہلے اور شروع سے آخر تک ہر احباب کو لاشعاعی پروب پر عکس ڈال کر دیکھنا (screening) ضروری ہے۔ بعض اوقات پٹیورائندہ دست جانب بگڑیاری یا قمتہ ہو جاتا ہے ("ballooning" of the pleura) لیکن اگر ایسا بلا کسی علامات کے ہو تو کوئی مضائقہ نہیں۔ تقریباً آدھے مریضوں میں علاج کے دوران میں ایک صاف انصباب منویاب ہو جاتا ہے۔ جب یہ نمودار ہو جائے تو یہ علاج کم فاعلی ہو جاتا ہے، کیونکہ پٹیورائیں التهاب موجود ہے۔ تاوقتیکہ پیش بندہ ہوا کی سیال کو نکالنے کی ضرورت نہیں اور اگر نکالا جائے تو اس کی جگہ گیس بھر دینا چاہئے۔ استرواح الصدري علاج کی ایک توسیع جو بالکل ابتدائی احبابوں کے لئے موزوں ہے۔ یہ ہے کہ کہنے پٹیورائے اندر ہوا کا ایک تخفیف قحج داخل کر دیا جائے جو شش کے درختہ حصے کے گرد مجتمع پایا جاتا ہے اور ایک جزئی بیوط پیدا کر دیتا ہے۔ دراصل ایک تندرست حصہ پھیلا ہوا رہتا ہے۔ جزئی استرواح الصدر دو جانبوں پر پیدا کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ہوا کی کمر بھرتی (refills) بار بار عمل میں لانا چاہئے (35)۔ جب متواتر ہوا بھرنے کے باوجود استرواح الصدر مسدود ہو جائے کاربجان رکھے یا جب ایک تدریجی تسخیر الصدر (tuberculous empyema) پیدا ہو جائے تو یہ تدریجی الصدر (oleo-thorax) عمل میں لانے کے داعیات ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

جب کھل یک جانبی استرواح الصدر کامیابی کے ساتھ انجام دے دیا گیا ہے تو یہ فی صدی مریض کام پر واپس جانے میں کامیاب ہو گئے ہیں لیکن اس

علاج میں خاص وقت، انفصامات (adhesions) کی موجودگی ہے جو بھڑوڑاؤں میں مزاحم ہوتے ہیں اور اس صورت میں صرف ۳۲ فی صدی کامیابیاں ہوتی ہیں۔
 بناءً قسّمیکہ اشراب میں لاسنے کی کوشش نہ کی جائے انفصامات کو تشخیص کرنا
 نامکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات متواتر مہرزیوں (refills) کے بعد وہ خود بخود ٹوٹ
 جائیں گے۔ لیکن جب ایسا نہ ہو تو ان کو قطع کر دیے کی کوششیں عمل میں لانی لگی
 ہیں۔ ان کا تعین مقام ایک صدیہ میں (thoracoscopy) داخل کر کے کیا جاتا ہے
 اور پھر ان کوئی کر دیا جاتا ہے۔ یہ قسمتی سے اس قسم کے عمل کی کارروائی تدریجی
 نتیجہ الصدیر پر کر دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ تاہم قسّمیکہ انفصامی بند کو ٹھیک محیط پر
 قطع کیا جائے۔ حال ہی میں کئی نئی قسم کے آلات بیان کئے گئے ہیں (56-57)۔
 حال ہی میں دو دوسرے طریقے یعنی سینہ پیوندی (thoracoplasty) اور
 قلع عصب ڈایا فرائی (phrenic avulsion) کامیابی کے ساتھ عمل میں لائے گئے
 ہیں۔ سینہ پیوندی (thoracoplasty) میں پسلیوں کے پچھلے حصے ڈاؤن
 کے ذریعہ اس کے مقام سے لے کر فقرات کے مستعرض زائموں سے جھک رکن ہونے
 اُس قدر قریب تک۔ رگوں پیورانی طور پر (extra-pleurally) نکال دئے جاتے
 ہیں۔ کامل سینہ پیوندی میں پسلی سے دسویں پسلی تک سب پسلیوں کے حصے
 نکال دئے جاتے ہیں لیکن ان اساتوں میں جن میں مرض زیر میں نختہ میں
 محدود ہوا لائی پسلیوں میں سے چند پسلیاں سالم چھوڑ دی جاتی ہیں۔ بلکی
 انخیری عدم حیثیت (light ether anaesthesia) کو ترجیح دینی چاہئے۔ اس عملیہ
 کے بعد پینتالیس فی صدی مریض کام کے قابل ہو گئے ہیں (36)۔ قلع عصب
 ڈایا فرائی (phrenic avulsion) میں گردن کے ایک شگاف کی راہ سے ایک
 جانب کا فرینک عصب اس کی ڈانفرام کی چسپیدگی کے مقام سے اوپر کھینچ
 لیا جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس جانب کا ڈانفرام اوپر اٹھ آتا اور شلوں
 جو جاتا ہے۔ یہ عملیہ مصنوعی استرواح الصدیر یا سینہ پیوندی کی میت است میں یا
 قاعدی سل (basal phthisis) میں یا کھانسی کو روکنے کے لئے (جب وہ کوشش کا
 انفصام ڈانفرام کے ساتھ ہو جانے کی وجہ سے ہو) عمل میں لایا جاسکتا ہے (37)۔

سینوکراٹسین (sanocrysin) جو سونے اور سوڈیم کا ایک تھیسولفیٹ (thiosulphate of gold and sodium) ہے، اُن مریضوں کی حالت میں استعمال کی جاسکتی ہے جنہوں نے دوسری قسموں کے علاج کی اچھی بھیجیت نہ ظاہر کی ہو۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ یہ جسم میں عقیقیت اور نیہ پر ایک راست متعلق اثر رکھتی ہے۔ یہ عقیقہ ریمپول (ampoules) میں تقسیم شدہ ہوتی ہے جن میں ۱۰-۱۵ گرام کی وزن کردہ مقداریں ہوتی ہیں۔ استعمال سے فی الفور پہلے اس کی غلیں عقیقہ آب کشیدہ میں حل کر کے ایک ۱۰ فی صدی محلول بنالیا جاتا ہے۔ اس محلول کا وریدی راہ سے اشراب کیا جاتا ہے جس میں اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ تحت الجلدی یافتہ کے امد تراوش (leakage) نہ ہونے پائے جہاں وہ نراش آوہ اثر رکھتا ہے۔ مقدار خوراک کا تعین مریض کے جسم کے وزن اور پھیپھڑوں میں کئے الیہابی تغیر کی نوعیت کے لحاظ سے کرنا چاہئے۔ اُن اصابتوں میں جن میں مرض مزمن ہو گیا ہو اور ضررات یعنی ساخت سے محصور ہوں ایک بڑی خوراک دی جاسکتی ہے۔ لیکن مادہ اصابتوں میں جن میں مرض کی توجیح حال ہی میں ہوئی ہو ایک نسبت بہت کم خوراک دینی چاہئے۔ علاج شروع کرنے سے پہلے اور دوران علاج میں روزانہ فارورہ کا امتحان ایلیومن کیلے کرنا چاہئے اور تا وقتیکہ فارورہ اڑتالیس گھنٹے تک ایلیومین سے محروم ہو دو کی خوراک نہ دینی چاہئے۔ مریض کے وزن اور ضررات کی نوعیت کے لحاظ سے ابتدائی مقدار خوراک ۱-۱۰ تا ۱۰-۱۵ گرام ہوگی۔ لیکن یہ کہ تعامل ارتفاع حرارت، تھیں، اسپمال، یا جلد پر ثورانی طغیات (exanthematous rashes) کی صورت میں ظاہر ہو۔ جوں ہی کہ تعامل رقیع ہو جائے یا اگر کوئی تعامل نہ ہو تو اڑتالیس گھنٹے کے بعد دوسری خوراک دی جاتی ہے جو پہلی کے نسبت ۵-۱۰ فی صدی زائد ہوتی ہے۔ اس کے بعد ہر ساتویں دن ایک مزید خوراک دی جاتی ہے جس کی مقدار اگر مریض اس کی برداشت کر سکے تو ایک گرام تک بڑھا دی جاتی ہے۔ ایک ۱۰-۱۵ ٹون (stone) وزن والے مریض کے لئے اس خوراک کے لئے تجربی مقدار ہوتا۔ اگر اس سے بڑے مریضوں کے لئے اسی تناسب سے کم مقدار دی جاتی ہے۔

علاماتی علاج - صحت گاہ میں دوران علاج میں دواؤں سے حتی الامکان
استراذ کیا جاتا ہے اور عمر بچا یا جاتا ہے کہ مریض کی حالت میں بہتری ہونے کے ساتھ
ساتھ علامات ناپ ہو جاتے ہیں۔ تمام اصابتوں میں یہ ضروری ہے کہ مسئلہ دواؤں
سے ماسہ میں خلل نہ واقع ہونے دیا جائے۔

کھانسی - کھلی ہوا والے علاج میں ہمیشہ کھانسی میں سرخ تھلیل مشا میں
آتی ہے۔ حتی الامکان مریض کو کھانسی کو روکنا چاہئے۔ اگر کھانسی ہونے سے پہلے
نقل میں لگے کہ یہی محسوس ہوتوں فی لوزہ (lingual tonsil) پر آوڈین کی تسبیح
کرنی مفید ہو سکتا ہے۔ ورنہ کھانسی کا علاج اسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شبی اسباب
(brucellitis) کے معزان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

شب عرق (night sweating)۔ لیکواریوچین سلف (liquor
atropine sulph.) کا ایک قطرہ قدر سے پانی کے ساتھ شب کو دینے سے
اکسڈ آف زینک (oxide of zinc) ۲ یا ۳ گریں گولی کی صورت میں ۱/۴ گریں
ایکسٹریکٹ آف بیلاڈونا (extract of belladonna) کے ساتھ دینے سے عموماً
روکے جاسکتے ہیں۔ آرسی ٹیٹ آف آئرن (arseniate of iron) (۱/۲ گریں) یا
پیکروٹوکسین (picrotoxine) (۱/۲ گریں) یا پیکر آف نکس (amika) (tincture of
nux vomica) بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ شب عرق کے عموماً یہ منی ہیں کہ
رات کے وقت بے حد گرم لباس استعمال کیا گیا ہے یا مریض کی اتی تعلیم (auto-
inoculation) خود اس کے سیات سے شدت ہو گئی ہے مثلاً مد سے زائد ورزش
سے اور اس سے طیب کی اس نگداشت پر جو اس نے مریض کے شعلی کی ہے
الزام وارد ہوتا ہے۔

نفس الذمہ مریض کو بستر میں نیم انطباعی وضع (semi-recumbent
posture) میں رکھنا چاہئے۔ لیکن جب وہ چاہے اسے اپنی وضع بدلنے کی اجازت
دینی چاہئے۔ سب سے زیادہ کارگر مابین الدم (hemostatic) کیلیم کلورائیڈ
کے دوائی صدی طول کے ۲۰ سی۔ سی کا آہستہ سے دواں وریڈی اثر اب ہے۔
ایک سادہ ترکیب یہ ہے کہ دنا و اگرم سوڈیم کلورائیڈ کے براہ دین دئے جائیں۔

اگر مریض مضطرب ہو تو اس کے بجائے سوڈیم برومائڈ دیا جاسکتا ہے۔ اکثر امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے چند قطروں کے استنشاق کے بعد ادواء موقوف ہو جاتا ہے۔ نفث الدم کی بعض خطرناک اصابتوں میں استرواح الصدہ کا ازالہ کامیاب ثابت ہو سکتا ہے۔ جب ادواء خفیف اور مسلسل ہو تو ایمیسین (emetine) کے تحت الجلدی اثرات کامیاب ثابت ہوئے ہیں (Flandin)۔ علاج کاروائی طریقہ یہ ہے کہ برف کی پتلی سینہ پر رکھ کر ماریا کا شراب کروایا جاتا ہے۔ لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ خون پھیپھڑوں کے اندر کھایا (stagnant) رہتا ہے اور اس طرح تدریجی عمل کی ایک مادہ توسیع پیدا کرنے میں نمد ہوتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ نفث الدم کا وقوع بڑی حد تک مریض کی نقل و حرکت سے بے تعلق ہوتا ہے (38)۔

اسکھال۔ اس کے لئے ہیں احتیاط کے ساتھ غذا کی باتحادگی عمل میں لانا اور نہایتی عابسات (vegetable astringents) معدنی ترشوں (mineral acids) آفون، لیم گرین کی خوراکوں میں تلغیث آفکاپہ (sulphate of copper) کا یا کاربونیٹ آف بسمتھ (carbonate of bismuth) کا استعمال کرنا چاہئے۔ پلیورائی التهاب کے درد (pleuritic pains) کثیر الوقوع ہیں اور اکثر ان میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن (thermogen wool) سے یا سلی سینہ پر ٹکچر آف آیوڈین کی تصبیخ کر دینے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ مسکنات (anodynes) کے داخلی استعمال کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بہتوں کا یقین ہے کہ پلیورائی التهاب کا انصباب (pleuritic effusion) متناظرش میں مرض کی ترقی میں تاخیر کر دیتا ہے اور سادہ قنیکہ دباؤ انتہائی درجہ کا نہ ہو جائے وہ بزل (tapping) عمل میں نہیں لگتے۔ جس تفع الصدہ میں تفریح (evacuation) کی ضرورت ہو اس کا امتصاص (aspiration) عمل میں لانا چاہئے۔

واقوفث۔ اس حالت کا علاج غفوت کش استنشاق (antiseptic inhalation) اور منقشات سے اسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعی التهاب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ سرکو نیچے اور پیروں کو اٹھا ہوا رکھ کر سلیت (drainage)

عمل میں لانا مفید ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۳۷)۔

تشکیش

علامہ شعبات کے تقریحات کے اور ان سے مدد ہو جانے والے مسنیق (stenosis) کے جو تشک کے باعث ہونا ظاہر ہوتے ہیں اور جو ششہ یعنی (bronchoscopy) کے ذریعہ تشخیص کئے جاسکتے ہیں (۱۵۴) خود شش کی بافت اس مرض کے اثرات مختلف شکلوں میں ظاہر کر سکتی ہے۔ ایک شکل مولی صمغیہ (gumma) کی ہے جو بافتوں میں بنا یہت مشافہ ہے، اگرچہ شیرخواروں میں زیادہ عام ہوتی ہے اور کوئی قابلِ شناخت سریرہ یا قی علامات نہیں پیدا کرتی۔ دوسری شکل تشکی شیرخواروں کی نام تباذات الریہ، ابیض (white pneumonia) ہے۔ اس میں پیچھے پڑے پیدائش اور سخت ہو جاتے ہیں۔ ان کی ترشش چکنی اور غیر شفاف ہوتی ہے، بعض اوقات وہ مزاحم (resistant) ہوتے ہیں اور بعض اوقات باسانی ٹوٹ جاتے ہیں۔ خردین شش کا منتشر غلوی التهاب اور ساتھ ہی جو فیرو دیواروں کی دیارت اور یوی سرط کا قشر (desquamation) اور شمی، انخطاط ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت پورے شش کو آؤف کر دے یا ایک حصہ کیساں طور پر متغیر ہو جائے اور دوسرے میں محض انفرادی (isolated) رتے موجود ہوں۔ ایک دوسری قسم میں جو فیروں میں کتب سرط کا استر ہوتا ہے اور توصیل بافت کی جگہ لینی بیکل (fibrous stroma) لے لیتا ہے جو کتب جو فیرو سرط کے نڈیات سے درہیختہ ہوتا ہے۔ ان اساتر میں بچ موئے (spirochaetes) پائے گئے ہیں۔ چونکہ یہ نڈیات بالخصوص مردہ مولودوں (still-born children) میں ہی پائے جاتے ہیں لہذا ان کی کوئی سریرہ یا قی اہمیت نہیں۔

خراش اور گیسوں سے تسمم

فوجی گیس کرین کو پہلے پہل جرمنوں نے ۱۹۱۵ء میں جنگ میں استعمال کیا تھا، مندرجہ ذیل تھیں :- (۱) اختصاص آفریں۔ ان گیسوں کا عمل بالخصوص شش کے جو فیروزوں پر ہو کر حاد اور مزمن عروق شریہ کی طبعیت اور ششاقی نفاخ (disruptive emphysema) پیدا ہو جاتا تھا۔ ششاقیاب ہو جانے والے مریضوں میں آذیمائی سستیاں چند روز میں غائب ہو جاتا تھا، لیکن ششی التهاب اور ششی ذات الریہ اکثر پیدا ہو جاتا تھا، اور نفاخ جاری رہتا۔ (۲) شک سائٹ گیس۔ یہ بھی گولوں میں استعمال کی جاتی تھیں، مثلاً زائلال برومائیڈ (xylol bromide) اور کلور پیرین (chloropierin)۔ (۳) سرائی کی گیس (mustard gas)۔ یہ درحقیقت ایک ردغنی مادہ ہے، جو زمین پر یا کپڑوں پر چھڑکی جاتی ہے، اور آہستہ آہستہ بخار بن کر اڑ جاتی ہے۔ چند منٹوں تک سرائی کی ایک خفیف سی بو کے سوائے عموماً اور کچھ نہیں محسوس ہوتا تھا۔ پھر شدید التهاب منجمد (conjunctivitis) شریانی درد اور اس کے ساتھ ساتھ پھیلا ہوا احمرار (erythema) اور اس کے ساتھ انقراط (veication) جو کہ شدید حرقات پیدا ہو جاتے تھے، نیز شخصی خطے کی غشائی غشائی کا التهاب نوباب ہو جاتا تھا جس سے نہایت خطرناک علامات پیدا ہو جاتے تھے، تمام سطح منتشر ہو کر ایک غائریہ بن جاتی تھی سے ڈھک جاتی تھی، اور ثانوی طور پر سزایت زدہ ہو جاتی تھی، اور اگر موت فی الفور واقع ہوتی تھی تو ششی ذات الریہ نوباب ہو جاتا تھا۔

بابعد اثرات۔ گیس سے مسموم شدہ بہت سے مریضوں میں جہدی علامت (effort syndrome) (ان کے ملاحظہ ہو) نوباب ہو جاتا ہے۔ علامات ذیل مشابہ ہیں ان سے، یہ شقت کرنے یا زور لگانے پر ریش کا پھول جانا دیتا ہے، مواب کھانسی مدبباق کے (۴) مہینہ کے واپس دوبارہ تنگی (۲۵) انتہاج اور کبھی کبھی چکر آتا (۱۴) صبحکاری تھے یا سستی (۱۲) درد سر (۹) ششاقی علامتیں تھیں۔ تو سین کے اندر جو ارتداد درج کئے گئے ہیں وہ آکسفورڈ میں واقع شفا خانہ اساتذہ میں علامات کافی حدیث ظاہر کرتے ہیں۔

کے علامات (۷) آنکھوں کا ڈکھنا (۵)۔ لیکن ہے کہ خون سرخ غلیات کی کثرت (polycythemia) ظاہر کرے۔ اس تعلق میں ہالڈین (Haldane) میکینس (Meakins) اور پریسٹلی (Priestley) نے مشاہدہ کیا ہے کہ بعض اوقات ان مریضوں میں گہرے تنفس کی قوت باقی رہتی ہے اور یہ ورزش کے بعد صرف سرخ آہٹے تنفس لے سکتے ہیں۔ ان مشاہدین کا یقین ہے کہ یہ مریض عمیق تر جو فیروں کی ناقص ترویج کی وجہ سے جس سے ان حصوں میں سے آنے والا خون نامکمل طور پر جو ازودہ جو ماہے آکسیجن کی کمی میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کو بشک آکسیجن (oxygen chamber) میں علاج کرنے سے علامات کم و بیش متقل طور پر رفع ہو جاتی ہیں اور سرخ غلیات کی کثرت (polycythemia) کم ہو جاتی ہے (Hunt and Dufton)۔

دلی کی گیس کے زہر کے مختلف ریوی عواقب بیان کئے گئے ہیں جن میں بہت سے ناکس (relapsing) نوعیت کے ہوتے ہیں یعنی شبی الہتہاب، نفاخ، ذمہ، آذیم اور ریوی خرمیات اور تمدن کا ذب "pseudo-tuberculosis" جس کے ساتھ لاغری، بخار، شبی الہتہاب اور راسی لفظات (apical rales) ہوتے ہیں لیکن ساق میں عصبیات ورنہ نہیں ہوتے۔ شقیف شش (fibrosis of the lung) بھی پایا جاتا ہے۔ یہ حالتیں اس ثانوی مرایت کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں جو گیس کی وجہ سے مضریت پہنچنے کے بعد ہو جاتی ہے۔ بالآخر یہ کہ پھیپھڑوں کے حتمی تمدن کا ملنا ممکن ہے اور یہ غالباً ان مریضوں میں ہوتا ہے جن میں یہ مرض پہلے ترک گیا تھا۔

ریوی سداویت و علقیت

(PULMONARY EMBOLISM AND THROMBOSIS)

سداویت (embolism) اور علقیت (thrombosis) کی نوعیت پر امر جن عروق دموں کے لب میں بحث ہو چکی ہے لیکن یہاں ریوی دوران خون کی ان علق

استعدادوں کا بیان درج کرنا مناسب ہے جن کی وجہ سے یہ اسس حادثہ میں مبتلا ہو جاتا ہے۔

شریان ریوی اور اسس کی شاخیں دائیں بطن اور آئین کی وسالت سے نظامی وریڈی تنوں (systemic venous trunks) سے راست ارتباط رکھتی ہیں۔ اسی وجہ سے دقیق عضویوں، منہج خون کے یا کسی دوسری قسم کے ریزوں کا جو جسم یا جوارح کی وریڈوں میں آزاد ہو جائیں قلب کے دائیں کونوں میں اور وہاں ریوی شریان کے اندر منتقل ہونا لازمی ہے، جہاں وہ اپنی جسامت کے لحاظ سے اس کی کسی بڑی یا چھوٹی شاخ کے اندر مغرور ہو جائیں گے۔ ایک بڑا رانا، ورقہ دار (laminated) تحکا ٹری شاخوں میں سے ایک شاخ کو مسدود کر سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں سدا دیت ایک ٹبا علقہ (thrombus) ہوتی ہے جو ایک متوسط جسامت والی نظامی وریڈ سے منسلک ہے اور دہرا ہو کر گیسند کی شکل کا بن جاتا ہے۔

ریوی سدا دیت کے نسبت ریوی علقتیت زیادہ عام ہے اور ایسے ضرر ظاہر کئے گئے ہیں جن میں متوالی لاشوں کے امتحان (autopsies) میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوئی۔ پھیپھڑوں کے تمام حصوں میں شریان ریوی کی شاخوں میں خون کے ٹھکے پائے جاتے ہیں اور ان ٹھکوں میں تفسہ (organism) یا رنگ کی تربیب کی ابتدا ان کی قبل الموت (ante-mortem) تنکون کی شہادت بہم پہنچاتی ہے۔ ”ریوی سدا دیت“ یا ”ریوی علقتیت“ کی تشخیص عموماً یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک خطرناک ضرر موجود ہے جو پھیپھڑوں کے اندر وسیع پھیلے ہوئے اثرات پیدا کر دیتا ہے جس کے علامات ضروری التوجہ ہوتے ہیں اور جس سے مریض کی زندگی فوری خطرے میں ہوتی ہے۔

ریوی سدا دیت اور ریوی علقتیت فحذی وریڈ کی علقتیت سے مدد ہو سکتی ہے جیسی کہ تپ محرقہ یا سل ریوی میں یا بوڑھے اشخاص میں عظم الغض کے کسر (fracture) سے واقع ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حادثہ رایتوں، مثلاً، قذات الریہ سے اور ایسے جراحی عملیات سے بھی پیدا ہو سکتی ہیں جن میں شکم کی

سامنے کی دیوار میں شگاف دینے کی ضرورت واقع ہو (بالخصوص پورے اشیانہ میں) بہت سی امواتوں میں خون کے ٹکڑوں کے اندر دقیق عنقویات مانے گئے ہیں۔ سداوات (emboli) کے اثرات ان کی جماعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ مگر ریوی شریان کی بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ سدود ہو جائے تو موت لازمی نتیجہ ہے۔ جب سداویت پھوٹا ہوتا ہے تو شش کے اندر تغیرات واقع ہونے کے لئے وقت مل جاتا ہے اور میٹھ (hyperemia) نشتی نزقات (hypotichial haemorrhages) پیدا ہوتا ہے اور ہموٹ (میں کے گرد نفاخ ہوتا ہے) واقع ہو جاتے ہیں۔

۱۶۸

اذنی ریشکی (auricular fibrillation) میں جو طرانی ضیق کے ساتھ بالخصوص متلازم ہوتا ہے، اذنین کے اندر مجموعی علت جات بن سکتے ہیں (جس کی وجہ یہ ہے کہ اذنین استقباض ہونے میں ناکام رہ جاتے ہیں) اور ممکن ہے کہ وائیں جانب کے علت جات پھیپھڑوں کے اندر پینکٹر خرد تر شریانوں (arterioles) کو سدود کر کے پھیپھڑے کے اندر وہ مقامی نزقات پیدا کر دیں جنہیں سیدیوی مفععات (pulmonary infarcts) کہتے ہیں۔ اس طرح شش کا ایک محزولی حصہ جو طولی تر شش میں فائدہ نما ہوتا ہے اور جس کا قاعدہ شش کی سطح کی طرف اور اس اندر کے طرف ہوتا ہے، خون مضبوط (firm) رنگ میں گہرا سرخ اور بے ہوا ہو جاتا ہے۔ اور خرد بین کے نیچے اس کے حریملات ہوائیہ (air-vesicles) سرخ جیہات دمویہ سے پر نظر آتے ہیں۔ اس محزولہ کا قاعدہ سطح شش پر کرد پیش کی حریملی باقت سے اور ابھر آتا ہے اور تھوڑے عرصہ میں ممکن ہے کہ سطح ابتدائی پلورانی التهاب کے تغیرات (early pleuritic changes) ظاہر کر سکیں۔ یہ مقامات لہجہائے زیرین میں عام ترین ہوتے ہیں اور اکثر نیچے دانی کور کو بڑی وسعت تک مآوف کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں ان پر محزولی فائدہ نما ہونے کا بیان یہ مشکل اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ وہ قطر میں عموماً تقریباً ایک انچ ہوتے ہیں لیکن بعض اوقات اس سے بہت زیادہ بڑی جماعت تک پہنچ جاتے ہیں۔

ان وریدی اور قلبی علقہ جات کے علاوہ دوسرے اجسام بھی سداوت کا قائل انجام دے سکتے ہیں۔ یعنی بالید کے ذرات اور سداوتوں میں ایک چھوٹا کیستی دویہ (hydatid cyst) لیکن خاصے عام طور پر ریم آفریں وقت ق عضو یے بھی۔ جب آخر الذکر تہنایا علقہ کے ذرات کے ساتھ منتقل ہو کر شش میں پہنچتے ہیں، تو حوصلی مضامات بلند ہی پھوڑے بن جاتے ہیں اور ان کے ساتھ اکثر ہم پیلویافت کا شخی ریوی التهاب ہو تا ہے، یا مصلی، مصلی قی یا قیسی التهاب پلیورا (pleurisy)۔

ریوی عروق شعریہ کی شحم سداویت (fat embolism) تضرر کا نتیجہ ہوتی ہے، جو چربی کو عروق کے اندر جانے دیتی ہے۔ جراحی تضررات کے سبب سے موت ہو جانے کے بعد پھیپھڑوں کے عروق شعریہ میں چربی کے گلوبے خروین سے نہایت عام طور پر نظر آتے ہیں۔

علامات۔ ریوی شریان اور اس کی بڑی شاخوں کی سداویت (embolism) کے علامات سدود شدہ عرق کی جسامت اور سدود کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ جب قحذی ورید سے نکلا ہو کوئی بڑا علقہ (thrombus) شریان ریوی یا اس کی بڑی شاخوں میں سے کسی ایک کے امد معزور ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ موت بالکل ناگہانی ہو جائے۔ لیکن ہے کہ مریض خوف زدہ ہو کر بستر سے چمک کر اٹھ بیٹھے اور پھر مردہ ہو کر ڈمیر ہو جائے، یا زراق (cyanosis) کے ساتھ چند وقتوں کا بھر (dyspnoea) ہو یا اس کے برعکس عشیان (syncope) یا تشنج ہو۔ اگر سدود نسبتاً نامکمل ہے تو ممکن ہے کہ حالت عشیان کی ہو یا عشیان اور اس کے ساتھ اختناق (asphyxia) ہو یا اس کے ساتھ قشر جرس (rigors) مختلف شدت کا درو سینہ، غصا ص (suffocation) کا احساس اور بھر (dyspnoea) ہو جو بڑھ کر شاید تنفس چین اسٹوکس (Cheyne-Stokes' respiration) ہو جائے اور بالآخر آہستہ ہو کر موقوف ہو جائے۔ چہرے کا رنگ شامب اور کبود و دوجی ورید میں پھوئی ہوئی، اور ہاتھ ٹھنڈے اور چھپیدار (clammy) ہوتے ہیں۔ استماع (auscultation) کر کے پراسوا ب تنفس

درشت (harsh) اور مبالغہ آمیز پائے جاتے ہیں۔ علامات کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ ریوی طعنت (pulmonary thrombosis) میں علامات مائل نوعیت کے ہوتے ہیں لیکن حملہ کا آغاز تہیج ہوتا ہے، گو اس کا سرایت ہونا بھی ممکن ہے۔

ایک منہجہ (infarct) کے وقوع کے علامات بھی سد و شدہ عرق کی جہالت اور غلطی (thrombus) یا مخروط شدہ ریزے کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ اگر وہ ایک نسبت بڑی عرق ہے تو ممکن ہے کہ علامات متذکرہ بالا علامات سے شائبہ ہوں، مگر وہ نسبت کم شدت کے ہوں گے۔ منہجہ (infarct) کا کافی طور پر بڑا ہوتا ہے پھولی ہوئی (breathlessness)، امتلا ج، بلکہ تشہیرہ (rigor) بھی ہو سکتا ہے۔ شش کی ساخت کے اندر خون کی دھندلہ کاری (extravasation) اکثر اپنی موجودگی نفث الدم (haemoptysis) یعنی خون کے قھوکنے سے ظاہر کرتی ہے۔ یہ خون مقدار میں متوسط ہو سکتا ہے، یا چھوٹے بڑے اموی ساقات (blood sputa) میں پایا جاتا ہے یا صرف یہ ہوتا ہے کہ غما علی ساقات خون کے رنگ کے یا رنگ آلود (rusty) ہو جاتے ہیں۔ اگر اس کے ساتھ ہی الہتاب، پھیورا ہو تو در پہل پیدا ہو جائیگا اور اس واقعہ کے بعد ممکن ہے کہ کسی قدر رموی تعامل (febrile reaction) تشہیرہ کے ساتھ اس کے بغیر ہو جائے۔ منہجہ (infarct) صرف اسی وقت جب کہ وہ بہت بڑا ہو، ایک اہمیت کا رقبہ اور اصوات شش کا انقطاع (suppression) پیدا کر دے گا۔ لیکن کچھ ممکنہ (crepitation) ہونا بھی ممکن ہے۔ مگر کسی بھی حالت میں منہجہ (infarct) کا مشابہہ اہمیت کا کوئی وسیع رقبہ پایا جائے تو یہ یاد رکھنا چاہئے کہ رشتہ (congestion) اور آبی مائی وہ مخلوط حالت جس کو تضلیب سرخ (red induration) اور بھوسرا تضلیب (brown induration) کہتے ہیں، براہی مرض (valvular disease) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے اور اکثر منہجہ (infarct) کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

عقرونی منہجہ (septic infarcts) تہج الدم (pyaemia) میں کثیر الوقوع ہوتے ہیں اور فی الحقیقت، اس مرض کی عاوشکل کے تہجہ علامات ضررات ہیں۔ یہ منہجہ (foci) عام طور پر بالکل چھوٹے ہوتے ہیں اور کچھ ممکنہ (crepitation)

کے سوائے کوئی معین طبیعی امارات نہیں پیدا کر سکتے۔ لیکن وہ التهاب پلیمورا (pleurisy) اور انقباض (effusion) جو اکثر ان کے ساتھ ہوتے ہیں، معمولی امارات ظاہر کرتے ہیں، اور عفوئی قسم (septic type) کا عمومی متاثرہ مدہ قشریہ اور بڑھتے ہوئے انقباض (prostration) کے موجود ہونگا۔

شکم سدا دیت (fat embolism) 'جب کہ یہ کافی مقدار میں موجود ہو، ریوی دوران خون کے تدوکی وجہ سے مدہ جراحیہ (surgical shock) کے اسباب میں سے ایک سبب ہو سکتی ہے۔ اس کے علامات یہ ہیں:۔ بھر، انقباض، سرخ جھاگ دار نسااق، نبض سریع، ذراق (cyanosis)، اور پھیپھڑوں پر نقطیات (râles)۔

تشخیص۔ ریوی سدا دیت یا علقیت کی تشخیص کا انحصار بہت کچھ سابق الوجود مصلیات پر ہوتا ہے، جیسے کہ وریدی علقیت یا عفوئی کی معلوم موجودگی، جو ممکن ہے کہ کسی شکلی عملیہ (abdominal operation) کے ساتھ متلازم ہو۔ مرض قلب کی موجودگی، ریوی انقباض (infarction) پر دلالت کر سکتی ہے۔ نفث الدم (haemoptysis) کے تمام اسباب میں ریوی تمدن (pulmonary tuberculosis) کے بعد دوسرا کثیر الوقوع سبب مرض قلب ہے۔ اس حقیقت کا علم ایک محفوظ تشخیص قائم کرنے میں بڑی حد تک مدد ہوتا ہے۔

تجزیہ۔ مشورہ دیا گیا ہے کہ شکلی عملیات جراحیہ کے بعد جبکہ التهاب پاریطون (peritonitis) موجود نہ ہو، اور وضع عمل کے بعد ٹانگوں اور حوض (pelvis) کی حرکت کی اور دلک (massage) عمل میں لانے کی اجازت دیدنی چاہئے، تاکہ خون کار کوود (stagnation)، جس سے علقیت کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، واقع نہ ہونے پائے۔ لیکن اگر یہ یقین ہو کہ علقہ بن چکا ہے تو ان کو بند کر دینا چاہئے۔ پھیپھڑوں کے اندر رکود کا وقوع (جس سے علقیت پیدا ہو جاتی ہے) روکنے کے لئے، اور شکم سے وریدی خون کی واپسی میں آسانی پیدا کرنے کی غرض سے عمیق تنفس (deep breathing) قائم رکھنا چاہئے۔ اگر مرینس پسیدہ پڑ گیا ہو تو تجزیہ عملی سے پہلے نقل الدم (blood transfusion) عمل میں لانا چاہئے۔

اڑھکانہ خون سے بچنے کے لئے مریض کو بکثرت پانی پینے دینا چاہئے۔
 علاج - ریوی شریان سے سدا دیت زائل کرنے کے لئے اب ایک
 تھاتی عملی (emergency operation) درجہ کمال کو پہنچایا گیا ہے۔

دروں صدری نوامیہ جات

(INTRA-THORACIC NEUPLASMS)

دروں صدری نوامیہ جات کے عام ترین اسباب بکثرت کا اولی سرطان
 (primary carcinoma) اور پھیپھڑوں، پھیپھڑوں یا شیمی مند میں سنسرطانی
 (carcinomatous) یا سلیسیمی (sarcomatous) سرطانات (metastases)
 ہیں جو جسم میں کسی دوسرے مقام کی اولی بالیدوں سے نکل کر واقع ہوں۔ ان کا بیان
 ذیل میں درج ہے۔ دوسری امراضیاتی حالتیں جو شاذ صورتوں میں اولی سرطان شش
 سے سرمدیاتی مشابہت رکھتی ہیں یہ ہیں۔ واسطہ میں تیموسیہ اور درقیہ کی
 بالیدیں [جن میں دروں صدری غوطہ (goitre) بھی شامل ہے] اومیسیت
 (dermoids) مسخولی سلعات۔ مریض آلیکن (Hodgkin's disease) اور سلی سلعہ
 لحمیہ (mediastinal sarcoma)، لٹنی سلعہ لحمیہ (lympho-sarcoma)، قری
 (oesophagus) کا اولی سرطان جو شش کے اندر تک پھیل جائے۔ پلیوگرامین متعدد
 غیر خبیث سلعات مثلاً سلعہ لینفیہ (fibroma) وغیرہ اور مدلی لحمیہ (endothelioma)
 اور لحمی سلعہ (sarcoma)۔ شش میں غیر خبیث سلعات بہت شاذ و نادر پائے
 جاتے ہیں۔ لیکن کیسات (hydatids)، صفیات (gummas) اور التہابات
 ان سے غلط ملکہ ہو سکتے ہیں (60)۔

شش کا اولی سرطان سلعہ

(primary carcinoma of the lung)

بحث اسباب۔ شش کا اولی سرطان سلعہ ہر عمر میں، لیکن اکثر

اوقات (نئے پچائیس اور ستر سال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چار گنا زیادہ عام ہے، بد قسمتی سے حال میں چند سال سے اس کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہو گئی ہے۔ چونکہ مزمن خراش، سرطانی سلسلہ کا ایک سلسلہ قیسی عامل ہے، خراش کے اسباب و محرکات گئے ہیں مثلاً، انفلوئنزا اور حال ہی میں انسٹا کی وبا نے عظیم کے بعد سرطانی سلسلہ کی زیادتی پائی گئی ہے۔ گروغیاں سے پیدا ہونے والی خراش [جیسے کہ سیکسی (Saxony) کی کانوں میں] ایک امکان ہے۔ لیکن اگر استنطاق (inhalation) ایک سبب ہے تو بائیں شش کے نسبت دائیں شش کو زیادہ آسانی سے آؤف ہو جانا چاہئے، کیونکہ دائیں ششہ نسبتاً بڑا اور زیادہ وسیع واقع ہوتا ہے۔ لیکن دونوں شش تقریباً مساوی طور پر آؤف ہوتے ہیں۔ موٹر گاڑی کی اخراجی گیسوں کا استنطاق، زہریلی حربی گیس، تمباکو پینا، اور گرد و آلودگی عوامل ہیں (61)۔

مرضی تشریح - شش کی اولی بالیدیں اپنے مبداء کے لحاظ سے تین گروہوں میں تقسیم ہیں :- (۱) شبی سرطانی سے بچکنے والی (۲) شبی مخاطی غد سے بچکنے والی (۳) چرم شش سے بچکنے والی۔ پہلے گروہ میں سلسلہ بالخصوس ایک بڑے شبہ میں محدود ہوتا ہے، اور شبہ مدود ہو جاتا ہے۔ یہ بالید زیادہ منتشر نہیں پھیلتی، بلکہ ٹوٹ کر تمدد الشعبی (bronchiectatic) کہنے پر یاد دہانہ کار جمان رکھتی ہے۔ یہ استوائی غلیظوں سے بنتی ہے۔ دوسرے گروہ کے ساتھ (اور یہ بھی شبات کے گرد محدود ہونے سے کار جمان رکھتا ہے) پر از املا مخاطی افزہ ہوتا ہے۔ لیکن ان سلطات میں غلیظ اس قدر کمزیر پذیر ہوتے ہیں کہ یہ جماعت بددی زیادہ مفید نہیں۔ تمام سلطات میں سے نصف سے زائد سلطات "جئے نما غلیظوں" والی قسم ("oat cell" type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ غلیظے اور نواتے، جو زیادہ گہرا رنگ قبول کر سکتے ہیں،

سہ تو سین کے اندر غلیظ اور دوسرا صبح کئے ہوئے امداد و فی مدی قدما ہی ظاہر کرتے ہیں جو لندن ہسپتال میں ۱۳۹ استنانات لاشیں (autopsies) کے تجزیہ سے لی گئی ہیں (41)

بعضی ہوتے ہیں اور ان کا نفعیہ مایہ (cytoplasm) قلیل المقدار ہوتا ہے۔ سروحات (metastases) لمفاتی غد کے اندر عام ترین ہوتے ہیں، لیکن وہ دوسرے اعضا و احشائیں مختلف حد تک واقع ہوتے ہیں۔ دوسری پیچیدگیاں حسب ذیل ہیں:-
 پلیورائی انصباب (pleural effusion) (۲۸) یعنی قحطی (۶۵) 'ذموی' (۷) 'س' صامت (۱۴، ۵)۔ ایک شہ کا جزئی یا کامل انسداد (occlusion) (۶۶) 'شبی التبا' تمدد الشعب (bronchiectasis) 'شبی ریوی التبا' (ہیولی کلن (collapse) (gangrene) 'خراج' (۱۱، ۵) 'نفاخ' (فیبروزس) (fibrosis) اور ریوی عروق کی غلیظت اور ان پر حملہ۔ 'تاہور' (pericardial) پر حملہ (۵ و ۶) 'مری پر حملہ یا دباؤ' (۱۶ و ۵) 'نوفانی ورید' اجوف پر حملہ اور اس کا تسدو (۱۱ و ۵) 'بڑی نظامی وریدوں کی غلیظت' (۱۷) 'جو جراح بالا اور جراح زیریں میں یکساں کثرت سے واقع ہوتی'۔
 غلامات - کھانسی (۶۶) ابتداؤ خشک ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ شدید دوروں کی شکل میں ہو یا قصبہ یا شعبات پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے "نحاشی" (brassy) ہو۔ وہ گردن کی وریدوں کا عارضی اشتلا پیدا کر سکتی ہے۔ بسباق نصف سے زائد اساتجوں میں موجود ہوتا ہے اور ان میں سے بیشتر میں کیتھرفٹ الٹہ موجود ہوتا ہے (۳۶)۔ ۵۔ ۳ (۶۴) شدت میں تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ قارضی (gnawing) 'نوحزی' (stabbing) 'جبری' (dragging) ہو یا دباؤ یا دم گھٹنے کا احساس ہو۔ درعوماً سینہ میں ہوتا ہے، لیکن گردن، شکم، کمر اور جراح میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ وہ اکثر ریڑھ کے فقر (vertebra) میں سروحات (metastases) ہو جانے سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ لکغری (wasting) (۵۲) کے ساتھ کمندی، کمزوری اور شحوب (pallor) ہو سکتا ہے، لیکن عموماً مریض عدم الدم (anaemic) نہیں ہوتے۔ بھس (dyspnoea) (۵۵) اس پھولی ہوئی سانس (breathlessness) کے جو شقت کرنے یا زور لگانے کے بعد ہوتا ہے، اکثر ایک متاخر غلامت ہے، تا وقتیکہ پلیورائی انصباب موجود نہ ہو۔ وہ دوروں کی شکل میں ہو سکتا ہے اور اس کے ساتھ شہیتی صرصرہ (inspiratory stridor) ہو سکتا ہے۔ ایک مریض میں شریانی خون میں CO کا دباؤ بڑھ گیا اور

آکسیجن کی میرشدگی (oxygen saturation) کم ہوگئی، جس سے نیند بہت کم ہوتی ہے کہ شش کے اندر گیون کے باہمی تبادلوں کا وٹ مٹی (۶)۔ اس ارتفاع حرارت (pyrexia) (۳۹) اکثر سلی ریوی کی دائمی تپش (hectic temperature) سے مشابہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ سردی گٹا (chills) اور شبانہ پسینہ (night sweats) ہوں (۱۷)۔ خفوق قلب (tachycardia) بلا ارتقاع تپش کے موجود ہو سکتا ہے (۱۹)۔ بعض اوقات سریر یا قی طور پر ثانوی جھاؤ (secondary deppaits) پائے جاتے ہیں (۲۲)۔ اور دوسرے علامات یہ ہیں: — سر سراق (cyanosis) (۲۱) جو اکثر اُور وڈا ملتسع (dilated veins) (۱۵) کے ساتھ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ سر اور گردن، جواہج بالا، صدر اور شکم میں نظر آئیں اور اس وجہ سے اہم ہیں کہ وہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ وائسٹ (mediastinum) میں تسدو جو گیا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون قلب تک اُن تحت الجلد تقماست (anastomoses) کے ذریعہ سے پہنچتا ہے جو بین شعلی اور و (intercostal veins) اور شملی اور و کے درمیان ہوتے ہیں۔ باوجود اس تعویض (compensation) کے وریدی رویں بہت کچھ رکاوٹ واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور جھکنے یا کسی طرح کا زور لگانے پر چہرہ اور بھی زیادہ ممتلی اور ازرق ہو جاتا ہے۔ فوقانی وریدا جوف کے تسدو کی حالت میں سطح پر خون کا بہاؤ بالکل نیچے کے طرف اور تحتانی وریدا جوف کے تسدو میں اوپر کے طرف ہوتا ہے۔ لیکن یہ آخر الذکر حالت درون صدری سلعہ (intrathoracic tumour) سے شاذری پیدا ہوتی ہے، گو کہ نصیبت بالیسد (malignant growth) کا ڈایا فرام سے عین اوپر تحتانی وریدا جوف تک پہنچ جاتا ممکن ہے۔ اذیہا (۱۸) اکثر ایک متاخر امارت ہوتا ہے، جس کے ساتھ ذرائق اور تسع وریدی ہوتی ہیں۔ سرور گردن اور ہر دو یا کسی ایک بازو کا اڑیا نہایت حمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سرخی الزوال ہو اور صفت کرنے یا زور لگانے، جھکنے یا کھانسنے سے پیدا ہو جائے اور اس کے ساتھ دم جھکنے کا احساس بھی ہو۔ یہ علامات نمی موجود ہوتے ہیں، — حنجری شلل (laryngeal paralysis) (۱۷)۔ عسرا البلع (dysphagia) (۱۱)۔ قے (۱۱) نگلیوں کی گرز شملی

(clubbing of the fingers) (۶۰۵) کا لہنا یہ علامت بہت کم ہے۔ (۵۰۵) سس اور دوا (vertigo) صدقات (pupils) کی عدم مساوات اور عصب مشار کی کے پیمانہ پاشل (جو ملاحظہ ہو) کے دوسرے امارات۔ سٹرانلین اکثر ایک طبقہ میں سے اپنا مر بلا کسی مراثمت سے دوچار ہوئے جاری رکھتے ہیں۔ بنس اوقات وہ مضبوط ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محیطی نبض (peripheral pulse) کمزور یا مفلوس ہو جاتی ہے۔

طبیعی امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں اور ان کا انحصار بالید کے محل وقوع اور جسامت پر اور پیمیدگیوں کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ لیکن ہے کہ ابتداً وہ صرف ایک شعبہ کے قد کے امارات ہوں جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں اور ان کے ساتھ اکثر ضرر (stridor) ہو۔ جوں جوں سلسلہ کی جسامت بڑھتی ہے اور نہ صرف شعبہ خند دیں جہاں (deposits) بلکہ سٹش کے اندر تک پھیلاؤ ہو جاتا ہے قرعہ (percussion) کی آوازیں کمی (impairment) پائی جاتی ہے بالخصوص سینہ کے سامنے بالائی حصے میں لیکن یہ کمی راس تک نہیں پہنچتی۔ لیکن ہے کہ اس رقبہ میں شعبہ نبض (bronchial breathing) بڑھ جاتا ہے یعنی موئی خفیف اور شعبہ موئی (bronchophony) موجود ہو یا اموات تنفس نفس موئی خفیف (T.V.F.) اور بولنے کی آوازیں (voice sounds) غیر موجود ہوں۔ اگر بالید نیچے کی طرف پھیلتی ہے تو یہی طبیعی امارات ایک قاعدے پر موجود ہو سکتے ہیں۔ مختلف پیمیدگیوں کے طبیعی امارات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔

181

تشخیص۔ بنس اس بات میں اپنا مر بلا کسی صدی علامت کے ختم کر دیتی ہیں۔ امواتوں کا ایک چھوٹا مادہ ماضی گروہ (cerebral group) مراثات (metastases) کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ امواتیں دماغی سلسلہ التهاب سمیلا (meningitis) التهاب دماغ (encephalitis) کو غیر دے مشابہ ہوتی ہیں۔ امواتوں کا دوسرا گروہ نخاعی (spinal group) ہے جو ممکن ہے کہ التهاب نخاع (myelitis) بشوکی نوسیدہ (spinal caries) یا درد کمر (lumbago) کے طور پر تشخیص کرنی جائیں۔ تیسرے گروہ میں حادثہ شکی علامات ہوتے ہیں۔ وہ ضرر (stridor) جو ایک شعبہ کے

انفصاف سے پیدا ہو جاتا ہے، غلطی سے شعبی التهاب کا خرخرہ (rhonchus) سمجھا جاسکتا ہے۔ اول الذکر وقت وقوع اور محل وقوع کے لحاظ سے مستقل یا غیر متغیر ہوتا ہے اور آخر الذکر تغیر پذیر ہوتا ہے اور چند ہی منٹوں کے اندر ایک جگہ سے دوسری جگہ لپٹا لپکا کچھ وقتوں میں غائب ہو جاتا ہے۔ اگر سلسلہ دردوں میں پیچیدگیاں (یعنی کہ وسطی ذات الجنب انقباض) (effusion) تھیں صدر (empyema) شعبی التهاب (bronchitis) امتداد شعب (bronchiectasis) شعبی ذات الریه (broncho-pneumonia) پیدا کر دے اور سلسلہ کے حیز علامات (جیسے کہ امسلاؤ اور دہ اور آؤیا) غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ اس امر کو شناخت کئے بغیر کہ اولی سبب مرض سلسلہ ہے، ان پیچیدگیوں کی تشخیص کرنی جائے۔ پل ریوی اور استرواح الصدر سے بھی تفریق کرنی چاہئے۔ بزل (paracentesis) کے بعد ایک سریع الکس عقیقہ پلیٹورانی انقباض واقع ہونا سرطان کی دلالت ہے، بالخصوص اگر یہ انقباض خون آلود ہو، اگرچہ یہ بیان کرنا ضروری ہے کہ خون آلود انقباض کا عام ترین سبب تدرن ہے۔ غلطیاتی امتحان (cytological examination) سے عموماً کوئی مدد نہیں ملتی۔ اس کے برعکس اگر ایک اومیر عمر والے مریض میں سستال کے امارات موجود ہوں لیکن سینہ کا استقصا (exploration) کرنے پر کوئی میال نہ ملے تو سلسلہ کا شبہ کیا جاسکتا ہے۔ سرطان ش آنور سائے آؤرطی (aortic aneurysm) کے ساتھ ایسانی غلطی کیا جاسکتا ہے۔ انورسما کے مشہور و معروف طبیعی امارات کے علاوہ بیشتر اماتوں میں لاشعاعی امتحان تفریقی تشخیص کا نہایت یقینی ذریعہ پیش کرتا ہے۔ انورسما ایک صاف اور واضح گرد رکھتا ہے، اور ایک تمدد پذیر نبضان (expansile pulsation) دکھ کر رہتا ہے۔ لیکن کسی ایسے سلسلہ سے بھی جو اورطی کے ساتھ متغیر ہو نبضان (pulsation) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایک بقاعدہ طور پر در زیر شش کرنے والے نوامیہ (infiltrating neoplasm) کی چھاؤں بتدیج خود کو اور گرد کے شش میں غرق کر دیتی ہے اور اس کی اپلی کور بالکل نظر نہیں آتی۔ لپا یوڈال (lipiodol) کے استعمال کے بعد امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ ایک شعبہ کا تہ نظر آئے شعبہ بینی (bronchoscopy) نہایت ہی مفید ہے۔ نیسجیاتی امتحان کے ذریعہ تشخیص کرنے کے لئے بالیہ کا ایک ٹکڑا

الگ کیا جاتا ہے۔ اگر تفسیق کا اقلع کیا جائے اور مجوس افراطات کو کھنکھنے دیا جائے تو عارضی طور پر تسکین ہو جاتی ہے۔ لاشعاعی استمان جو کہ استرواح الصدر انجام دیتے اور اگر کوئی انصباب موجود ہو تو اس کو دور کرنے کے بعد انہام دیا جاتا ہے۔ پٹیورانی بالیدوں کو تشخیص کرنے کے لئے نہایت ہی مفید ہے۔ ہمد زنی بھی تسکین دہکھتا ہے۔ علاج۔ جب شعبہ یعنی کے ذریعہ بالید تک رسائی ہو سکتی ہو تو طلحہ میں ایک انقلاب عظیم پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ باقاعدہ وقتوں پر ریڈان کے غول مدفون کئے جاسکتے ہیں۔ آخرتہ برآری کا عملیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

پھیپھڑوں میں ثانوی مطروحات

(secondary deposits in the lungs)

علامات۔ جب شش بالید کی کثیر التعداد گرہوں کا محل وقوع ہو چکے اندر بے قاعدہ طور پر پھیلی ہوئی ہوں، تو مریش کو کم از کم ابتدا کوئی تکلیف نہیں ہوتی اور تا وقتیکہ ایک شعبہ پر دباؤ نہ پڑے کوئی طبیسی امارات نہیں نمودار ہوتے۔ آخری درجہ میں زہر (dyspnoea) تیز تنفس، کمبود رنگ (lividity) متواتر کھانسی اور غلطی تغشہ جوگہ۔ اور استماع کرنے پر سارے سینہ پر کثیر التعداد اوخرخرات (Krhonchi) اور لٹخات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ یہ حالت وٹھنی تھلا (miliary tuberculosis) سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ پیش طبیسی درجہ کی ہو۔ جب پٹیورالائٹ ہوتا ہے تو عموماً ایک انصباب (effusion) ہوتا ہے جس میں خون اور نمیت غلیظت (malignant cells) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ جب دومرے احشار میں بالید کی موجودگی معلوم ہو یا جب سرطان پستان یا سرطان شک بذرید علی نکال کر قایم کر دیا گیا ہے تو ایسی حالت میں بقابل توہیہ بہر کے وقوع سے ہیں پھیپھڑے کے اندر بالید واقع ہونے کا خیال آنا چاہئے۔ اور ان امایاتوں میں کہ جن میں ریوی علامات نہایت نمایاں ہوں گردن میں سخت خدو یا خفیہ میں سلسلہ کی موجودگی سے یا فقرات کی لاؤ قیست سے پیدا مشدہ شوکی استواری سے بعض ادوات فردی پتہ چل جاتا ہے۔ ابتدائی

امایاتوں میں ممکن ہے کہ لاشعاعوں سے پھپھڑوں میں تمیز گول غمات (opacities) نظر آئیں۔

انداز بڑا ہوتا ہے اور اس حالت کی مدت ایک سال سے زائد ہو سکتا ہے۔
 علاج کا خشار یہ ہے کہ درد اور کھانسی میں تخفیف ہو اور نیند آجائے۔ عمیق
 لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) بالید کی عارضی تخفیف (recession) اور
 ششوں کا دوبارہ پھیلاؤ واقع کرتا ہے (62) یاریم (radium) کو جسم متادوں میں
 استعمال کیا جاسکتا ہے۔ بالید کے ساتھ کے سسٹیل انقباض کو ممداس (aspirator)
 کے ذریعہ نکال دینا چاہئے، لیکن اغلب ہے کہ وہ جلد ہی پھر پیدا ہو جائے گا۔

ذات الجنب اور تقيع صدر

(PLEURISY AND EMPYEMA)

ذات الجنب یعنی غشائے پلورائی کے التهاب کے خاص مظاہر یا وضع
 پلورائی پر کھینچ لیں "خشک ذات الجنب: (dry pleurisy) یا منطی سیال کا
 ارتشاح (انقباضی ذات الجنب: pleurisy with effusion) یا پیدا ششیں ریم
 و تقيع صدر (empyema) ہیں۔

بحث اسباب۔ کثیر التعداد امایاتوں میں خشک ذات الجنب،
 یا انقباضی ذات الجنب کا آغاز بہ ظاہر تندرست اشخاص میں نامحسوس طور پر ہوتا ہے
 اور اکثر سردی کے تکشف سے منسوب کیا جاتا ہے۔ ایسی امایاتوں کا ایک بڑا تناسب
 شائد ۵۰ فی صدی امایاتیں بلاشبہ اپنے مبداء میں تدرنی (tuberculous) ہوتی
 ہیں۔ بہت سے مریضوں میں تدرن کی سرگزشت طبعی ہے، یا یا آخر مل ریوی یا ہوسٹر
 تدرنی جذبات کے باعث ہلاکت واقع ہو جاتی ہے۔ نیز بہت سی مثالیں ہیں
 کو جانوروں میں طبعیم کرنے سے تدرن پیدا ہو جاتا ہے۔ ذات الجنب کی ایسی امایاتیں
 اپنے عمر میں تدرن ہوتی ہیں۔

پلوراکسٹریک زیادہ حاد قسم کے التهاب کا منور ہے جو بالآخر تقيع صدر

پیدا کر دیتا ہے اور یہ دوسری بہت سی رایتوں (باغضوں) تھنی ریوی سرایتوں (لو قرمزہ) کھرا، ریشمی بخار، عفونت الدم اور انفلوئنزا کی رایتوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔
ذات الجنب مرض بڑا شد (Bright's disease) یا جی ایک کثیر الوقوع پیچیدگی ہے۔
بعض اصابتوں میں سرایت نسبت زیادہ است لہذا تھنی ریوی ہے، مثلاً اس وقت جب کہ کمر (fractured) ہیکلوں سے پلیو راز تھنی ہو جائے، یا جب (۱) ممرات شش (مثلاً ذات الریہ) تھنی الدمی خرابات (pyaemic abscesses) مملو تھن، یا تھنی ممرات (haemorrhagic infarcts) یا (۲) جدار ری ممرات (جیسے کہ نبل پستان) گردن یا کھنہ شکم کے خرابات) کی توسیع پلیو رازی سطح پر ہو جائے۔

ذات الجنب التهاب نامور اور التهاب باریطون یہ سب یک وقت ایک ہی سرایت سے واقع ہو سکتے ہیں جو عا د اصابتوں میں ریشمی عفونی (septic) یا تھنی ریوی اور مرنن اصابتوں میں اکثر ترقی ہوتی ہے۔ اس کو خبیث التهاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis) یا عام التهاب مصلیہ اغشیہ مصلیہ (polyserositis) کہتے ہیں۔

ذات الجنب کے مختلف اقسام میں حسب ذیل دقیق عفویہ پائے جاتے ہیں: ۱۔ نبقہ ریوی، نبقہ سیمی، نبقہ غشیہ، نبقہ تھن اور عصیہ محر قیہ نسبت شاذ صورتوں میں قریظہ لینڈر کا عفویہ عمومی عصیہ قولونی، عصیہ ڈفتمی یا عصیہ انفلوئنزی اور خرد نبقہ، سچا سچا۔ ان کا امتزاج ہو سکتا ہے، مثلاً نبقہ ریوی یا درنی عصیہ کا سیمی نبقات یا غشی نبقات کے ساتھ۔ ان میں سے آخری عموماً تنہا نہیں پائے جاتے۔ تھن کے عقیم مصلی فائبروزی انصباات میں درنی غشیہ مفقود ہوتے ہیں۔ تھن کے ریوی انصباات بھی اکثر معمولی طاقت کرتے پر عقیم ثابت ہوتے ہیں اور گنی پگ میں تعلیم کئے بغیر ان میں درنی عصیہ شاذ و نادر ملے ہیں۔ بچوں کے ریوی انصباات میں نبقات ریوی بیشتر پائے جاتے ہیں (۱۰ فی صدی) اور بالغوں کے ریوی انصباات میں سیمی نبقات زیادہ عام ہوتے ہیں (۵۰ فی صدی)۔

مرضی تشریح خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔ پہلا درجہ

پلیوریا کے عروق کے اتساع (dilatation) کا ہے جس کے بعد جلد ہی سیال کا ارتشاح اور چند سفید جسامت کی ہجرت واقع ہوتی ہے۔ یہ سیال مروب ہو جاتا ہے اور اس سے سفید جسامت اور فائبرین کا آمیزہ پیدا ہو کر (جسے اکثر سرسری طور پر لفافہ کہتے ہیں) آزاد سطح پر مطروح ہو جاتا ہے۔ غشاء ابتداً دقیق طور پر مشرب (injected) ہوتی ہے اور نہایت جلد ہی اس کی قدرتی طور پر ٹپکنے والی سطح فائبرین کی وجہ سے ماند پڑ جاتی ہے اور فائبرین کو ایک نہایت نازک جھلی کی صورت میں بدلیا جاسکتا ہے۔ اگر ارتشاح شدہ مادہ زیادہ افراط کے ساتھ ہو تو وہ سخت یا لٹی جیسی دبیرتیں بنا دیتا ہے جو سطح پر عموماً کھردری، یا خلی (villous) یا جالدار ہوتی ہیں۔

163

انصبابی ذات الجنب (pleurisy with effusion) اس حالت میں خشک ذات الجنب میں "لف" پیدا ہو جانے کے بعد جلد ہی ایک مصلی یا مصلی فائبرین سیال کا ارتشاح واقع ہوتا ہے یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہو تو لفظ کی سابقہ گوہن کے ایک مصلی سیال کا ارتشاح واقع ہو جاتا ہے۔ یہ سیال کہنہ پلیورائی کے اندر ۲ یا ۳ پائنٹ تک یا زائد مقدار میں جمع ہو سکتا ہے۔ اس کا رنگ زرد یا سبزی امل زرد اور کثافت نوعی ۱۰۰ تا ۱۰۳ اور اکثر ۱۵-۱ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے۔ اس میں جو الیومن موجود ہوتا ہے اس کی وجہ سے یہ آبائے پر تقریباً غموس ہو جاتا ہے۔ یہ سفاد نہیں کہ اس میں فائبرین کے چبند گلے (flakes) موجود ہوں یا تھوڑے ہی عرصہ میں کچھ مقدار مطروح ہو جائے۔ یہ سیال بالکل صاف ہوتا ہے یا جسامت کی موجودگی کے باعث دودھیا (opalescent) یا گدلا۔ حاد اصابتوں میں ایوسین ہینڈ (eosinophil) یا کمشیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) غلیظوں کا غلبہ ہوتا ہے اور زیادہ مزمن اصابتوں میں غلیظہ نسبتہ تھوڑے ہوتے ہیں اور وہ لف غلیظہ ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں مگن ہے کہ غلیظوں کی مقدار اتنی کافی ہو کہ سیال کو نکالنے کے بعد وہ اس کی تہیں ایک دبیرت بنا دیں اور اس کے اور گاڑھی پیپ کے بننے کے درمیان تلمہ بدایج پائے جاسکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سیال کم و بیش خون کی جھلک رکھتا ہے اور یہ خون ان نواسقہ عروق سے ماخوذ ہوتا ہے جو تقصی بند لطف (organising lymph)

میں پائے جاتے ہیں۔

یہ انضیاب سسیال ذات الجنب کے نتائج میں سے اہم ترین نتیجہ ہے۔ چونکہ وہ کبھ پلینورا کے اندر مقید رہتا ہے لہذا وہ لازمی طور پر شش کو ڈانٹتا اور دیوار سینہ کی چھادرت سے ہٹا دیتا ہے اور سیال کا انضیاب جس قدر زیادہ ہوتا ہے شش اسی قدر زیادہ مضبوط ہو جاتا ہے۔ یہ انضیاب سسیال کے دباؤ سے نہیں بلکہ شش کی لچک کی وجہ سے واقع ہوتا ہے جو قدرتا اس کی باز کشیدگی (retraction) میں مدد ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ یہ حالت پائی جاتی لیکن ہے کہ سینہ کے اندر سسیال کی بڑی مقدار موجود ہونے کے باوجود دباؤ پھر بھی منفی ہو لیکن جو صورت حالات ایسی ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ وہ اب بھی مقابل جانب کے پلینورا کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب تندرست جانب کے طرف ہٹ جاتا ہے لیکن بعض اصابتوں میں سسیال کا دباؤ گرا کر ہوائی کے دباؤ کی نسبت زائد ہونا ممکن ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ سیال لمبی ہو اور ایسی صورت میں وہ قلب اور واسطہ (mediastinum) کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے کے علاوہ دیوار صدر کو باہر کے طرف ابھار دیتا، جن الاضلاع فضاؤں کو چھلا دیتا اور ڈانٹتا اور ڈانٹتا اور ڈانٹتا زیر افتادہ جگر یا طحال کے نیچے کو حکیل دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں لیکن یہ کہ بڑے عروقی پرداؤں پر سے اور وہ تنگ ہو جائیں (Elliot Smith)۔

دوسرے انتہائی اعمال کی طرح ذات الجنب بھی پلینورا کی دونوں سطحوں کو ڈھانکنے والی غائرین کے تعینی (organisation) لینے عروق و موئیہ اور لینی مات کی ٹخون سے منسلک ہو جاتی ہے۔ اگر انضیاب موجود ہو تو وہ ہفتوں یا دونوں کے دوران میں جذب ہو جاتا ہے اور شش اور دیوار سینہ یا تو اول الذکر کے پھیل جانے یا آخر الذکر کے تبدیل ہونے کے نتیجے میں یا ان دونوں اعمال کے مجموعہ ہونے سے بالآخر باہم تماس ہو جاتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں لیکن ہے کہ اس کا باقی ماندہ اس کی کوئی اشادات نہ لے کہ کسی کوئی التهاب ہو بھی تھا۔ لیکن اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ شش پر کا پلینورا دباؤ کا ایک قلم (a patch of thickening) ظاہر کرے وہ رنگ میں پیدا ہو اور اس کی سطح چکنی اور چمکدار ہو۔

اکثر اوقات مضمئی کے دوران میں جداری اور شوی پليوئرا تھماں رہتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لینی ساخت کے ذریعہ باہم جڑ جاتے ہیں جسے انضمام (adhesion) یا چسکی کہتے ہیں۔ ایسے انضمامات یا چسکیاں عموماً پھیپھڑوں کے نفوس کے درمیان واقع ہو جاتی ہیں۔ بوڈے آدمیوں میں سے مرنے والوں کی ایک بڑی غالب تعداد کیلئے سابق الوجود پليوئرا لی التهاب کے علامات ظاہر کرتی ہے۔ شدید اصابتوں میں پليوئرا بہت دیر تا مدت ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ لینی ساخت شش پر حملہ آور ہو کر لینی شش (fibroid lung) پیدا کر دے۔

تقيج الصدر۔ تقيج الصدر یا ری ذات الجنب کو پیدا کرنے والے عضو یا پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ تقيج الصدر اولی ہو سکتا ہے اس معنی میں کہ یہ پہلا یا واحد التهاب ہوتا ہے جو کہ جسم میں کسی راستہ سے عضو کے داخل ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے وہ قرب و جوار کے مرض کے ساتھ وابستہ ہو مثلاً ذات الریه کمپورسلی یا ریوی خراج کے ساتھ۔ اور آخراً وہ جسم کے کسی دوسری جگہ کے مرض سے منتقل شدہ (metastatic) ہو سکتا ہے مثلاً تقيج الدم (pyaemia) سے۔ تقيج الصدر کسی دوسری جگہ کے پھوڑے کی مانند ہمیشہ ایک صاف سیال سے یا سفید غلیات اور فائبرین (fibrin) کے گالوں سے خفیف طور پر مکد شدہ سیال سے شروع ہوتا ہے۔ اس درجہ کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ طویل ہوتی ہے مثلاً سو وقت جب کہ ایک درنی التهاب پليوئرا ری ہو جائے (جو کہ ایک نہایت ہی نادر واقعہ ہے)۔ نتیجی ریوی تقيج الصدر میں تقيج ہونے میں اس سے کم دیر لگتی ہے جب تقيج الصدر ذات الریه کے ساتھ متلازم ہوتا ہے تو علم طور پر تقيج بالعموم انحلال (resolution) کے دوران میں یا اس کے بعد واقع ہوتا ہے جس سے ایک ما بعد ذات الریه لوی تقيج الصدر (meta-pneumonic empyema) ظہور میں آتا ہے۔ اس صورت میں ذات الریه اولی اور پليوئرا پر حملہ ثانوی ہوتا ہے۔ جب تقيج الصدر خون پاش بندہ سمیہ کی وجہ سے پیدا ہو تو تقيج میں تاخیر ہو جاتی ہے یا تقيج بہت سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے ابتداً نتیجی سبھی ذات الریه میں تقيج الصدر بھی جہزماں طور پر موجود ہوتا ہے یعنی یہ هم ذات الریه (syn-pneumonic) ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں پہلی

مرتبہ ہی جب کہ پٹیورانی انصباب کا شبہ کیا جاتا ہے ریم پانی باقی ہے۔
 بعض اوقات ایک تنج الصدر تاچہ پٹیورانی (pleural sac) میں سے
 نکل کر زیا تو شش میں سورخ کر دیتا ہے (جس سے پیپ کا نقث ہوتا ہے) یا ایک
 بین الاضلاع فضا میں (جو اکثر یا بچوں فضا ہوتی ہے) منہ کر کے ("pointing")
 خود بخود پھوٹ جاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں ممکن ہے کہ ہوا کھنڈہ پٹیوراکے اندر
 داخل ہو کر ریمی ا صدر و اح الصدک (pyo-pneumo-thorax) پیدا کر دے۔ شاذ
 اصابات میں ایک تنج الصدر ڈانفرام کے آر پار یا اس کے نیچے سے ہو کر کھنڈہ شلم
 میں کھل سکتا ہے۔ لیکن اگر غیر شخصس یا بلا علاج کے رو جائے تو وہ عرصہ دراز تک
 بلا سوانح کے بہ متور رہ سکتا ہے۔ اس سے ایک نامکمل جذب واقع ہو کر مریض کی حالت
 ضعیفی (cachectic) ہو جاتی ہے اور احشائے کے چربی (lardaceous) انحطاط کے
 وقوع کے لئے راستہ تیار ہو جاتا ہے۔

معنی اور ریمی ہر دو انصبابات میں پھیپھڑوں اور جند کے درمیان انفصا
 یا چیکروں کے پیدا ہونے سے کہنے کبھی کبھی جدا جدا فضاؤں میں منتسم ہو جاتا ہے۔ ایسی صورتیں
 سیال کو خافہ بند (loculated) کہتے ہیں۔ اگر ایسے مریض کا علاج براہی طریقہ سے
 کیا جائے تو یہ حالت اہمیت رکھتی ہے۔

علامات اور طبیعی امارات خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔
 ذات الجنب کے آغاز کی متمیز خصوصیت شدید درد ہے جو سانس لینے کے فعل
 سے پیدا ہوتا یا زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً پہلوئے سینہ میں نیچے کے مقام پر
 ہوتا ہے، لیکن کہیں بھی ہو سکتا ہے کیونکہ اس کا انحصار التهاب کی جائے وقوع پر
 ہوتا ہے۔ وہ ایسا ہوتا ہے جیسے کہ کوئی کاٹ یا پھاڑ لڑا ہو (cutting or tearing)
 اور نہ صرف سانس لینے سے بلکہ کھانسنے، پھینکنے اور ہر قسم کی شقت کرنے یا زور لگانے
 سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ مریض عموماً اپنی پشت کے بل یا تندرست جانب پر
 لیٹا رہتا ہے۔ تا ذات الجنب جاڑے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے اور زیادہ تر
 کہی قدر ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے جس میں ممکن ہے کہ پیش ۱۰۳ اور جب تک
 پہنچ جائے، لیکن یہ اکثر ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ رہتی ہے۔ اس کے ساتھ دوسرے معمولی

مسلزمات (accompaniments) ہوتے ہیں، یعنی فردار زبان، عدم اشتہا، اور کسبتہ (malaise)۔

سینہ کا امتحان کرنے پر اوٹ جانب پر حرکت کی کچھ کئی اور ذر کے مقام پر حویصلی خیر (vesicular murmur) کی قلت مشاہدہ میں آتی ہے۔ لیکن میٹر طبیعی امارت ذات الجنبی ہر گز (pleuritic rub) یا صوت فرکی (friction sound) ہے۔ یہ ان دو پلیورائی سطحوں کے جو اارتشاح (exudation) کی وجہ سے کھردری ہو گئی ہیں، ایک دوسرے پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ آواز فرک کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ عاواصاتوں میں مگن ہے کہ یہ رگڑ سختی کے ساتھ محدود مقام رکھتی ہو اور آسانی نظر انداز ہو جائے۔ بلکہ اگر مریض شدید درد کے باعث وہ شہتی (inspiratory) حرکت عمل میں نہ لائے جو اس کی پیدائش کے لئے ضروری ہے تو یہ غیر موجود بھی ہو سکتی ہے۔ مزمن اصاصاتوں میں فرک اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ وہ سینہ پر رکے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو سکتے ہیں، وہ سماع الصدر (stethoscope) سے شننی بھی جا سکتی ہے اور بالکل بلا درد ہوتی ہے۔

وہ ذات الجنب جس کے ساتھ انصباب ہوا اور تھقیع الصدا جب سیال کا انصباب ہو جاتا ہے تو پلیورائی دونوں سطحیں ایک دوسرے سے علوہ ہو جاتی ہیں، صوت فرکی غائب ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور ایسے علامات اور طبیعی امارات واقع ہوتے ہیں جو سیال کی موجودگی کا یا سیال جن مختلف اعضا پر اثر انداز ہوتا ہے ان کے مضبوط ہونے یا جگہ سے ہٹ جانے کا، راست نتیجہ ہوتے ہیں۔ خاص علامت سانس کا پھول جانا ہے جو مشقت کرنے یا زور لگانے پر خاص طور سے ہوتا ہے، اور یہ ٹیہر (dyspnoea) انصباب شدہ سیال کی مقدار کے تناسب سے ہوتا ہے۔ مریض اپنی پیٹھ کے بل یا اوٹ جانب کی کڑوٹ پر لیٹا رہتا ہے، تاکہ تندرست جانب کو سب سے زیادہ آزادی حاصل ہو۔ مگن ہے کہ اسے کھانسی بالکل نہ ہو، یا خفیف کھانسی بلا نقث کے ہو۔ ذات الجنبی انصباب میں آنکھ کی پتلیاں کسی بھی غیر مساوی ہوتی ہیں، اور اوٹ جانب کی پتلی نسبت زیادہ چوڑی ہوتی ہے۔

جیسا کہ دوسری البانی مالتوں میں ہوتا ہے، تھن اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مثلاً مدنی ذات الجنب میں وہ نہایت ہی بلند ہو سکتی ہے جو کہ شاید ناچنے کے غم و دس فعال مرض کی طرف اشارہ ہے۔ لیکن عام طور پر مستقیم تھن صرف ۱۰-۱۵ اور جو شنی گریڈ تک مرتفع ہوتی ہے۔ تھن، الصدر میں بھی، 'خود یہ سبھی تھنی ہو یا غبی تھنی' تھن اختلاف پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم وہ بلند اور متوقف یا متغیر ہوتی ہے، اور بسا اوقات اس کے ساتھ تھن برات ہوتے ہیں، اور مریض کی طبیعت نہایت ہی خراب ہوتی ہے اور اس کو خراب محسوس ہوتی ہے، جیسا کہ دوسرے ناد بخاروں میں ہوتا ہے۔

جو کہ کسٹیل تجاذب (gravitation) کے اثر سے سینہ کے سب سے نیچے کے حصے میں جمع ہو جاتا ہے، لہذا اچھے قاعدہ پر مطلق احمیت (dulness) ہوتی ہے۔ لیکن حویصلی خریا (vesicular murmur) صوتی گنگام (vocal resonance) اور لمسی صوتی حقیف (tactile vocal fremitus) بہت کمزور یا بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ کثیر المقدار استیال ہو تو حسب ذیل طبیعی امارات مشاہدہ میں آتے ہیں :- معائنہ کرتے پر سینہ کی ماؤف جانب بے حرکت ہوتی ہے۔ تھن اپنی طبیعی وضع سے ہٹا ہوا ہوتا ہے، اگر انصباب وائیں جانب ہو تو صدر قلب (impulse of heart) وائیں بطنی کے نیچے یا اس سے باہر کی جانب محسوس ہو سکتا ہے۔ اگر انصباب وائیں جانب ہو تو صدر القلب اکثر غلظت الغض (sternum) کے وائیں طرف کی بین الاشلاع فضاؤں میں، عموماً تھنی، چماتی، اور پانچوں فضاؤں میں، بلکہ وائیں بطنی کے پاس تک اور شاؤ مشالوں میں اس سے بھی باہر تک محسوس ہوتا ہے۔ صاف انصباب رکھنے والی اصابتوں میں ماؤف جانب پر سینہ کا محیط زیادہ نہیں ہوتا۔ لیکن ہے کہ وہ کم ہو جائے۔ لیکن تھن، الصدر میں لیکن ہے کہ وہ زیادہ ہو جائے اور بین الاشلاع فضا میں، پسلیوں کے پول سے نیچے تک پست جوتے کے بجائے، پُر (یا مٹھوس) ہو جاتی ہیں۔ لیکن ہے کہ وہ ویر سینہ کا کسی قدر زیادہ یا پہنچ ہو۔ طحال یا جگر بٹ کر نیچے آسکتے ہیں۔ قریح کرنے پر سائے، بٹل میں، اور پیچھے احمیت دینی جاتی ہے جو مقابل جانب کی اس احمیت کے ساتھ مسلسل ہو جاتی ہے جو

اشی بگہ بنے ہوئے قلب کے ساتھ مناظر ہوتی ہے۔ ساتھ ہی سینہ کی مقابل جانب پر بھی لگ سا اثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ٹھوس پن کا ایک مثلث رقبہ ایسا پایا جاتا ہے جس کا اس فلم الکٹف (scapula) کے زاویہ کے لیول کے قریب ریڑھ کے پاس ہوتا ہے اور قاعدہ ریڑھ سے لے کر شش کے زیریں کنارے کے برابر برابر ۳ تا ۴ انچ پھیلتا ہے (Grocco's paravertebral triangle)۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے :- طبعی طور پر شش کے مرکزی حصے کا پھیلاؤ (expansion) صرف اسی طرح سے ممکن ہوتا ہے کہ واسطہ مؤخر کا تناؤ زیادہ رہے جو اسے چسپ جاتے سے روکے رکھے۔ تناؤ کی یہ زیادتی مقابل جانب کے ڈائفرام کے عمل کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ کم ہو جیسا کہ پلئورائی انصباب میں ہوتا ہے تو واسطہ ہر شش (inspiration) کے ساتھ ڈھیلا پڑ جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غیر مؤلف جانب کے شش کے مرکزی حصہ کو نسبتاً کم ہوا پہنچتی ہے اور مسترعی سر (percussion note) کم ہو جاتا ہے۔ جب سیال اس قدر ہو کہ وہ صرف سینہ کی دو مثلث بلند ہی تک پہنچے تو تر تروہ کے نیچے اور اہمیت کے لیول سے اوپر قریبی مرکزی وہ خاص ترمیم سنائی دے سکتی ہے جس کا نام اسکوڈائی ملک (Skodaic resonance) ہے جو شش کے ارتخا (relaxation) کی وجہ سے ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 123)۔ استماع کرنے پر اہم رقبے (dull area) پر اصوات متغیر، صوتی ٹمک اور نسبی ارتعاش کی کمی یا غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ سیال کے بالائی لیول پر جہاں شش ڈھیلا پڑ جاتا ہے، شبی تنفس (bronchial breathing) یا تنویتی تنفس (compensatory breathing) سنا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ شبہ صوتی (bronchophony) یا مینر صوتی (aegophony) موجود ہو۔ مقابل جانب پر اصوات متغیر مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن وہ مثلث گریکو پر کم ہو جاتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں جہاں شش بچک کر ٹھوس ہو جاتا ہے، اصوات متغیر غائب ہونے کے بجائے بلند شبی تنفس (loud bronchial breathing) موجود ہو سکتا ہے۔ جہاں احشاد کی غیر وضعیت (displacement) زیادہ ہو وہاں ممکن ہے کہ تنفسی افعال کا احتلال بالآخر ٹمک ثابت ہو جائے۔ مریض زیادہ تر

کیود (livid) ہوتا جاتا ہے، خرخراتہ (rhonchi) اور مخاطی لفظ (mucus râles) اس شش میں سائی دینے لگتے ہیں جو اب تک تندرست تھا اور اختناق (asphyxia) جاری ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات ٹانگہانی غشیان (syncope) ہو جاتا ہے جس کی معقول توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ قلب اور بڑے عروق پر دباؤ پڑتا ہے۔

نوعمر بچوں کی حالت میں قریح کرنے پر جو اہمیت ہوتی ہے وہ مطلق نہیں ہوتی اور ممکن ہے کہ سارے اہتم رقبہ پر شعبی تنفس سنائی دے اور اس سے یہ گمان پیدا ہو جائے کہ شش ٹھوس ہے۔ ایسی حالت میں قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے مدد مل سکتی ہے۔

نہایت مشاذہ اماتوں میں قلب (یا شاید اور طی) کا نبضان (pulsation) ایک پٹیورانی انقباض تک منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ انتقال ایک صدر یا صوم کے طور پر ایک بڑے سطحی اجتماع تک ہو سکتا ہے یا ایک نسبتاً زیادہ محدود المقام شاید مرنی، نبضان کے طور پر ایک ایسے قبیح صدر تک جو دیوار سینہ کے آریار متد کر لیا ہو۔ اسے نابض ذات الجنب (pulsating pleurisy) یا نابض قبیح صدر (pulsating empyema) کہتے ہیں۔

بلین لختی ذات الجنب (interlobar pleurisy) کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے درد کھانسی اور وقت تنفس موجود ہوں مگر کوئی حتمی امارت نہیں ہوتی۔ جب نایع جمع ہو کر یا ہاؤس کی حد تک پہنچ جائے تو ممکن ہے کہ قریح کرنے سے سینہ کے وسطی منطقہ میں ایک اہم سر (dull note) اور ساتھ ہی اس سے اوپر اور نیچے گنگ لے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ لفظات (râles) موجود ہوں۔ بین لختی ذات الجنب کی ایک کثیر التوقع علامت نفث الدم (hemoptysis) ہے (Dieulafoy) اور اگر ریال ری ہے جیسا کہ وہ اکثر ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ ایک شعبہ کے اندر روا ہو جائے اور کھانسی کے ذریعہ خالی ہو کر خود اچھا ہو جائے، اگر چہ کبھی کبھی ایک مبروی کہند (discharging cavity) ریمینوں اور برسوں تک باقی رہتا ہے۔

ذات افراعی ذات الجنب (diaphragmatic pleurisy) میں انقباض

شش اور ڈائفریئم کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ مقدار میں وہ عموماً وافر نہیں ہوتا۔ اس سے پہلے اکثر شدید درد ہوتا ہے، اور ساتھ ساتھ سینے دسویں پٹی میں ڈائفریئم کی انتہا کے مقام پر دبانے سے یا گردن میں عصب ڈائفرامی (phrenic nerve) کو باہر سے دبانے سے ایسیت (tenderness) محسوس ہوتی ہے۔ تاوقتیکہ یہ مرض خاص پلئوریائی کینڈس نہ پہنچ جائے، امیت (dulness) محسوس فرکی اور بز صوتی (ægophony) غیر موجود ہوتے ہیں اور اس طرح مانع کے کسی چھوٹے اجتماع کا جریاں ڈیوٹنڈ (encysted) ہو جاتا ہے۔

اسی طرح ممکن ہے کہ ایک واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) بھی بہت تھوڑے میٹر امارات ظاہر کرے، تاوقتیکہ اجتماع سیال آنا کافی نہ ہو جائے کہ سینے کے خط واسطی میں اہم ساختوں پر دباؤ پڑنے لگے۔ یہ امارات یہ ہیں: ۱۔ بھر (dyspnoea) 'میتق (oppression) کے دورے' سوں سوں کی آواز (wheezing) اور صفو (stridor) 'عسر البلع (dysphagia) 'نحاسی کھانسی (brassy cough) 'بحرائی ہوئی آواز (hoarseness) اور سطح سینہ پر کی آویردہ کا پھولی جانا۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ظہری فقرات (dorsal vertebrae) پر دبانے سے ایسیت پائی جائے، اور نزد فقری امیت (paravertebral dulness) اور گرد اموات تنفس، بز صوتی (ægophony) اور لفظات موجود ہوں۔ تاہم ان کے اوپر ذات الجنب نام نہاد پلئوریائی تاء موری فرک (pleuro-pericardial friction) پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۷)۔ واسطی تھیمات الصدر (mediastinal empyemas) شیمی انجریات کی راہ سے خارج ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ تشخیص میں لاشاعوں (X-rays) سے مدد ملے گی جو یہ ظاہر کر دیں گی کہ تسد پیدا کرنے والا تودہ مابض ہے یا نہیں۔

تشخیص - خشک ذات الجنب (dry pleurisy) میں درد کو سینہ کے دوسرے دروں کے تیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جن میں سے عام ترین وجہ الجنب (pleuro-dynia) یعنی ریشی التهاب (fibrositis) ہے۔ یہ حرکت سے زیادہ بڑھتا ہے، لیکن اس کے ساتھ بخار یا رگڑ (rub) نہیں ہوتی۔ بین الامن سلاخ

وجع العصب (intercostal neuralgia) اس مجاورت یا تعلق کی وجہ سے جو وہ اعصاب سے رکتا ہے اور وجع العصب کے امتیازی اہم تعلق کی وجہ سے شناخت ہوتا ہے۔ گرد کبدی التهاب (perihepatitis) اور گرد لٹھی التهاب (perisplenitis) ایسے درد پیدا کر سکتے ہیں جو سانس لینے پر بڑھ جاتے ہیں، کیونکہ یہ اعصاب دورانِ شہیق میں ڈائفرام کے نزول سے مضبوط ہو جاتے ہیں۔

درجہ انصباب میں ہمیں اولاً اس پر غور کرنا پڑتا ہے کہ آیا کھنکھ پٹورانی کے اندر رائج موجودہ یا نہیں اور دوم اس پر کہ اس مانع کی نوعیت کیا ہے، آیا وہ ملل ہے یا ریم؟ عائدات جن میں ذات الجنب اور ذات الریہ کے باہم غلط ملط ہو جائے، کما نہایت امکان ہوتا ہے، کیونکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں ہر ات تنفس اکثر غیر موجود ہوتے ہیں۔ عموماً ذات الجنب نسبی ارتعاش (tactile vibration) کی غیر موجودگی اور نسبت زیادہ مطلق قسم کی صمیت (more absolute dulness) سے ہمیز ہوتا ہے۔ اور نسبت بڑے انصبابات قلب کو اس کی طبی وضع سے ہٹا دیتے ہیں جو ایک فیصلہ کن علامت ہے۔ پٹورانی انصباب میں لاشاعوں سے ایک نہایت زیادہ عکس پیدا ہو جاتا ہے جس کا بالائی مقعر عاشیہ ریڑھ سے دھنک اُٹھ کر نفل کی جانب جاتا ہے اور ڈائفرام کا خط نہیں نظر آتا (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶۸)۔ شش جو اوپر ہوتا ہے، کمکیف (condensation) کی وجہ سے ایک ہلکی سیابھی ظاہر کرتا ہے اور نگاہ سے ایک تحدیدی خط بھی پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶۸)۔

فرضن اصابتوں میں شش کی بافت کے بیشتر تغیرات (consolidations) سے سیال کی شائبہ پیدا ہو سکتی ہے، خواہ یہ تبدل اس کے جرم میں جماؤ ہونے کی وجہ سے ہو، خواہ اس کے پچکاؤ کے باعث۔ اس قسم کی بعض اصابتیں حسب ذیل ہیں:۔

- ۱۔ مدلی تجمل یعنی شش (fibroid lung) فرض قلب سے پیدا ہو جاتا ہے اور قلب (induration) شش کی بالید اور انضغاط جو کہ ماسے سے اموروی انصباب سے اور نیچے سے زیر دایا ذری تھوڑے (subphrenic abscess) اور جگر کی بالید یا کیسہ (hydatid) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اصابتوں کے مشترک طبیی الامات ہیں:۔
- ۲۔ صمیت: سوات غصص کا اندام موقی ٹمک اور نسبی ارتعاش کا اندام (یعنی



الف



ب

یہ شعاع چکاشیتس پیورانی انصباب اور انحلال ظاہر کرتی ہیں۔ الف۔ ۲۰ مارچ ۱۹۳۵ء۔ یہ امرٹا ہو کہ انصباب اور شش کے اتصال پر جو غشی خط ہے وہ ٹھیک دس سینک اور دس کے گرد چلا گیا ہے جس سے معلوم ہوتا ہے کہ بالائی حصہ پر نیال کی ایک نہایت ہی تکی تہ موجود ہے۔ ب۔ ۱۳ اپریل ۱۹۳۵ء۔ یہ شعاع چکاشیتس لنڈ سے لاک نے مصنف کے ایک مریض سے

تندرست شش کی جلا شہادتوں کی غیر موجودگی (تحض اس وجہ سے کہ یہ بالیدیں یا مٹات کے اجتماعات شش کو اسی طرح پچکا یا شاد دیتے ہیں جس طرح سے کہ ایک پلیوریائی انفیاب قاعدہ شش پر اہمیت کا (جو غلطی سے اکثر پلیوریائی انفیاب سمجھ لیا جاتا ہے) ایک دوسرا سبب ایک شیعہ کا قہہ ہے۔ لیکن اس حالت میں یہ اہمیت غموباً اس قدر مطلق نہیں ہوتی جتنی کہ یہ پلیوریائی انفیاب کی صورت میں ہوتی ہے۔ ڈائفرام کے نیچے کی بالیدوں، پھوڑوں یا ڈوٹیروں (cysts) کو پلیوریائی انفیاب سے تیز کر کے میں لاشعاعی امتحان خاص منتف زکھتا ہے، کیونکہ ڈائفرام اول الذکر کی بالائی سطح بناتا ہے اور مجذب ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اٹھا ہوا اور تنفس کے ساتھ غیر متحرک ہو۔ پلیوریائی انفیاب کی بالائی سطح مقعر ہوتی ہے۔

تقیق الصدر میں مریض کی شکل و صورت اکثر پھیکی پڑ جاتی ہے، بلکہ وہ عیالہم (anæmic) ہو جاتا ہے۔ پیش اکثر عادی قسم (hectic type) کی ہوتی ہے اور مسیح ۹۶ تا ۹۹ درجہ سے لے کر شام کو ۱۰۲ تا ۱۰۴ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ قشرہ بر یا کثرت پسینہ نکل سکتا ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ پیش بالکل درجہ طبیعی کی ہو ممکن ہے کہ سینہ پیپ سے بھرا ہوا ہو۔ تقیق الصدر میں سپہ خلیوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ ذات الجنب کے دوران میں دفعہ درمیانی نفث واقع ہو جانا اس امر کی ایک اہم دلالت ہے کہ ایک ایسا تقیق الصدر وجود ہے کہ جو ایک شعبہ کے اندر پھٹ گیا ہو اور طویل المدت احاطوں میں انگلیاں موٹی پڑ جاتی ہیں یا گرز شکل (clubbed) ہو جاتی ہیں۔ دیوار سینہ کا آؤبیا مصلی انصبابات کے نسبت تقیق الصدر میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن وہ ان دونوں حالتوں میں سے کسی ایک کی بھی استثنائی امارت نہیں۔ تقیق الصدر کے اوپر والی دیوار سینہ دبانے سے ایہم پائی جاسکتی ہے۔ فوخر بچوں میں کھانسی بُہر (dyspnoea) تھے اور لاغری کا کچا پالیا جاتا تھا تقیق الصدر پر دلالت کرتا ہے۔

ذات الجنب کے علاوہ دوسرے اسباب یعنی تنہائی اور کئی استقواء کے باعث بھی کھنہ پلیوریائی کے اندر مصل موجود ہو سکتا ہے۔ طبیعی امارات شامل ہوتے ہیں لیکن یہ حالت جیسے استقواء صدری (hydro-thorax) کہتے ہیں عموماً من قلب

یا مرض برائت یا سینہ کے اندر کی بالید کا باؤ عروق پر پڑنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ اور ذات الجنب کے ساتھ جو عمومی متلازمات ہوتے ہیں وہ اس میں موجود نہیں ہوتے۔

حادثہ صابٹوں کو چھوڑ کر، ہر سری تمام صابٹوں میں تشخیص کی فکری شس اتنی کثیر المتعدہ ہیں کہ ایک مناسب سوئی اور پیکاری کے ذریعہ بجلد ہی استقصاء (exploration) کے ذریعہ فیصلہ کرنا چاہئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ ہے (جو صرف اسی سے حاصل ہو سکتا ہے) کہ خیال کی نوعیت و ریافت ہو جاتی ہے اور خوردبینی اور جراثیمیاتی امتحان کے لئے مادہ بھی حاصل ہو جاتا ہے۔ بھول انقباضات (passive effusions) استقصاء کے ذریعہ صدی (hydrothorax) میں بڑے سرطانی خلیوں کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، لیکن لف ظلیہ بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ ذات الجنب کی اقسام ساریہ میں جو بعد سبب یا بقدریہ کے سبب سے ہوں اکثر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) سپید ظلیہ زیادتی کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ تدری ذات الجنب میں لف خلیوں کا اکثر ظہور متا ہے، لیکن کثیر الاشکال نواتی ظلیہ بھی اکثر موجود رہتے ہیں۔ خون آلود انقباض کا عام ترین سبب تدرن ہے، لیکن خون آلود انقباض بالید کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

اگر پٹیورائی مصل سے عصبوں کی کاشت براہ راست نہیں کی جاسکتی، اور اگر عصب ورنیہ کا مصل ہونا ممکن نہ ہو تو مصل کا ورنی الاصل ہونا ایک گینی پگ کی تطعیم (inoculation) کر کے ثابت کیا جاسکتا ہے۔

چنانچہ محدود المقام ذات الجنبوں کے علامات کے بیان میں اشارہ کیا جا چکا ہے، ان کی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) کا واسطی مسلمات (mediastinal growths) کے ساتھ خلط ملا ہو جانا ممکن ہے، خواہ یہ خبیث مسلمات ہوں یا لغائی غدی (lymph-adenomatous)۔ لیکن اول الذکر کی سرگزشت مرض عموماً بہت تھوڑے عرصہ کی ہوتی ہے اور حملہ مزمن سرریج ہوتا ہے۔ تمام صابٹوں میں لاشاعول سے مدد مل سکتی ہے۔

انذار۔ ذات الجنب بنیر انقباض کے جو یا مصلی فائبرین انقباض کے ساتھ ہو اس کی بیشتر صابٹیں، یا تو ورنی علاج سے یا بالیہ خارج کر دیے کے بعد

شتایاب ہو جاتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ اُن کی سرگزشت مابعد اکثر ناموافق ہو۔ دوسرے سے کم کے بچوں میں قلع صدر نہایت ہی چمک ہوتا ہے۔ صرف ۲۵ فی صدی شتایاب ہوتے ہیں (40)۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ اکثر وہ ایک عمومی منتی ریوی سرایت کا ایک ہی مظہر ہوتا ہے، اور یہ سرایت ہم زماں طور پر ذات الریہ، التبا سب نامود (pericarditis) وغیرہ بھی پیدا کر دیتی ہے۔ نسبتاً بڑے بچوں میں قلع صدر عموماً ذات الریہ کے بعد ہوتا ہے اور دوسری کوئی پیچیدہ گیاں نہیں ہوتیں، اسی لئے انداز اچھا بلکہ بالعموم سے بہتر ہوتا ہے، اور پیپ جس قدر جلد غایب کر دی جائے وہ اس قدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہے کہ بچوں میں ریویز کی غالب تعداد منتی ریوی ہوتی ہے، درآخرا لیکہ بالعموم میں زیادہ مریض منتی کسبی ہوتے ہیں۔ اگر منتی ریوی قلع الصدر، التبا سب نامود (pericarditis) سے پیچیدہ ہو جائے، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، تو انداز خراب ہوتا ہے۔ لیکن ایسی بعض اصابتیں شتایاب ہوتی ہیں۔

علاج۔ اگر ذات الجنب مدد دینی ہو تو ریوی تدریج کے عنوان کے تحت بیان کردہ عام علاج کرنا چاہئے۔

پسی ہوئی اسی کی چٹیسوں (linseed meal poultices) انٹلی ظلا جٹیں (antiphlogistin) یا تھر موجن وول (thermogen wool) کے لگانے، اور افیون یا مارفیا (morphia) کے داخلی استعمال، یا مارفیا کے تحت الجبدی استعمال سے قدومیں تخفیف کی جا سکتی ہے۔ درد کے مقام پر چھائے ڈالنے (blisters) جو کبیس (leeches) لگانے یا جگر (cupping) استعمال کرنے سے بھی عموماً تسکین ہوتی ہے۔ ماؤف جانب کو اگر بند کشیدہ (strapped) کر دیا جائے تو اس ذریعہ سے تنفسی حرکات کی روک تھام ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور غالباً التبا سب نامود بھی کسی حد تک رُک جاتا ہے۔ ایک نہایت ہی عمدہ متبادل طریقہ جس کو سر چارلٹن بریکو (Sir Charlton Briscoe) نے اختراع کیا ہے یہ ہے کہ ایک میٹی (belt) سینہ کے

لے۔ پی براٹس اینڈ ایولین، وگمور، ڈیپوٹ، سٹریٹ، و۔آئی۔ (Brice and Evelyn, Wigmore, Depot, Street, W.I.) سے مل سکتی ہے۔

گرد نہایت مضبوطی کے ساتھ باندھ دی جائے۔ ستر دست جانب پریشی میں ایک چمک کی کافی داخل کر دی جاتی ہے تاکہ شہیق کے ساتھ پھیلاؤ ممکن ہو جائے۔ بند کشیدگی (strapping) چوڑی ریموں کی صورت میں کرنی چاہئے جو ریم کی بڑی سے لے کر عظم النقص تک لگی ہوئی ہوں اس طرح پر کہ متبادل دھجیاں ترتیبے رخ میں اوپر کے طرف اور ترتیبے رخ میں نیچے کے طرف جائیں یہاں تک کہ ساری جانب بڑھ سکے جائے۔ مریض کو بے حرکت رکھنا چاہئے۔ اگر انصباب واقع ہو جائے تو منکحات (anodynes) کی ضرورت کم ہو گئی اور مالحات (salines) جیسے کہ ایسیٹ آف پوٹاشیم (acetate of potassium) اور سائٹریٹ آف پوٹاشیم (citrate of potassium) یا ایسیٹ اور سائٹریٹ آف امونیئم (acetate of ammonium & citrate of ammonium) دئے جاسکتے ہیں۔ ان کا اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد اور گردے کے اخراجات (excretions) زیادہ ہو کر انصباب شدہ سیال کے جذب میں مدد دیتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد آیوڈائنڈ آف پوٹاشیم اسکیل (squill) یا دوسرے مدرات (diuretics) ملائے جاسکتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایسی ضد خراش (counter-irritation) سے جیسی کہ پنچر یا محلول آیوڈین ماؤف جانب کے اوپر تعین کرنے سے عمل جو سکتی ہے جذب زیادہ ہو جائے۔

مدراتی انصباب کی صورت میں آج کل عام ترین دستور العمل یہ ہے کہ سیال کو صرف اسی وقت خارج کیا جاتا ہے جب کہ وہ بہت زیادہ مقداروں میں موجود ہو۔ یقین کیا جاتا ہے کہ متوسط مقدار میں شش کو چھکا کر اور اس کی حرکت کو کم کر کے مثبت فائدہ مفید ہوتا ہے، اسی اصول کے مطابق کہ جس اصول کے مطابق مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) مفید ہوتا ہے اگر طب دوسری جانب کو مکمل دیا گیا ہے یا اگر سینہ کی ایک جانب کے بیشتر حصہ پر مطلق احمیت (absolute dulness) موجود ہے تو ایک مینزل اور تنویر کے ذریعہ کچھ سیال خارج کر دینا چاہئے۔ بہترین قاعدہ یہ ہے کہ اسے اس وقت تک نکلنے دیا جائے جب تک کہ اس کا دباؤ کرہ جوائی کے دباؤ سے نیچے نہ ہو جائے، یعنی جب تک کہ وہ خود بخود قہ لپ کے باہر نکلنا موقوف نہ کر دے۔ وقت بچانے کے لئے اگر ایک

مصاحف (aspirator) استعمال کیا جاتا ہے، یا مانع کو ایک سیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ ایک خم پذیر انبوب میں سے بہا کر ایک ظرف میں نکال دیا جاتا ہے جو کہ فرش پر پڑا ہوتا ہے۔ لیکن یا اور کھنا چاہئے کہ ایسے ذرائع سے مانع کو باسانی ایسی مقدار میں نکالا جاسکتا ہے جو مناسب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ایک تازہ طریقہ یہ ہے کہ سیال کی جگہ جو داخل کر دی جائے۔ تشش کو پھیلائے میں سادہ تنفسی ورزشوں سے بڑی مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ مریض کو متواتر دھنوں سے گہری سانس لینے چاہئیں اور مزاحمت کے خلاف باہر کو پھونکنا بھی چاہئے۔

اگر سوئی سے استقصاء (exploration) کر کے ظاہر ہو کہ مانع وہی ہے (تقیع الصدر) تو تیزاج کو چاہئے کہ ایک مقامی یا عام معدوم حس (local or general anesthetic) استعمال کر کے آزادانہ شکاف دے اور پہلی کا ایک کلمہ اقطع کر کے پیپ کو باہر بہنے دے۔ دو سال سے کم عمر والے بچے پسلی کے جزوی استیصال (rib resection) کی برداشت اچھی طرح نہیں کر سکتے۔ ایک مینزل (trocar) کے ذریعہ ایک قنولچہ (cannula) داخل کیا جاسکتا ہے اور اسے جسم کے گرد فیتے لگا کر ٹھیک وضع میں باندھ دیا جاسکتا ہے۔ ایک ربر کی ٹلی جو قنولچہ میں ٹھیک بیٹھ جائے، تقيع الصدری کہنے کے اندر داخل کی جاتی ہے اور اس کے مشمولات کو ایک وینر دیواروں والی صراحی (flask) کے اندر خالی کر لیا جاتا ہے اور ایک بقطاری پمپ (filter-pump) یا کسی دوسری ترکیب کے ذریعہ مستقل امتصاص (suction) قائم رکھا جاتا ہے (41)۔ طویل المدت منقول تقيع الصدری اصابتوں میں باوجود آزادانہ سیلیت (free drainage) کے کہنے سے پیپ کا افراز جاری رہتا ہے اور زخم بند نہیں ہوتا۔ اگر یہ زیادہ عرصہ تک ہوتا رہا تو جربشی مرض (lardaceous disease) کا اندیشہ ہونا چاہئے۔ ایسی حالت میں تین طریقہ رائے عمل ممکن ہیں: (۱) کہنے کو یوسال (eusol) کے ذریعہ دھو کر صاف کیا جائے، یہاں تک کہ اس کے مشمولات میرٹو میاتی طریقہ سے امتحان کرنے پر عملاً جہیم (sterile) ملیں۔ کیا ریل کا مسلسل سیلیت کا طریقہ (Carrel's method of continuous drainage) کام میں لایا جاسکتا ہے۔ پھر زخم کو بند

ہونے دیا جائے تاکہ مریض ایک مستقل عقیم ہترواح الصدر (sterile pneumothorax) حاصل کرے۔ معمولی حادثہ تنگی الصدر میں کبھی کوئی دھونا ہی بہتر ملن ہے، کیونکہ پلٹیورائی معکوس سی غشیان (pleural reflex syncope) کے باعث اموات کا اندراج ہوا ہے۔ یہ طاقت غالباً عصب نامیہ کے امتناع (vagal inhibition) کے باعث ہوتی ہے جو تنگی پلٹیورائی خراش کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ مریض انصابتوں میں یہ ظاہر خطرہ نہیں موجود ہوتا۔ (۲) ایک خاصہ وسیع جراحی عملیہ انجام دیا جائے جس میں پلٹیورائی کی اتنی کافی تعداد کا جزوی استیصال (resection) عمل میں لایا جائے کہ جس سے ہاتھ سینہ کے اندر داخل ہو سکے۔ ویزر خانی پلٹیورائی (visceral pleura) چھیل لیا جاتا ہے (تقتیر = decortication) اور پھر پھر اب سرعت پھیل کر کبھی کوئی پر کر دیتا ہے۔ (۳) ترقیع الصدر (thoracoplasty) کا عملیہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔

یہ مسئلہ اکثر پیش آتا ہے کہ آیا حادثہ پلٹیورائی انصابت کی ان امانتوں میں جو بعد سبب کے باعث ہوں جراحی عملیہ کرنا چاہئے، مثلاً اس وقت جب کہ یاں کسی قدر گند لا ہو اور خرد بینی امتحان کرنے پر اس میں کثیر تعداد کثیر الاختلال نواتی خلیے (polymorphonuclear cells) موجود پائے جائیں۔ اس کا جواب یہ ہے کہ جزوی استیصال ضلعی (rib resection) محض اسی وقت عمل میں لانا چاہئے جب کہ حقیقی ریم موجود ہو، لیکن گند لاسیال اگر مقدار کثیر میں موجود ہو تو اسے بذریعہ استصاص (aspiration) خارج کیا جاسکتا ہے۔ کیمپ لی، وا (Camp Lee, Va.) کے مقام پر امریکی شہادت سے اس طریقہ عمل کا فائدہ ان نتیجعات الصدر میں معلوم ہو گیا جو خون پائش (hamolytic) ہند سبب کی وجہ سے ہونے لگے۔ ابتدائی امانتوں میں ذات الجنب کے ساتھ اکثر ذات الریه موجود ہوتا ہے۔ مزید برآں اگر جزوی استیصال ضلعی کا عملیہ زیادہ ابتدائی درجہ میں عمل میں لایا جائے تو ممکن ہے کہ زخم سرائیت زدہ ہو کر عفونۃ الدم (septicæmia) پیدا کر دے۔ انصابت، گو وہ گند لا بھی ہو، اکثر بلا عملیہ کے صاف ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ وہ یا تین ہفتوں میں پیپ نہو یا ہو جائے۔ ایسی حالتیں جزوی استیصال ضلعی (rib resection) عمل میں لانا چاہئے۔ تنگی الصدر کے جراحی

علاج کے دوران میں مریض کو ہر طریقہ سے عمدہ غذا، خوشگوار ہوا، اور مقدی ایڈیٹ
مشکل کوئینن (quinine) اور لوسہ سے ہمارا دیا جاتا ہے۔

استسقاء الصدہ

(HYDSOTHORAX)

اس اصطلاح کا اطلاق کھنڈ پلپٹوراکس کے اندر سیال کے اس اجتماع پر کیا
جاتا ہے جو التهاب کا نتیجہ نہ ہو بلکہ مرض قلب یا مرض تراشٹ یا کبٹ بکسر (cirrhosis
of the liver) کا نتیجہ ہو یا سینہ میں بالید کی وجہ سے دوران خون میں مداخلت
واقع ہونے سے پیدا ہو جائے۔ یہ فی الحقیقت کھنڈ پلپٹوراکس کا استسقاء ہے، اور اس
سیال میں اس سے کم الیوٹین اور کم فائبرینوجن (fibrinogen) موجود ہوتا ہے
کہ جتنا ذات الجنب میں ہوتا ہے۔ اس کے طبی امارات پلپٹوراکس انصیاب کے
طبی امارات سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن رگڑ (rub) بلاشبہ غیر موجود ہوتی ہے
چونکہ جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ ایک عمومی یا مرکزی سبب سے پیدا ہوتا ہے، یہ
ذات الجنب کے نسبت بہت زیادہ مرتبہ دو جانبی پایا جاتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی ایک
بہت بڑا ایک جانبی انصیاب بھی محض استسقاء (dropsy) ہو سکتا ہے۔ استسقاء الصدہ
کی شناخت کا انحصار عام طور پر سرگتہ شدہ مرض (history) اور اس کو پیدا کرنے
والے امراض کی سابقہ موجودگی پر ہوتا ہے۔ جب یہ سیال نکال لیا جائے تو اس کے
اندروں موجود رہنے والے خلوی عناصر کی نوعیت تشخیص میں مدد ہو سکتی ہے، جیسا کہ ذات الجنب
کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگر ایسک آکسٹ (acetic acid) الہابی
انصیاب میں لایا جائے تو ایک سپید گندلا پن (white turbidity) پیدا ہو جاتا ہے۔
ایک انصیاب مجہول (passive effusion) کے ساتھ ایسا پیش واقع ہوتا ہے۔
اس کا علاج بیشتر ثانوی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ اس کے پیدا کنندہ
ضرر کے علاج پر مشتمل ہے۔ چونکہ اگر سیالی کو نالاج کیا جائے تو اس کا پھر واقع ہونا
تقریباً یقینی ہے، لہذا بزل (paracentesis) یا استصاص (aspiration) صرف

اُسی وقت عمل میں لانا چاہئے جب کہ ایک بہت بڑا انصباب 'اجو خواہ صرف ایک ہی جانب پر ہو یا دونوں جانبوں پر منقسم ہو، تنفس میں خطرناک طور پر رکاوٹ پیدا کر رہا ہو۔

صدر دھڑکیٹ

(HÆMOTHORAX)

اس اصطلاح سے مراد خون کا وہ انصباب ہے جو بڑی مقدار میں کینڈ پلئورا کے اندر ہو۔ جس کا استعمال محض ان خون آلود مصلی انصبابات کے لئے نہیں کیا جاتا جو ذات الجنب میں اس قدر عام ہیں۔ صدر دھڑکیٹ عموماً زخموں، تضرعات یا صدري آنورسٹ (thoracic aneurysm) کے انشقاق سے پیدا ہو جاتی ہے۔ زخموں کی حالت میں زندگی کو بے پڑا خطرہ باہر سے خون کے سرایت زدہ بوب سے ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدرن پلئورا میں واقع ہوتا ہے، یا ایک مٹی ریوی کے کہنف (phthisical cavity) کے اندر ایک ریوی عرق کے انشقاق اور اناں بعد پلئورا کے اندر خون کی دھڑکی (extravasation) سے واقع ہو جاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ ایک نفاخی آبلہ (emphysematous bulla) کے پھٹ جانے سے (Newton Pitt) یا کبھی جگر فرائی گرو سے (granular kidney) یا متع قلب (dilated heart) کے ساتھ پائے جانے والے انحطاط یافتہ عروق سے یا خبیث مرض (malignant disease) سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ اولی (primary) معلوم ہوتا ہے، اور اس کے مبداء کی توجیہ کبھی نہیں ہوتی۔ طبیعی امارات کہنف پلئورائی کے اندر مایع کی موجودگی کے ہوتے ہیں۔ زخموں کے بعد پیدا ہو جانے والی صدر دھڑکیٹ میں اُسی جانب کا ڈائفرام پلینڈاؤ بے حرکت ہوتا ہے۔ شش بہت پیکا ہوا ہوتا ہے، اور سیال سے اوپر بہت ڈھیلا ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ککوڈائی لنگ (Skodaic resonance) خاص طور پر نمایاں ہوتی ہے۔

تشخیص کا انحصار اندر سما کی حالت میں باہق مرگشت پر اور اُس غشیان (syncope) اور شحوب (pallor) پر ہوتا ہے جو خون کے سریع انقوع ضیاع پر دلالت کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صدر و مویت مریت، استقصار (exploration) کرنے پر پائی جائے۔ علاج - اگر مایع کو بندینہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جائے تو اس کے دوبارہ پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور غالباً بہتر یہی ہے کہ اگر تین رات دباؤ پیدا کر کے تکلیف کا باعث نہ ہو تو اسے جذب ہوئے کے لئے علیٰ حالہ چھوڑ دیا جائے۔ زخموں کی حالت میں ایک متوسط صدر و مویت کو زخم لگنے کے ایک مہینے کے بعد امتصاص کے ذریعہ خارج کیا جاسکتا ہے اور بجائے اُس کے آکسیجن داخل کر دینا اکثر فائدہ مند ہوتا ہے۔ عفونی صدر و مویت کے لئے آزادانہ میلیت (free drainage) کی ضرورت ہوتی ہے۔

کیلوں صدی

(CHYLOTHORAX)

شاذ اماتوں میں کہفہ پلئورائی کے اندر کا انصباب پیدا اور دودھ جیسا ہوتا ہے، اُن سیالات کے مانند جو بعض اوقات کہفہ باریطونی میں موجود ہوتے ہیں۔ بعض اماتوں میں یہ حقیقی کیلوں صدی ہوتی ہے اور بعض میں ایک کیلوں صدی کا انصباب (chyloform effusion) جس میں لبنی منظر کیلوں صدی (chyle) کے شمی عناصر کی وجہ سے نہیں بلکہ لیسیتین (lecithin) کے ایک مرکب کے ذرات کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو استفسارے شکی کیلوں صدی = Chylous Ascites)۔ اس کے اسباب وہی ہیں جو باریطون کی حالت میں ہوتے ہیں۔ سینہ میں قناتہ صدی (thoracic duct) کو تضرر پہنچ جانے سے کیلوں صدی و مویت (chylo-hemothorax) کی اماتوں کا اندراج ہوا ہے۔

استرواح الصدر

(PNEUMOTHORAX)

امراضیات - کہنہ پلئوٹوراکے اندر ہوا کی موجودگی استرواح الصدر کہلاتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ مصل بھی موجود ہو تو یہ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) کہلاتی ہے۔ اگر ہوا کے ساتھ پیپ بھی ہو تو اس بھی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) کہلاتی ہے اگر ہوا کے ساتھ خون ہو تو دھوی استرواح الصدر (hæmo-pneumothorax) کہلاتی ہے۔

کہنہ پلئوٹوراکے اندر ہوا حسب ذیل طریقوں سے داخل ہو سکتی ہے۔
(الف) دیوار سینہ کے اندر کے کسی سوراخ کی راہ سے، (ب) سطح شش کے کسی تفرق کی راہ سے، یا (ج) کبھی کبھی قرب و جوار کے کسی ایسے حشاء کے انشقاق سے جو ہوا پر مشتمل ہو۔ (الف) استرواح الصدر پہلو کے ہر ایسے زخم سے پیدا ہو سکتا ہے جو دیوار سینہ کی ساری دباؤ میں ہو کر گذرنا ہو۔ مصنوعی طور پر یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ نتیجہ الصدر کے لئے پہلی کا جزوی استعمال کیا جاتا ہے (ریبی استرواح الصدر = pyo-pneumothorax) یا جب نل ریوی کا علاج مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) پیدا کر کے کیا جاتا ہے۔ (ب) جب ایک کمزور نیلی پلئوٹوراکی دونوں تہوں کو اس طرح شقوق کر دیتی ہے کہ ہوا شش سے کہنہ پلئوٹوراکے اندر داخل ہو جاتی ہے، تو بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، وہاں حالیکہ جلد سالم رہتی ہے۔ سطح شش کے انشقاق سے خود بخود واقع ہو جانے والے استرواح الصدر کی دس اصابتوں میں سے نو ایسی تھیں جو نل ریوی کے باعث پیدا ہوئیں جب کہ ایک کہنہ (vomica) عمل تفرق کے نتیجہ کہنہ پلئوٹوراکے اندر سے نکل کر شش میں پہنچ جاتا ہے اور نہایت کم عام طور پر ایک نتیجہ الصدر پلئوٹوراکے اندر سے نکل کر شش میں پہنچ جاتا ہے اور ہوا پلئوٹوراکے اندر داخل ہو کر ایک ریبی استرواح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ مادہ ذات الریه میں پلئوٹوراکا شقوق ہوتا معلوم ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ہوا

بہرِ نکل کر ایک استرواح الصدر بن گیا ہے۔ اور شش کا تعلق الدھنی خسراج (pyaemic abscess) یا اس کی گنگرین ایک مائل نتیجہ پیدا کر سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ ایک تناسخی آبلہ (bulla) پھوٹ جائے۔ بار بار ایک بالکل تندرست شخص میں انشقاق شش ہے، جو غالباً کسی قسم کے یکایک زور لگانے کا نتیجہ ہو، استرواح الصدر (جو موشھور کیس) خود بخود واقع ہو جاتا ہے۔ (ج) شوک کا یا دواسط کا پھوڑا (spinal or mediastinal abscess) پلیوراک کے اندر نقب لگا دے تو نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ پلیوراک کے اندر ہو ابھی داخل ہو جائے۔ اسی طرح سدے کا قرحہ یا سرطان، یا مری کا سرطان، غذائی قنال سے جو اکودخل کر سکتا ہے۔

استرواح الصدر کو اس کے پیدا کنندہ فتحہ کی حالت کے لحاظ سے مفتوح (open) 'مسدود' (closed)، یا مصراعی (valvular) کہہ سکتے ہیں۔

مفتوح استرواح الصدر (open pneumothorax)۔ جب کسی بیرونی زخم سے ہوا سینہ کے اندر داخل ہو جاتی ہے اور زخم مفتوح رہ جاتا ہے تو شش خود اپنی لمبک کی وجہ سے پچک جاتا ہے۔ اور نہ صرف زخمی شدہ جانب کا شش، بلکہ ممکن ہے کہ مقابل کا شش بھی کسی قدر منقبض ہو کر اپنے ساتھ واسطہ کو کھینچ لے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ احتسار کی کیفیت قدر جانی غیر وضعیت (lateral displacement) واقع ہو جاتی ہے، ٹھیک اسی طرح جس طرح کہ سیال انصباب کی صورت میں ہوتا ہے۔ جب کل ریوی کے کتبہ کا انشقاق اس طرح واقع ہو کہ روزن غیر مسدود رہے اور تاجہ پلیورائی شعبی انجوبات سے مرتبط رہے تو ایسی صورت میں بھی استرواح الصدر واقع ہو جائے سے غیر وضعیت واقع ہوتی ہے۔ ان دونوں حالتوں میں استرواح الصدر میں ہوا کا واسطہ یاد ذکر ہوانی کے دیاؤ کے برابر ہوتا ہے۔

مسدود استرواح الصدر (closed pneumothorax)۔ جب روزن چھوٹا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ لطف سے بہ سرعت مسدود ہو جائے۔ ایسا ہونے سے مزید و جاہد ری رک جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ہوا تمام تر جذب ہو جائے۔ کسلا بڈی سے پلیوراک کی وریدگی (laceration) ہو جانے کی مثالوں میں او

بعض اوقات منہ شش کی وجہ سے واقع ہونے والے استرواح الصدر میں بھی صورت پیش آتی ہے۔ محدود استرواح الصدر میں محبوس ہوا کا تدریج ترقی پذیر جذبہ واقع ہوتا ہے۔ دباؤ منفی ہوتا ہے اور احشاء کی غیر وضعیت (جسکا، دیگر اور مساوی ہوں) اس سے کم ہوتی ہے کہ قطعی مفتوح استرواح الصدر میں ہوتی ہے۔
مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax)۔

ایک تیسرا امکان یہ ہے کہ پھیپھڑائی جھلی یا لفاف کی ایک وجہی روزن پریشکتی رہتی اور اس طرح ایک مصراع (valve) بنا دیتی ہے۔ ایسی صورت میں شش (inspiration) کے ذریعہ سے ہونا پھیپھڑائی کے اندر کھینچ آتی ہے لیکن دورانِ غیر (expiration) میں باہر نہیں جاسکتی۔ اوسط دباؤ مثبت ہو جاتا ہے، یعنی کڑھوائی کے دباؤ کے نسبت زیادہ بڑھ جاتا ہے اور ممکن ہے کہ احشاء کی غیر وضعیت (displacement) اور سینہ کا تنفخ (distension) انتہائی درجہ تک ہو جائے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ قلب مقابل کی جانب کو بہت دور تک دھکیل دیا جائے اور ڈائفرام کے تسطح (flattening) اور ارتکاس (inversion) کے باعث جگر یا طحال بھی نیچے رست جائے۔ ممکن ہے کہ دوسرے روزنوں کی طرح مصراعی روزن بھی انضمامات (adhesions) سے محدود ہو جائے۔

191

ہبوط شش اور احشاء کی غیر وضعیت کی مقدار مختلف اماتوں میں شش کی سابقہ حالت سے اثر پذیر ہوتی ہے۔ اگر شش سیل ریوی میں وسیع طور پر مرفعی ہو یا بیشتر حصے میں منضم (adherent) ہو تو ہبوط بہ نسبت اُس وقت کے جب کہ وہ بیشتر حصے میں تندرست ہو کم ہوگا۔

طبعی امارات۔ گنگ (resonance) کا انحصار ایک کھف کی موجودگی پر اور ایسی لچکدار دیواروں کی موجودگی پر ہے جو ہوا کی موجوں کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر ارتعاش ہونے کی قابلیت رکھتی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 122)۔ دیواروں کی لچک زیادہ تر کھف کے اندر کی ہوا کے دباؤ پر منحصر ہے۔ اگر دباؤ بہت بلند ہو جیسے کہ مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax) میں تو مرمم ہوتا ہے۔ نیز وہ اُس وقت بھی اسمہ ہو سکتا ہے جب کہ داخلی دباؤ کڑھوائی کے

دباؤ کے برابر ہو، جیسا کہ تھپتھپانے کے لئے جزوی استیصال ظہری کرنے کے بعد ہوتا ہے۔
 سازگار فشاری حالات میں خواہ یہ فشار کڑا ہو اس کے نسبت زیادہ یا کم ہو، ترع کرتے
 پر ایک تقبلی مشرماں مل جوتا ہے اور اس کے ساتھ حروف غنائی (bruit d'airain)
 یا صوت جھسی (bell sound) بھی ملتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحہ 123-127) اور
 نہایت سازگار حالات میں ایک دھاتی جھنکاں (metallic tinkling)
 ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔ یہ امر کہ حروف غنائی (bruit d'airain) کا
 انحصار کہنہ کی دیواروں کی ٹپک پر ہوتا ہے، اور خود ٹپک مشمولہ ہوا کے دباؤ پر
 منحصر ہوتی ہے، طالب علم حسب ذیل طریقہ سے معلوم کر سکتا ہے۔ وہ اپنا منہ
 بند کر کے اپنے گال پھلاتا ہے اور گال پر ایک مکر رکھ کر اسے دوسرے سکے سے
 ٹھوکتا ہے۔ اگر منہ کے اندر کی مجوس ہوا پر گالوں سے صحیح طور پر دباؤ ڈالا جائے
 تو ایک موسیقی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک دوسری میٹرا آواز پیدا ہونے کی
 وجہ یہ ہے کہ خیال سینہ کے بالائی حصہ سے سینہ کے حصہ زیریں کے باج کے اندر
 ٹپکتا ہے۔ یہ آواز تقریباً موسیقی صفت کے ساتھ گونج اٹھتی ہے۔ نفسی خیر
 (respiratory murmur) اکثر بالکل غیر سمجھ رہتا ہے، یا خفیف قدری نفس
 (amphoric breathing) موجود ہوتا ہے۔ قدری نفس شخص کے ہبوط کے
 باعث ہو سکتا ہے یا اس روزن کے باعث جو ایک شعبہ سے کھل کر استرواح الصدر
 کے اندر جاتا ہے۔ لیکن ایک خفیف تر آواز کا وقوع اس وقت بھی ممکن ہے
 جب کہ انضمامات سے سٹش کو کہنہ پلیٹورائی کی طرف سے سدھ کر دیا ہو ہوتی
 گنگ (vocal resonance) اور لمسی ارتعاش (tactile vibration) عموماً
 بہت کم ہو جاتے ہیں، لیکن شعبہ صوتی (bronchophony) یا صدر کلامی
 (pectoriloquy) اس وقت موجود ہو سکتی ہے جب کہ قدری نفس موجود ہو۔
 اگر ساتھ ہی باج انصاف بھی موجود ہو تو وہ تمام حالات میں سینہ کے
 افضل ترین حصے میں بذریعہ شجاذب جمع ہو جاتا ہے۔ اگر مریض لیٹا ہوا ہو تو سینہ
 کا پکھلا حصہ احم (dull) اور اگلا حصہ تقبلی (tympanitic) ہو جاتا ہے۔ اب
 اگر مریض اٹھ کر بیٹھ جائے تو سینہ کا افضل حصہ آگے اور پیچھے احم ہو جاتا ہے،

اور بالائی حصہ آگے اور پیچھے گمک دار ہوتا ہے۔ اگر جھڑکا (Hippocratic) (succussion) کا استعمال کیا جائے تو چمکنے کی آواز (splashing sound) حاصل ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔

استرواح الصدر کے علاوہ نہایت تیزی پذیر ہوتے ہیں اور ان کا انحصار مابقی مرض کی مقدار پر ہوتا ہے، اگر استرواح الصدر ایک ایسے شخص پر خاڑی ہو جائے جو وسیع طور پر مرضی ہے تو ممکن ہے کہ وہ اس تکلیف میں بہک پڑے نہایت نہایت خفیف سا اضافہ کرے۔ اگر وہ ایسے شخص میں واقع ہو جو بیشتر یا تمام تر متعدد ہست ہو تو علامات بہت نمایاں ہوں گے اور بالآخر اگر اس کی ریزی کی ایک ایسی اصابت میں جس میں ایک جانب پر وسیع مرض موجود ہے دوسری جانب پر استرواح الصدر واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ نتیجہ بہ سرعت ہو جائے۔ علامات شدید اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں:- تاگہانی درد اور اس کے ساتھ احساس کہ گویا اندر کے طرف کوئی چیز ٹوٹ گئی ہے، پھر وقت تنفس کم و بیش ہبوط، بعض صغیر کمزوری اور پسینہ کا آنا۔ سانس تیز ہو جاتی ہے۔ مآویہ جانب پر سینہ پھولا ہوا ہوتا ہے اور تین الاطلاق فضا میں شہق پرست ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تکلیف بڑھتی رہے جس کی وجہ سے چند گھنٹوں یا دو تین دنوں میں موت واقع ہو جائے یا ابھائی شدید علامات میں تخفیف ہو کر اس کے بعد نسبتاً آرام معلوم ہو، لیکن عموماً ساتھ تیز سانس اور انتفاہی تنفس (orthopnea) موجود رہتا ہے۔

تشخیص - گمک دار آواز اور اس کے ساتھ قلبی اصابت تنفس یا ہیکال شہقی تنفس تشخیص کے طرف اشارہ کرتے ہیں لیکن لاشاعوں کے بغیر غلیظ عام طور پر ہوتی ہیں۔ لاشاع میں شفافیت (جو کہ پھیپھڑائی کے اندر جو موجود ہونے کی وجہ سے ہوتی ہے) پھیکا ہوا شش اسی جانب کو نیچے ہٹا ہوا اور انفرام اور جگہ سے ہٹا ہوا قلب ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۷، صفحہ 174)۔ ہتھکڑی الصدر میں سیال کی موجودگی اس وقت نہایت تمیز لاشاعی خطر پیدا کرتی ہے جب کہ سریش کا استخوان انتفاہی وضع میں کیا جائے، کیونکہ سیال غیر شفاف ہوتا ہے



الف۔ آبی استخوانی (نصہ) کہ میں میں سیل کا لیول دکھایا گیا ہے۔



ب۔ ڈانڈھی فق اور پورے مسدود کا اوپر کچھ آنا۔ (یہ شعاع نکالتی ہے)
مسدود سے لاکھ فٹ لی ہیں،

اور اس کی بالائی سطح ایک افقی خط ہوتی ہے، لیکن اس کے اوپر ہوا کی وجہ سے شفافیت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۹ الف) مزید برآں جسم کو جھکائے پر بھی سستیال کی سطح بتور اُٹھتی رہتی ہے۔ ڈائفرامی فتق (diaphragmatic hernia) یعنی ڈائفرام کے روزن کی راہ سے معدہ یا قولون کا صدر کے اندر نکل جانا اپنے طبعی امارات میں استرواح الصدر سے قریبی مشابہت رکھتا ہے اور مثل طریقہ سے یعنی سینہ کی کوفتگی (contusion) کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔ بائیں شش کے انقباض کی وجہ سے سینہ میں معدہ کی غیر معمولی طور پر بلند وضع قیام ہوتا اور ڈائفرام کے نیچے ایسا خراج ہوتا جس میں ہوا ہو (زیوڈایا فرائی) استرواح الصدر = subphrenic pneumothorax (صفحہ ۳۲ الف صفحہ ۴۰۷)۔ یہ بھی استرواح الصدر سے مشابہت رکھتے ہیں۔

انذار۔ سہل روی میں استرواح الصدر کا خود بخود وقوع فی الجملہ ایک اچھا واقعہ ہے اور اس کے بعد مریضوں کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے (ملاحظہ ہو مصنوعی استرواح الصدر = artificial pneumothorax) دوسری صورتوں میں انذار مناسب معالجہ کے ساتھ فی الجملہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اس کا انحصار ان حالات پر ہوتا ہے جو کہ ساتھ ہائے جاتے ہیں۔

علاج۔ یہ بیشتر تخفیفی (palliative) ہوتا ہے۔ فتق کے ساتھ جو شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے اس کے ازالہ کے لئے افیون کا استعمال یا مارفیا (پتہ پتہ گرمین) کا تحت الجلدی اشراب کرنا چاہئے اور گرم پوشیں اور تنکیدات (fomentations) کا ایسا استعمال کرنا چاہئے۔ جیتات جیسے کہ شراب انگوری (wine) براہ ذی یا ایتھر کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔ مگر ہے کہ انتہائی احتیاج کی حالتوں میں بزل (paracentesis) عمل میں لانا پسندیدہ ہو جس کے لئے لمبی رقبہ پر سیلیوں کے درمیان ایک میٹرل (trocar) اور قنولہ (cannula) داخل کر کے ہوا کو باہر نکلنے دیا جاتا ہے یہاں تک کہ دباؤ کرؤ ہوائی کے دباؤ کے برابر پہنچ جاتا ہے۔ پس سے جو آرام حاصل ہوتا ہے وہ عموماً محض عارضی ہوتا ہے اور مگر کہ بزل کر کے کرنا چاہئے۔ اس کے متبادل طریقہ یہ ہے کہ ایک مصرعہ استرواح الصدر

تیرنگل (Sprengel) کا تقطیری پمپ (filter pump) استعمال کر کے ایک مستقل منفی ہوا قائم رکھا جاسکتا ہے (63)۔ اگر سشش کے ساتھ ارتباط کا یہ راستہ محدود ہو جائے تو ہوا غالباً جذب ہو جائے گی۔ لیکن اس کے جذب میں بہولت پیدا کرنے کی غرض سے اسکی جگہ آکسیجن داخل کی جاسکتی ہے۔ ایک مادہ ترطررہ یہ ہے کہ ایک نیمہ (tent) میں آکسیجن کی مقدار فی صدی بند رکھی جائے، ایسا کرنے سے نائٹروجن منتشر ہو کر نکل جاتی ہے (diffuses out) اور استرواح الصدر سریت کے ساتھ خالی ہو جاتا ہے۔ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) میں عمل کو ویسے ہی چھوڑ دیا جاسکتا ہے، یا اگر وہ زیادہ مقداروں میں موجود ہو تو اسے بذریعہ نزل خارج کیا جاسکتا ہے۔ لیکن پھر اس صورت میں بھی اس کے بجائے آکسیجن داخل کر دینی چاہئے۔ اگر یہی استرواح الصدر (pyopneumothorax) یعنی غلامات (یعنی پیش ترنٹنٹ وغیرہ) پیدا کر رہا ہو تو اس کا علاج ایک تھب الصدر کے علاج کی طرح جزوی استیصال ضلعی (rib resection) سے اور سیلیت کے قیام (drainage) سے کرنا چاہئے۔ لیکن جب یہ صورت نہ ہو تو اس سیال کے ساتھ وہی سلوک کرنا چاہئے جو متصل کے لئے کیا جاتا ہے۔

ڈاکٹری فنی

(DIAPHRAGMATIC HERNIA)

اس نادر الوقوع حالت کا تذکرہ یہاں اس لئے کیا جاتا ہے کہ بروز کوہ خا مشمولات صدر میں لازماً ترمیم پیدا کر دیتا ہے، اور ایسے طبی امارات پیدا ہو جاتے ہیں جو استرواح الصدر کے امارات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ ڈاکٹری فنی یہ ہے کہ مشمولات شکم میں سے ایک یا زائد عموماً معدے کا، یا ثرب (omentum) کا، یا قولون کا ایک حصہ ڈاکٹری فنی کے ایک روزن کی راہ سے اوپر کو صدر میں چلا جاتا ہے۔ یہ روزن بیشتر تو تفسر کا نتیجہ ہوتا ہے، جیسے کہ سیرنگ یا ایک زور کے ساتھ مضبوط ہو جانا، یا یہ ایک پیدا نشی نفس ہوتا ہے، یا یہ ایک

قدرتی سوراخ کے بڑا ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر بائیں جانب پر نسبتاً زیادہ کثرتاً واقع ہوتا ہے اور معدہ عام طور پر وہ حشا رہے جو صدر کے اندر چلا جاتا ہے۔ اور اس عمل کے اشیائیں اوپر کو کھینچ جاتا ہے (صفحہ 4 ب)۔

علامات۔ جب ڈاکٹر افرام تضر سے مشفق ہو جاتا ہے تو ابتدائی علامات جیسے کہ درد، بھراؤ، ہیٹوٹ (collapse) کچھ تو راست اثرات کے باعث ہوتے ہیں اور کچھ مشمولات صدر کے دفعہ درہم برہم ہونے اور اسی جانب کا کشش چمک جاتے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ذات الجنب اور التهاب باریطون بھی نمودار ہو سکتے ہیں، موصوفان علامات کے جو ان کے ساتھ متلازم ہیں۔ لیکن بہت سی امایاتوں میں چوٹ کا اولی اثر رفع ہو جاتا ہے اور علامات کچھ تو ریوی ہوتے ہیں اور کچھ معدی یا معدی موی۔ ریوی علامت بالخصوص سانس کا پھول جانا ہے، لیکن حیرت انگیز ہے کہ بعض امایاتوں میں سینے کے طرف بہت کم اختلال محسوس ہوتا ہے۔ شکم کے طرف عموماً سوہضم، درد، رنجیت اور شاید تھنہ اٹھا رہے ہیں آتی ہے۔ یہ علامات دورے کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں اور ان کی وجہ یہ ہے کہ اس غیر طبیعی مقام پر احشا کا اتغناخ یا ستغنا ہو جاتا ہے۔ ایک تازہ امایات میں جب کہ معدہ کسی وجہ سے ڈاکٹر افرام کے آریار اور کے طرف گھس کر کشش کو پھکارا ہوا تھا دوری وقفوں پر شدید علامات دیکھے گئے۔

طبیعی امارات جو سینہ میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ حصہ زیریں میں جہاں بروز کردہ حشا واقع ہے، بیش گنگ (hyper-resonance) اور ساتھ ہی اموات تنفس کا فقدان، تضرغ کی آوازیں (gurgling sounds) جو ہزو (succussion) کرنے پر یا خود بخود سنائی دیتی ہیں، فلزی آواز بازگشت (metallic echo) اور جرو و غامی (bruit d' arain)۔ مگر حشائی اختلال زیادہ ہے تو کلب اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو سکتا ہے۔

نمبر ڈاکٹر افی اسکو وایح الصلا (subphrenic pneumothorax) بھی کی تبدل مائل طبیعی امارات پیش کر سکتا ہے۔ وہ دائیں جانب پر زیادہ عام ہوتا ہے اور اس سے جگر نیچے کو شکم کے اندر دھکیل دیا جاتا ہے۔ اس کا امکان نہیں کہ

اُس سے پیدا ہونے والی بیش گنگ (hyper-resonance) سینہ میں اتنی نسبت واقع ہو جتنی کہ دوسری دو صورتوں میں سے کسی میں واقع ہوتی ہے، اور غالباً سرگذشتہ مرض مُمد تشخیص ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف جو صفحہ 407 کے مقابل ہے)۔

تشخیص۔ ڈائفرامی فتق کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ صرف لاشعاعی امتحان سے کی جاسکتی ہے، جو ایک غیر شفاف کھانے (opaque meal) کے بعد کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۰ ج)۔

علاج۔ بعض مریضوں کو ابتدائی سکالیف رفع ہو جانے کے بعد کوئی تشویشناک بے آرامی نہیں محسوس ہوتی۔ جراحی علاج یہ ہے کہ سینہ کو کھول کر اور پسلیوں کے اجزاکا امتیصال کر کے شش کو شکم کے اندر واپس کر دیں اور ڈائفرام کو سہی دیں۔

التهابِ اسطی

(MEDIASTINITIS)

التهاب واسطی تقبی ہو سکتا ہے یا غیر تقبی۔ اول الذکر میں واسطی خراج (mediastinal abscess) متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہیں :- گولی کے تفرات، و خنز (stab) یا ضرب (blow) اور غدو لغانیہ کا تمدن۔ لیکن کبھی کبھی واسطی خراج ذات الریہ ذات الجنب، سرخاود یا تب محرقہ کے بعد واقع ہو جاتا ہے۔ یہ خراج اگلے یا پچھلے واسطی میں ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ خاص علامات قستی درد (sternal pain) اور تپ ہیں۔ طبیی امارات صرف، موقت ظاہر ہوں گے جب کہ خراج کافی جہامت کو پہنچ جائے۔ ایسی حالت میں اسیبت (dulness)، مقامی اسیبت، عظم قفس پر اذیمہ اور بالآخر اسٹس پڈ، کھنکھارے پر تموچ (fluctuation) موجود ہو سکتا ہے۔ حتی الامکان پیپ کو جلد خارج کر دینا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو

عظم القعن کو ترخان سے کاٹ دینا (trephining) یا اس کا جزوی استیصال (resection) کر دینا چاہئے۔

مزہیت (traumatism) اور عمومی امراض ساریہ سے انفستہ نامی (adhesive) یا غیر قیمتی التهاب واسطہ پیدا ہو سکتا ہے، لیکن اس کے عام ترین متلازمات (associations) ذات الجنب اور ریشتی التهاب تادمو (rheumatic pericarditis) ہیں، بالخصوص آخر الذکر جو ایسی صورت میں لیفی التهاب واسطہ (mediastinitis fibrosa) پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کا ذکر انقطاعی انور (adherent pericardium) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 M. Brown and C. G. Inrie .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N. S., i, p. 319.
- 2 Ff. Roberts .. 1922 *Journ. Physiol.*, 56, p. 101.
- 3 Sir W. Hale-White . 1924 *Lancet*, i, p. 263.
- 7 Campbell, Hunt and Poulton .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.
- 8 P. H.-S. Hartley & I. J. Davies .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 1052.
- 9 J. F. Gaskell .. 1927 *Lancet*, ii, p. 951.
- 10 C. McNeil & A. R. MacGregor .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii, p. 582.
- 11 C. Wall & J. C. Hoyle .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 597.

- 12 W. Barton Wood . . . 1930 *Lancet*, i., p. 1333.
- 13 S. Van Leeuwen . . . 1922 *Neurotherapie*, No. 6.
- 14 H. W. Barber &
G. H. Oriel . . . 1928 *Lancet*, ii., pp. 1000, 1061.
- 15 S. Van Leeuwen . . . 1924 *Klin. Woch.*, 3, p. 520.
- 16 A. Francis . . . 1917 *Pneumonics*, August.
- 17 S. Van Leeuwen . . . 1923 *Klin. Woch.*, 2, No. 27.
- 18 J. Freeman . . . 1920 *Lancet*, ii., p. 229.
- 19 S. Van Leeuwen &
Varekamp . . . 1921 *Lancet*, ii., p. 1366.
- 20 A. G. Auld . . . 1921 *Lancet*, i., p. 698.
- 21 S. Gilbert Scott . . . 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 939.
- 22 S. Van Leeuwen . . . 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 344.
- 23 McCrae (Lancetian
Lectures on Foreign
Bodies in the
Bronchi) . . . 1924 *Lancet*, i., pp. 735, 787, 838.
- 24 Review on Respira-
tory Diseases . . . 1920 *Med. Sci.*, i., p. 462.
- 25 A. Abraham . . . 1920 *Lancet*, ii., p. 543.
- 26 Zadek . . . 1921 *Med. Sci.*, 5, p. 103.
- 27 Review on Pneu-
monia . . . 1921 *Med. Sci.*, 5, p. 110.
- 28 W. Smith . . . 1924 *Lancet*, i., p. 257.
- 29 S. L. Cummins . . . 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 186.
- 30 B. Alcock, M. Doug-
las, & H. C. Lacey 1925 *Lancet*, i., p. 1312.
- 31 Sir C. Albutt &
Varrier-Jones . . . 1922 *Lancet*, i., p. 105.

- 32 B. Hudson and Leonard Hill .. 1924 *Lancet*, i., p. 1147.
- 33 Weill & Dufont .. 1922 *Journ. de radiol. et d'electrol.* 6, p. 1.
- 34 W. C. Bosanquet .. 1928 *Lancet*, i., p. 24.
- 35 R. C. Wingfield .. 1924 *Lancet*, ii., p. 354.
- 36 Gravesen .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 506.
- 37 H. Morriston Davies 1926 *Brit. Med. Journ.* i., p. 315.
- 38 C. Lillingston .. 1923 *Lancet*, i., p. 96.
- 39 W. A. Lister .. 1927 *Lancet*, i., p. 112.
- 40 H. C. Cameron & A. A. Osman .. 1923 *Lancet*, i., p. 1097.
- 41 F. J. Poynton & Reynolds .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1100.
- 42 W. S. Miller .. 1923 *Journ. Exp. Med.*, 38, p. 707.
- 43 W. S. Miller .. 1913 *Journ. Morphol.*, 24, p. 459.
- 44 S. C. Simpson .. 1929 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 413.
- 45 G. H. Oriel .. 1929 *Guy's Hosp. Reps.*, 79, p. 376.
- 46 G. H. Oriel .. 1929 *Personal Communication*.
- 47 R. S. Bruce Pearson 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 86.
- 48 F. A. Knott & J. W. Thornton .. 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 63.

- 49 Argyll Campbell & E. P. Poulton .. 1935 "Oxygen and Carbon Dioxide Therapy," *Oxford Med. Pub.* 1935.
- 50 W. E. Gye & E. H. Kettle .. 1922 *Lancet*, ii., p. 855.
- 51 S. L. Cummins & A. P. Sladden .. 1934 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 554.
- 52 L. G. Irvine .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 692.
- 53 P. d'Arcy Hart .. 1932 *Med. Res. Coun. Spec. Rep. Ser.* 164.
- 54 P. d'Arcy Hart .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N.S., i., p. 49.
- 55 A. Loewy .. 1934 *Arch. Med. Hydr.*, p. 261.
- 56 G. Maurer .. 1930 *Lancet*, ii., p. 72.
- 57 F. G. Chandler .. 1930 *Lancet*, ii., p. 74.
- 58 A. J. S. Pinchin & H. V. Morkock .. 1933 *Lancet*, i., p. 1114.
- 59 H. C. Cameron .. 1932 *Gag's Hosp. Reps.* 82, p. 290.
- 60 A. Tudor Edwards .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 827.
- 61 W. Brockbank .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N.S., i., p. 31.
- 62 Ff. Roberts .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 142.
- 63 E. R. Boland .. 1934 *Lancet*, i., p. 234.
- 64 Chevalier Jackson .. 1930 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 24, p. 1.
- 65 R. V. Christie .. 1936 *Oral Communication.*

ناک گلے اور کان کے امراض

(طبی نقطہ نظر سے)

ناک

زکام

(coryza)

یہ مرض جو عام طور پر 'زکام' ("cold in the head") کے نام سے مشہور ہے، ناک کی داخلی تھلی کا نازلی التهاب (catarrhal inflammation) ہے (عوارض التهاب) جو اکثر بلعوم (pharynx) کو (نازلی نخرائش ملت = catarrhal sore throat) نیز تمہات چشلم (conjunctiva) چہی اور دیگر اجواف اور سینکلی انجربات (Eustachian tubes) کو ماؤف کر دیتا ہے اور ممکن ہے کہ حنجرہ (larynx) 'نفسیت الریہ' (trachea) اور شعبات (bronchi) میں پھیل جائے۔ اولی طور پر یہ ایک سرایت ہے جو کہ اس ریتی رشاش (spray of saliva) کا استنشاق کرنے سے پھلتی ہے جو کہ ایک سرایت زدہ شخص کے کھانسنے پھینکنے یا بولنے کی آٹھامیں باہر نکلتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک سابقہ ملہ سے حاصل شدہ ائمنیت (immunity) کے زمانہ کے اختتام کے بعد مریض خود کو مکرر صوابت پہنچاویں۔ معمولی زکام (common cold) کا سبب ایک دقیق "نقطہ گذر نرینہ" (filter. "coccoid" passing جسم ہے جس کا قطر ۲ تا ۳ و. مائکرون (micron) ہوتا ہے اور جو منفرد یا جوڑوں اور گروہوں میں مرتب ہوتا ہے اور التهاب رماؤنٹل (poliomyelitis) کے قریب (virus) سے مشابہ ہوتا ہے (۱)۔ اگر کسی ناک اور گے کا بر تو میاتی استخوان کیانجرت

بغالب زندہ جراثیم کے مختلف پائے جاتے ہیں۔ فقہہ عنبیہ (Staphylococcus albus) اگلے مغزوں میں موجود ہوتا ہے۔ عصیہ عفونہ (Bacillus septus) جو کہ ایک ذہنیہ (diphtheroid) ہے، ناک کی پشت میں نشوونما پاتا ہے۔ خود فقہہ مازلتی (Micrococcus catarrhalis) انفی لموم میں اور فقہہ عنبیہ (Streptococcus viridans) لوزتین میں غالب نظر آتا ہے۔ جب زکام شروع ہوتا ہے تو فقہہ سحیر (Staphylococcus aureus) عام طور پر سب سے پہلا عضو یہ ہوتا ہے جو کہ شدہ دہ کے ساتھ نشوونما پاتا ہے، بالخصوص اسکی زیادہ خون پاش نسلیں، اور زیادہ مٹی باشندوں کی بہ نسبت یہ زیادہ نشوونما پانے کا رجحان رکھتا ہے۔ کچھ ویرسوں کی کاشت ایک یا زیادہ ثانوی مصلحتوں کی فعالیت کا ہر کرتی ہے مثلاً عصیہ فریڈلینڈر (Freidlander's bacillus) فقہہ ریویہ قسم چہدم، اور فقہہ عنبیہ (Staphylococcus aureus) کی اور ان میں سے کوئی بھی جو فوں میں مقامی طور پر پایا جاسکتا ہے بشرطیکہ ان میں مقامی قبیح موجود ہو۔ اسی طرح وبا کے لحاظ سے ایک قسم کا خصوصی غالب فقہہ آتا ہے، اور بیش وباؤں میں میفر کے عصیہ (Pfeiffer's bacillus) (Influenza) کے سواناتی سبب سے غائب ہوتے ہیں۔ سب سے بڑا مفعول سبب انفی غطاء نمائی کا دم اور مستلاء ہے۔ شو مایہ ایک شر کر ہوا کی سے جس کے ساتھ جی قبیہ نیز لیکن فی الجملہ سرد درجہ پیش ہو پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی آخر الذکر واقعہ کی وجہ سے ”سردی لگ جائے“ (catching cold) کا محاورہ پیدا ہو گیا ہے۔ وباؤں ہی ایسے ہی حالات کے تحت واقع ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں ممکن ہے کہ دروں نماہ حالات اس کا سبب ہو جائیں۔ لوگ اکثر ایسے گرم اور مٹس دار (stuffy) کمروں میں بیٹھتے ہیں جہاں کی ہوا رکی ہوئی ہوتی ہے، لیکن ہوا کے جھوکوں (draughts) سے جن کا فرش فقہہ ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سرد گرم اور وباؤں فقہہ سے ہو جاتے ہیں۔ فعلیاتی نقطہ نظر سے سر کو اور انفی غطاء نمائی کو فقہہ اور متحرک ہو، ہونا چاہیے اور پاؤں کو گرم ہونا چاہیے (L. Hill)۔

علامات۔ ممکن ہے کہ سب سے پہلے علامات میں سے ایک یہ علامت ہو کہ پیمینوں کے مصلح ہو یا مصلح میں کچھ پن یا زائش کا احساس اور نکلنے میں درد ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ ان سے پہلے ناساتی کا احساس ہو اور ساتھ ہی سردی معلوم ہو اور درد دیر اور عدم اشتہا موجود ہو۔ پیمینوں کے بعد بلکہ ہی ناک سے ایک صاف مخاط کا اخراج ہونے لگتا ہے اور

غشائے مخاطی کے درم کی موجودگی سے اور جس شہد کے زائل ہوجانے کی وجہ سے ناک میں بند ہونے کا (stiffness) احساس ہوتا ہے۔ نرم تالو، لہاؤ (uvula)، بلعوم اور لوزقین بہ نسبت اسکے کہ جتنے قدرتی حالت میں ہوتے ہیں زیادہ سرخ ہوجاتے ہیں۔ زیادہ شدید امصابتوں (ڈنقہ) میں خراشیں حلق (ulcerated sore throat) میں لوزقین، تالو اور بلعوم پر سطحی خروشد گیاں (abrasions) ہوجاتی ہیں، زبان فروار (furred) ہوتی ہے، اور نایاں بینی اختلال (constitutional disturbance) ہوتا ہے۔ ساتھ ہی آنکھیں سرخ اور مبستل (suffused) ہوتی ہیں اور ان سے پانی آزادانہ طور پر بہتا ہے، جبھی جوت (frontal sinus) کی ماوقیت کے باعث آرو پر درو ہوتا ہے، اور یوسٹیکلی انجوبہ کے بند ہوجانے سے بہرہاں ہو سکتا ہے۔ اسکے ساتھ ہی کسی قدر حموی تغلی (febrile reaction) بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ نازلت (catarrh) حنجرہ تک پہنچ جائے، تو آواز بیٹھ جاتی ہے اور متواتر خراش اور کھانسی (irritating cough) ہوتی ہے۔ اگر نازلت اس کے پیچھے صیغروں تک پہنچ جائے تو ایسے علامات پیدا ہوجائیں گے جو کہ دوسری جگہ ششی التهاب (bronchitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ اکثر دو ایک روز کے بعد اس مادہ درجہ میں تخفیف ہوجاتی ہے، اور کلی صحت ہوجاتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ نزلہ کا بہنا جاری رہے، اور وہ غمائل کے ساتھ پیپ کی موجودگی کے باعث گاڑھا اور زیادہ غیر شفاف ہوجائے۔ اس طرح وہ دو تین دن سے لیکر دو یا تین ہفتوں کے تغیر پذیر عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ اس عرصہ کے دوران میں اس امر کا امکان ہے کہ مریض پر التهاب کے تازہ اشتدادات (exacerbations) طاری ہوجائیں۔

زکام (coryza) کی مثالی تصویر ایسی ہوتی ہے۔ لیکن دوسری امصابتوں میں ممکن ہے کہ سرایت مادہ التهاب حنجرہ (acute laryngitis) یا ششی التهاب (bronchitis) کی طرح شروع ہو کر بالآخر اوپر کے طرف پھیل کر حلق اور ناک میں پہنچ جائے۔ سرریہ آتی رفتہ مختلف اشخاص میں مختلف ہوتا ہے۔ لیکن فرد واحد میں سرایت کا مرقع خاصہ کیساں ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ مثلاً اگر ایک شخص میں زکام حیشہ التهاب کبوم (pharyngitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے، تو دوسرے کسی شخص میں بطور التهاب حنجرہ (laryngitis) کے ہوتا ہے اور تیسرے میں ششی التهاب (bronchitis) کی طرح، اور چارم ہذا القیاس۔ اس طرح لوگوں میں

ایسی مکرر سرایتوں میں مبتلا ہونے کا جو کہ بیشتر تنفسی خطہ کے ایک مخصوص حصے کو موقوف کرتی ہیں انتہائی رجمان ہوتا ہے۔ ان لوگوں میں کہ جن کے نوزدین انکالائے گئے ہوں، ذکاوت ایک انتہا بلعوم یا انتہا جگر کے طور پر شروع ہونے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد ممکن ہے کہ کسمت یا فی زیادہ اور زیادہ تاخیر ہو کر ایک مزمن سرایت پیدا ہو جائے جو لمبا اس امر کے کہ پہلے کو ناصہ موقوف ہے، مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) مزمن نازلتی التهاب جگر (chronic catarrhal laryngitis) مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis) وغیرہ کی صورت اختیار کر سکتی ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عموماً التهاب الانف بعض ساری امراض مثلاً انفلوئنزا، کھسرا، ذمیتیریا، خلقی تشنگ (congenital syphilis) سرایہ (glanders) وغیرہ میں ایک نوعی ضرر (specific lesion) کی حیثیت سے واقع ہوتا ہے۔

تعمیر (prevention) اہم تدابیر یہ ہیں کہ طرز زندگی صحیح ہو جس کے ساتھ وغیرہ دل خانہ ورزش کی جائے اور قوی اشخاص روزانہ سر و غسل کریں نیز عیس والے (stuffy) کمرے سے دور خاص کر سرایت زدہ اشخاص سے احتراز رکھا جائے۔ ذاتی تجربے ثابت ہوئے کہ مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) کے لئے ڈیو گلیگ (W. Glegg) کا تجویز کردہ علاج بہترین منفعت رکھتا ہے۔ اس وقت جبکہ مرینس چیت لیٹا ہوا ہو ایک یا دو ٹی سپون فل (teaspoonful) پیرافینم مولی (paraffinum molle) اور پیرافینم کولیڈم (paraffinum liquidum) کا آمیزہ ایک حصہ میں ۲ یا ۳ حصے ایک مالچہ کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ رٹر کا گیند لگا ہوا ہو باری باری سے مرینس کے ہر حصے میں ڈالا جاتا ہے۔ جب یہ آمیزہ خلق میں محسوس ہو تو نظر آ جاتا ہے یا اگر یہ آنتوں میں تین اثر پیدا کرتا ہو تو اسے نفث کے ذریعہ مٹو کا جاسکتا ہے۔ یہ علاج دن میں ایک یا دو بار عمل میں لانا چاہئے یا اگر زکام کا خدشہ ہو رہا ہو تو زیادہ بار۔ یہ آمیزہ ایکٹیکلی (collapsible) نفی میں بھی حاصل کیا جاسکتا ہے اور اس میں پراگرن فٹھال (menthol) ملا یا جاسکتا ہے اس کو روزینال (rosettol) کے ذریعہ خوشبودار بنایا جاسکتا ہے۔

بہت سی اہماتوں میں انفی یا شعبی نازلت ان جڈرنیات (vaccines) کے ذریعہ جو تنفسی راستوں میں دباؤں میں موجود رہنے والے عسیتوں (bacilli) اور جڈقوں (cocci) سے

تیار کئے ہوئے ہوں روکی جاسکتی ہے۔ خود اوجدریناٹ (autogenous vaccines) جو خود مریض کے بساق (sputum) میں کے عضویات کی کاشتوں سے یا اسکی ناک اور حلق کی لشت سے لی ہوئی عقیم پھیرریوں (sterile swabs) کے ذریعہ سے تیار کئے ہوتے ہیں اشرب کئے جاسکتے ہیں یا خون کی جدربینات (stock vaccines) میں لٹا جاسکتے ہیں۔ جدربینات تیار کرنے میں یہ یاد رکھنا ہم ہے کہ مادہ عامل کرنے کے بعد اسکی کاشت اور حضانت فی اللورڈل میں ڈالی چاہئے۔ باقی نظر میں یہ امر عجیب خیز معلوم ہوتا ہے کہ جب سرایت ایک منظر گذار عضو کے باعث ہوتی ہے تو براہیم سے تیار کئے ہوئے جدربینات کیوں مفید ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تیشی عضو کے ضل کرنے کا یہی طریقہ ہو کہ ثانوی حملہ اس کے ساتھ ہم باش (symbiotic) ہو جائیں جیسا کہ خنزیری انفلوینزا (hog influenza) میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں ثانوی حملہ اور ناخاند عمل کرنا کافی ہے۔

علاج۔ ذاتی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ جھیک کا علاج انھی کام (nasal coryza) کو دیا جاسکتا ہے اور آخری وجوں میں جھیک اور اذیابی بھی ہو جاتا ہے اور موابار خارج ہوتا ہے اور اس کے ذریعہ ہوتا ہے۔ ہوجاتا ہے لیکن اس سرایت پر جو کہ جنرہ یا نصب تک پہنچ لی ہو اسکا پھر خیز ہو گا لیکن اسکی تکلیف وہ تو قویہ عرق الزہب (ipecacuanha wine) کے چند قطرے، اسپرٹس آف ٹائلس اور تھرس (spirita of nitrous ether) کے ساتھ یا مرکب صیفیہ کافور (compound tincture of camphor) کے ساتھ دینے سے آرام معلوم ہوگا۔ یا ایک مناسب شلہ (inhaler) کے اندر ایتھے جوئے پانی میں یوکلپٹس آئل (eucalyptus oil) کے پانچ یا چھ قطرے دھکھک اس کی بجائے کا استنطاق کیا جائے۔

مزمن التهاب الانف

(chronic rhinitis)

یہ دو شکلوں میں دیکھا جاتا ہے۔ ایک میں جو مزمن ریش پرورشی التهاب الانف (chronic hypertrophic rhinitis) کے نام سے موسوم ہے ناک کی اور زیرین مغتول زائدوں (lower turbinated processes) کی غشا و مخاطی بہت دبیز ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ دبازت بلعوم میں پہنچ جائے اور سختی مغتول اجسام کے

پتھلے سردیوں کو موقوف کر دے۔ یہ کم از کم بیشتر اصابتوں میں ایسا ہے ایک انتہائی ورم ہونے کے عرقِ ترکی (vasomotor) ورم ہوتا ہے۔ یہ جو فی مرض (sinus disease) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تنفس میں بہت رکاوٹ ہوتی ہے اور وہ بالخصوص دہن کے راستہ سے واقع ہوتا ہے۔ اور شامہ کی جس کم ہو جاتی ہے۔

مزمن ذہولنی التهاب لائف (chronic atrophic rhinitis) جس میں مخاطی تھلی مذبول ہو جاتی ہے، انس بد بو دار تھلی اخراج کے اسباب میں سے ایک سبب ہے جسے اوزینا (ozena) کہتے ہیں۔ اس میں مخاطی تھلی پتلی ہو جاتی ہے، اور انس کی سطح پر پتھر یا (crusta) جمع ہو جاتی ہیں۔ شامہ کی جس زائل ہو جاتی ہے۔

حساسیتی التهاب لائف (allergic rhinitis)۔ یہ وہ حالت ہے کہ جس میں ناک میں سے ایک پانی کا سا مواد خارج ہوتا ہے جو کہ بعض اوقات بہت وافر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ عارض کو درد کے ساتھ پھینکنے آئے لگتی ہیں، بالخصوص سردیوں کے پر غشا و مخاطی شامہ اور اسفنجی ہوتی ہے۔ کیلشیم لیکٹیش (calcium lactate) گرین ہا دن میں دو مرتبہ کھانے سے پہلے دینا بہت سی اصابتوں میں موثر علاج ہے۔

علاج۔ جیش پرورشی قسم (hypertrophic form) کے لئے دافع عفونت محلولات کے رشہ شامہ (douches) یا بطولات (sprays) استعمال کرنے چاہئیں جن میں کارپولک انیسڈ، بورک، ایسڈ بورکس (borax) شامل ہوں۔ اور اگر بہت دباؤست موجود ہو تو وہ ٹینوائی کوآٹ (galvano-cautery) کے استعمال سے کم کی جاسکتی ہے۔ حاد التهاب لائف کے تحت زبان کیسا ہوا لگیس (Glegg) کا علاج بھی مفید ہو سکتا ہے۔ عارض کے مٹی مائل (hygienic surroundings) پر بھی توجہ کرنا ضروری ہے۔ ذہولنی کم (atrophic form) کا علاج بھی نہایت مماثل لیکن نسبت کم امید افزا ہوتا ہے۔ پتھریوں کو نکال کر انعامت مضمون، علاو اسطہ یا نفول (douche) یا مرشہ (spray) کے ذریعہ سے، لگنے چاہئیں۔ مقویات (tonics) جیسے لوہا، سکیپا، یا کاڈمچیل کا تیل مفید ہوتے ہیں۔

التهاب الجواف

(sinusitis)

ناک کے اندر زوائی جواف (paranasal sinuses) کھلتے ہیں۔ نکی مخارات (maxillary antra) ہمیں جواف اور مصفاقی غلیات کا اگلا گروہ، اگلے جواف میں شامل ہیں۔ پچھلے مصفاقی غلیات اور وندری جوف پچھلے گروہ میں شامل ہیں۔ یہ جواف، حاد انفی سرانٹوں مثلاً زکام سے متاثر ہو سکتے ہیں اور ان کے قحط، فضا و غلی کی متورم ہو جانے سے مکمل طور پر یا جزوی طور پر مسدود ہو سکتے ہیں۔ اس سے جو احتباس پیدا ہوتا ہے وہ درد کا موجب ہوتا ہے، جو کہ متاثرہ جوف کے لحاظ سے مختلف مقامات پر پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات درد کے ساتھ پیش کا مستندہ ارتفاع ۱۰۳ ف تک ہو جاتا ہے۔

حاد التهاب الجواف کا علاج مخصوص انضابی کتب میں پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر اسکی نوعیت یہ ہوتی ہے کہ فضا و غلی میں شکر (shrinkage) پیدا کرنے کے لئے اس پر کوکین (cocaine) اور ایڈرینالین لگائی جاتی ہے۔

منہ من التهاب الجواف۔ زوائی جواف کی مزمن صورتوں کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناک میں سے مواد خارج ہونے لگتا ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ مواد پیچھے کی طرف چلا جاتا اور ایک پس انفی (post-nasal) مواد خارج ہونے لگتا ہے۔

جوفوں میں ریم کی موجودگی اتنے مقامی علامات نہیں بلکہ سبھی علامات پیدا کرتی ہے۔ پس انفی مواد کو ممکن ہے نکل لیا جائے اور اس طرح یہ سوز و شمع کا سبب ہو۔ یا ممکن ہے یہ تنفسی خطہ کو سرایت زدہ کر دے اور اس طرح التهاب شعبی بلکہ تمکد و انشعب کے متوالی طے واقع ہوں۔ مزید برآں یہ مواد بلعوم کی لف آسائفت کو سرایت زدہ کر دیتا اور اس طرح گلے کی خواش کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورتیں غلی سے لڑتین کو تصور وار سمجھ لیا جاتا ہے۔

تفتیج ناک اور انفی بلعوم کا ریم یا غلی ریم کے لئے امتحان کر کے کیا جاتی ہے۔ یا حجہ کا الاستماعی امتحان کر کے کیا جاتی ہے جبکہ متاثرہ جوف میں عینیت نظر آتی ہے۔

علاج جلدی انجی نطولات کے ذریعہ علاج کرنے سے افادہ تو ہوتا ہے لیکن زیادہ کثرت سے جوف کی میلیت کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کے تفصیلات کے لئے مخصوص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

رُفاف (نکیر)

(epistaxis)

رُفاف یا ناک سے خون بہنے کا انحصار مقامی یا عمومی حالات پر ہو سکتا ہے۔ اولاً کہ میں سے یہ ہیں۔ ناک پر چوٹ لگنا، ناک کو نوچتے رہنا، ناک شکننا۔ زیادہ کثرت سے ادواؤ خود بخود شروع ہو جاتا ہے۔ تقریباً ہمیشہ یہ انجی فاصل کے اگلے حصہ سے یا ناک کے فرش سے آتے ہوئے پایا جاتا ہے۔ دیگر مقامی اسباب یہ ہیں، ناک میں دفتھیریا، نہیت یا لیلیا اور تعدد بخیر عروق اتسامات (telangiectasis)۔ درمیانی عمر میں وہ نسبت کم عام ہوتا ہے لیکن

198



شکل۔ ایکوپر روز کی تسلی۔

پھر زیادہ عموماً اس شخص میں جن کے عروق میں انحصار شروع ہو گیا ہو کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ ایتھیروما (atheroma) سے متعلق رکھتا ہے۔ نیز خون کے دباؤ کی زیادتی (high blood pressure) برٹش (Bright) کے مرض ہجر کی کیفیت (cirrhosis) قلبی معیہ امی مرض (cardiac valvular disease) امراض خون [جیسے کہ مختلف قسموں کی عدم دھیریں

اور سفید دھبے (purpura) اسکروئی (scurvy) اور بیض ساری امراض (جیسے کہ تپ محرقہ اور حمیات ناکہ) اور کبھی کبھی انفلوزنزا کے تعلق میں وہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے خون پیچھے کو چلا جائے اور پچھلے منخروں (posterior nares) سے بہنے لگے، ایسی صورت میں وہ حلقوم (fauces) کی راہ سے نیک نیک کر معدہ کے اندر پہنچ سکتا اور بالآخر قے ہو کر یا براہ مستقیم (per rectum) خارج ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ کھانسی پیدا کر کے نفث الدم (haemoptysis) کا شجب پیدا کر دے۔ بلند فشار دہوی (high blood pressure) کے مریضوں میں بعض اوقات معتدل رعاف ہونے سے وہ درد سر رنج ہو جاتا ہے جو پہلے سے موجود ہوتا ہے۔

ناک کے معائنہ سے وحی نقطہ دریافت ہو جاتا ہے، اور ایڈرنیپالین گاز (adrenaline gauze) کے ذریعہ اصمام کر کے مقامی اسباق کیا جاسکتا ہے یا کئی (cauterise) کیا جاسکتا ہے۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو تو کوپر روز (Cowper Rose) کی تبدیلی استعمال کی جاسکتی ہے۔ موثر منخروں کا اصمام کرنے کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔

حلق

التهاب اللوزہ

(tonsillitis)

لوزین لطف آسا بابت کے تودے ہیں جو ہر جانب پر حلقوم کے اگلے اور پچھلے ستونوں کے درمیان واقع ہیں، اور انہیں لطف آسا بابت کے دوسرے تودوں سے تمیز کرنے کے لئے حلقوی لوزین (faucial tonsils) کہتے ہیں۔ ان دوسرے تودوں میں سے بعض قاعدہ زبان میں واقع ہیں، جن کا نام لسانی لوزین (lingual tonsils) ہے، اور بیض النفی بیض میں، جنہیں بلعوی لوزہ (pharyngeal tonsil) یا لوزہ لاشکا (Luschka's tonsil) کہتے ہیں۔ حلقوی لوزین میں لطف آسا بابت، غلیظوں اور جال کی مخصوص ترتیبوں پر شامل ہوتی ہے جنہیں جرابات (follicles) کا نام دیا گیا ہے، اور

گہرے انشقاقات (fissures) بھی موجود ہوتے ہیں جن کو طاقے (crypts) کہتے ہیں۔ یہ سطح پر رہتے ہیں اور لٹائیے کی طرح ایک پیچھے ہیں جو بلعوم کے عضلی برہم کے ساتھ متناس ہوتا ہے۔ ان طاقوں میں تندرستی کی حالت میں بھی براہِ اتم کے متعدد انواع اُل سکتے ہیں جیسے خفقات سبیری، خفقات عنبیہ، خفقات ریوہ، خفقات نازالت، عنبیہ فریڈلانڈر، ڈیمسرو۔ لوزرین، دہن کے راستہ سے جو سرایت واقع ہو سکتی ہے اس کی روک تھام کے لئے ایک حفاظتی فعل انجام دیتے ہیں، لیکن جب وہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہو جاتے ہیں، تو سرایت عفتی لٹقائی خدو میں منتقل ہو سکتی ہے، جن میں سے ایک وہ ہے جو جہزے کے زاویہ کے قریب قصبی علی عضلہ کی اُگلی کو رکے نیچے واقع ہے، خشک سالی شریان کی دو شاخوں پر پڑا ہوا ہے اور ذہن لوزی (tonsillar gland) کی حیثیت سے قریب کیا جاتا ہے۔

التهاب لوزین کا بیان پہلے بعض سردی امراض یعنی ڈنٹھیسیریا، قرمز (scarlatina)، آرتھک اور مارد ریت (acute rheumatism) کے معلق میں کیا گیا ہے۔

جراثیمی التهاب اللوز (follicular tonsillitis) میں سراتوں کے علاوہ جو کہ بھی بیان کی گئی ہیں لوزین کے لف آسا اور جراثیمی جرم کا التهاب بظاہر خود و ملحور پر ہوتا ہے اور بعض اشخاص میں مہینوں یا برسوں کے وقفوں سے مکرر ہوا کرتا ہے۔ یہ غالباً سرایت کے باعث ہوتا ہے، یا ان عضلوں کی تشبیت کے ازدیاد کے باعث ہوتا ہے جو ماقوں میں بعضی بڑے رہتے ہیں، لیکن ساتھ ہی یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ مبتلا شدہ شخص کی یا اسکی بانٹوں کی قرب مدافعت ضعیف ہو جاتی ہے۔

علامات - لوزہ سرخ اور متورم ہو جاتا اور کئی زرد یا سپید نمایاں دھبے یا داغ پیش کرتا ہے، پوری ارتشاح (exudate)، تلخ شدہ (exfoliated) سطح کثیر الاشکال نرائی سپید خلیوں، لف خلیوں اور اٹھم کے توڑے ہوتے ہیں اور ماقوں کے جنوں پر واقع ہوتے ہیں۔ اور لوزہ کی سطح کم و بیش مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جہزے کے زاویہ کے پیچھے یہ ورم باہر سے موس کیا جاسکتا ہے۔ زیادہ شدید قسموں میں ماقوں کا افزہ زیادہ وافر ہوتا ہے اور وہ بڑے بگڑا سپید ملامت (plugs) سے متورم ہوتے ہیں، جو ڈنٹھیسیریا کے سپید مادے سے قریبی مشابہت پیش کر سکتے ہیں، جراثیمات

باہم پیوستہ ہو کر ایک ایسی چلتی بنا سکتے ہیں جو کہ ذقنہ یا کی غشاء سے قریبی مشابہت رکھتی ہے اکثر اوقات ہر دو لوزین ماؤف ہوتے ہیں۔ معتدل بینی اختلال، فردار زبان، کسٹندی کا احساس، مقامی بے آرامی، نکلنے میں درد ہونے کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اکثر تیش بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور عام طور پر لوزی عسقی غدد بڑے ہو جاتے ہیں۔

صرخی تشریح۔ لوزین کی صغی یافت (parenchyma) کے غلیات اور جراثیم کے غلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جراثیم میں نہایت چھوٹے چھوٹے پھوڑے بنکر طاقوں کے اندر پھوٹ ٹریں۔

تشخیص۔ وہ مشابہت نہایت اہم ہے جو کبھی کبھی ڈقنہ یا کی غشاء کے ساتھ ہوجاتی ہے۔ عموماً لوزہ کے ایک طاقت کے اندر افزائے کھام کی صرخی نگین سے، یا ایک جانب پر متعدد صدمات کی موجودگی سے انکی شناخت ہوجاتی ہے۔ کسی قدر وسعت رکھنے والی ایک منفرد وسیع چلتی کا ہونا جو بظاہر صرف سطح پر ہو، اور اس چلتی کا نرم تاؤ تک بھیل جانا، ذقنہ یا کی بوجہ ولسنٹ کی تائید میں ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں جرثومیاتی کاشت کام میں لانا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 66)۔

ارتقاع حرارت (pyrexia) کے لئے علاج شروع کر دینا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 20)۔ لوزین پر جابس (astringent) یا دافع عفونت محلولات لگا دینے چاہئیں، جیسے کہ صغیہ ایوڈین (برش فارماکوسیا)، ٹیکسیرین آف ٹینک ایسڈ، اور صغیہ پر کلورائڈ آف آئیرن (۵ قطرے ایک ڈرام ٹیکسیرین میں) پوٹاسیم کلورٹ کے لوزنج یا رجلیٹن اور فارمالین (rhatany & formalin) کے اقراص بھی جو سے جاسکتے ہیں۔ صغیہ گواکوم (tr. of guaiacum) یا گواکوم کے اقراص اور سوڈیم سلیکیٹ بھی مفید ہیں۔ شدید اصابتوں میں مصل دافع بقیات سبیر (anti-streptococcal serum) کے اشربات دئے جاسکتے ہیں۔ دافع قرمزینا (anti-scarliniform)۔ اکعب صغی میز، کثیر گرجتی (polyvalent) ۲۵ اکعب صغی میز جو کہ دو دن کے بعد کر دیا جاتا ہے۔

قرینیت بلعوم (keratosis pharyngia) یہ ایک حالت ہے کہ جس میں لوزی طاقات کے قونوں پر چھوٹے سفید روزات پائے جاتے ہیں، جو کہ جراثیمی التهاب لوزہ کے منظر سے مشابہ منظر پیدا کرتے ہیں۔ بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات

ضعیف ترش حلق کی شکایت کیجاتی ہے۔ اس کی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا، لیکن وہ چند بیچھے قلم۔ بنے کے بعد خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔

بہاؤ لوزی خراج (peritonsillar abscess) (ذیجیٹا لوزیہ: quinsy)۔ اس حالت میں یکہ لوزہ، اور لوزی مہلو کی عضلی دیوار کے درمیان قیغ واقع ہو جاتا ہے۔ پھوڑ کا ٹیک ممل وقوع مختلف ہوتا ہے، لیکن بیشتر وہ اس فضا کے بلالی دوتہالی میں واقع ہوتا، لوزہ کو نیچے اور اندر کے طرف دھکیل دیتا، اور تنگی بافتوں میں داخل کرتا ہے۔

بیماری اسباب۔ یہ پندرہ اور پچیس سال کی عمر کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے۔ بعض آدمی اس میں مبتلا ہونے کا بہت رجحان رکھتے ہیں اور بار بار مہستلا ہوتے ہیں۔ اس کا سبب لوزی سرایت کا لوزہ کے یکہ سے باہر پھیل جانا ہے (گرد لوزی التهاب = peritonsillitis)۔ بعد میں قیغ ہو جاتا ہے۔

علامات۔ ایک یا دونوں لوزین کو ماؤف کر سکتا ہے۔ لوزہ سرخ اور اپنی قدرتی مسامت سے دگننا متورم ہو کر خط درمیانی کے طرف ابھر آتا ہے اور لہاؤ (uvula) کو ہٹا کر ایک طرف کر دیتا ہے۔ اگر دونوں لوزین ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ وہ خط وسطی میں مل جائیں اور لہاؤ کو آگے کے طرف دھکیل دیں۔ ورم اور سرخی نرم تاؤ کو متاثر کر دیتی ہے جو کہ سانسے کو ایک اختلاف پذیر یا سلسل تک اذیما زدہ ہو جاتا ہے۔ سطح عموا پکٹی، چمکدار اور رنگ میں گہری شمرخ یا رخاوتی ہوتی ہے۔ باہر سے دیکھا جائے تو بیڑے کے زاویہ کے پیچھے غین ورم ہوتا ہے۔ بیماری اکثر ایک قشریرہ اور متلی کے ساتھ شروع ہوتی ہے اور غینی شکل بہت تریا دہ ہوتا ہے۔ زبان برفری موفی۔ چرخی ہوتی ہے، پھوک چلی جاتی ہے اور تیش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ نلنے اور بولنے میں نہایت شدید درد ہوتا ہے اور منہ کے اندر بقی اور مغالطی افزا جمع ہو جاتے ہیں اور غیس بار بار شکوٹا پڑتا ہے۔ دو سے چار دن تک اس میں قیغ واقع ہو جاتا ہے۔ رسولی جو پہلے سخت تھی اب نعتہ نرم ہو جاتی ہے اور انگلی سے بھجاتی ہے۔ یا ایک انگلی لوزہ پر اور دوسری انگلی باہر جڑے کے زاویہ کے پیچھے رکھنے سے پیپ کی موجودگی شہانت نکلیا سکتی ہے مگر پھوڑ کر دینی چوڑ جائے تو وہ حلق کے اندر پھوٹ پڑتا ہے تیش کم ہو جاتی ہے اور صحت جلد ہی چار سے سات روز تک کے اندر ہو جاتی ہے اگرچہ ممکن ہے کہ نقیہیت اور کچھ عرصہ تک جاری رہے۔

شاذہ صورتوں میں پیوڑے سے گردن یا سینے کے اندر نقب لگا دی ہے، یا سبقتی شریان کو کھالیا ہے، یا اپنی پیپ خجرو کے اندر خدج کر کے اغتصاص (suffocation) پیدا کر دیا ہے۔

تحفیف۔ ذبحہ لوزیہ (quinsy) جرابی التهاب لوزہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ وہ زیادہ اکثر یک جانی ہوتا ہے، اس میں تب زیادہ شدید ہوتی ہے، سرخی منقلہ حصوں تک پھیل جاتی ہے، افزائے طاقتوں کے اندر جمع نہیں ہوتا، اور ممکن ہے کہ پیپ کا بالآخر پتہ چل جائے۔ بعض اوقات یہ دونوں حالتیں ساتھ ساتھ پائی جاتی ہیں۔

علاج۔ انتفاع حرارت کا عام علاج استعمال کیا جاتا ہے۔ درد میں روف سے اکثر تحفیف ہو جاتی ہے۔ اسے جو سنا ہی جا ہے اور باہر سے بھی لگانا چاہئے۔ حاد علامتوں میں کمی کرنے کے لئے سیلیبلیٹ آف سوڈیم، ۱۰ تا ۱۵ گریں کا داخلی استعمال ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے کیا جاسکتا ہے۔ کاربالک ترشہ کے گرم غسول (ایک فی صدی) سے غلہ کرنا درگو تشکیل دینا اگر تھج شردع ہو گیا ہے تو گرم تھج (hot fomentations) اور پولٹیس غالباً اس میں سرعت پیدا کرتی ہیں۔ جب پیپ معلوم ہو جائے تو پیوڑے کے ابھرے ہوئے حصے میں ایک لمبے نوکدار مشرط (bistoury) سے (جو اس کے آخری نصف انچ تک پلاسٹر سے ڈھکا ہوا ہونا کہ دہن کے دوسرے حصے محفوظ رہیں) شکاف لگا دینا چاہئے۔ ابتدائی درجوں میں مصل دافع بنقات سببہ کا اشراب کرنا مفید ہوتا ہے۔

لوزیتین کی مزمن عفونت (chronic sepsis of the tonsils)۔ بچوں میں اس کا وقوع عام ہوتا ہے، اور یہ اکثر لوزیتین کی کلانی پیدا کرتی ہے، جو ممکن ہے کہ مریض کی عمر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ دفع ہو جائے۔ لیکن مزمن مغربی لوزیتین جھوٹے اور حلقوم کے کستونوں کے درمیان گڑے ہوئے بھی ہو سکتے ہیں۔ مابقی ماد التهاب لوزہ سے مزمن عفونت پیدا ہو سکتی ہے۔

امراضیات۔ بڑے ہوئے لوزیتین سختی بابت اور جرابی بانٹوں کی پیش رو ظاہر کرتے ہیں، ساتھ ہی طاقتوں میں افزائے کا کم و بیش اجتناب ہوتا ہے، اور طاعون بڑے ہوئے بھی ہوتے ہیں۔

مرحہ میں التهاب لوز تین اہمیت رکھتا ہے اسلئے کہ وہ ایک ایسا ماسکیم ہوتا ہے جس سے جسم کے دوسرے حصے بذریعہ جوئے خون سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ رافٹوں کے اسی پیموزوں (apical abscesses) کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس میں سے بہت کم علاقوں پر بیان ہی ہوتا ہے۔ دندانہ عفونت بالٹوں میں عموماً زیادہ اہمیت رکھتی ہے لیکن بچوں میں لوز تین بہشت سرایت کے منبعوں کے نسبت زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ثانوی سرایت کے وقوع کا امکان زیادہ ہوتا ہے کیونکہ اولیٰ مرکز گہرے مقام پر واقع ہوتا ہے۔ فی الحقیقت گارڈنر (Gardiner) نے غلیہ میں نکالے ہوئے لوزوں کے عرقی ریش سے ہمیشہ کاشتیں حاصل کیں۔ حادہ ریشہ (acute rheumatism) اور التهاب گردہ اکثر عفونی لوزوں سے ثانوی طور پر واقع ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ لوز تین ورنہ کے جسم پر حملہ آور ہونے کے لئے ایک راستہ بنیں۔ درحقیقت لوز تین کی بعض علامات یا ورنہ کی وجہ سے ہوجاتی ہیں اور لوزہ کی متعلقہ تقریب (actinomycosis) بھی دیکھی گئی ہے۔

علامات۔ لوز تین پھیکے گلابی رنگ کے سطحی ریشک دار اور کثافت میں سخت ہونے میں اور ایک ٹوک (spatula) سے دبائے پر ان کے اندر سے پیپ یا مینی مادہ نچوڑا جاسکتا ہے۔ جب وہ صرف معتدل جسامت کے ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ کوئی مقامی علامات نہ پیدا کریں۔ جب وہ بڑے ہوتے ہیں تو ساتھ غدد وہ بھی بڑے ہوئے ہوتے ہیں اور ایسی صورت میں انفی خفس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ جو منہ کے موئے سانس لیتا ہے اور چونکہ انفی راستے کم کام میں آئے جاتے ہیں لہذا انکے منخرن چھوٹے اور بند (abs) چکے ہوئے ہوتے ہیں۔ نکلنے کے تغص میں دشواری ہوتی ہے اور وہ بیڈھنگے پن کے ساتھ عمل میں آتا ہے اور بولنے میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا منہ کے اندر کوئی چیز رکھی ہوئی ہے۔ یوسینیکالی، مینوبہ کی نازالت کی وجہ سے سنائی بھی کم دیتا ہے۔ دوسرے علامات جو ایسی اصابتوں میں رائج جاتے ہیں یہ ہیں: کھانسی، انفی نازالت، لیے یعنی اور در دوسرے۔

علاج۔ بیماری علاج لوزہ برآری (tonsillectomy) ہے اور ممکن ہے کہ آج کل گردن میں تھری ند کا نسبہ شاذ پایا جانا اسی وجہ سے ہو کہ یہ علیہ کثرت کے ساتھ

انجلم دیا جاتا ہے۔ تاوقتیکہ کوئی نہایت ہی واضح داعیہ موجود نہ ہو، اسال سے نیچے عملیہ انجام نہ دینا چاہئے، کیونکہ لوز جن کے حفاظتی فعل کا ضیاع تشویشناک ثابت ہو سکتا ہے۔ بریڈلی (Bradley) نے ایک سیلک اسکول میں دیکھا کہ ان لڑکوں میں کہ جن میں لوزہ بڑی انجام دی گئی تھی، وہائی نازلتی سرایت سب سے زیادہ شدید تھی۔ اگر عملیہ قرین مصلحت نہ ہو تو دیگر افزائش یا جینی تو دے سچوڑ لئے جاتے ہیں، یا پچکاری کے ذریعہ یا چوس کر خاقوں میں سے باہر نکال دئے جاتے ہیں اور دفع عفونت لوزینج (lozenges) دئے جاتے ہیں۔

وینسنٹ وٹنٹ

(Vincent's angina)

یہ التهابی حالت دو شکلوں میں پائی جاتی ہے: (۱) تقریبی قرحات شکل میں گول ہوتے ہیں اور یہ مثالی طور پر ایک لوزہ پر، شاذ طور پر دونوں پر، اور لوزوں میں زبان اور گالوں پر پائے جاتے ہیں۔ عفونت زدہ دانتوں کے گرد جوسڑوں کے قرحات پائے جاتے ہیں ان میں وٹنٹ (Vincent) کا عصیہ نکلا ہوا (Bacillus fusiformis) پایا جاتا ہے۔ (۲) کاذب غشائی (pseudo-membranous)، جو ذقن حصہ یا سب سے مشابہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ لوزہ سے بڑھ کر گروپیش کی غشائے مخاطی پر پھیل جائے۔ بعض اوقات یہ لوزہ کو مآؤف نہیں کرتی، بلکہ اس کے بجائے نرم تالو کو اور خلقوم کے ستونوں کو مآؤف کر دیتی ہے۔ عینی غدد متورم ہو جاتے ہیں اور نکلنے میں وقت ہوتی ہے اور کچھ تپ موجود ہوتی ہے، اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ یہ بھلی عموماً آٹھ یا دس دن میں غائب ہو جاتی ہے۔ تب صرف خفیف سی ہی ہوتی ہے، غدد کبھی مسخ نہیں ہوتے، اور انذار اچھا ہوتا ہے۔

ان حالتوں میں دو عضو یہ پائے جاتے ہیں: (۱) عصیہ نکلا ہوا (Bacillus fusiformis) بیطول میں ۶ تا ۱۲ ہوتا ہے، اور ایک طویل پتلے سے مثلث کی مانند نظر آتا ہے۔ یہ جوڑوں میں پایا جاتا ہے، اور قاعدے باہم متناس ہوتے ہیں۔ یہ تاریک زمینی تصویر (dark-ground illumination) سے باسانی دکھائی دیتا ہے۔ (۲) وٹنٹ کے بیج مویہ (Vincent's spirochaete)۔

علم الج - قرحات پر سورنا ٹریٹ کا ۱۰ فیصدی محلول روزانہ تصبیح کرنا چاہئے۔
 .. کو ٹیکین وینے کے لئے ایسپرین (aspirin) دیا جاسکتی ہے۔ نووار سینو بنزول
 (novarsenobenzol) کے اثرات کے ذریعہ سوزوں کی مرہب و زکیر کیا جاسکتی ہے۔

بلعوی لوزات

(pharyngeal tonsils)

ہلٹ آسا بافت کا ایک تو وہ ہے جو انفی بلعوم میں واقع ہے اور جس کے ساتھ
 وہ منتشر گر نہیں بھی ہیں جو روزن ٹر (Rosenmuller) کے حضرات کی نشاء مخاطی میں اور
 بلعوم کی پھیلی دیوار کی فضا سے مخاطی میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ تو وہ بے ڈنڈی یا ڈنڈی دار
 ہو سکتا ہے اور انگشت نما زائدوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ زائدے ایسے شقائق یا درزوں
 کے ذریعہ جو ملتوی لوزہ کے طاقوں سے متماثل ہوتی ہیں ایک دوسرے سے جدا ہوتے
 ہیں۔ یہ استروانی ہڈی سر ملے کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ زندگی کے تیسرے اور
 دسویں سالوں کے درمیان اسکی کلائی عام ہوتی ہے۔ لیکن ہے کہ ایسی کلائی بچوں کے ساری
 امراض کے بعد واقع ہو جائے اور یہ اکثر نازلتی التهاب اللانف کے علوں کے ساتھ واقع
 ہوا کرتی ہے۔

بلعوی لوزہ کی بیش پروزش [جسے اکثر غدا نما بالید (adenoid growth)
 یا غدا ذ (adenoids) کہتے ہیں] کے امر انبیائی نتائج اہم ہوتے ہیں۔ لیکن ہے کہ
 مزمن نازلت اور پرکوبوسٹیکائی انوب میں پھیل جائے اور درمیانی اذن کا التهاب
 (otitis media) اور اذن بعد مخاطی طیتہ (mucosa) کا مزمن التهاب پیدا کر دے۔
 بچہ کے نشو و نما کے دوران میں بعض تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن کا ذکر علقوی لوزوں
 کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ بچہ کا چہرہ لمبا ہو جاتا ہے۔ الجحہ اللانف (aka nasi)
 پیک جاتے ہیں۔ اوپر کا ہونٹ چھوٹا اور باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ منہ اکثر کھلا رہتا ہے
 اور اس طرح بچہ کا چہرہ احمقانہ (vacant expression) معلوم ہوتا ہے۔ یہ سب
 لکڑخا و دی خلعت (adenoid facies) پیدا کر دیتے ہیں۔ کورسنگ (pigeon
 breast) اور بلند حنکی محراب بھی اکثر موجود ہوتی ہے۔

علامات - یہ بلاشبہ کلانی کی مقدار اور کس سے پیدا ہوجانے والے انہی تجویز قدر کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ یہ حسب ذیل ہیں :- بہرہ اپنی عادتاً ہفتی تنفس جو رات کو زیادہ خراب ہو جاتا ہے، خزانے لینا اور شب ترسی (night-terrors) اور نازلتی التهاب اللانف کا رجحان جس کے ساتھ افزائش میں کبھی کبھی خون ہوتا ہے۔ تلفظ کرنے میں م (M) اور ن (N) حروف صحیح کا تلفظ خراب طرح ادا ہوتا ہے، کیونکہ منفذ انف میں ان آوازوں کی گنگ نہیں پیدا کی جاسکتی۔ بعض کہتے ہیں کہ قدودہ سے صہری تشنج المعجرہ (laryngismus stridulus) شب بولی (nocturnal enuresis) کثرت صرغ اور تشنجات صبیانی کی تحریک پیدا ہوجاتی ہے۔

علاج - اگر علامات زیادہ نمایاں ہوں تو بالیدوں کو جو رختی طور پر خراج کر دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ نسبتہ خفیف امہاتوں کی اصلاح ایسی تنفسی درزشوں سے ہو جائے جن کا مقصد یہ ہو کہ بچہ کو ناک کے راستہ سے سانس لینا سکھایا جائے۔

لسانی لوزات

(lingual tonsils)

لسانی لوزات لہف آسانت لی وہ دو یا تین گریں ہیں جو قاعدہ زبان پر خط وسطی کے دونوں طرف واقع ہوتی ہیں۔ ان کی ساخت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ ملتوی لوزہ کی اور ہر ایک میں دو یا تین طاقے ہوتے ہیں۔ وہ ملتوی لوزہ تین کی طرح لہب ہو سکتے ہیں ان کے طاقوں میں افزائش کا اعتبار نسبتہ کم عام ہوتا ہے، لیکن وہ کبھی کبھی بیش پروردہ ہوجاتے ہیں جو کہ بالغوں کے نسبت بچوں میں زیادہ کثرت سے دیکھا جاتا ہے۔ اغلب ہے کہ "خراش حلق" (sore throat) کا وہ احساس جو خط وسطی میں اور گریں حلق کے پیچھے محسوس ہوتا ہے، درحقیقت بہت سی مثالوں میں لہب لسانی لوزات کی وجہ سے ہو۔ آخر الذکر "حلق کی اس علم گد گدی" کا سبب ہوتے ہیں جو "حلق کی کھانسی پیدا کر دیتی ہے۔ نیز کالی کھانسی میں کھانسی انہیں سے پیدا ہوجاتی ہے۔ فیرک کلورائیڈ (ferric chloride) کے ہم مگرین کا ایک میر شدہ محلول جو غلیظ ہونے کے ساتھ ایک اوتس تک بنالیا گیا ہو، ایک سر سے پرغیدہ پنہ گیر (wool holder) کے ذریعہ سے

نوزات پر لگانے سے کھانسی میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ اسے لگاتے وقت زبان کو تباہ نہ کرنا چاہئے (2)۔

مزمن التهاب البلعوم (chronic pharyngitis)

اسباب۔ بلعوم کا مزمن التهاب کمرہ جملوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ پچھلے منخرین (nares) سے سہاگت کا نیچے گزر جانا ایک کثیر الوقوع سبب ہے اور تمام اصابتوں میں ناک اور نزلہ انفی جوفوں کی حالت کی تفتیش کرنی چاہئے۔ علاوہ ازیں وہ بعض مضر اثرات مثلاً الکحل کے غلط استعمال، کثرت غذا کو نوشی اور آواز کے مسلسل استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب ایک جگہ نام میں تقریر کو بالآخر نیچے لیول پر بیٹھے ہوئے سامعین کے طرف خطاب کرتے ہیں ایسا سر نیچے جھکا کر اور اس طرح اسی اعضا کو جو معمولی تلفظ نکالنے میں مصروف ہیں پھکاتا ہے۔ تو بلاشبہ وہ اس مرض کے وقوع میں مدد دیتا ہے۔ مزمن التهاب البلعوم جو تھرم تالو، لوزین، یا ناک کے پچھلے حصے کے ایک مائل تغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔

علامت۔ غشاء غمائی سرخ ہو سکتی ہے اور اس کا وریدیں متسع ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں بلعوم پر کثیر التعداد چھوٹے رمادی ارتقاعات منتشر ہوتے ہیں (جیبی التهاب البلعوم = granular pharyngitis)۔ دوسری اصابتوں میں چھوٹی خراشیدیاں (abrasions) یا تقرحات ہوتے ہیں۔ جیبی التهاب البلعوم کے رمادی روزات ٹرسے ہوئے جراثیم یا غمائی غد ہیں۔ غشاء غمائی بعض اصابتوں میں وافر آواز سے دھکی ہوئی ہوتی ہے اور بعض ہمیشہ کھنکھاتا اور تھکنا رہتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں اس کی سطح خشک ہوتی ہے جس سے نگلنے میں کسی قدر تکلیف اور وقت اور ساتھ ہی چھتا ہوا درد اور کھانسنے کی خواہش پیدا ہوتی ہے۔

جیبی التهاب البلعوم (granular pharyngitis) اکثر ایک خدا گانہ غرض شمار کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حقیقی معلقوم سے نیا و ز پوز تو بلعوم تک اور جگرہ تک پھیل جائے۔ غشاء غمائی بیشتر اصابتوں میں خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات جراثیم مزاج

مخاطبے ڈبکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سے تکلیف کچھ نہ ہو یا کم ہو۔ لیکن علق کی خشکی اور کڑھائی (stiffness) اور ساتھ ہی کھٹکانے اور تھوکنے کی دائمی خواہش اور نکلنے میں تکلیف اور وقت واقع ہو سکتی ہے۔ بولنے کی کوشش سے بھی درد ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض کو مقلوبت کرنے کے لئے توقف کرنا پڑے۔ حالات کی یہ صورت قسیمی (clergymen) عام مقررین اور دوسرے ایسے جہاں پیشہ والوں میں غیر عام نہیں اور اسی واسطے اسے قسیمی کی خواہش علق ("clergymen's sore throat") کہتے ہیں۔ یہ علامات سردی کے تشف سے زیادہ ہو جاتے ہیں اور بعض معنفین نے اس کی موروثی استعداد کا مشاہدہ کیا ہے۔

علاج۔ جیسی التهاب البلعوم میں مقامی علاج ضروری ہے۔ غارے چنداں کار آمد نہیں کیونکہ وہ نرم تالو سے آگے نہیں پہنچتے۔ لیکن پینکری یا تانین (tannin) (ہر ایک سم تا ۱۰ اگرین پانی کے ایک اونس میں) کے رشاشات (sprays) کام میں لائے جاسکتے ہیں یا علق میں مابین محمولات لگا سے جاسکتے ہیں جیسے کہ نائٹریٹ آف سلور (۱۰ فیصدی) یا جینڈل کا مہنہ (Mandl's pigment) جس میں آیوڈائزڈ ٹیلیسیرین ہوتا ہے (آیوڈین ۲۰ اگرین، پوٹاسیم آیوڈائڈ ۲۰ اگرین، آئل مینٹھل پ ۵ قطرے، ٹیلیسیرین تا بقدر ایک اونس)۔

خلف البلعوم خراج

(retropharyngeal abscess)

اگرچہ یہ ایک جراحی شکایت ہے تاہم یہاں اس پر مختصر غور کی ضرورت ہے کیونکہ علق کی بعض شکایتوں مثلاً حنجرہ کی تسدو (laryngeal obstruction) کی تشف کے اس سے عجیب سیدہ موجب فائدہ کا اندیشہ ہے۔ یہ شوکہ کی بوسیدگی سے اور زیادہ اکثر اوقات خلف البلعومی لطف آسا بافت کے التهاب سے پیدا ہوتا ہے اور یہ بلعوم کی پشت پر ایک ورم پیدا کر دیتا ہے جو ممکن ہے کہ حنجرہ کو دوبارہ تسدو (dysphagia) بہتر (dyspnoea) اور اختناق (asphyxia) پیدا کر دے۔ چنانچہ اسکو غلطی سے گروپ یا حنجرہ و فتیمہ سمجھا جاسکتا ہے، لیکن آخر الذکر کی طرح اس میں کھانسی روکھی یا آواز بیسی ہوئی نہیں ہوتی، بلکہ یہ دونوں کسی قدر "قنقرونی" ("gurgling") ہوتے ہیں۔

شکوہ اصابت میں طلق کی پشت تک انگلی ڈال کر دیکھنا چاہئے، جبکہ ایک توجہی ورم عکس
ہو جاتا ہے۔ اس میں سرخ رنگ سے شکاف دلو اور دیکھا جاتا ہے۔

التهاب حنجره

(laryngitis)

التهاب حنجره حاد یا مزمن ہو سکتا ہے، اور متعدد اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔
ان میں سے چند اسباب یہ ہیں:۔ نازلی التهاب پیدا کرنے والے معمولی حالات،
جن پر حاد التهاب (acute rhinitis) کے ماتحت غور کیا گیا ہے۔ خراش اور بخارات
اور غبار آلود ہوا کا تماس۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) کا انخرا (impaction)
یا دوسرے طریقوں سے راست نظریہ گرد و پیش کے حصوں، بلعوم، شعلات اور قسمتہ الریہ
یا بیرونی باقوں سے التهاب کا پھیل جانا، عمومی حیات (acute specific fevers) کے
ذوقیہ اور کھرا۔ اور سب سے آخر میں برائت کا مرض۔ مزمن التهاب حنجره مدین کی خراش
یا تو بالائی تنفسی خطہ سے یا ششوں سے ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آئسک بھی حنجره پر حملہ آور
ہوتی ہے۔ نتائج اسباب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں، اور ہم ایک
نازلی التهاب حنجره (catarrhal laryngitis) ایک اذیتی التهاب حنجره
(oedematous laryngitis)، ذوقیہ یا مخصوص ایک غشائی التهاب حنجره
(membranous laryngitis) اور سلی ریوی (phthisis) اور آئسک کے التهاب حنجره
کو بکسانی شناخت کر سکتے ہیں۔

حاد نازلی التهاب حنجره:۔ یہ بیشتر اعضاء حالات کے باعث ہوتا ہے جو حاد
التهاب الانف پیدا کر سکتے ہیں، لیکن خراش اور بخارات، غبار آلود ہوا غریب اجسام کے داخلے
اور پچھلے نثرین (posterior nares) بلعوم یا شعلات سے پھیلنے والے التهاب سے بھی
پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھرا میں اور نسبت کم بار دوسری سرایتوں میں ہوتا ہے۔
علامات:۔ آواز میٹھ جاتی یا بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ طلق میں ایک گہ گدی
(tickling) کا احساس ہو کر دھکی (husky) کھانسی آتی ہے، جس کے ساتھ وقتاً فوقتاً غماط
کے چھوٹے چھوٹے صمات (plugs) نفث سے نکلتے ہیں۔ تنفس عموماً کم ہی متاثر ہوتا ہے

لیکن شاذ و صغیر توں میں کسی قدر سُرصرہ (stridor) موجود ہو سکتا ہے۔ اور بچوں میں بُہر (dyspnoea) نسبت کثرت سے ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ بخار خفیف یا بالکل غیر موجود ہو سکتا ہے۔ حنجرو میں (laryngoscope) سے امتحان کرنے پر صوہیات (arytenoids) کے اوپر کی غلافی جھلی متورم اور سُرخ ہوتی ہے۔ امبال الصوت (vocal cords) بالعموم التهاب زدہ ہوتے ہیں، لیکن وہ عموماً نہایت کم تغیر ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان کے اوپر اردال کے درمیان کچھ غلاف پڑی ہوئی دکھائی دے۔ بلعینی بند (ventricular bands) ماؤں ہو سکتے ہیں۔

بچے حاد التهاب حنجروہ کی ایک قسم صرصرہ (laryngitis stridulosa) میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں جس کی غیر معمولیت یہ ہے کہ اختصاص (suffocation) کی علامتیں یکایک، اکثر آدھی رات کے وقت، نمایاں ہوجاتی ہیں۔ دن کے وقت صرف خفیف کھانسی اور آواز نمی ہوئی (huskiness) ہوتی ہے، لیکن رات میں بچہ دھند گئی وقت خوف زدہ ہو کر جاگ اٹھتا ہے اور ساتھ ہی اسے شدید بُہر (dyspnoea) اور جھونکنے کی آواز والی (barking) یا روم کی (husky) کھانسی ہوتی ہے جس کے بعد پرشور (loud) اور لمبا بانگ دار (crowing) شہیق ہوتا ہے۔ آواز بھرائی ہوئی اور کمزور اور چہرہ (feature) متضلی (congested) ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت قائم رہے تو ممکن ہے کہ چہرہ شامب اور کبود ہو جائے اور اختصاص (suffocation) قریب الوقوع معلوم ہوتا ہے۔ لیکن عموماً تنورڈی ویر میں علامتیں کم شدید ہو کر سوج جاتا ہے۔ یا تو اسی رات کو چند گھنٹوں کی نیند کے بعد یا بعد کی راتوں میں ایسے ہی طے ہو سکتے ہیں جن میں اختصاص کا خطرہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی کُر وپی (croupy) شہیق واقع ہو سکتا ہے۔ ان حملوں کے ساتھ بخار (معدہ فرور زبان، تنہا کے ہوئے سُرخ چہرے، اور گرم جلد و غیرہ کے) اس کے نسبت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا بالعموم کے نازلی التهاب حنجروہ میں ہوتا ہے۔ یہ طے غائب اس وجہ سے ہوتے ہیں کہ مزار کے اندر لزوج (tenacious) غلاف کی موجودگی حنجری شیخ پیدا کر دیتی ہے۔ جب کبھی ایسے بچہ کو سردی ہو جاتی ہے تو یہ علامتیں اسی بچہ میں مکرر پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتی ہیں، لیکن شاذ ہی ممکن ہوتی ہیں۔

انذار۔ حاد التهاب حنجروہ زیادہ تر امید افزا انذار رکھتا ہے۔ وہ عموماً چند روز کے

عصر میں رفع ہو جاتا ہے۔

تشخیص: باغداد میں بالٹوں میں مونا سادہ ہوتی ہے۔ ذہن صیر یا اس سے زیادہ شدید ہوتا ہے اور اس کے ساتھ معلقہ پر تعلیٰ یعنی کائنات یا البیوس بولیت (albuminuria) ہونا ممکن ہے۔

علاج: مرغیوں کو بونا نہیں چاہئے۔ اسے ایک یکساں طور پر گرم کر دہوائی میں رکھنا چاہئے اور ایک مناسب آلہ میں بار بار بھاپ کا استنشاق کرنا چاہئے۔ اس آلہ کو مرکب صینیہ عود (tinct. benzoin co.) نصف اونس ایک پائنٹ پانی میں اسے بار کر کے ہیں۔ مینتھال (menthol) (۲ یا ۳ گرین ایک اونس نکوڈیرین میں یا ٹرمین لیوکارپینس (oil of eucalyptus) اور کر یا سوٹ (creosote) کے رشاشات (sprays) بھی مفید ہوتے ہیں۔ لطیف باغیات (demulcent liquids) کو آزادانہ طور پر نوش کرنا چاہئے، یارف کے چھوٹے ٹکڑے نوے بائیس کھانسی کی خواش کی تخفیف، قیوں موجود کھنے والی دواؤں (opiates) کے ذریعہ کرنی چاہئے۔ غذا یا نظام غذائی (regimen) البتہ وہی استعمال کرنا چاہئے جو عموماً حموی حالتوں میں کام میں لایا جاتا ہے۔ مرضی التهاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) کے لئے اکثر ایک مفتی (emetic) دوا مفید ہوتی ہے جیسے کہ سلفیٹ آف زنک (sulphate of zinc) (۱۰ گرین) یا عرق الذهب (ipecaacuanha) (اسکا سفوف ۲ تا ۵ گرین) یا اسکا بنسید ایک ڈرام ہر دس منٹ کے وقفے سے حتیٰ کہ قے پیدا ہو جائے۔ بزمید براں گرم منالین یا ایک گرم اسفنج گلے پر لگا یا جاسکتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں التهاب حنجرہ کا علاج گرم و تر کر دہوائی (بھاپ کی کیتلی) اور برومائیڈز (bromides) اور کلورال (chloral) کی تھوڑی خوراکیوں سے کرنا چاہئے۔

اخیر میں التهاب حنجرہ (oedematous laryngitis) یا التهاب حنجرہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو مختلف طریقوں پر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات یہ نازلی امواتوں میں یا مرضیہ رایت کے دوران میں ہو جاتا ہے۔ اس کا معمولی سبب حنجرہ کی مادہ سمی سچی سرایت ہے۔ اسکے ہمراہ شدید نئی علامات پائے جاتے ہیں اور اس میں بہت جلد اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وہ مقامی اڈیمیا جو عائی عصباتی نتیج (angio-neurotic edema) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، اکثر اوقات خفّی بافتوں میں ہو جاتا ہے اور اکثر مہلک ہوتا ہے (ملاحظہ ہو عائی عصباتی نتیج)۔

مرضی تشریح۔ یہ سخت الماطی بافت کے اندر التهابی مصل کے انقباض پر مشتمل ہے اور اس مصل میں بہت سے سپید خلیے موجود ہو سکتے ہیں جس سے ممکن ہے وہ مصلی قصبی (sero-purulent) ہو جائے، یا بافت میں حقیقی ریم منتشر ہو جاتی ہے۔ علامات بسا اوقات سرعت کے ساتھ نمایاں ہو جاتے ہیں۔ گلے کی خراش، نکلنے پر کچھ درد ہونا، اور اس کے بعد تھوڑا جلد سرعت سے بڑھ جاتا ہے اور قصبہ شگافی کا متناہ ہو جاتا ہے۔ خفّی امتحان کرنے سے برآمد اور سبوحیات کا اڈیمیا بہت جلد پایا جاتا ہے۔ اندازہ وسیع اڈیمیا کی مثالوں میں خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ دافع بنتقات سبب مصل کے اثرات بہت جلد دینے کی ضرورت ہے۔ استنشقات جیسے کہ حاد التهاب خفّیہ میں دئے جاتے ہیں آرام دہ ہیں اسی طرح گردن پر ٹھنڈے لاسقات۔ پست قصبہ شگافی کی نہایت ہی فوری ضرورت پڑ سکتی ہے۔

غشائی التهاب الحنجروہ (membranous laryngitis) غشائی التهاب خفّیہ کا عام ترین سبب ذفقیر یا ہے جو یا تو حلقوم میں شروع ہو کر خفّیہ تک پھیل جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 65) یا ابتداء ہی سے خفّیہ کی طرح اور ہوتا ہے اور اس وقت یا بعد میں حلقوم کو ماؤف نہیں کرتا۔ یہ فوٹ کر ناغالی از دھیمی نہیں کہ یہ اولی خفّیہ امتناہی ہجوں میں پالتوں کے نسبت زیادہ عام ہیں اور یہ کہ ان کے ساتھ البیومن بولیت (albuminuria) یا بعد میں قتل کا واقع اس کثرت سے نہیں ہوتا کہ جتنا ان اصابتوں میں کہ جن میں طعن ابتداء ماؤف ہوتا ہے۔

غشائی التهاب خفّیہ مرضی اسباب یا مقامی خراش آدروں، شلایمیائی بھارات، آلتے ہوئے پانی یا خارجی اجسام کے مغزوہ ہو جانے سے یقیناً پیدا ہو سکتا ہے۔ کھسرا میں غشائی التهاب خفّیہ کے واقع ہونے کے یہ سنے ہوئے اس پر ذفقیر یا کی سرایت مستزاد ہو گئی ہے۔

علامات۔ مقامی علامات اُن علامتوں سے متاثر ہوں گے جو دفعہ اخیر یا کمرہ سخت جان کی گئی ہیں۔ لیکن جب التهاب کا سبب زیادہ مزیدہ طور پر پھیل جاتا ہے تو ایک مرض سادی کی جتنی علامتیں غیر موجود یا کم نمایاں ہوتی ہیں۔

تشخیص۔ عام طور پر ایسے بچے جن میں یا کسی ظاہر سبب کے بغیر، جھٹکار دار (ringing) یا کڑکڑاہٹ (croupy) کھانسی اور دیوار سینہ کی شبیہ کی بازکشیہ کی (inspiratory retraction) موجود ہو اور جن کا صرف چار روزیں دم گھٹ جانے (suffocation) کا فطرہ ہو، غشائی التهاب منجر میں مبتلا ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایسے بچوں کی غالب تعداد میں دفعہ اخیر یا کسی غشائی التهاب کا سبب ہوتا ہے۔ لیکن منجھڑی سے امتحان کرنا عمر نامانوس نہ ہونے اور عمل کی موجودگی کا اولین ثبوت قصبہ شکافی (tracheotomy) کے عمل کے وقت یا اس کے بعد حاصل ہوتا ہے۔ حصری التهاب منجرہ (laryngitis stridulosa) سے اسکی شناخت (ملاحظہ ہو صفحہ 203) بھر کے لبث زیادہ تیر چکی ہو اور نسبتہ زیادہ جوار رفتار سے ہوتی ہے۔

قبول تشخیص، ایک جسم غریبہ کی موجودگی ہے۔

علاج۔ غشائی التهاب منجرہ کا علاج اُسی طرح کیا جاسکتا ہے جس طرح کے دفعہ اخیر یا کمرہ سخت میں مبتلا یا گیا ہے، اور یہ علاج اُس وقت جبکہ وہ دفعہ اخیر یا کمرہ سخت ہو اور اس وقت جبکہ وہ تر حری بخار کھسرا یا دوسرے کسی سادی مرض کے ساتھ متلازم ہو دونوں صورتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ پہلی صورت میں دفعہ اخیر یا کمرہ سخت سم (antitoxin) استعمال کرنا چاہئے۔

205

منہ من نازلتی التهاب حنجریہ (chronic catarrhal laryngitis)۔

یہ اکثر مادہ التهاب منجرہ کے بعد ہوتا ہے۔ بالخصوص اس وقت جبکہ آخر الذکر کا مناسب علاج آواز کو کامل آرام دیکر نہ کیا گیا ہو۔ یا بالائی تنفسی خطہ کی مسرتیوں سے التهاب حنجری یا ذیلولی التهاب یا مزمن لئسہ سے۔ نیز آواز کے بجا استعمال سے ہوتا ہے۔

علامات۔ آواز کا میوہ جانا، اور گلے کی خراش جس سے خشک کھانسی پیدا ہوتی ہے۔ منجھڑی امتحان کرنے سے، حقیقی اجالہ پر اوپر پچھلے طعنے میں دیا تیس پائی جاتی ہیں۔

اجبال الصوت (vocal cords) آتے ہیں۔

انکے علامات 'مزمن' التهاب خنجرہ کے علامات جیسے ہوتے ہیں اور معمولی شدت کی اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں کہ آواز بھینسی ہوئی ہوتی ہے، روکھی کھانسی بار بار آتی ہے بعض وقت ابتدائی درجوں میں دلچسپی قفل (functional failure) کی وجہ سے آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اسی طرح آخری درجوں میں اجبال صوتی کے تفریح کے نتیجہ میں آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اور جب تفریح سبب حیات کے پچھلے حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو بافتوں کے قدم کے باعث یا ان کے اطراف اور خنجرہ کی کامل مسدودی میں مزاحمت ہونے کے باعث نہ صرف نکلنے میں رو ہوتا ہے بلکہ نکلنا مشکل ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی کھانسی شدید اور دورے کے ساتھ ہوتی ہے، اور نفث (expectoration) تغیر پذیر ہوتا ہے، جس کا انحصار خنجرہ کی حالت پر ہوتا ہے۔ تھیل القعد او اصابتوں میں شخص میں محدود کاوش پیدا ہو جاتی ہے۔ ۱۲ فیصدی اصابتوں میں خنجرہ کوئی مقامی علامت پیدا ہوئے بغیر تھلنی یا پالیا۔ ابتدائی درجوں میں خنجرہ میں غشاء غلیظی کا شوب (pallor) ظاہر کرتی ہے اور سلیپی کی بہت سی اصابتوں میں خنجرہ کی قلعی عدم دموت بالکل ابتدا ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اجبال بطینی بندوں اور پچھلے قلعی میں امسلا کی غیر قشاکل چکیاں ایک خشیت درجہ کی صفات ہیں۔ یا زیادہ شدید اصابتوں میں ایک بطینی بنہ یا برمز مار پر ایک انحصار قرصہ دیکھا جاسکتا ہے۔ جب درستی کی واقع ہوتی ہے تو یہ حصے اکثر ایک مخصوص مرتبہ شکل اختیار کر لیتے ہیں اور سبوی برمز ماری شکل ایک مادوں جانوں پر متورم ہو کر ایک شائبہ گلوبیہ نمایا ہا شپاتی ماری سولی کی شکل اختیار کر لیتے ہیں جس کا تعداد پیچھے کے طرف اور نوک آگے کے طرف ہوتی ہے۔ اور جب دونوں ماؤف ہو جاتے ہیں تو یہ اور ام خط و سطی میں متضام ہو جاتے ہیں۔ برمز مار ایک دستار نما ورم بنا سکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ وہی وبازت بطینی بندوں کو ماؤف کر دے، لیکن یہ اکثر مختفی رہتے ہیں۔ بالآخر متورم بافتوں پر نیز اجبال الصوت پر باخصوص ان کے پچھلے حصوں میں قرصہ بن جاتے ہیں۔

یہ تشخیص - یہ کچھ تو خنجرہ بینی مناظر سے اور کچھ پچھلے حصوں کی حالت سے کرنی پڑے، بہت سی اصابتوں میں یہ علامت دہنی ہوتی ہے یہ سبوی برمز ماری شکل کے ناشپانہ

اور ام اس حالت کا امتیازی خاصہ ہیں، لیکن جب یہ غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ اسے
منہ من نازلتی التهاب حنجریہ (chronic catarrhal laryngitis) سے اور آتشکی
بمرض سے تمیز کرنے میں وقت ہو۔ اول الذکر میں نذرانی التهاب حنجریہ کے نسبت کم ورم اور
زیادہ اشتعال ہوتا ہے۔ آتشک میں قرعہ عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ گہرے ہوتے ہیں
وہ ایک نسبت زیادہ مہذب قاعدے پر واقع ہوتے ہیں اور منفرد ہوتے ہیں۔ دہارت
زیادہ بے قاعدہ ہوتی ہے اور مرض اکثر ایک جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرطانی تقرح
کو نذرانی تقرح سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ سرطان اکثر ایک جانبی ہوتا ہے اور نسبت
زیادہ عموماً لے مریضوں میں پایا جاتا ہے

انذار۔ حنجری نذرانی کی موجودگی اس کے ساتھ واقع ہونے والی سہل ریوی کے
انذار کو زیادہ یاس انگیز بنادیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۱)۔ مڈ ہرسٹ (Midhurst)
میں التهاب حنجریہ سے شفا یابی ۴۴ مریضوں میں سے ۲۵ فیصدی میں ہو گئی۔ اکثر
بیشتر جیسے جیسے کہ سہل ریوی ترقی یا تھپتھپ کر جاتی ہے حنجری حالت بھی ترقی یا تھپتھپ کر جاتی
ہے۔ لیکن ایسا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ سہل ریوی کے خراب تر ہو جانے پر
بھی حنجریہ شفا یاب ہو جائے۔ لیکن اگر سہل ریوی میں اصلاح ہو رہی ہے تو مناسب
علاج کے ساتھ حنجریہ کبھی خراب تر نہیں ہوتا۔

علاج۔ پیمپھروٹوں میں سے مرض کا علاج کرنا ضروری ہے جس کا کہ حنجری
نذرانی الحقیقت ایک جزو ہے۔ فینسن (Finsen) کی روشنی کے ذریعہ جسم کی تشدید
تشنج کرنے کی حمایت کی گئی ہے مثلاً کوپن ہیگن (Copenhagen) میں حنجریہ کے مقامی علاج
میں اہم ترین عنصر یہ ہے کہ مریض بالکل خاموش رہے۔ حتیٰ کہ اسے سرگوشی کی اجازت
بھی نہ دی جائے۔ ممکن ہے کہ بعض مریضوں میں اس سے دماغ پر بہت زور پڑے۔
ایسی حالتوں میں گاہے گاہے سرگوشی کرنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ جہاں زیادہ
ورنیکل (infiltration) موجود ہو بابت کے اندر ایک باریک پلاٹینی نوک گہری
داخل کر کے گیلوانائی کاوی کچھکا (galvanic-caustic puncture) لگانا بہت

کامیاب ثابت ہوا ہے لیکن اسکا استعمال صرف وہیں کرنا چاہئے جہاں پیمپھروٹوں
جیسا قاعلی مرض کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۲۰ فیصدی محلول کے

۵ قطروں کے اقطار (instillation) سے عدم حسیت پیدا کرنے کے بعد ایک وقت میں تین یا چار کچھ کے دسے جاسکتے ہیں۔ یہ کچھ کا ایک ایسے وقفے کے بعد جو دو ہفتوں سے کم کا نہ ہو، کر لگایا جاسکتا ہے۔ ترقی یافتہ اعضاء میں درد کیلئے (orthoform) اور معدیات حس (anæsthetics) کے ذریعہ جگر کے نغوظات کرنا مفید ہے اور حتیٰ کہ فوقانی منجری اعصاب میں ایک اشرب کرنا زیادہ برہمی ہوئی اعضاء میں قصبہ شکنائی کے معلق غور کیا جاسکتا ہے، تاکہ جگر کو آرام ملے۔

حجرہ کی اشک

’اشک‘ جگرہ کو متعدد طریقوں سے ماؤف کرتی ہے۔ مورثی شکل میں شہر خوری اور غلطی کے زمانہ میں۔ اکتسابی شکل میں ثانوی، ثالثی اور درمیانی درجوں میں۔ اکتسابی اشک کے ثانوی مرتبہ اشک میں، اور مزمن بیش دمویت (chronic hyperæmia) اور قنقرات، اور غلط حیات (condylomas) یا مفاصلی عکبتیاں ہیں جن میں سے آخر الذکر نہایت شاذ ہوتی ہیں۔ مرض کے آخری درجوں میں حجرہ کی منتشر درجہ کی نہایت عام ہوتی ہے۔ چھوٹے معنیات (gummas) جو جسامت میں ایک الیسین کے سر سے لیکر مٹر کے برابر مختلف ہوتے ہیں اور عین قنقرات بھی دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی منجری اذیما اور التهاب گرد و غصہ (perichondritis) سے منجری شجر کے پیدا ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ قروح کا اذیاب ندبات پیدا کر دے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حجرہ کے شدید اعوجاجات (distortions) یا مزار کے انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات - یہ میتر نہیں ہوتے، اور ضرر کی شدت کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتے ہیں۔ آواز بیٹھ جاتی یا جاتی رہتی ہے، کبھی کبھی ابتدائی درجوں میں کھائی اور آخری درجوں میں کم و بیش بھر موجود ہوتا ہے۔ سوائے اس صورت کے کہ بر مزار میں معنی قنقرہ موجود ہو، عسر البیض شاذ ہے۔ ممکن ہے ہر سرعت کے ساتھ پیدا ہو جا اور اس طرح قصب شکنائی کی ضرورت لاحق کر دے۔

تشخیص - ثانوی التهاب جگرہ، اشک کی دوسری مادوں مثلاً جلدی ملوئی کی موجودگی کی بنا پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ ثالثی اشک، باستانہ ایک مثالی معنی قنقرہ کے، قدرتی یا

مزمنی نازالتی التهاب الحنجرو کے ساتھ مشابہت رکھتا ہے۔ ایک مثبت وازرینی کاشفہ تشخیص کا فیصلہ کرتا ہے۔

علاج۔ نافع آشک علاج مستعدی کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔ ایک عام عقیدہ یہ ہے کہ پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے استعمال سے اڈیما (œdema of the glottis) کا پیدا ہو جانا ممکن ہے، لیکن یہ درست نہیں ہے۔ حنجرو کو آرام دینے کے لئے ابتدائی درجوں میں حنجروہ شکافی کا عمل کر دینا چاہئے اس سے پہلے کہ مدلی انقباض کی وجہ سے اس کا کیا جانا ناگزیر ہو جائے۔ آخر الذکر صورت میں مریض کو ساری عمر ایک نئی پٹنی پڑتی ہے۔ لیکن مرزا کا اتساع (dilatation) میکانیکی طور پر عمل میں لانے کی یا کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) یا نوٹس (dilator) یا الیکٹریک کلاب (electric cautery) سے ایک جالے کو کاٹ دینے کی کوشش کی جاسکتی ہے۔

حنجرہ کے سلعات

مسلمہ حلیہ (papilloma) اور مسلمہ لیفیہ (fibroma) صوفی اقبال پر عام ہیں باقی تمام سلعات شاذ ہیں۔ ۵ ویں صلیت برمر مار کے ہم پلو اور وادیچ میں بروز کرتے ہوئے دیکھے جاتے ہیں لیکن بالعموم یہ علامات سے میرا ہوتے ہیں۔

علامات۔ آواز کا بیٹھ جانا۔ اور اگر سلعات لحمیہ متعدد یا بڑی جسامت کے ہوں تو بہر جو کہ بعض اوقات اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قصبہ شکافی کی ضرورت پڑتی ہے۔

علاج۔ یہ ہے کہ سلمہ کو جراحی علیات کے ذریعہ نکال دیا جائے، جسکی تفصیلات کے لئے قارئین کو جراحی تصنیفات یا خصوصی مقالات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔

مسلمات خبیثہ (malignant tumours)۔ یہ نہایت عام طور پر طانی سلعات (carcinoma) ہوتے ہیں، لیکن لحمی سلعات (sarcoma) بھی واقع ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں اور عموماً ۵۰ سال کی عمر کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ حنجروہ کے درونی مسطحانی سلعات کی ابتداء ذیل کے مقامات پر

ہوتی ہے :- (۱) اجبال الصوت پر بچھلے غطوں کے نسبت زیادہ عام طور پر اگلے اور کڑی غطوں میں۔ (۲) سخت المزمار (subglottic) غٹے میں زیادہ عام طور پر کھجور کے اگلے حصے میں۔ جبل صوتی کا سرٹنی سلسلہ عرصہ دراز تک جبل تک اور اس کے بعد پہلو بانبخجور میں محدود رہ سکتا ہے لیکن بالآخر اس کا مقامات ذیل تک پھیل جانا بھی ممکن ہے :- (الف) اٹھنے مڑنے کے آ پار۔ (ب) سخت المزمار غٹے میں۔ (ج) اسبرجیات میں۔ ممکن ہے کہ بالآخر ۱۰۰ کھجورہ ماؤف ہو جائے۔ آخری درجوں میں یہ متفرق ہو جاتا ہے، اس کے حاشیوں کے اس پاس روبرو دیکھیں یہ بہت نکلتی ہیں اور یہ بھی اپنی باری سے متفرق ہو جاتی ہیں۔ اکثر سلیج پیپ سے مادہ موسی خمائی پیپ (sanguineous muco-pus) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے اور کبھی کبھی آواز نہ نکل سکتا ہے۔ اذیمانی التهاب کھجورہ اور التهاب کھجورہ (perichondritis) بطور پیچیدگیوں کے واقع ہوتے ہیں۔ اس میں شبہ نہیں کہ بعض اوقات بلوم کے سرٹنی سلسلہ کے پھیلنے سے کھجورہ ماؤف ہو جاتا ہے (کھجورہ کا بس وٹھ)۔

علامات۔ ابتدائی ترین علامت یہ ہے کہ آواز ٹھوٹھائی (huskiness) ہو یا سہرائی ہوئی ہوتی ہے۔ کھجورہ میں سے امتحان کرنے پر ایک رسولی خط ہر ہوتی ہے۔ ابتدائی ترین درجوں میں جبل صوتی اکثر حرکت پذیر ہوتی ہے لیکن جب بالید پھیل جاتی ہے تو نسبت ہو جاتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ شدید درد اور پھر (dyspnea) ہو۔ جوں جوں تفرق بڑھتا جاتا ہے تنفس بدبودار ہوتا جاتا ہے اور ممکن ہے کہ نزلت واقع ہو جائے۔ مائوٹیکا مرض کا اخیر درجہ نہ ہو، غد و کا ماؤف ہونا بہت نساؤ ہے۔ تشخیص کا انحصار آخر الامر حیوی معائنہ (biopsy) پر ہوتا ہے۔ انداز۔ اگر اس حالت کی تشخیص ابتدائی ترین درجہ میں ہوگئی ہے تو انداز نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ ہلاکوں مریضوں کے ایک سلسلہ میں ۱۰ میں کھجورہ نشانی (laryngo-fissure) کے بعد رسوا ہکا لدی گئی تھی ایک سے تیر سال بعد تک ۸۰ فیصدی میں کس مرض نہیں ہوا، لیکن ان میں سے چوتھائی مریض دوسرے اسباب سے ہلاک ہو گئے۔ ۱۶ فیصدی میں مقامی کس (local recurrence) واقع ہوا۔ فوری عملی طاقت نہایت قصوری تھی (۱)۔

علاج یہ ہے کہ حنجری انشعاق (laryngo-fissure) کے بعد صولی کا امتیصال کر دیا جائے۔ یا یہ کہ درقی جناح میں سے ایک دریچہ نما جزوی امتیصال کیا جاتا ہے اور اس کی راہ سے بالید کے پیرونی رخ تک ریڈیم سوئیاں داخل کی جاتی ہیں۔

حنجرہ میں اجسام غریبہ

(foreign bodies in the larynx)

مختلف اوقات میں حنجرو کے اندر کثیر التعداد اجسام غریبہ (foreign bodies) داخل ہو گئے ہیں۔ ان میں سے مشہور پھلیوں کے بیج (beans)، ٹین، سیکے ہڈیوں کے ٹکڑے، کوڑیاں، سنگریزے، مصنوعی دانت، مخصوص غذا کے ٹکڑے اور بچوں کے کھلونوں کے ٹکڑے ہیں۔

علامات کی تقسیم تین درجوں میں کی جا سکتی ہے:— (۱) ابتدائی شخ (initial spasm) جو کہ کھانسی کے ایک شدید دور سے کی شکل میں ہوتا ہے جس سے بالعموم داخل شدہ شے نکل جاتی ہے۔ اگر یہ واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ تسد و فوراً ہلک ثابت ہو جائے۔ لیکن اگر ایسا نہ ہو تو اسکے بعد (۲) ایک زمانہ مسکون (quiescent period) واقع ہوتا ہے جو چند گھنٹوں سے نیکر بہت برسوں تک قائم رہ سکتا ہے۔ علامات اتنے خفیف ہو سکتے ہیں کہ مریش یا اس کے احباب کو ہمیشہ یہ معلوم نہیں ہوتا کہ ایک جسم غریب اندر داخل ہو گیا ہے۔ (۳) آواز کا التهاب، جو سرایت کے باعث ہوتا ہے، انسانی علامات، آواز کا بیٹھ جانا (hoarseness) اور کھانسی وغیرہ پیدا کر دیتا ہے۔

ہر درجہ میں جسم غریب کی وضع کا تغیر و فتنہ موت پیدا کر سکتا ہے۔ علاج۔ پہلے درجہ میں سر کو کپڑے سے باندھ کر پیچھے جھکا کر مایفید ہے تاکہ جسم غریب اپنی جگہ سے ہٹ کر نکل جائے۔ اگر علامات خطرناک نظر آئیں تو قصبہ شکافی (tracheotomy) کا عمل کر دینا چاہئے۔ دوسرے درجہ میں جسم غریب کا تعین و قیام کر کے اسے ایک دروں بین (endoscope) کی وساطت سے نکال دینا چاہئے۔ اگر جسم غریب لاشعاعوں (X-rays) کے لئے غیر شفاف ہے تو یہ بھی ایسے تقیقن اختیار کیجئے

منفید ہو سکتی ہیں۔

عضلات حنجره کا مثل

چونکہ بازگرد خجری (recurrent laryngeal nerve) میں سے خجری کا نام و زکام ہے۔ یہ ایک میگز و مخصوصہ، مگر کہنا ہے 'ہند ان عضلات کا شل' بسا اوقات اس سے بہت زیادہ تشنجی اہیت رکھتا ہے کہ یعنی ایک مقامی طور پر پیدا ہونے والی تکلیف ہوتی ہے۔ بلکہ یہ نہ صرف اعصاب خجری کے ضررات سے بلکہ ان کے مبداء سے اوپر عصب تانیہ کے ضررات سے اور یہاں فوات سے واقع ہیں وہاں شجاع مستطیل کے ضررات سے پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ خجری شلل (bulbar paralysis) کا جزو ہونا ہے یا ان سے اور علامات سے جو کہ شجاع مستطیل کو اور پچھلے بھی منفرہ کہہ اہم جانیہ کو متاثر کرتے ہیں پیدا ہوتا ہے اور کبھی کبھی ہزال پھری (tabes dorsalis) شجاع عصبی (general paralysis) شجاعی جو فیت (syringomyelia) اور منتشر قلعب (desseminated sclerosis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عصب تانیہ گردن میں کہد سولوں اور بڑے ہوئے غد سے دب جائے یا گولیوں کے زخموں یا چھروں (cuts) سے ہونہ دشتہ کا نتیجہ ہوں یا جراحی علیہ کے دوران میں لگے ہوئے ہوں متعذر ہو جائے۔ بازگرد خجری اعصاب و وقتات پر خطرے میں ہوتے ہیں جیسے سینہ اور گردن میں اور چونکہ ایسا عصب محراب اڈا کے ارد و دم کھاتا ہے اسلئے انکے متعذر ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ ٹیٹس ویاں عصب زیر تر توی شریان سے نیچے نہیں جاتا عزم من سلی ریوی (chronic phthisis) میں راس شش پر کی یعنی وازت کے اندر ان دونوں میں سے کوئی بھی ماؤٹ ہو سکتا ہے۔ لیکن یاں عصب محراب اڈا کی کے اور ساؤطلی سلوات (mediastinal tumours) ہوتے ہوئے شعی غد اور مطسراتی مینق (mitral stenosis) کی اصابت میں ایب متع یاں اڈا سے دب جانے کا خاص امکان رکھتا ہے۔ گردن میں دونوں اعصاب خجری کے طرف صعود کرتے ہوئے تعبہ الریہ اور مری کے درمیان واقع ہوتے ہیں چنانچہ ممکن ہے کہ آخر الذکر کے سر یا نی سلایہ میں دونوں ایک ساتھ ماؤٹ ہو جائیں یا بڑے ہوئے جسم ذرقی سے دسب جائیں۔ شلل کا وقوع

و قصبہ یا 'انفلوئنزا' التهاب رما والد ماغ (polio-encephalitis) اور دوسرے ساری امراض 'مزمن' اجملیت اور سیسہ اور سنگیہ کے زہر کے باعث بھی ہو سکتا ہے۔

ان تمام مثالوں میں شلل 'سب سے پہلے اجمالی صوتی کے مبغہ عضلات کو متاثر کرتا ہے اور بعد میں مقرب عضلات باؤٹ ہوتے ہیں۔ جب صرف مقرب عضلات کا فعل زائل ہو تو عارضہ وظيفی (functional) یا ہیسٹیریائی ہو تا ہے (ملاحظہ ہوں) (بعد صفحات)

صوتی اجمالی کام مکمل شکل جب جل صوتی کو حرکت دینے والے تمام عضلات متاثر ہو جاتے ہیں تو جل 'تقدیب اور تبخید کے درمیان ایک وضع جس کو جیفی وضع (cadaveric position) کہتے ہیں' اختیار کر لیتی ہے۔

ایسی صورت میں آواز کمزور ہوتی ہے اور اگر زور سے بولنے کی کوشش کی جائے تو آواز کا ارتقاع (pitch) بلند ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے یہ دھیمی ہو کر سرگوشی کی سی بن جائے۔ کھانا نامکین ہوتا ہے، نیند کے دوران میں پر شور صرہ پایا جاتا ہے، حقیقت یہ ہے کہ اجمالی اجمالی کے باہم چسپے جانے کی وجہ سے جو اختصاص کا خطرہ ہے وہ قصبہ رنگانی کی ضرورت لاحق کرتا ہے۔ یہ حالت مثالی طور پر ہزال ٹبری (tabes dorsalis) میں بھی جاتی ہے۔

عضلات مبغہ کا مشکل (paralysis of the abductors)۔
 اگرچہ کہ ناگزیر و خجری اعصاب میں جو خلقی درقی عضلہ (cricio-thyroid) کے سوائے
 تمام عضلات کو عصبی رسد پہنچاتے ہیں عضلات مقربہ (adductors)
 اور عضلات مبغہ (abductors) دونوں کے لئے ریشے موجود ہونے چاہئیں،
 مگر یہ حیرت انگیز واقعہ ہے کہ ان اعصاب کے خلقی ترقی پذیر ضررات (سلاطت یا
 اور اس سے بیکار ہونا) ابتداءً صرف عضلات مبغہ (abductors) (ملاحظہ ہوں)
 صوتی عضلات = crico-artanoidei posterior کا شلل پیدا کرتے ہیں۔

مترکبید میں ہوتا ہے کہ داخلی عضلات ناشرہ (internal tensors) (ان ساقی
 صوتی عضلات thyro-arytanoideic) متاثر ہوتے ہیں اور بے آخر میں خاص

عضلات مُقَرَّب (adductors) (حلقی مُسَبِّح جِانِبِی عضلہ) = crico-arytеноidei (laterales) ماؤف ہوتے ہیں۔ مُسَبِّح ریشے ایک علیحدہ بندل بناتے ہیں جو کٹے کے بازو جو حنجری عصب میں مقرب ریشوں سے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (Risien Russell)۔ لیکن سارے عصب کو ماؤف کرنے والے ضررات سے اُن کے زیادہ ماؤف جو ہاتے کے امکان کی وجہ جیسا کہ تجربہ سے بتلا دیا گیا ہے، بظاہر یہ ہے کہ وہ بیرونی اثرات کی مدافعت کی قوتیں نسبتہ کم رکھتے ہیں۔ عضلات مبتعدہ کا شغل شجاع متغیل کے ضررات سے بھی پیدا ہوتا ہے جہاں ریخیال کیا جاسکتا ہے کہ اس کا اخصلا بعض اوقات مبتعد ریشوں کے ذرائع کی تباہی کا نہ ماؤفیت پر ہے، اگرچہ ایسے حالات کے تحت تنہا عضلات مُقَرَّب کا شغل کسی نہیں پیدا ہوتا۔ عضلات مبتعدہ کے اس طریقہ سے پیدا ہونے والے لٹفل کے عام ترین متلازمات آتشک اور ہڑل (tabes) ہیں۔ یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ عضلات مبتعدہ کے کوئی فون اتواتہ (supra-nuclear) عضلات نہیں ہوتے۔ غالباً عضلات مبتعدہ کا شغل بعض اوقات ایک ایسے تغیر کا نتیجہ ہوتا ہے جو ادنی طور پر عضلہ کے اندر واقع ہوتا ہے۔

شرر کا یہ اثر ہوتا ہے کہ دوران تنفس میں حمل موتی چونکہ وہ کامل طور پر مقبض یافتہ (abducted) نہیں ہوتی لہذا جبینی وضع میں رہتی ہے، اور ابتداً جو اگے گزر کے لئے وافر فضا دیتی ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد مخالف العمل عضلہ یعنی عضلات مُقَرَّب (adductor) مقبض ہو جاتا ہے اور حمل موتی مُقَرَّب (adduction) کی وضع میں کھینچ آتی ہے۔ اس طرح عضلات مبتعدہ کے دو جانبی شغل میں اجمال الصوت مستقر نقطہ وسطی میں ایک دوسرے سے قریب آجاتے ہیں اور ان کا درمیانی فاصلہ ۱۔ انچ سے کم رہ جاتا ہے۔ تعویث کی کوشش کرنے پر وہ خوار و خیالی میں پورے طور پر مل جاتے ہیں۔ شہیق کرنے پر وہ جدا نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے سے قریب تر کھینچ آتے ہیں۔ زقیر کرنے پر وہ شاذ جی حرکت کرتے ہیں یا شہیق میں جو ان کی خفیت سے حرکت ہوتی تھی اس کے برعکس معنوں میں حرکت کرتے ہیں۔ اہم علامت بھور (dyspnoea) ہے جو مزمار کی مستقل شغل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ سمورے دوران شہیق میں صرصر (stridor) ہوتا ہے جو زور لگانے پر غراب۔ تر ہوتا ہے اور غرضی اکثر نہایت بلند ہوتا ہے۔ آواز صاف یا کسی قدر بھیجی ہوئی ہوتی ہے کھانسنے کا اثر پورے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔

جب صرف ایک جبل صوتی مشلول ہوتی ہے تو ہر طرف زور لگانے پر ہوتا ہے اور ضرر کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔ تقویت کرنے پر تندرست جبل صوتی مشلول قبل صوتی سے خط و سلی کیے اور عمل جاتی ہے اور آواز طبیعتی رہتی ہے۔

تفصیل - عضلات منقذہ کا شغل ان حالتوں سے غلط ملط ہو سکتا ہے۔ عضلات منقذہ (adductors) کا شیخ، تقریب کی وضع میں ہوجیات کی جسادہ (ankylosis) اور اجمال الصوت کا بڑا ہوا فعل میں وہ دوران شہیق میں بجائے باہر کے طرف کے اندر کے طرف حرکت کرتے ہیں۔ جب سبوجہ جاسی (ankylosed) ہوتا ہے تو جبل صوتی بالکل ثبت شدہ ہوتی ہے اور مفصل کے گرد و پیش عموماً کچھ دبازت ہوتی ہے۔

یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ وہ ضرر جو عضلات منقذہ کا ایک جانبی یا دو جانبی شغل پیدا کرتا ہے، دباؤ (افزاسا رسولی) سے یا ندہ (cicatrix) (آتشک) کی وجہ سے ساتھ ہی قصبت المریہ کی تنگی بھی پیدا کر سکتا ہے اور ایسی صورت میں آخر الذکر کی وجہ سے جو ضرر منہ (stridor) اور ہریدہ ہوتا ہے وہ عقلی سے اول الذکر کے ساتھ خوب کیا جاسکتا ہے۔ قبسی تنگی عموماً زفیری اور شہیقی ضرر سے پیدا کر دیتی ہے۔ تاہم مغزی تنگی کی ہونیکا میں ایک قبسی تند کو یقینی طور پر شناخت کر لینا کسی طرح آسان نہیں (زیر ملاحظہ ہو صفحہ 129)۔ اسکے بعد شغل کے بیدہ تبیب کو دوسرے علامات (مثلاً نزال نخاع اور مرکزی جسمی انڈر) کی طرف اشارہ کرنے والے یا صدیقی انورسا یا گردن اور سینہ کی رسولیوں کی طرف اشارہ کرنے والے علامات پر غور کر کے تفصیل کرنا پڑتا ہے۔ بائیں جبل صوتی کے شغل کا ایک نہایت کثیر الوقوع سبب انورسا ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان واذمن اور رائجی شاعوں کا استعمال کرنا پڑے۔

انذار عموماً ناظر ناک ہوتا ہے۔ یہ استثناء اس صورت کے کہ جہاں آتشک سبب مرض ہو شفا یابی کی بہت کم امید ہے۔ جب دونوں طرف تبعیدی ظل موجود ہو تو دم گھٹ کر موت کے واقع ہو جائے گا خطرہ جیسے موجود رہتا ہے۔ اگر عضلات منقذہ (adductors) بعد میں مشلول ہو جائیں تو تنفس کے تند ویم کی واقع ہو جاتی ہے، فیکس کے موت (aphonia) پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے اولی ضرر مثلاً اسرطسان مری (oesophageal cancer) یا دوسرے انورسا سے موت واقع ہو سکتی ہے پرانی غریل الدت

اصابتوں میں پچھلے حلقی سبوجی عضلات بالکل مذبول ہو جاتے ہیں۔
 علاج۔ اگر دوسرے شغل کا سبب مرکزی ہے، یا اگر تشنگ اس کا سبب ہے،
 تو مستعدی کے ساتھ دافع تشنگ علاج کا انتظام کرنا چاہئے، لیکن اگر چند مفتوں میں کوئی
 اصلاح نہ ہو، اور اگر بہر مستقل ہو، یا شانہ طے واقع ہوتے ہوں تو قصبہ شگانی کا عملیہ
 کر دینا چاہئے اور نلی ہمیشہ لگائے رکھنا چاہئے۔
 ایک جانبی شغل میں انقباض (asphyxia) کا خطرہ نسبت کم ہوتا ہے، اور علاج
 میں بالخصوص از الہ سبب کا خیال رکھنا چاہئے۔

210

عضلات مقتربہ کا مشکل (paralysis of the adductors)۔ یہ
 ایک فعلی اختلال ہے، اور تنہا سخت کے ضررات سے اس کا وقوع شاذ ہوتا ہے۔
 عضلات مقتربہ یہ ہیں:۔ جانبی مقتربات یعنی حلقی سبوجی جانبی عضلات
 (erico-arytеноidei laterales) اور مرکزی مقترب یعنی عضلات سبوجیہ
 حقیقی (arytеноideus proprius)۔ عضلات ذوقی سبوجی (thyro-
 arytеноidei) کے اندر ذوقی ریشے یعنی داخلی عضلات (internal tensors)
 بھی اجمال الصوت کے اعلیٰ حصوں کے مقترب کے طور پر عمل کرتے ہیں۔ عضلات مقتربہ کی
 عام ترین قسم میں یہ سب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ جنہ جن سے امکان کرنے پر مزار چور اٹھلا
 ہوا دکھائی دیتا ہے۔ نولنے کی کوشش کرنے پر اجمال الصوت بشل حرکت کرتے ہیں، بلکہ
 جنہ کے جوانب میں ساکن رہتے ہیں۔ چونکہ اجمال ایک دوسرے سے قریب نہیں لائے
 جاسکتے لہذا امراض صرف سرکوشی میں یا ت کر سکتا ہے اور کوئی حشری آواز نہیں پیدا ہوتی،
 اگرچہ ممکن ہے کہ بعض اوقات زور لگانے سے اجمال ایک کچھ کے لئے متناس ہو سکیں
 کھانسنے جس میں غیر راوی عکس فعل کے ذریعہ اجمال الصوت ایک دوسرے سے قریب
 لائے جاتے ہیں، عموماً کامل طور پر ہوتا ہے۔ اور مزار کی کھلی ہوئی حالت کی وجہ سے بہر
 (dyspnea) ضمیر ہوتا ہے۔ یہ فعلی یا ہسٹیریائی ہے صوتی (functional or
 hysterical aphonia) کہلاتی ہے، لیکن یہ اکثر حشرہ کی خفیف سی نازلت سے
 شروع ہو جاتی ہے، مثلاً سل دیوی کے ابتدائی ترین درجہ میں، یا خراش حلق سے، یا دوسری
 مقامی تکلیف سے، خواہ یہ واضح طور پر ہسٹیریائی اشخاص میں ہوں یا عدم دعوت یا عام کمزوری

دوسرے غریبوں میں مدنی مزاولت میں یہ جذباتی صدمہ (emotional shock) کی وجہ سے نوجوان عورتوں اور لڑکوں میں واقع ہوتی ہے اور فرد خوف کی وجہ سے ساکت ہو جاتا ہے۔ میدان جنگ کے معذور الخدمت قرار دئے ہوئے سپاہیوں میں بے صوتی کی کثیر التعداد اصابتوں میں سے بیشتر کی توجیہ بھی یہی ہونی چاہئے، بالخصوص جبکہ وہ توپوں کی گولہ باری کی زد میں رہ چکے ہوں، یا دھماکوں کے بعد مدھن ہو گئے ہوں، یا کسی اور طرح سے رابرست زخمی ہو چکے ہوں۔ بعض اصابتیں ایسی ہیں کہ جن میں سچے اسٹس انہیہ تقصیبہ شگافی (tracheotomy tube) کو نکال دینے کے بعد جب وہ چند ہفتوں تک پہن چکا ہو، بولنے سے قاصر رہتا ہے، یہ بھی عضلات متقر بہ کے فعلی استرخا (functional adductor paresis) کے باعث ہوتی ہیں۔

بعض اوقات عضلات متقر بہ کا شل کم و سبب ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تنہا داخلی عضلات نامشرہ (internal tensors) ہی ماؤنس ہوں، چنانچہ نصوت کی کوشش پر اجبال الصوت کا تماس پیدا نہیں ہوتا اور ہر میل صوتی اپنے اگلے نصف میں خبط وسطی کی سمت ایک متقر حاشیہ پیش کرتی ہے۔ اور بعض اوقات مرکزی متقر تب عضلہ (central adductor) مشلول ہو جاتا ہے، اور اس صورت میں اجبال الصوت کے اگلے حصے تماس ہوتے ہیں اور پیچھے سبجی گریوں کے درمیان ایک مثلثی فضا کھلی رہ جاتی ہے۔ یہ آخری دو قسمیں نازلی التهاب خجروہ (catarrhal laryngitis) کے دوران میں غیر عام نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دونوں ایک ساتھ واقع ہوں اور اس طرح آگے اور پیچھے نقصانات پیدا کر دیں، اس حالت میں کہ صوتی زائدات (processus vocales) تماس رہیں۔ ان اصابتوں میں آواز کا ماتیہ متاثر ہوتا ہے، اتنا مکمل نہیں ہوتا جتنا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

ان حالتوں کی تشخیص خجروہ میں (laryngoscope) سے یہ آسانی ہو جاتی ہے۔ بلکہ اس کے بغیر بھی، مریض کی بے آوازی اور بہر گھاسی اور نفث (expectoration) کی غیر موجودگی اور بالادراہد کھانسنے کی قوت کافی طور پر میتر ہیں۔ لیکن اگر نازلت کی کوئی مرضی شہادت موجود ہو تو اس کے بنیادی نذاتی ضرر کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے۔

انذار امید افزا ہوتا ہے اور بہت برسوں کے مریضوں کا بالآخر شفا یاب

ہونا ممکن ہے۔

علاج۔ فعلی بے موقی کو ہشیر یا کی ایک علامت سمجھا جاتا ہے اور اسی کی طرح اس کا علاج کرنا چاہئے۔ بیشتر اصابتوں میں وہ ایذا (suggestion) اور باز تربیت (re-education) کے ذریعہ دور کی جاسکتی ہے۔ بعض مثالوں میں پہلے حقیقت سمجھ دینا چاہئے کہ یہ کمزوری کسی عضوی مرض کے باعث نہیں بلکہ کم و بیش ایک فراموش شدہ عادت کی قسم سے ہے۔ پھر بعض کو کھانسنے اور پس شور کو "a-a-h" کی شکل میں لبا کرنے پر مائل کرنا چاہئے۔ پس سے "اے حرف" "A" پر لیا جاتا ہے اور اسی طرح 'مزب' علت سے شروع کر کے سارے حروف ابجدی ختم کرا دئے جاتے ہیں۔ اب مریض کی دلچسپی ہوتی ہے اور اس پر یہ روشن ہوتا ہے کہ وہ لفظوں اور جملوں کے بنانے میں ٹھیک طور پر تقویت کر سکتا ہے۔ اگر تدریس کا کوئی مشابہ ہو تو یہ طریقہ نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں میں باہر کے طرف خنجر کے قرب وجوار میں یا حتیٰ کی پشت پر نیراوی رو کا لگانا ایک اگلی ایذائی علاج (crude suggestive treatment) کے طریقہ کے طور پر مفید ہو سکتا ہے۔ اگر ایسے طریقوں سے علامت پر اثر نہ پڑے یا وہ عود کر آئے یا اگر وہ ہشیر یا کی دوسری شہادتوں کے ساتھ متلازم ہو تو مزید علاج ان امور پر اختیار کرنا چاہئے جن کی سفارش اس عنوان کے تحت کی گئی ہے (ملاحظہ ہو نمبر 791)۔

211

تشنج مزمار

(spasm of the glottis)

اس مرض میں منملات متقرّبہ (adductors) تشنجی طور پر منقبض ہو کر مزمار کی کاٹھن مسدودی واقع ہوجاتی ہے جو ہوا کے داخلہ کو روکتی اور اختناق (asphyxia) بلکہ موت پیدا کرتی ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے لیکن شیرخواروں میں اس کی سندرجہ ذیل صورت باتخصوس کثیر الوقوع ہے۔

حساسی تشنج خنجر (laryngismus stridulous) (تشنجی کراہٹ)
 spasmodic croup: یحییٰ الطفل (childerowing) یہ تین ماد اور دوا کی عیوب کے درمیان واقع ہوتا ہے اور لڑکیوں کے نسبت لڑکوں میں زیادہ عام ہے۔ اس میں

ماتص منجی علامات مہر ہوتے ہیں اور یہ غریب اور ان بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے جنہیں اور پر کی غذا دی گئی ہو یا جنہیں بیمار اور نیم فائدہ زودہ ماؤں نے دودھ پلایا ہو۔ اساتوں کی غالب تعداد (۵۰ فیصدی) میں کسامت (rickets) کے آثار موجود ہوتے ہیں اور یہ مرض اکثر ان بچوں میں لائق ہوتا ہے جو کمز (tetany) کے علامات رکھتے ہیں۔ ضروری تشخیص منجہ کالی گھانسی کے بعد بھی واقع ہو جانے کا امکان رکھتا ہے۔ اسکے حملے شبانہ روز ہوتے ہیں لیکن متعدد اسباب شج کی تحریک پیدا کر سکتے ہیں مثلاً رونا، چھاتی چوسنا، تیز حرکات، منجہ سے نیچے دودھ کا داخل ہو جانا، معدہ میں ناقابل ہضم غذا کی موجودگی، تشن (dentition) کی خراش، اور سخت غصہ میں آنا۔ لیکن اکثر لاکسی ایسے نمایاں پیشرو کے حملے واقع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ خاصی اچھی صحت کی حالت میں ہو اور اسی وقت دیکھنے میں آئے کہ وہ کبھی کبھی ایک خفیف نیا نیا آواز (crowing sound) نکالتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا دقتوں کے ساتھ مکرر ہو اور کوئی اندیشہ نہ پیدا کرے لیکن بتدریج ایسا زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ تنفس میں مداخلت جو ابتدائاً صرف نعیم سے ظاہر ہوتی تھی کچھ عرصہ کے بعد زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ سانس موقوف ہو جاتی ہے، سینہ مثبت اور چہرہ شاحب اور کبود ہو جاتا ہے، سر پیچھے کو گر جاتا ہے اور وہی غنفلات میں قدرے جھٹکے واقع ہوتے ہیں۔ منجہ سے عرصہ میں شج ڈھیللا پڑ جاتا ہے اور ہوا ایک بلند نعیم ناشور کے ساتھ مزار کی راہ سے اندر داخل ہوتی ہے جو اب بھی نا کمل طور پر ہی کھلا ہوا ہوتا ہے۔ بچہ اور چند ہی منٹ کے بعد اپنے کھلونوں میں پھر مشغول ہو جاتا ہے۔ شدید ترین اساتوں میں مزار کے شج کے ساتھ ٹکڑ (tetany) کے ماسخی قداری انقباضات (carpopedal contractions) بھی ہوتے ہیں۔ انگلیاں خمیدہ ہو کر مٹھیلیوں میں آ جاتی ہیں، انگوٹھا انگلیوں کے اندر ہو جاتا ہے اور ناخن کلائی پر خمیدہ ہو جاتا ہے۔ ناکیں نیسل جاتی ہیں یاؤں ناگوں پر خمیدہ ہو جاتے ہیں، ٹو سے اندر کے طرف مڑ جاتے ہیں، اور پاؤں کا انگوٹھا دوسری انگلیوں سے دور مٹ جاتا ہے۔ ان پر عمومی تشنات (general convulsions) مشہور ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی دور سے کے دوران میں، تنفس بالکل موقوف ہو جاتا ہے۔ وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ نعیم دراصل اس امر کی علامت ہے کہ

شیخ و بیلا پر رہا ہے لہذا یہ دیکھا جائے گا کہ جہاں اعضاء میں موت نہایت خوشی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تفصیل۔ علامات نہایت تمیز ہوتے ہیں اور کسی دوسرے مرض کے علامات سے برآسانی غلط فہم نہیں ہوتے۔ ہنار کی غیر موجودگی، مقلد کی قلیل، المذنی دوروں کے درپہاں حالت کا بالکل تندہست ہونا یہ سب اسے التهاب خجروہ سے تمیز کرتے ہیں۔ جسم غریب کی موجودگی اس سے مشابہت پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 207)۔
اُذار۔ بیشتر مرتبہ کلی طور پر شفا یاب ہو جاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی موتوں کا اندراج ہوا ہے۔

علاج۔ اس پر مرینس کی عام صحت اور عیالوں کے وقوع کے لحاظ سے غور کرنا پڑتا ہے۔ بچہ کو فی الفور حقیقی الوسج بہترین ایسی حالت کے تحت رکھنا چاہئے۔ یعنی تازہ ہوا، خوب ترویج و لکڑے اور جہاں اس کی غذا کافی یا کموزوں ہو اس میں اعلیٰ کی جائیں (ملاحظہ ہو کسانتہ) اور آنتوں کی طرف توجہ کی جائے۔ دوا کاڈمچیل کا تیل (cod liver oil) یا کاڈمچیل کا تیل مع خلاصہ مالٹ (malt extract) کے نہایت مفید ہے اور یونانیسم پروٹائیڈ کی عمر کے لحاظ سے ۲ تا ۴ گرین کی خوراکیں ہیں دن میں تین بار اور کلورل (chloral) کی تھوڑی مقداریں دیا جاسکتی ہیں۔ اگر حملہ خفیف ہو تو بچہ کو سر سے پاؤں تک روزانہ دو یا تین بار یہ لچاؤ موسم، ٹھنڈے یا نیم گرم پانی سے اسفنج کر دینے سے وہ جلد زک جاتے ہیں۔ زیادہ شدید دوروں میں سر کو اٹھا ہوا رکھنا چاہئے، سر پانی سے جگہوں سے ہونے والی تالیہ سے اسکی جسم کی سطح اور چہرے کو تھپکنا چاہئے اور نکتوں کے قریب ایوننا یا ایسی ہلک تر شہ قیام رکھنا چاہئے یا اسکی بدن کو گرم پانی میں ڈبو کر سر اور چہرے پر ٹھنڈا پانی ڈالنا چاہئے۔ انگلی ڈانکر اسکے برعزما (epiglottitis) کو آگے کے طرف گھنچ لینا چاہئے۔

شیخ من مار بالغوں میں۔ یہ زیادہ اکثر التهاب خجروہ، اذیمائی خجروہ، شعلی حالتوں، یا اجسام غریب کی موجودگی کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، نیز جیمع (epilepsy) واء الرقص (chorea) کزاز (tetanus) آب ترسی (hydrophobia) اور ہزال ٹھری (tabes dorsalis) میں ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر مرض میں یہ جیسری حرجہ

(laryngeal crisis) کی شدید تر شکل ہوتا ہے (مداخلہ ہوصفر 679)۔ اور یہ ایک تندرست جنموں میں ہو سکتا ہے یا ایسے جنموں میں ہو سکتا ہے جو کھٹل سے پہلے ہی ماؤن ہو اور ایسی صورت میں کھٹل بالعموم مقبوضہ ہوتا ہے۔ جنموں کے اندر ریتی یا غصہ یا شہوت کے چھوٹے ذرات کا داخلہ نہایت خطرناک شے پیدا کر سکتا ہے اور اکثر جنموں کی منجلی جھلی پر دو آمیز مخلوقات کے لگانے سے بھی کسی قدر تشنج پیدا ہو جاتا ہے۔ تشنج بڑا بڑا اکثر ہسپیریا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی سے قہراً ہوا ایک فعلی تشنج یا صوتی تشنج = phonic spasm یا صوتی صعوبت = mogiphonia) ہے جو بعض عصبانی اشخاص میں رونے کی مشقت سے شروع ہو جاتا ہے اور رونے کی کوشش پھوڑ دینے پر ڈھیلایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صرف ان لوگوں تک محدود ہو جو آواز کو عام مجھوں میں استعمال کرتے ہیں جیسے کہ گانے والے اور پڑھانے والے۔

علاج۔ پہلی جماعت کی اصابتوں میں کلوروفارم (chloroform) یا ہسل نامیٹرائٹ (amyl nitrite) دھیر کو ناسی (vapour conine) یا جلتے ہوئے سٹرامونیم (stramonium) کا استنشاق کرنا چاہئے، بشرطیکہ یہ وقت پر میسر آجائے ورنہ ممکن ہے کہ قبضہ شگافی کی ضرورت لاحق ہو۔ منوالی گلوں کے نیچے جادو (bromides) دئے جاسکتے ہیں۔

ہسپیریائی اصابتوں کے لئے ہسپیریا کا عام علاج ضروری ہوتا ہے۔ اور دوسری فعلی حالتوں کا علاج بھی مریض کی عام حالت کے لحاظ سے نیز تنفسی ورزشوں (breathing exercises) اور تعویذی ورزشوں (exercises in voice production) سے کرنا چاہئے۔

پیدائشی جنجری صرصرہ

(congenital laryngeal stridor)

کبھی کبھی شیرخواروں میں ایک جنجری اخلال لاحق ہو جاتا ہے جس میں سانس کے ساتھ ایک مضبوط و عجیب غموض کی آواز (creaking sound) سنائی دیتی ہے۔ عموماً یہ پہلے پیدائش کے بعد جلد ہی سنائی دیتی ہے اور طویل عرصوں تک، شاید

سارے دن اور رات بھر جاری رہتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ایک وقت میں چند گھنٹوں کے لئے غیر موجود ہو۔ یہ غرغوغا شہیق کے ساتھ واقع ہوتی ہے، اور یا تو ایک کرنٹ (rough) آواز ہوتی ہے، یا زیادہ صاف اور موسیقی۔ زفير (expiration) نفاذی کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھانسی اور سچہ کارونا مریطبی قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بین الاصلع فضا میں قدرے اندر کی پسی ہوئی ہوں، لیکن کوئی کیوری (lividity) شاذ ہی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ شور دوران خواب میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ جب سچہ ہشاش بشاش یا مچلا ہوا ہوتا ہے تو یہ عموماً زیادہ خراب ہوتی ہے۔ جوں جوں سچہ میں بڑھتا جاتا ہے یہ کم ہوتی جاتی ہے۔ لیکن سر فریڈرک ٹیلر (Sir Frederic Taylor) نے اسے اڑھائی سال کی عمر میں بدستور موجود پایا۔ دیگر مورد کے لحاظ سے سچہ بالکل تندرست نظر آتا ہے۔

دوران بیماری اور موت کے بعد دونوں وقت مریض روغن نہایت تنگ نظر آتا ہے، برمز مار (epiglottitis) اپنے اور دیہر پایا ہوا، اور سبھی برمز ماری و وہر اور تقریباً متناس ہوتا ہے۔ لیکن یہ شیرخوار سچہ کے خنجر کی طبیعت کی حالت کی محض ایک مثال ہے، اور ڈاکٹر سن (Dr. Patterson) نے پانچ مریضوں میں بلا واسطہ مشاہدہ سے بتلایا کہ مریض کے اور تھیک کی بالائی کوری کی دھلی مٹائی ہوئی ہے، ہر شہیق کے دوران میں خنجر میں کھینچ آئے اور اس شخص میں سر قمش ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

جوں جوں یہ حصے غریب ہوتے ہیں اس تشوہ (deformity) سے پیدا ہو جانے والا تشوہ کم ہوتا جاتا ہے۔ کوئی راست علاج اس نہیں آتا۔ اگر اعتنائی سے زندگی منظر سے میں ہو (جو ایک شاذ واقعہ ہوتا ہے) تو قصبہ شگافی کی ضرورت متبیش اسکتی ہے۔

خنجرہ کی عدم حیثیت

(anesthesia of the larynx)

یہ دو قسم کا، بصل قتل (bulbar paralysis)، بزال ظہری (tabes dorsalis) اور قتل عمومی (general paralysis) میں اور صعب تانیہ یا فوقانی خنجرہ صعب کے تصور سے واقع ہوجاتی ہے۔ اسکی شناخت خنجرہ غشاء منافی کی عدم ماسبت

(insensibility) سے کی جاتی ہے اس وقت جبکہ حنجروہ میں کی مدد سے ایک سلائی ڈال کر اسے چھو جا جائے۔ اکثر اسکے ساتھ عسر البلع (dysphagia) اس وجہ سے ہوتا ہے کہ غذا کے ریزے حنجروہ کے اندر داخل ہو جاتے ہیں جو میکینزئی (Mackenzie) کی رائے میں ان عضلات کے شل کا نتیجہ ہے جنہیں فوقانی حنجری عصب سے رسد پہنچتی ہے یعنی وہ عضلات جو دوران ابتلاخ میں برعزما (epiglottis) کو نیچے لاکر مزمار (glottis) کے بالائی روزن کو بند کر دیتے ہیں۔ اس عدم حیثیت کو جو دفعہ یا کئی وجہ سے ہر عموماً مشفا ہو جاتی ہے۔ انداز عموماً ترقی پذیر لیسل شلل (progressive bulbar paralysis) اور اس سے مناسل حالتوں میں خراب ہوتا ہے، کیونکہ اس کا امکان ہوتا ہے کہ غذا بھیمچھڑوں کے اندر چلی جائے اور اس طرح ذات الریہ پیدا کر دے۔

213 طلاج گیلوانی اور فراڈی لاسقات کے ذریعہ سے ہونا چاہئے۔ داخلی طور پر اسٹرکینیا (strychnia) دیا جاسکتا ہے اور ممکن ہے کہ عسر البلع کی وجہ سے مریوی انبوبہ (oesophageal tube) یعنی انبوبہ مری سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

کان

کان کے ضروری اجزاء تین ہیں۔

- (۱) آلہ اتصال جس کے ذریعہ آوازیں۔
- (۲) آلہ اورک میٹری طریک پہنچائی جاتی ہیں جو کہ اندرونی کان کی کثیف ہڈی میں واقع ہے۔ یہاں سے صدا ت۔

(۳) عصب سمعی (ملزونی شاخ) کے ذریعہ دماغ میں چلے جاتے ہیں۔

ایسانی آلہ میں میوان (pinna) بیرونی سمعی مشغذ اور طبائی فضا جو کہ درمیانی اذن کی بیرونی دیوار ہے شامل ہیں اور درمیانی اذن میں استخوانیے یعنی مطبقہ (malleus) شدان (incus) اور رکاب (stapes) واقع ہیں۔ آخر الذکر ایک پانی بند جوڑ کے ذریعہ بیرونی کھڑکی (oval window) کے اندر شعا ہوتا ہے جو کہ اندرونی اذن کے داخلی تحتات میں سے ایک ہے۔ دوسرا قعر ایک گولی کھڑکی ہے جو کہ ایک غشا کے ذریعہ

بند ہے۔ اندرونی اذن سیال سے بھرا ہوتا ہے۔ درمیانی اذن میں یوسٹیکھائی انبوبہ (Eustachian tube) کھلتی ہے جو کہ اپنی طوبوم سے آتی ہے۔ وقت ابتلاغ یہ انبوبہ ایک لمحہ کے لئے کھل جاتی ہے تاکہ درمیانی اذن میں کاد باؤ باہر کے دباؤ کے برابر رہے اور اس طرح حرکت پذیر بن جائے۔ اپنی طوبی وضع قائم رکھتی ہے۔ جمعیہ صدا ت بطور صوتی امواج بیرونی سمعی منفذ میں داخل ہو کر بلبل بخار پر آ پڑتے ہیں۔ غشا کے ارتعاشات اپنی باری بیڑی طوبہ سندان اور رکاب کے ذریعہ منتقل ہو کر بیضوی کھڑکی پر آ پڑتے ہیں۔ ایک متبادل موج بلبل کی ہوا کے ذریعہ گول کھڑکی پر پہنچ سکتی ہے۔ اڑنا بعد یہ امواج اندرونی اذن کے سیال کے ذریعہ 'ملزونیہ' (cochlea) کے اندر کارنی (Corti) کے ایک نہایت ہی مختص (specialised) عضو تک منتقل ہو جاتی ہیں۔ یہاں سے صدا ت مرغولی عقدہ کی راہ سے حلزونی عصب تک اور اس طرح دماغ میں پہلے جاتے ہیں۔ اس میکانیہ میں ذرا سی مدت صمم پر منتج ہوتی ہے۔

صمم - ہر سے پن کی تین قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔
(۱) ایضائی صمم - اس میں بیضوی اور گول کھڑکی کے مقام تک تمام اسباب شامل ہیں۔ اور اس کی مثالیں یہ ہیں: وکس (wax) یا اجسام غریبہ جو منفذ میں جھکن چوں۔ درمیانی اذن نازلت کی تمام اقسام۔ درمیانی اذن کے حاد اور مزمن التهابات۔

(ج) اور الی صمم - وہ اسباب جو کہ حلزونیہ مرغولی عقدہ اور سمعی عصب کو مآؤف کرتے ہیں۔ اسکو اندرونی اذن صمم بھی کہتے ہیں۔ ممکن ہے شیخی سبب 'آنشک' قزمزینپ اور تپ مروتہ کا نتیجہ ہو۔ یا بعض پیشوں کا نتیجہ ہو مثلاً جرشادہ گردوں یا اعمال المنعاص (caisson workers) میں یا رپوٹوروں (revolvers) رائفلوں (rifles) یا بندوٹوں کے فائر کی آواز سے رہنے کا نتیجہ ہو۔ یا بعض وراثی خاص کو رین (quinine) اور سیلیٹر (salicylates) لیے کا یا زیادہ تباہ کو بیٹھے کا نتیجہ ہو۔

(ج) عصبی صمم - خود سمعی عصب کے اور نیز اسکے مرکزی تعلقات کے ضررات۔ یہ ہمیشہ مکمل ہوا ہوتا ہے۔ یہ کہی (۱) ایک جاجی ہوتا ہے اور نکاف (mumps) یا جوا انتہاب تیر (labyrinthitis) کا یا سلعات میں سمعی عصب کے مآؤف ہو جانے کا

نتیجہ ہوتا ہے۔ یا (۲) وجہی ہوتا ہے اور شغلی و دماغی التهاب سیمہ کا یا خلقی آتشک (اس صورت میں کس کے چہرہ ہمیشہ رخی التهاب قرینہ اور دو جانبی سمعی عصبی سلمات موجود ہوتے ہیں) کا نتیجہ ہوتا ہے۔

طینن (tinnitus) و وار (vertigo) اور مینیئر (Meniere) کے مرض کیلئے صلاحیت ہو "نظام سمعی کے امراض"۔

کان کا دسراں - کان میں یا کان کے گرد و پیش درد ہونا تقریباً ۹۵ فی صدی مثالوں میں مقامی التهاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۵ فی صدی مثالوں میں کوئی مقامی سبب دریافت نہیں ہوتا اور درد و عید السبب (referred) ہوتا ہے۔ ان مثالوں کو وجع الاذن (otalgia) کہتے ہیں۔

عیوان الاذن بیرونی منفذ اور طیلی غشاء کا امتحان کرنے سے کوئی مقامی سبب دریافت ہو جاتا ہے جو کہ عام طور پر التهابی ہوتا ہے مثلاً سرخ باوہ منفذ میں دہلات یا ایک سرخ اور ابھری ہوئی طیلی غشاء اور ایسی صورت میں مناسب علاج کرنے سے درد کو تسکین ہو جاتی ہے۔ گاہے منفذ میں تقرحات یا درمیانی اذن کا سلطان پائے جاتے ہیں جب کوئی مقامی سبب دریافت نہ ہو تو وجع الاذن کا سبب دریافت کرنے کیلئے تفتیش کا دائرہ بہت وسیع کرنا پڑتا ہے۔

درد دوسرے حصص سے کہ جن کی رسد اپنی اعصاب سے آتی ہے کہ جن سے کان کی آتی ہے متحمل ہو سکتا ہے (۱) شغلی (trigeminal) یہ کن ہے حقیقی وجع السبب ہو۔ وجع الاذن بسا اوقات بوسیدہ زیرین و آنتوں اور غیر منفذ (unerupted) عقل کی دواڑھوں سے جو کہ تقریباً ہمیشہ زیرین جڑے میں پائی جاتی ہیں زبان کے مرض بالید اور تقرحات سے۔ فذہ تکفیف کے التهابات اور صدغی چانوی مفصل کے التهاب سے متحمل ہوتا ہے۔ (۲) لسانی لیوی - ممکن ہے یہ حقیقی وجع العصب ہو۔ لیکن در ویشکیا انویہ اور انی لیوم (سرطان) یا لوزہ، برزمار، زبان کی پشت، سبجی برزمار، خنیہ اور پشت پاتی ناعقر کے التهابی اور تقرخی ضررات سے بھی متحمل ہو سکتا ہے۔ (۳) شوکی عقی دوسرا اور تیسرا عصب پھیل جڑوں کا التهاب اور اسکے ساتھ جلد الراس اور سران (herpes) شدید وجع الاذن کا باعث ہوتا ہے، اسی طرح عقی ضقیہ کو متاثر کرنے والے

اضرار پہنچتی۔ اس (سم) عصب الشامیہ (vagus) کی اذنی شاخ، جو کہ بلاشبہ وجہی عصب کے برکبی عقدہ (geniculate ganglion) کے ساتھ قریبی تعلق رکھتی ہے۔ جب اس عقدہ کا التهاب واقع ہوتا ہے تو اس رقبہ پر جو کہ اذنی شاخ سے رسد لیتا ہے تسلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے اس کے ساتھ وجہی شغل اندر بہر اپن اور ڈوار موجود ہو۔

تحت الحاد التهاب الاذن الوسطی

(sub-acute otitis media)

اس سے درمیانی اذن کی خفیف سرایت مراد ہے کہ جس کے ساتھ پوسٹیکلیائی انبوبہ کی نازلت موجود ہو۔ آخر الذکر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے کہ جس سے ہوا جذب ہو جاتی ہے اور ممکن ہے مصلیٰ انتشار موجود ہو اور طبعی غشا اندر کو گھسی ہوئی ہوتی ہے۔

علامات۔ کان میں بے آرامی یا خفیف سادہ ہوتا ہے اور بہر اپن پایا جاتا ہے جو ممکن ہے بچوں میں نظر انداز ہو جائے۔ مریض کو سر کے دو شاخہ (tuning-fork) کی درمیانی سرتیاں سنائی دیتی ہیں، لیکن بہت ترین اور بلند ترین سرتیوں کا ادراک جاتا رہتا ہے۔ علامت یہ ہے کہ انفی جوفوں اور انفی لیموم میں اگر عفونی ماسکات موجود ہوں تو ان کو دور کیا جاتا ہے اور پوسٹیکلیائی تسد کا ازالہ کیا جاتا ہے اور بعض اوقات سیال کو نکالا جاتا ہے۔

حادیہ التهاب الاذن وسطی

بحث اسباب۔ درمیانی اذن کی یہ سرایت تقریباً ہمیشہ ایک جثہ سبب (streptococcus) کی وجہ سے ہوتی ہے اور بسا اوقات ذکام التهاب لوزتین، تب قریزی، کھسرا، انفارمتر کے بعد نمودار ہوتی ہے یا عفونت الدم (septicemia) کا جزو ہوتی ہے۔ ممکن ہے سارے کاسہ اور میانی اذن ماؤٹ ہو۔ پیش و موت نمودار ہوتی ہے اور اس کے بعد طبل کے اندر خون آلود مصل کا انتشار ہوتا ہے جو کہ ۸۴ گھنٹہ میں تسلی ہو جاتا ہے۔

علامات۔ کان کا درد بالعموم پہلی علامت ہوتی ہے، لیکن بچوں میں یہ اس قدر

خفیف ہوتا ہے کہ ممکن ہے نظر انداز ہو جائے اور بالغوں میں ممکن ہے شدید و دیر دہر ہو۔ بہر حال اور طین (tinnitus) اکثر موجود ہوتا ہے۔ کسنندی جو کہ ہر بیمار کے ساتھ پانی پانی ہے موجود ہوتی ہے۔ دوار شاذ ہے۔ شیر خوار بچے بعض اوقات سر کو ادھر ادھر پھیراتے ہیں اور ممکن ہے ان میں سمائیت (meningismus) نہریاب ہو جائے۔ کان کا استھان کیا جاتا تو پہلے پہل مطرہ کے دستے (handle) کے پیچھے ایک خط میں سرخی نظر آتی ہے۔ پھر تنہی عروق اس نقطہ سے غشاء کے محیط کی طرف جاتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں بعد ازاں سرخی منتشر ہو جاتی ہے لیکن غشاء کا پچھلا نصف اگلے نصف کی نسبت ہمیشہ پہلے اور اس سے زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ التہابی ارتشاح سے غشاء ابھر آتی ہے اور ممکن ہے پچھلے نصف کا انشقاب واقع ہو جائے۔

یہ صحیح سید گیاں۔ بعض اوقات میں غشاء کا انشقاب ہو کر اور گاہے اسکے بغیر صحت یابی ہو جاتی ہے۔ نامکمل صحت یابی سے مندرجہ ذیل حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (۱) مسم جو کہ بعد میں یوسٹیکیاہی انوبہ کی راہ سے درمیانی اذن کی تیغ کر کے کم کیا جاسکتا ہے۔ (ب) مسلسل اخراج مواد۔ بعض اوقات اسکی وجہ کوئی ارکہ (granulation) (سعدانہ polypus) ہوتا ہے جو کہ انشقاب کے اندر روز گئے ہوئے ہو جائے اور اس طرح سلیت کو روکتا ہے۔ اگر مواد کا اخراج جاری رہے تو غالباً علیہ سرایت زدہ ہو جائیگا، لیکن قبل اسکے کہ طبیعی علیہ انجام دیا جائے، ناک اور انہی موم میں سرایت ماسکات خارج از بحث کر لینے چاہئیں۔ غدودہ (adenoids) کا اتیصال تیغ کا خاتمہ کر دے سکتا ہے۔ (ج) وجی شلل، فالوپ قنال (Fallopian canal) میں ایک خلقی بروزن کی راہ سے ساتویں عصب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے۔ (د) پیچھے جمی عصب کا شلل جسکے ساتھ جیسی اور صدغی غلوں میں درد ہوتا ہے اور جوشاید ایک معلی التہاب سمائی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (س) التہاب علیہ جس کو ان علاقوں سے پہچانا جاتا ہے۔ کان کے پیچھے درو علیہ اور خاص کر اس کی نوک پر دباؤ ڈالنے سے اہمیت اور اس ہڈی کی نرم بافتوں کا تورم بہرہی سمعی منفذ کے عمیق ترین حصہ کا ابعاد ایک قیمتی امدت ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں اعلیٰ زائدہ پر اور کان سے اوپر بہت تورم ہوتا ہے اور بلد سرخ ہوتی ہے۔ التہاب علیہ کی وجہ سے یہ حالتیں پیدا ہوتی ہیں۔ (س) جابھی جوف کے ام جانیہ پر سچوڑا جو کہ ممکن ہے جوف کو

مضبوط کر دے اور بعد میں طبیعت کا مویب جو۔ (ص) درمیانی حفر میں ایک بروں جاتی ہوگا جو کہ شاذ ہے۔ (ط) دانی ہوگا، ایس کے متعلق معلوم ہے کہ یہ طبع میں پیپ پیدا ہوئے بغیر بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ (ع) قینی التهاب سحایا۔

علاج۔ مریض کو بستر پر رکھا جاتا ہے۔ درد کو تسکین دینے کیلئے دو اسی مثلث ایسٹیل سلیسک ایسڈ (acetyl salicylic acid) مرکب سفوف عرق لڈیپ (pulv. ipca. co.) اور بشہ ضرورت مارفینا دی جاتی ہے۔ (دافع نبقات سحیہ - anti streptococcal) [دافع قرمز یہ (anti-scarlatinal)] مصل، دروں دریدی یا دروں منسلی طور پر دیا جاتا ہے۔ حملہ میں اور کلرلک (carbolic) کے با آب کا فر میں ۳ فیصد کا کوکین کے قطرات کان میں ڈالے جاتے ہیں۔ کان پر ایک رقی طور پر گرم کی ہوئی گدی یا روئی سے یا گرم پانی کی بوتل سے کمیدات سے گرمی پہنچائی جاتی ہے۔ اس کے قبال دل کے طور پر چھوٹی چھوٹی رقت کی ٹیبلیاں طبع پر مستقل طور پر رکھنے سے درد اور التهاب کو تسکین ہوتی ہے۔ ممکن ہے طبعی غشاء میں شجف دینا قرین مصلحت ہو یا مخصوص حاد امسابتوں میں کہ جن میں بہت درد اور بلند پیش ہوتی ہے۔ التهاب طبع کا علاج اس کتاب کے دائرہ بحث سے باہر ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 E. P. Poulton and F. A. Knott .. 1936 *Practitioner*, January.
- 2 M. Hovel .. 1924 *Brit. Med. Journ.* i., p. 497.
- 3 Sir St. Clair Thomson. 1924 *Lancet*, ii., p. 948, and *Med. Res. Coun. Spec. Rep. Ser.* 83. ..
- 4 Sir St. Clair Thomson. 1922 *Lancet*, ii., p. 164.

امراض اعصاب دوران خون

طبی قلب کے فعل کی انجام دہی میں دو قسم کی ساختیں حصہ لیتی ہیں، یعنی اس کے کہنوں کی انقباض پذیر عضلی دیواریں، جو خون کو دھکیلتی ہیں، اور مصراعائے (valves) جو خون کے بہاؤ کے رخ پر اقتدار رکھتے ہیں۔ متوازن انقباض کی قوت عضلہ قلب کا فطری خاصہ ہے۔ گذشتہ چند سالوں کی تحقیقات سے ہم پر یہ چیزیں ظاہر ہو گئی ہیں۔ عضلہ قلب (myocardium) کے اندر کے وہ نقاط جہاں انقباضی تہتجات عام طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں، وہ راستے کہ جن سے اذین (auricle) سے بطنین (ventricle) تک تہتجات کا ایصال ہوتا ہے، اس ایصال کی طبی یا معمولی شرح، اور یہ واقعہ کہ اگرچہ انقباض اکثر اذین کے اندر شروع ہو کر بطنین میں پہنچ جاتا ہے، تاہم وہ بعض حالات میں بطنین کے اندر بھی آغاز پذیر ہو سکتا ہے۔ ہر بطنینی انقباض (ventricular systole) کے بعد ایک عرصہ آرام ہے جس میں انقباض نہیں ہوتا اور یہ اذین کے انقباض پر ختم ہوتا ہے اور اسکے بعد فی الفور بطنین کا انقباض واقع ہوتا ہے۔ اس عمل میں تین ساختیں حصہ لیتی ہیں، اولاً عصبی بافت، عضلی ریشے اور خلیوں سے بنا ہوا ایک اطالت یافتہ چوٹا تودہ جو اس جگہ جہاں فوقانی ورید اجوف اذین کے ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے واقع ہوتا ہے اور جسے جوفی اذینی گروہ (sino-auricular node) کہتے ہیں، ثانیاً، ایک چوٹا تودہ جو اذینوں کے فاصل میں جوف اکیلی (coronary sinus) کے فوہ کے قریب واقع ہے، اور جسے اذینی بطنینی گروہ (auriculo-ventricular node) کہتے ہیں۔ ثانیاً، عضلی ریشوں کا ایک خاص بند، جو اذینی بطنینی پندل (auriculo-ventricular bundle) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یہ بند اذینی بطنینی گروہ سے پیدا ہو کر نکلے اور چوڑائی میں تقریباً ۵ و ۲ ملی میٹر ناپ کا ہوتا ہے۔

یہ اُذینی فاصلہ سے بطنی فاصلہ کہہ اندر چلا جاتا ہے اور پہلے اس فاصلہ کے جزو عشاائی (pars membranacea septi) کے نیچے واقع ہو کر یہاں دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ چنانچہ ایک حصہ فاصلہ بطنی کے اس طرف اور دوسرا حصہ دوسری طرف واقع ہوتا ہے۔ دائیں شاخ بند مقل (moderator band) کے اندر چلی جاتی ہے۔ ہر شاخ اپنی طرف کے بطن کی دیوار میں وسیع طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے اور ریشہائے پرکینجی (Purkinje's fibres) میں ختم ہو جاتی ہے جو بطنوں کے تقریباً ہر حصہ میں دروں قلوب کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اُذینی بطنی گره اور اُذینی بطنی بندل بعض اوقات الحاقی بافتوں (junctional tissues) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔ قلب کے لمبی قعر کی اٹائیں نیچے جونی اُذینی گره (sino-auricular node) میں شروع ہوتا اور اُذین میں منتقل ہوتا ہے، لہذا انقباضی موج جس سے ذرا پہلے ایک برقی موج یعنی موج تحریک (excitation wave) پائی جاتی ہے، ج۔ ۱۔ گره (S. A. node) سے شروع ہوتی ہے اور نصف قطری یا شعاعی صورت میں پھیلتی اور تمام سمتوں میں مساوی رفتار سے مسافت طے کرتی ہے۔ اس کے بعد ا۔ ب گره (A. V. node) پہنچ جاتی ہے۔ ا۔ ب گره (A. V. node) سے تحریک پیدا ہو کر ا۔ ب (A. V.) بندل کی راہ سے اُس کے مختلف تفرعات میں چلی جاتی ہے اور بطنوں کے دروں قلوب پر کینجی کے جال میں پھیل جاتی ہے۔ یہاں سے یہ زاویہ قائمہ بناتی ہوئی بطن کی عضلہ کے اندر پھیل جاتی ہے۔

عضلہ قلب کو عصبی ریشوں کے دو سٹوں سے رسد پہنچتی ہے۔
 (۱) عصب تائید سے (۲) عصب مشار کی سے۔ ان کا فعل ضرب میں ترمیم کرنا ہے۔ عصب مشار کی کے متعلق اس سے زیادہ کہ اُس کا ہیجان قلب کو تیز اور ضرب کو قوی کر دیتا ہے اور کچھ معلوم نہیں۔ عصب تائید کی شاخیں ج۔ ۱۔ (S. A.) اور ا۔ ب (A. V.) گرهوں دونوں میں ختم ہوتی ہیں۔ اس کے ہیجان کا یہ اثر ہوتا ہے کہ موج تحریک کا مبداء (رفتار ساز) ج۔ ۱۔ (S. A.) گره کے بالائی سرے سے اُس کے زیرین سرے پر منتقل ہو جاتا ہے۔ دوسرے اثرات بطء القلب (bradycardia)

کئے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

امتحان قلب

پیمپٹروں کی طرح قلب بھی آگے، ہاتھ اور کان سے امتحان کر نیکی لئے موزوں ہے۔ وہ پیمپٹروں کے اگلے ماسیوں کے درمیان دیوار سینہ سے قریبی طور پر تماس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ میں جو کہ خط وسطی سے بائیں طرف عظم القفس کے زیرین نصف، اور چوڑی اور پانچویں بائیں ضلعی کڑیوں کے اندرونی حصوں اور ان کے نیچے کی فضاؤں سے متاثر ہے۔ صدکۃ القلب (impulse of the heart) معائنہ اور جتن سے دریافت ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی سر قلب (precordial area) یعنی دیوار سینہ کا وہ رقبہ جو کہ قلب پر واقع ہے تڑخ کرنے سے معلوم کیا جاسکتا ہے، اور اصوات قلب کا مطالعہ امتحان کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے۔

معائنہ

(inspection)

تندرست اشخاص میں، جو زیادہ موٹے نہ ہوں، قلب ضرب لگانا ہوا دیکھا جاسکتا ہے ایک ایسے رقبہ میں جو کہ پانچویں بین الاضلاع فضا میں اور تقریباً اچھے قطر کا ہوتا ہے، اور جھٹنی سے امتصا یا نیچے کھینچے ہوئے ایک خط سے لے اچھے تا ایک اندر کی طرف، یا ایک آدھ جسامت والے بالغ میں خط وسطی سے لے ۲ تا ۳ اچھے قطر پر واقع ہوتا ہے۔ اس ضرب کو صدکۃ القلب (impulse) یا صدۃ السراس (apex beat) کہتے ہیں۔ بیماری میں بعض اوقات یا تو ضرب کی کمزوری کی وجہ سے یا اس وجہ سے کہ قلب کو کشش دھانکے ہوئے ہو، صدکۃ نہیں نظر آسکتا۔ دایاں آدھ جب وہ کشش (dilated) ہو، بعض اوقات عظم القفس سے دائیں طرف کو ضرب لگاتا ہوا دیکھا جاسکتا ہے۔ قلب کی بڑی کلائی کی بعض مثالوں میں دیوار سینہ کا باہر اُبھرنا بھی

معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے۔

تندرست اشخاص میں بین الاضلاع فضاؤں کی ایک خفیف سی مرنی انکماش (systolic retraction) ہونا عام ہے۔ قلب کی بیش پروردگی (hypertrophy) کی حالت میں ایک زیادہ نمایاں باز کشیدگی واقع ہوتی ہے۔

پیش

(palpation)

تندم کا محل وقوع عموماً جت سے اس سے زیادہ قریبی طور پر متعین کیا جاسکتا ہے کہ جتنا معائنہ سے۔ وہ بائیں بطن کی بیش پروردگی کی صورت میں باہر کو اور نیچے کی طرف بنا ہوا ہوتا ہے، اور انتہائی اقلع میں بطن میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ضرب قوی یا جاشی (heaving) اور سرسبز اور بے قاعدہ ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل جت پذیر نہ ہو۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا بایاں کنارہ بالعموم اس نقطہ سے متاثر ہوتا ہے جو کہ بائیں طرف سب سے زیادہ دور ہوتا ہے، جہاں انگلیوں کو کسی چیز کے واضح طور پر سامنے کو اور آفتی طور پر اٹھنے کا احساس ہوتا ہے (63)۔ نہ کہ اس رقبہ کے بیرونی اور زیرین حصے سے کہ جس پر ارتعاشات محسوس کئے جاسکتے ہیں اور جس کے متعلق لاشعاعوں سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ قلب کے رقبہ سے باہر واقع ہوتا ہے۔ ایک مثال میں جس کا ذکر اقم نے مشاہدہ کیا بائیں بطن کے بالائی حصے سے چوتھی فضا میں ایک ظاہری تندم پیدا ہو گیا تھا۔ ٹرلریف پر ایک انکماش (systolic impulse) ایک بیش پروردہ دائیں بطن سے، اور علی سے جبکہ یہ انورسانی ہوتا ہے، یا رسولی سے ایصال شدہ ہوتا ہے (یا نابض جگر pulsating liver) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ قلع دایاں اوزن ظلم القس سے دائیں طرف ضرب لگتا ہوا محسوس ہو۔ اور علی انورسما کی بعض اصابتوں میں قاعدہ قلب پر رکھا ہوا ہاتھ ایک صدر محسوس کرتا ہے، جس کو انبساطی صد (diastolic shock) یا انبساطی بازگشت (diastolic rebound) کہتے ہیں، جو بائیں آسانائی محسوس ہوتی ہے کہ انورسما شش کو چکاتا ہے اور دیوار صدر سے قریب تر

تھماں زخاں کر لیتا ہے۔

بعض مرض کی بعض صابتوں میں ایک محدود رقبہ پر [جس میں سماع الصدر سے ایک خیر (murmur) سنائی دے سکتا ہے] ہاتھ سے ایک ذبذبہ (thrill) (fremissement cataire) محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً ایک خیر موجود ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ خیر غیر موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ ارتعاشات اس قدر کمرخت (coarse) ہیں کہ اس قدر سخت شرح رکھنے والے ہوتے ہیں کہ وہ صرف محسوس کئے جاسکتے ہیں، سنائی نہیں دیتے۔ یہ بطورانی ضیق (mitral stenosis) میں نہایت عام ہے اور آذینی انکماش خیر (auriculo-systolic murmurs) کی ایک بڑی تعداد کے ساتھ، اور بعض وسط انجمالی خیر است (mid-diastolic murmurs) کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔ دوسرے خیرات کے ساتھ زندگی بے نسبت بہت کم عام ہیں اور دوسرے مصرعی ضرات (valvular lesions) جیسے کہ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) (خلقی) اور طی ضیق (aortic stenosis) اور کبھی کبھی اور طی باز دی (aortic regurgitation) اور مطرانی باز دی (mitral regurgitation) میں واقع ہوتے ہیں۔ انورسما اور التهاب تاج (pericarditis) بھی جس پذیر ارتعاشات پیدا کر سکتے ہیں۔

قرع

(percussion)

گو کہ قرع کرنے پر سینہ کا بیشتر حصہ شش کی موجودگی کے باعث، گمک دار (resonant) ہوتا ہے تاہم ایک چھوٹا رقبہ اوپری یا مطلق احمیت کا بھی ہوتا ہے، جو قلب کی اگلی سطح کے اُس حصے سے متاثر ہوتا ہے جو شش سے چھکا ہوا نہیں ہوتا۔ اس رقبہ کے گرد ایک رقبہ عمیق یا اضافی احمیت (deep or relative dullness) کا ہے، جس کی بیرونی مد قلب کے خاکے سے متاثر ہوتی ہے اور اس طرح اس کی حقیقی جسامت کا ایک نقشہ بنا کر پیش کرتی ہے۔ اور کوئی تیسری فضا رنگ نہیں ہوتی ہے۔ بائیں طرف یہ صدم القلب تک پہنچتی ہے اور دائیں طرف

یہ اکثر عظم القس کے دائیں کنارے سے نصف انچ باہر تک شناخت کیا جاسکتی ہے۔
علم القس خود گنگ دار ہوتی ہے۔ اضافی اصیت متوسط طور پر یکے قرع کی مدد سے
بہتر حاصل ہوتی ہے۔ کہے میں خاموشی ہونی چاہئے۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ
قلب کا کنارہ عموماً اُس نقطہ سے متاخر ہوتا ہے کہ جہاں آواز کی گنگ میں متعوب
تغیر واقع ہوتا ہے۔ اصیت قلب کی زیریں حد، جگر کی اصیت سے متاخر نہیں
کی جاسکتی۔ اور یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ قلب کا خاکہ ندیم القلب اور اصیت کے
دائیں کنارے کے زیریں ترین نقطہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

قلب کا محل وقوع کی قدر مرئیں کی وضع قیام کے ساتھ بدل جاتا ہے۔
دیوار سینہ پر قلب کا رقبہ برآمد (area of projection) انتہائی وضع میں اُس سے
کسی قدر زیادہ نیچے تک پھیلے گا اور نسبت کم چڑا ہوگا کہ بقنا افقی وضع میں ہوتا ہے۔
جب پیپھڑے متدد ہوں، جیسے کہ نفاخ میں تو قرع کرنے سے
جسامہ قلب کا شناخت کرنا عموماً بالکل غیر ممکن ہوتا ہے، اور مزید براں ندیم القلب
اکثر اٹنا کمزور ہوتا ہے کہ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ اضافی اصیت کے رقبے کی زیادتی
کا ایک اہم سبب تاجہ تاجہ موری (pericardial sac) کا نفع سے پر ہو کر متدد ہو جانا
ہے۔ استثنائی طور پر اس تاجہ میں ہوا کی موجودگی سے یہ رقبہ گنگ دار ہو سکتا ہے۔
پیش قلبی اصیت کے رقبہ کا، اوپر کے طرف، نیچے کو یا ایک جانب ہٹ جانا ہر اس
شے کے سبب سے ہو سکتا ہے کہ جو قلب کو ان سمتوں میں ہٹا دے۔

استماع

(auscultation)

سماع العدس سے منہ پر قلب کی آوازیں "نب ڈپ" الفاظ (syllables) سے مشابہ معنوم ہوتی ہیں۔ پہلی آواز نسبت زیادہ دبیسی (duller) اور لمبی، اور
دوسری آواز نسبت زیادہ تیز (sharper) اور مختصر (shorter) ہوتی ہے۔
پہلی آواز کچھ تو عضلی انقباض اور کچھ آؤنی بطبیعی مداخل (auriculo-ventricular valves) کے بند ہونے کے بعد اُن کے یکایک تن جانے (stretching)

کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری آواز نیم لٹائی صراخوں (semilunar valves) کے بند ہونے کے بعد ان کے یکساں قن جالہ کے سبب سے۔ دونوں صراخوں کی صورت میں جوں ہی کہ دہنوں کی راہ سے خون کا بہنا بند ہوتا ہے واسن معمولاً ساتھ ساتھ تیرنے لگتے ہیں (۱) پہلی آواز اس قلب کے قریب بہتوں، اور دوسری آواز قائمہ پر بہتوں سنائی دیتی ہے۔

ترمیمات اصوات - قلب کی آوازیں منفہ (accentuated) یا بلند یا مختلف یا تعداد میں زیادہ ہو سکتی ہیں، یا ان کے زمانی تعلقات (time-relations) متغیر ہو سکتے ہیں۔

تفخیم (accentuation) متعدد اسباب پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک سبب شش کی باز کشیدگی (retraction) ہے، کہ جس سے قلب دوبار صدقہ قریب تر آ جاتا ہے۔ پہلی آواز کی تفخیم اور دھماکے (dulling) یا غلا (muffling) جیٹینی بیش پر صدگی سے پیدا ہو جاتی ہے، لیکن تفخیم بغیر دھماکے (accentuation without dulling) ملائی فیتق میں عام ہے۔ دوسری دانیں بین ضلعی فضا میں دوسری آواز کی تفخیم کی وجہ شش یا بی خون کے دباؤ کی زیادتی ہے، کہ جس سے صراع بند ہونے کے بعد بغیر معمولی وقت کے ساتھ قن جاتے ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰۲]۔ اسی طرح دوسری یا تیسری فضا میں دوسری آواز کی تفخیم مائل طور پر ریوی صراخوں (pulmonary valves) سے پیدا ہو جاتی ہے۔

تخفیف اصوات (diminution of sounds) قلب کے کوہر فعل سے پیدا ہوتی ہے، یا اسوجہ سے کہ قلب شش سے غیر معمولی طور پر ڈھکا ہوا ہو، جیسے کہ نفاخ میں، یا اسوجہ سے کہ وہ ماموری انصباب (pericardial effusion) سے گھرا ہوا ہو۔ اصوات قلب کی تخفیف اُس وقت بھی ہو سکتی ہے جبکہ صراع مکمل یا ناقص ہوں اور اس طرح خون کی بازروی (regurgitation) واقع ہو کر خوریدار است (murmurs) پیدا ہو جائیں۔

دوسری آواز کا تضاعف (reduplication) ہونا قائمہ قلب پر مشابہت ہے، یا مخصوص ریوی رقبہ میں، اور بعض اوقات اُس کا ایسا لاس تک

ہوتا ہے۔ وہ سرکاری مرض کی ان اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جن میں پھیپھڑوں کا استلا ہوتا ہے اور ریوی دور (pulmonary circuit) میں رباؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ وہ اس واقعہ کے سبب سے ہوتا ہے کہ ریوی اور اڈرٹی مصراعات بالکل جڑیاں لٹھیر بند نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ پہلی آواز کا تضاعف 'جو اس پر سننا جاتا ہے' 'مش اورقات' آذینی بطنی مصراعات کی غیر نماں سدودی کے باعث ہر حرور اکض (canter-rhythm) میں اس پر پہلی یا دوسری آواز کا ایک نہایت نمایاں تضاعف ہوتا ہے، جس سے تہری لے (triple rhythm) کی دو قسمیں نمودار ہوتی ہیں، یعنی 'ٹی ٹیپ' اور 'ٹیپ ٹی' حرور اکض (canter-rhythm) کے سبب ہیں۔ (۱) نائید یا نواز (extra sound) اسی سبب سے پیدا ہوتی ہے جو اکثر اس مقام پر ایک عامل وسطا نسا می (early mid-diastolic) یا آذینی اشکاشی خری پیدا کر دیتا ہے، یعنی وہ ملرانی نسیق (mitral stenosis) کی علامت ہے۔ (۲) یا وہ قلبی سدودی (ریٹانٹ ہو) کے سبب سے پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ وہ دراصل مجنبہ وہی آواز ہو جو انقباض آذین کے سبب سے ہوتی ہے۔ معمولی حالات میں یہ اسوجتے نہیں سنائی دیتی کہ بطنی نئے سند رقریب ہوتی ہے کہ نواز کی آواز اس کو ڈھانک لیتی ہے۔ قلبی سدودی میں آذین بطنی سے کچھ پہلے منقبض ہوتا ہے، اور اس کے انقباض کی آواز انساٹ کے دوران میں جلد یا دیر سے سنائی دیتی، اور علی الترتیب دوسری یا پہلی آواز کو متضاعف (reduplicated) بنا دیتی ہے (Lewis)۔

219

قلب جس قدر زیادہ سرعت سے ضرب لگاتا ہے اسی قدر دوسری آواز اور اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان کا وقفہ زیادہ مختصر ہوتا ہے۔ اس طرح فعل میں جو قلبی خستگی (cardiac exhaustion) کی بعض قسموں کے ساتھ ہوتا ہے یہ دونوں دیکھے ساوی ہو سکتے ہیں۔ ضربات قلب کمزور ہوتے ہیں، پہلی آواز دوسری آواز سے تیز نہیں کی جاسکتی، اور جنینی قلب کی آوازوں سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے۔ اس حالت کو جنینی لے (fetal rhythm) یا جنینی قلب (embryocardia) کہتے ہیں۔

سندرت اشخاص میں اس پر کی جو پہلی آواز ہوتی ہے وہ قاعدہ پر ادرٹی

رقبہ کی دوسری آواز کے نسبت دگنی شدت رکھتی ہے۔ مضر قلب کے انعطاف کی اصابتوں میں پہلی آواز جو اس پسپی جاتی ہے اپنی شدت میں کم ہو جاتی ہے یہاں تک کہ وہ قاعدہ پر کی دوسری آواز کی شدت سے مساوی یا اس سے کمتر ہو جاتی ہے۔ ان دونوں کا مقابلہ کرنے کے لئے ایک خاص قسم کا سماع الصدر ایجاد کیا گیا ہے لیکن عموماً ایک معمولی سماع الصدر کی مدد سے کان ان کے فرق کو محسوس کر لینے کی پوری صلاحیت رکھتا ہے۔

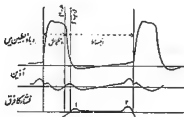
مرض کے باعث مصراعی دھنوں پر خیریات۔ مصراع کی کوئی تنگی (narrowing) تضیق (stenosis) یا تسد (obstruction) ان کی راہ سے جانے والی خون کی رومیں ارتعاشات پیدا کر دیتا ہے اور یہ ایک خیر (murmur) یا مرو (bruit) کے طور پر سنائی دیتے، جس کو ابتداً محروم متغاضی (bruit de souffle) کہتے تھے۔ بخلاف انہیں اگر وہ مصراع علیہم الکفایت (incompetent) ہے تو کچھ خون اس کہنہ کے اندر باز رہتا ہے اور اس میں سے وہ آیا تھا، اور اس سے بھی ایک غیر سنائی دیتا۔ یہ خیریات غیر طبعی اصوات (adventitious sounds) ہیں جو طبعی اصوات قلب کی جگہ سے لیتے ہیں۔ اگر ایک یکساں سوراخ رکھنے والے تل میں سے مائع نہایت بلند رفتار سے زور گنار جائے تو تل کی دیوار پر رگڑ گرنے سے غلط انگیز حرکت پیدا ہوگی اور ایک آواز سنائی دے گی۔ نسبت کم رفتار ہو تو ہواؤ یکساں ہوتا ہے اور کوئی آواز نہیں پیدا ہوتی، اور یہی حالت اس وقت بھی ہوتی ہے جبکہ مائع ایک زیادہ چوڑے تل میں سے نکل کر ایک نسبت چھوٹے تل میں جاتا ہے۔ لیکن جب مائع ایک چھوٹے تل میں سے ایک نسبت بڑے تل کے اندر آیا ایک تیز رفتاری سے نکلے اس کے آگے نسبت چوڑی فضا میں جاتا ہے تو ایک آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کی توجیہ یہ ہے کہ پانی کی دھار (stream) ایک نسبت چھوٹے تل میں سے زیادہ بلند رفتار سے بہتی ہے اور اسی واسطے وہ ایک نسبت بڑے تل کے آہستہ حرکت کرتے ہوئے ستیل کے اندر ایک منہدھار (fluid vein) کی شکل میں آنے کو مجبوری جاتی ہے اور اس کی رگڑ رگڑا کر دے ستیل پر لگنے سے وہ ہمنوروں کی شکل میں پادہ پادہ ہو جاتی ہے۔ اس سے پیدا ہو جانے والے ارتعاشات

بصورت آواز سموع ہوتے ہیں۔ اس اصول کی ایک مثال جو روزانہ دیکھنے میں آتی ہے ایک آبشار سے ملتی ہے، لیکن جسم انسان پر اس کا اطلاق وسیع طور پر ہوتا ہے چنانچہ مہراٹوں کی ٹنگی اور عدم کفایت (incompetence) سے پیدا ہونے والے خیرات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، مگر یہاں یہ بتلادینا چاہئے کہ خیر کا ایک مزید سبب منہ اٹھانے کی کوریوں کے یا ان کی روئیں گلیوں (vegetations) کے وہ ارتعاشات بھی ہو سکتے ہیں جو جوئے خون کے اندر ہوتے ہیں۔ منہ بھار (fluid vein) کے اصول سے ان خیرات کی توجیہ بھی جتنی ہے جو قابل طین (septum ventriculosum) کے کسی اعتباب میں سے خون کے گزرنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ طبیعتاً جبکہ خون بڑے شریان میں سے چھوٹے شریان کے اندر جاتا ہے کوئی آواز نہیں سنائی دیتی، لیکن اگر شریان پر دباؤ پڑے تو ایک آواز پیدا ہوگی۔ فی الحقیقت انبساطی فشار (diastolic pressure) جیسے ہی ذرا بچ سے متعین کیا جاسکتا ہے۔ اسی طرح اگر بڑے اور وہ پر دباؤ پڑے تو ایک خیر سنائی دینگا، اور شریانی انورسما اور شریانی ریڈ انورسما میں بھی۔ بالآخر یہی اصول اس وقت بھی کہ رفرما ہوتا ہے جبکہ دوران میں ہوا کی زوؤں کی حرکت سے آوازیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آوازیں منہ میں پیدا ہو سکتی ہیں جیسے کہ سیٹی بجانے میں، نیز ناک کے اٹھے یا پھیلے منخوں میں، مزار (glottis) میں یا تنفسی خمیہات اور ہوائی ناچوں کے درمیان۔

خیرات قلب ایک دوہرے سے امور ذیل میں مختلف ہوتے ہیں۔
(۱) بر لحاظ وقت۔ (۲) قلب کے ذہنوں کے ساتھ اپنے تعلق میں۔ (۳) آواز کی نوعیت میں۔

خیرات کا وقت۔ وہ خیرات جو پہلی آواز کے ساتھ سنائی دیتے اور اس کے بعد ہوتے ہیں، بطینوں کے انقباض کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انکاشی (systolic) کہلاتے ہیں۔ وہ جو دوسری آواز کے ساتھ یا اس کے اور اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان سنائی دیتے ہیں، اتساع بطین کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انبساطی (diastolic) کہلاتے ہیں۔ یہ خیرات انبساط میں اپنے محل وقوع کے لحاظ سے عاجل (early) وسطی (mid) اور

آجیل (late) انبساطی کہلاتے ہیں۔ آخر الذکر کو زیادہ عام طور پر قبل انکماش (pre-systolic) کہتے ہیں، اور جب وہ 'جیسا کہ ہمیشہ' اصابتوں میں ہوتا ہے، بائیں اذین کے انکماش سے خون کے ایک تنگ فتحہ میں سے بزدور گزرنے کی وجہ ہوتا ہے تو اسے اذینی انکماش (auriculo-systolic) کہہ سکتے ہیں۔ کسی خاص خیر کے وقت کی تعیین کے لئے اس کا محل وقوع ضرب قلب کے لحاظ سے یا غصہ و نف دق کے پاس سببائی شریان کی ضرب کے لحاظ سے نوٹ کرنا چاہئے۔ یہ دونوں ضربیں کافی صحت کے ساتھ بطین کے انکماش کی قائم مقام ہوتی ہیں، لیکن نبض کبری (radial pulse) سببائی شریان کی نبض سے ۱/۲ سینکند بعد واقع ہوتی ہے۔



شکل ۱۶۔ مطرانی فیتق کے خیرات کی ترمیمہ لوئیس (Lewis) کے مطابق۔
 ۱۔ م۔ ہلالی مصاحوں کی صد ووی جو کہ دوسری آواز کا وقت اور
 انبساط کی ابتدا ظاہر کرتی ہے۔ ۱۔ ج۔ ۱۔ اذینی بطینی مصراعے کا
 انشراح۔ ۲۔ اذینی انکماش خیر کا محل وقوع ظاہر کرتا ہے۔ ۱۔ وسط انبساط
 خیر ظاہر کرتا ہے۔ آخر الذکر حقیقت میں ایک غلط نام ہے کیونکہ یہ خیر
 وسط انبساط سے پہلے واقع ہوتی ہے، لیکن چونکہ یہ انبساط کے آغاز سے
 بعد شروع ہوتی ہے لہذا اس کو عامل انبساطی نہیں کہا جاسکتا۔
 حقیقت میں یہ تاخیر پدیدو عامل انبساطی ہے۔

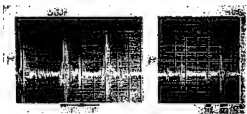
اور ملی دہنہ پر تسد کی حالت میں بطین کا انقباض، خون کو تسد و سکے پار
بزرگ گذار کر ایک خریر پیدا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے وہ ایک انکماش خریر ہوتی ہے
اور اگر قلب کی لمبی آوازیں "لب ڈپ" سے ظاہر ہوتی ہیں تو اس خریر کے ساتھ کی
آوازیں "لف ڈپ" ("luff-dup") سے ظاہر کی جاسکتی ہیں (صفحہ ۱۰، الف)۔
اور ملی دہنہ پر کی بازروی ارتخار بطین کے دوران میں ایک خریر پیدا کر دیتی ہے جو
دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ اسی واسطے وہ عاجل انبساطی (early diastolic)
(صفحہ ۱۰، الف) ہوتی ہے۔

مطرائی دہنہ پر بازروی، بطین کے انقباض کے دوران میں ایک خریر پیدا
کر دیتی ہے۔ اسی واسطے ایک انکماش خریر پیدا ہو جاتی ہے (صفحہ ۱۰، اب اور س)۔
مطرائی مصراع کے مقام پر تسد و ہونے سے ایک انبساطی خریر پیدا ہو جاتی ہے جو
اُس وقت واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہے جبکہ خون اُزین سے بطین کی طرف اعظم شدت
کے ساتھ نہ رہا ہو یعنی جب دباؤ کا فرق کبیر ترین ہو۔ قلبی دور کے دوران میں اُزین
ادبٹین کے دباؤ کے تغیرات کا علم میں دوران انبساط میں دو ایسے مواقع ظاہر کرتا ہے
جبکہ یہ حالت پائی جائیگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۱)۔ پہلا موقع انبساط کے آغاز کے ذرا ہی
بعد ہے، یعنی دوسری آواز کے بعد، جبکہ بطین کا مل طور پر مرتجی لیکن خالی ہوتا ہے
اور اُزین اُس خون سے مستحق ہوتا ہے جو کچھلے اُزینی انکماش کے وقت سے جمع ہو گیا
ہے۔ دوسرا موقع خود اُزینی انکماش کے دوران میں ہوتا ہے، جبکہ دروں اُزینی فشار
بہت بلند ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مطرائی فسیق میں دو عام ترین خریرات
میں سے ایک، تو وہ خریر ہے جو وسط انبساط کے اوائل میں ہوتی اور مض ایکٹ وسط انبساط
خریروں میں سے (صفحہ ۱۱، ج اور س) اور دوسری وہ قبل انکماش یا اُزینی
انکماش خریر ہے جو انبساط کے خاتمہ کے قریب شروع ہو کر پہلی آوازیں ختم ہو جاتی ہے
(رج اور د)۔ جب یہ خریرات فکر ایک ہو جاتے ہیں تو کامل انبساطی (full diastolic)
(صفحہ ۱۱، ج اور د) کہلاتے ہیں۔ اس حقیقت کا تذکرہ پہلے ہی ہو چکا ہے کہ
اُس پر ایک ترشاعف دوسری آواز کا نظریاتی ضیق کے باعث ہوتی ہے۔ وہ اُسی طریقہ
سے پیدا ہو جاتی ہے جس طرح کہ ایک وسط انبساطی خریر پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات

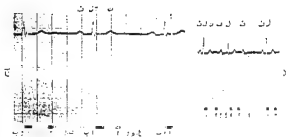
دسویں قلاب کی تسخیل اور برق قلاب نفاذ



الف۔ اورلی پیشینہ میں زیرات پہلی آواز کی جگہ ایک انکشافی خبر ۱۰۰ موجود ہے اور دوسری آواز ۲۰ کے فی الفور بعد ایک کمرہ انسالی خبر ۱۰ ہے۔

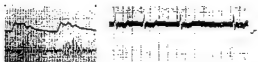


ب۔ مطرانی تھیں اور باندوی۔ جب میں آواز میں اس قلاب (apex) کے ذریعہ کی طرف تسخیل لگتی ہیں پہلی آواز بند ہے اور ایک انکشافی خبر موجود ہے۔ دوسری آواز اور کامل انسالی خبر یہی ہے کہ لگتی ہے جب میں آواز میں یہی رقبہ کے اوپر تسخیل لگتی ہیں۔ پہلی آواز کمرہ ہے اور دوسری آواز سفر ہے۔



ج۔ مطلقہ تھینق۔ ب۔ ایکسٹرنل تھینق۔ ا۔ نو سادہ افونی ٹکاشی خیر۔ ح۔ و۔ اعلیٰ سادہ تھینق خیر۔ جس کے بعد ایک نہ ہوش قطع ہے۔

د۔ مطلقہ تھینق اور جزوی سادہ افونی قلب۔ ف۔ فاصلہ بتدیر یک پر جو با آہستہ یا تھک کر ایک قلب سادہ ہو جاتی ہے۔ پہلی نو افونی تھینق کے شروع اور تھینق مقرر ہو جاتی ہیں اور ایک نیم فونی افونی جتنی سادہ تھینق ہو جاتی ہے۔ دوسرے آٹھ شہزادہ افونی ٹکاشی خیر ۱۰۱ اور پہلی نو ایک دوسرے سے ملنے بد ایک کہ ف۔ فاصلہ مقرر ہو گیا ہے۔ اس کے بعد ایک تھینق غائب ہو جاتی ہے تو افونی ٹکاشی خیر یہ تھینق ہو جاتی ہے۔ ا۔ اعلیٰ سادہ تھینق خیر۔



و۔ ایک مفتوح قنات شریانی کی مسابست پر بنائی تھینق اور اس وقت قلب کی تھینق۔ ایک ٹکاشی خیر موجود ہے جو کہ ٹکاشی کے تحت پندرہ تھینق کی ایک متوالی تھینق اور اس کے بیشتر حصہ میں جاری رہتی ہے۔

س۔ ایک مطلقہ تھینق اور بانہ وی اور افونی ٹکاشی کے مسابست میں ٹکاشی اور اسٹائی خیرات۔ پہلی دو دو آخری دو تھینق کے ساتھ جو خیرات پائی جاتی ہیں، مسلسل ہوتی ہیں جب تھینق کے زمین و قطع ہو جاتا تو دو ٹکاشیوں کے درمیان خاموشی و قطع درج کئے جاتے ہیں۔ یہ تصاویر و ٹکاشیوں کے درمیان کے اندازات سے لگتی ہے۔

بکہ قلب تیزی کے ساتھ ضارب ہوتا ہے مطرانی فیق میں ایک مابل انبساطی خیراتی دیتی ہے لیکن ایک ایسی خیر جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔

وسط انبساطی خیر اپنی نوعیت میں نرم (soft) اور نفنی (blowing) اور نکل مختصر (short) ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ قرقری (rumbling) ہو اور انبساط کے بیشتر حصے میں جاری رہے، اور یہ ایک بلند درجہ کی ضیق کی علامت ہے۔ اُذینی انکاشی خیر بد ریج بلند تر ہوتی جاتی ہے، اور ایک منظم (accentuated) پہلی آواز میں ختم ہوتی ہے۔ وہ "ر-ر-رپ" ("r-r-rup") کے ظاہر کی جاسکتی ہے۔ وسط انبساطی اور اُذینی انکاشی خیرات دونوں کا ایک ہی وقت میں موجود ہونا ممکن ہے (ج اور د)، یا ممکن ہے کہ ایک اُذینی انکاشی خیر ایک متضاعف دوسری آواز کے ساتھ ہو۔

یہاں جو کچھ اُردلی اور مطرانی مصراعات کے متعلق بیان کیا گیا ہے وہی برتدلی الفاظ ریوی اور مثلثی مصراعات کے متعلق کہا جاسکتا ہے۔ خیرات کا تعلق قلب کی نلے کے ساتھ اور اُس میں سے خون کے پناؤ کے ساتھ کیا ہے۔ یہ ذیل میں بصورت جدول اس طرح ظاہر کیا جاسکتا ہے۔

خیر	دہت
انبساطی	اُردلی
انبساطی	ریوی
انبساطی	مطرانی
انبساطی	مثلثی

نہیں سے ریوی بازردوی (pulmonary regurgitant) کے خیرات اور مثلثی تسدو (tricuspid obstructive) کے خیرات نہایت شاذ ہیں۔ اور ریوی تسدو کے خیرات بقیہ پانچ کی نسبت نادر الوقوع ہوتے ہیں، تاہم ریوی شریان کے تحت پر ایک انکاشی خیر کا خون کی مقدار یا صفت کے تغیرات کے ساتھ پایا جانا

بالکل عام ہے، اور اسے زمری خریہ (hemic murmur) کہتے ہیں۔

یہ امر ظاہر ہے کہ مندرجہ بالا آئندہ امکانی خدشات (چار دہنوں میں سے ہر ایک کے تسد یا بازروی) محض ان کے خریات اور قلب کی آوازوں کے باہمی تعلق پر سے نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ لیکن ہمیں پیش قلبی رقبہ کے اُن مختلف نقطوں سے جن پر وہ بہتہ پنا مٹے جلتے ہیں، اُن کے تیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ یہ نقطے سطح کے نیچے مصراع کی اصلی جگہ سے تین متعین ہوتے، بلکہ دہنے سے گذر کر پہنچنے والے۔ خون کی رُو کی سمت سے اور اُس سمت سے جس میں صوتی ارتعاشات پیدا ہوتے ہیں متعین ہوتے ہیں۔ خون کا بہاؤ اوپر لی میں وسطا تقص سے دائیں ترقوی ہڈی کی طرف ریوی شریان میں تقص سے اوپر کی طرف بائیں رُخ میں، اور قلب میں اذین سے بطین میں ہوتا ہے، ہر خریہ کو ایک خاص راستہ سے متعلق کرتا ہے۔ اور بازروی کے خریات (regurgitant murmurs) کی صورت میں خون کی بازروی (reflux) اور لی مصراعوں میں سے بطین میں، اور مطرائی مصراعوں میں سے اذین میں، ایسے ہی طریقہ سے مل کرتی ہے۔ ساقبہ (area) کی اصطلاح (مطرائی رقبہ، اور لی رقبہ) کا اطلاق اگر پیش قلب (precordium) یا متصل دیوار صدر کے اُس حصہ پر کیا جاتا ہے جہاں ایک خاص خریہ عموماً سنائی جاتی ہے، اور مصراع میں مرض کے لئے استماع قلب کرتے وقت ان رقبوں کا یکے بعد دیگرے امتحان کرنا چاہئے۔

اوپر لی تسلسلہ کے خریات سب سے زیادہ شدت کے ساتھ دوسری دائیں ضلعی کرسی اور عظم القص کے مقام اتصال پر، اور دوسری دائیں بن ضلعی فضا کی انتہا (اوپر لی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں۔ اُن کا تعاقب اوپر کی طرف دائیں ترقوی ہڈی کے اندرونی نصف کی جانب، اور گردن کے حروق میں کیا جاسکتا ہے، اور بعض اوقات وہ دائیں فوق الشوک حفرہ (suprasternal fossa) میں سنائی دیتے ہیں۔

اوپر لی بازروی کے خریات، اوپر لی رقبہ پر سنے جاتے ہیں۔ نیچے اُن کا تعاقب عظم القص یا اُس کی بائیں ہاتھ والی جانب کے برابر برابر، راس قلب کے رخ میں کیا جاسکتا ہے، یعنی خون کی بازرو دھار کے خط کے ساتھ ساتھ۔ وہ عموماً

علم القفس کے بائیں جانب بلند ترین ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرف یہی وہ جگہ ہوتی ہے جہاں وہ بچھنے جاسکتے ہیں۔

مطرائی تسمیہ کے خریات صدر کے ساتھ صدم القلب کا جو نقطہ ہے اس (مطرائی رقبہ پر سب سے زیادہ بلند سنائی دیتے ہیں۔ گو بعض اوقات وہ اس نقطہ اور علم القفس کے درمیان کم و بیش سموع ہوتے ہیں، وہ دس پر ہمیشہ بہترین سنائی دیتے ہیں، اور اکثر ایک یا ڈیڑھ انچ کے رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتے ہیں۔ سماع الصد کو ذرف اس مقام پر رکھنا چاہئے کہ جہاں صدم کو طبعاً ملتا ہے بلکہ ہمیشہ حقیقی ضرب قلب پر رکھنا چاہئے جو کہ استحسان سے معلوم ہوتی ہے۔ اگر صرف ہٹکا جاؤ ہی کام میں لایا جائے تو وہ بہترین سنائی دیتے ہیں۔

229

مطرائی باز روی کے خریات بیشتر اس قلب پر سب سے زیادہ شدت کے ساتھ سنائی دیتے ہیں، لیکن وہ عموماً پیش قلب پر سے علم القفس اور قاعدہ قلب کی طرف وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ بالعموم وہ بائیں جانب کو کھینچ کر تھمے پر زیادہ زور سے سنائی دیتے ہیں۔ بغل میں اکثر ان کی بلندی جاتی رہتی ہے، لیکن وہ بائیں علم الکف کے زاویہ پر پھر سنائی دیتے گئے ہیں۔

ریوی آکسڈ کے خریات بڑی شدت کے ساتھ دوسری بائیں بن ضلی فضا میں اس کے اندرونی حصے (ریوی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں، اور اٹھاتے آقب اس فضا میں باہر کی طرف، اور اوپر بائیں ترقوہ کی طرف کیا جاسکتا ہے۔

ریوی باز روی کے خریات تیسری بائیں ضلی کرسی کے علم القفس کے ساتھ اتصال کے مقام پر، اور وہاں سے نیچے کی طرف دائیں بطن پر، علم القفس کے بائیں کنارے کے برابر برابر سنائی دیتے ہیں۔

مثلاً تسمیہ کے خریات بعض اوقات (مطرائی تسمہ کے خریات کی طرح) ایک قبل انجماشی یا وسط انجمالی تے کے ساتھ علم القفس کے بائیں جانب اس کے اور جو تھی ضلی کرسی کے مقام اتصال پر سنائی دیتے ہیں۔

مثلاً باز روی کے خریات علم القفس کے زیرین نصفہ پر اس رقبہ پر سنائی دیتے ہیں جو قلب کے اس حصے کے ساتھ خاصے قریبی طور پر متاثر

ہوتا ہے جو دونوں پھیپھڑوں کے درمیان کھلا ہوا رہ جاتا ہے لیکن وہ اکثر غصہ و نفخہ کی
کے فاعل سے (مشتعلی رقبہ) پر محدود ہوتے ہیں۔

قلب کے پیدا نشی نفاذ اور اوری انور سما کے باعث پیدا ہونے والے
خیرات بعد میں بیان کئے جائینگے۔

خیرات کی نوعیت۔ آواز کی نوعیت اکثر اوقات نفخی (blowing) اور
بہنس اوقات ریپے جیسی (rushing) آواز چلانے جیسی (sawing) یا ریتے جیسی
(rasping) ہوتی ہے۔ بعض اوقات خیرات صریح موسیقی نوعیت رکھتے ہیں۔ مصلح
کے نیم علیحدہ شدہ ٹکڑے جو دھوی رویں کھیلتے ہوں، مصراعوں کے اشعارات اور
ذہیلے اجال و تری (chordae tendinae) بعض اوقات ایسے ہی خیرات پیدا
کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک غریہ جو گو موسیقی نہیں ہوتی، ایک نقطہ پراس
ارتقاع (pitch) کی نسبت ایک مختلف ارتقاع (pitch) رکھتی ہے جو کہ وہ ایک انچ
فاصلہ پر رکھتی ہے۔

فالبا خون کی رویوں کی رفتار (velocity) پر جاذبہ (gravity) کے اثر
سے خیرات مرض کی وضع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ شل یعنی ہوئی وضع
(recumbent position) میں اکثر اوری ملرانی اور مشتعلی انکماش خیرات کی دنیا
میں ایک زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس کثیری وضع اکثر مطرانی تسد کے اور
اوری بانروی کے خیرات کی شدت کو بڑھا دیتی ہے۔ لیکن اس کے متعلق کوئی قطعی
(hard and fast) قاعدہ مقرر نہیں ہے۔

خیرات کی اہمیت۔ یہ ایک حیرت انگیز امر ہے کہ خون جس راستہ
(اوردہ، اذین، بلخین، شریان) میں سے ہو کر گزرتا ہے اس کے قطر (calibre) میں
بڑے تغیرات موجود ہونے کے باوجود قلب میں کوئی خیرات عموماً نہیں پیدا ہوتے
یہ تصور کر لینا آسان ہے کہ کوئی چھوٹا تغیر جو کوئی امراضیاتی اہمیت نہ رکھتا ہو صحت حال
کو بالکل بدل دیتا اور ایک خیر پیدا کر دیتا ہے۔

دوران جنگ میں حاصل شدہ، خصوصاً لیونس (Lewis) اور اس کے
رفقاء کے کار کے تجربہ کی بنا پر خیرات کی اہمیت کے متعلق خیالات بہت کچھ بدل گئے

ہیں۔ دستوریہ ہے کہ جس شخص میں انجیالی خیریات موجود ہوں، اور اعلیٰ بازروی یا مطرانی شیطانی ظاہر کریں، اسے ملازمت کے لئے زیادہ موزوں تصور نہ کیا جائے۔ تاہم انجیالی خیر کی موجودگی کو بالکل نظر انداز کر دینا چاہئے، کیونکہ یہ پایا گیا ہے کہ جو اشخاص ان اثر ناقابل ثبات ہوتے ہیں ان کا تناسب انجیالی خیر رکھنے والوں میں بھی مہمی ہوتا ہے جو کوئی خیر بالکل نہ رکھنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس کا سبب بلاشبہ یہ ہے کہ بظاہر تندرست اشخاص میں جو انجیالی خیرات سنائی دیتے ہیں وہ بعض اوقات بروہی قلبی ہو سکتے ہیں، لیکن جب حقیقی مطرانی بازروی موجود ہو تو بعض اوقات اس ضرر کی تلویض اتنی اچھی ہوتی ہے کہ دوسرے علامات کی غیر موجودگی میں قلب کی کارکردگی میں کوئی قابل شناخت فرق نہیں پایا جاتا۔

وہ خیریات جو کہ چار مصرعی دھنوں میں سے کسی ایک کے حقیقی مرض پر منحصر ہیں انہیں - مندرجہ بالا بیانات کا اطلاق ان آوازوں پر ہے جو چار مصرعی دھنوں پر تسدات اور تراوشوں (leakages) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن پیش قلبی رقبہ پر ایسی غیر طبیعی آوازیں بھی سنائی دے سکتی ہیں جو دوسرے طریقوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بعض وظیفی خیریاں (functional murmurs) کہلاتی ہیں، یہ مقابلہ ان خیریات کے جو قلب کی ساخت کے مرض کے باعث ہوتی ہیں۔ دموی خیریات (hamie murmurs) - مدیم الدم حالتوں میں جیسے کہ اخضریت (chlorosis) متلف عدم دمویت (pernicious anemia) اور خون کے بڑے فیامات کے بعد رقبہ قلب پر ایک انجیالی خیر سنائی دیتی ہے۔ یہ اپنی نوعیت میں اکثر کثرت (harsh) ہوتی ہے، اور دموی بائیں بین ضلعی فضا میں بلند ترین سنائی دیتی ہے، اور اس فضا کے برابر برابر باہر کی طرف اور بائیں ترقوہ پڑی کی طرف اس کا تعاقب کیا جاسکتا ہے، یعنی ریوی خیریاں میں خون کے بہاؤ کی سمت میں۔ یہ خیر اکثر لیٹی ہوتی وضع میں بلند ترین ہوتی ہے، اور دھن کے کمرے ہونے پر کم بلکہ بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ شدید عدم دمویت کی حالت میں بھی اس پر اور پیچھے بھی ایک خیر سنائی دے سکتی ہے۔ اس کی ایک گمن توضیح یہ ہے کہ عدم دمویت میں جوئے خون کی بڑھی ہوئی رفتار (جو بڑھے ہوئے دھن جسم

"minute volume" کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے) 'ایک ملاطمہ انجیہ حرکت یا خیر پیدا کرتی ہے۔

برول قلبی خیرات (exocardial murmurs) - یہ نفی نوعیت (blowing character) کی آوازیں ہیں جو اندرون قلب کے تغیرات سے نہیں بلکہ آواز کے اُن ارتعاشات سے پیدا ہو جاتی ہیں جو قلب سے باہر نمودار ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض ہر ضرب کے وقت جسامت قلب کے بدل جانے کے باعث ہوتی ہیں جس سے شش کے متعلقہ حصہ میں ہوا کے حرکات نمودار ہو کر قلبی نئے کے ساتھ مختلر نفسی آوازوں کا ایک سلسلہ قلبی ریوی (cardio-pulmonary) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان میں سے عام ترین ایک مختلر بلند ارتعاع (high-pitched) کی انکماش خیر ہوتی ہے جو اکثر اس تک محدود ہوتی ہے اور عصبی المسراج (nervous) لگے ہوئے (excited) اشخاص میں اُن کے لبتی امتحان کے وقت سنائی دیتی ہے۔ ایسی خیر بعض اوقات پیچھے بائیں غلم الکنتف (scapula) پر اور سامنے بھی سنائی دیتی ہے۔ اگر یہ سماع الصدر کے سمت دباؤ سے غائب ہو جائے تو بعض لوگ اس کے بروں قلبی سدا کو ثابت تصور کر سکتے ہیں۔ لیکن تا دموری فکر کی آوازیں (pericardial friction sounds) جو یقیناً قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں اور قلبی سے اندرونی حروات (internal bruits) سمجھی جاسکتی ہیں دباؤ سے اکثر زیادہ ہو جاتی ہیں۔ ایک انکماش راسی خیر جو صرف معرانی شہتی (inspiration) میں سنائی دے یا صرف اس وقت تک سنائی دے جب تک کہ شش پھیلا ہوا ہے غالباً اکثر قلبی ریوی ہوتی ہے۔

دوسرے بروں قلبی خیرات قلب کی خیر وضعیت (displacement) سے پیدا ہو جاتے ہیں جیسے کہ اُس وقت جبکہ وہ پیورائی انصباب سے یا تشوہ است (deformities) صدر سے مضبوط ہو جائے۔ اور دوسرے بروں قلبی خیرات قلب کے بالکل ہم پیلو اور زیادہ بائیں جانب پرکشش اور پیورائی نرضی حالتوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات جبکہ ایک بڑا ریوی کہنہ قلب کے قریبی تماس میں ہو نہایت غیر معمولی خیرات سنائی دیتے ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ ہر صدر، انقلاب کے ساتھ ہوا کہنہ

یہ ایک باہر خارج ہوجاتی ہے۔

فرک کی آوازیں (friction sounds) - مرکز (rub) یا فرک کی آوازیں بروں قلبی آوازیں ہیں، جو قلب کی حرکتوں کے دوران میں مُنتہب اور کھڑی تادیوری سطحوں کے ایک دوسری پر حرکت کرنے سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ وہ اپنی نوعیت میں عموماً کثرت اور رگڑ وار (rough and grating) ہوتی ہیں، اور باسی واسطے تذکرہ بالا نفی خیرات سے آسانی تیز کی جاسکتی ہیں۔ تادیوری رگڑ (pericardial rub) ایک منفرد آواز، انکماش کے دوران میں ہو سکتی ہے، یا ایک دوسری آواز، جبکہ ایک آواز انکماش کے دوران میں اور دوسری انبساط کے دوران میں ہوتی ہے۔ یا وہ ایک تہری (triple) آواز ہوتی ہے جیسی کہ پہلو بدلنے کی آواز (shuffling) ہوتی ہے، جو نہایت تیز ہوتی ہے۔ وہ عموماً قلب کی آوازوں کے ساتھ ہم زمان نہیں ہوتی، وہ پیش قلبی رقبہ کے تقریباً کسی بھی حصے میں شروع ہوجاتی ہے اور اُس کے سارے حصے پر پھیل سکتی ہے۔ بعض اوقات وہ صواع الصد کے دباؤ سے زیادہ بلند ہوجاتی ہے۔

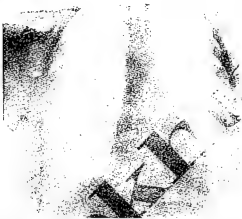
قلب کی قابلیتِ جہد کی تخمین

قلب کے تمام استقامات میں سے اہم ترین، اُس کی محفوظ قوت کی تخمین ہے جس سے اُس کی اُس نجیبیت کا دریافت کرنا مراد ہے جو وہ ورزش و صحت کے بعد ظاہر کرتا ہے۔ اپنی سادہ ترین شکل میں اس پر مشتمل ہے کہ مریض سے کوئی ورزش یا صحت، جیسے کہ غلبہ بلبہ، لیول پر یا زینہ پر دو ٹھنڈے یا ڈمبلز (dumb-bells) سے کوئی سادہ ورزش کرنے کو کہا جائے، اور پھر یہ شاہد کیا جائے کہ آیا اُسکی سانس غیر معمولی طور پر پھول گئی ہے، یا وہ اُس صحت کے بعد حسہ ہو گیا ہے، آیا وہ درد ڈھچکا ہے، آیا اُس کا بشرہ تشویشناک ہو گیا ہے، یا اُسے ذبھی درد (anginal pain) پیدا ہوا ہے۔ اس معلق میں مریض کی رگزدشت بھی نہایت اہمیت رکھتی ہے، مثلاً یہ کہ (رگبین سے وہ مدت کے کیسلوں میں حقن لینے کے قابل کبھی نہ تھا، یا یہ کہ رشتی خفا یا انفلوئنزا یا خناق و بائی کا حمل ہونے کے بعد سے وہ دوڑنے کے قابل بھی نہ ہوا یا یہ کہ

وہ ریل پر سوار ہونے کے لئے کبھی نہیں دوڑتا، کیونکہ اُس کی سانس بھول جاتی ہے یا یہ کہ وہ کبھی دوڑ کر زینہ پر نہیں چڑھتا، اور علیٰ ہذا القیاس۔

ورزش یا محنت کی بحیثیت خیرات کی بلندی سے کوئی تعلق نہیں رکھتی۔ یہ حقیقت فرج کے لئے رنگ و نون کے امتحان کے وقت مشاہدہ میں آتی۔ بہت سے ایسے آدمیوں میں بلند پیش قلبی خیرات پائے گئے، جو خود کو ہمیشہ تندرست سمجھتے رہے تھے، اور اُن کے قلوب نے ورزش کی بالکل طبیعت ظاہر کی۔ اس کے برعکس اور علی بازاری کی امثالوں میں شدید ترین امالیں اکثر نرم ترین خیرات ظاہر کرتی ہیں۔ قلب کی جہالت کی تعمین سے اُس کی شکل سے اور عضلہ قلب کی تیش پروردگی کی مقدار سے تعویض طلب ضرر کی وسعت کا بہتر اندازہ حاصل ہو سکے گا۔ جس اور قریح سے کام لیا جاسکتا ہے، لیکن لاشعاعوں سے نہایت یقینی معلومات حاصل ہو سکتے ہیں۔ پیمائشیں صحیح دروں بھکاری طور پر (orthodiagraphically) یعنی چاہئیں۔

مرحوم ڈاکٹر جی۔ ایچ ہنٹ (G. H. Hunt) جنہوں نے ورزش کے پہلے اور اس کے بعد شرح نبض پر کثیر التعداد شہادت کئے، یقین رکھتے تھے کہ یہ مرض کی حالت میں قلب کی کارکردگی کی تخمین کے لئے مفید ہے۔ ایک معینہ مقدار کے کام کی موقوفی کے عین بعد پہلے دو خٹوں کے دوران میں ضربات قلب کی تعداد شمار کی جاتی ہے اور اُس کا مقابلہ بحالیت آرام دریافت کر وہ نبض کی شرح سے کیا جاتا ہے اور ایک نسبت قائم کی جاتی ہے۔ مثلاً یہ فرض کیا جائے کہ شرح نبض بحالیت آرام ۷۰ تھی اور ورزش کے بعد ۱۲۰ ضربات شمار کئے گئے، تو نسبت ۲۵۲۹ ہوگی ورزش ایک ۱۳ اینج بلندی (مقدم) سے چڑھنے اور اترنے پر مشتمل ہوتی ہے۔ طبقہ تربیت یافتہ افراد میں جب وہ اس ورزش کو فی منٹ تیس بار کے حساب سے تین منٹ مکمل تمام دیتے ہیں تو نبض کی نسبت تقریباً ۲۵۵ ہوتی ہے۔ مریض کے لئے یہ ورزش اسطرح منتخب کی جاتی ہے (مثلاً دس، پندرہ، یا بیس سیڑھیاں فی منٹ، تین خٹوں کے لئے) کہ جس سے نبض کی نسبت ۲۵۵ پائی جائے۔ فرض کیجئے کہ شرح ۲۰ تھی، تو پھر کارکردگی نصف شمار کی جاتی ہے، یعنی طبی کی ۱۰۔ لیکن اُس شرح کا لحاظ رکھنا بھی مناسب ہے کہ جس پر نبض ورزش کے بعد کم ہو جاتی ہے۔



تفہ۔ مرتقلہ دہے کا عظیم فیض۔ دھڑے ہو کر بائیں طرف دوڑی گئی کے نیچے قہر کا اندر سے



ب۔ ترقی یافتہ مہر فیض۔ دھڑا لے ہو کر بائیں کٹاڑ پر اوڑھی گئی مسکروہ ہے اور ریوی قہر سے ہے۔ دہی
کھڑے سے پرچم ہلکا رقبہ ہے مہر ہے وہ دہی طرف کو پیچھا ہوا بایں اذین ہو۔ (یہ شعاع نکاشتر مسر
لشتہ لاکہ۔ نئے ہیں)

لاشعاعوں کی مدد سے قلب کا امتحان

اس ذریعہ سے جسامت قلب کی ٹھیک تعیین کی جاسکتی ہے۔ یہ طریقہ نفاخ کی اساتجوں میں خاص اہمیت رکھتا ہے، کہ جن میں قریع عموماً غیر معتبر ہوتا ہے۔ چونکہ شعاعیں ضد زیر برقیہ (anticathode) سے منعکس ہو کر ایک نقطہ سے خارج ہوتی ہیں، لہذا وہ متوازی نہیں ہوتیں، اور اس واسطے پر دے پر کا سایہ اُس سے بڑا ہوتا ہے جتنا کہ قلب حقیقتہ ہے۔ اس کی اصلاح کے لئے قلب کی پیمائش صحیح ذروں کی نگاری طور پر ("orthodiagraphically") کرنی چاہئے۔ ڈائفرام کو نیچے روک دیا جاتا ہے، اور ذریعہ کو ادھر ادھر حرکت دیا جاتی ہے جس سے قلب کی کوریلا پر دے پر تنگ میدان کے وسط میں نظر آتی اور نمایاں ہوتی ہیں۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مریض کوئی کسے ساغٹھ ۶ فیٹ پر رکھ کر شعاع نکالیں (radiogram) لی جائے۔ اس خاصہ پر شعاعوں کا انفراج استقدر ہوگا کہ کوئی شدت غلطی پیدا نہیں ہو سکتی۔

اگرچہ لاشعاعوں سے قلب کا امتحان ایک بہت وسیع مونسوع ہے اور یہاں اُسکی پوری بحث درج نہیں کی جاسکتی، تاہم چند نسبت زیادہ اہم امور کا تذکرہ کیا جاتا ہے۔

شکل ۱۲ میں (۱) طبعی قلب کی شکل اور وضع نکال کر شیخ ظاہر کرتی ہے، دیکھو اور طبعی محراب اور کورائیں طرف بروئے کرنے والا ایک شاہاں (knuckle) بناتی ہے۔

(۲) اسوقت جبکہ مریض دائیں اگلی ترچھی وضع میں ہو، شعاعیں پشت سے آئے آ رہی ہوں طبعی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔

صفحہ ۱۱ (مطرائی فیسق) میں کل مزید گراہی دیا گیا کہ طبعی حالات میں ہوتا ہے کوئی نہیں ہے اس سے ذرا نیچے جو اشارے ہے وہ بائیں آؤ ذہنی خمیر کے اساع کی وجہ سے نہیں ہے چونکہ ہمیشہ بہت چھوٹا رہتا ہے، بلکہ یہ رجوی شریان کے قلع کی وجہ سے ہے جو کہ تسع ہوتا ہے اور اکثر ایک آبشار پیدا کر دیتا ہے، لیکن بایاں طبعی معمول کی نسبت چھوٹا ہے، لہذا اس کو نکالا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے اور قلب کا بایاں کسارا

معمول کی نسبت زیادہ انتصابی ہے۔ اذین قسح ہوتے ہیں اور اس پر عجم ٹھکنے کے بعد ترجمی وضع میں جیسا کہ (۲) میں بخوبی نظر آتا ہے۔ مری منحنی ہوجاتی ہے۔ بائیں اذین بسا اوقات بہت ہی قسح ہوتا ہے (انور سہ فی ہتاسع) اور دائیں طرف اس سے زیادہ پھیلا ہوتا ہے کہ جتنا بائیں اذین۔

صفحہ ۲، انف میں جو تصویریں یافتہ (compensated) اور طبی باز روی کی ایک اسباب ظاہر کرتا ہے، بائیں بطن گول اور بئس نیچے اور باہر کی طرف بٹا ہوا ہے اس پر بکھرت ہضمان ہے۔ اور علی قسح ہے اور ٹکلی (knuckle) بہت ہی نمایاں خالص پیدائشی ریوی نیق میں دایاں بطن سیش پروردہ اور دایاں اذین قسح اور بائیں بطن باہر کی طرف بٹا ہوا اور بالکل چھوٹا ہے (صفحہ ۱۲، ب)۔ اکثر رجوی شریٹن کا سبب قسح ہوتا ہے، لیکن اس کا سبب غیر واضح ہے۔ جب خصل بھی ناقص ہوتا ہے تو قلب کی شکل طبی ہوتی ہے، اگرچہ وہ بڑی ہوتی ہے۔

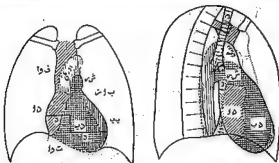
اس کی تعیین میں بھی کہ آیا قلب غیر معمولی طور پر بڑا ہے، صمیم دروں نگاری چیاوشیں مفید ہیں۔ جو ایک معمولی اشعاعی منصوب (X-ray instalation) سے بالکل آسانی سے حاصل کی جاسکتی ہیں۔ بہترین پیمائش جلی جاتی ہے عرضی چوڑائی ہے جو کہ شکل ۱۲ (۱) میں دو ٹوکڑوں ۵ اور ۶ سے بنی ہوئی ہے۔ مطلوبہ نقطوں کے متعام کی تعیین دشوار ہونے کی وجہ سے طولی پیمائش عموماً اتنی نسی بخش نہیں ہوتی۔ طبیی قعدوں کا انحصار فرد کے وزن پر رہتا ہے۔ رائل ایئر فورس (Royal air force) سے لئے ہوئے اٹھارہ اور چالیس سال کی عموں کے درمیان بہترین نتائج کا حساب جدول میں خاص طور پر لگایا گیا ہے (63)۔ قلب کا عرضی قطر لائن پتلے لوگوں میں چھوٹا ہوتا ہے کیونکہ وہ انتصابی طور پر بڑا ہوتا ہے اور اس کا قس فرض کر دے کہ قطر اقل سے ذرا کم ہے، اور موضوع کا وزن جیسا کہ اس کی لمبائی سے اندازہ لگایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 472) اوسط سے کہ ہے، ایسی صورت میں موضوع کو طبی سمجھنا چاہئے۔ جب موضوع کا وزن اندازہ لگائے ہوئے وزن سے زیادہ ہو تو اعلم کی صورت میں بھی ایسی ہی رعایت کرنی ضروری ہے۔



الف۔ اورنگی باز روی۔ غمبول بھینی سیاہ اور متسع اور طی ملاحظہ ہو۔
(شناختیں سترہ لکھ سے لاکھ تک لے لی ہے)



ب۔ خاص ریوی مختی جس میں زیر طرف اتساع اور پیش پرور وگی ہے۔
(معتف کی ایک املاکت)



شکل ۱۲

(۱) قلب کی شریانی تشبیہ مقدم

(۲) دائیں مقدم ترقیبی (بجے پائیکس)۔

ٹریڈ گولڈ اور برٹن

(Treadgold and Burton)

وزن (پونڈوں میں)	اس	اوسط	اسم
۲۰۰	۱۲/۲	۱۳/۷	۱۵
۱۹۰	۱۲	۱۳/۴	۱۳/۶
۱۸۰	۱۱/۶	۱۲/۹	۱۲/۲
۱۶۰	۱۱/۳	۱۲/۶	۱۳/۸
۱۶۰	۱۱	۱۲/۲	۱۳/۵
۱۵۰	۱۰/۷	۱۱/۹	۱۳/۱
۱۴۰	۱۰/۴	۱۱/۵	۱۲/۷
۱۳۰	۱۰/۱	۱۱/۱	۱۲/۳
۱۲۰	۹/۷	۱۰/۸	۱۲/۰
۱۱۰	۹/۴	۱۰/۴	۱۱/۶
۱۰۰ (قیاس کردہ)	۹/۱	۱۰/۱	۱۱/۳

عروق دموویہ کا امتحان

نبض کبریٰ

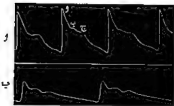
(radial pulse)

226

نبض قلب کے فعل اور دوران خون کی حالت معلوم کرنے کا ایک اہم ذریعہ ہے۔ نبض کبریٰ پر مشاہدات کے لئے کلائی میں کبریٰ شریان (radial artery) نہایت عام طور پر کام میں لائی جاتی ہے۔ لیکن نبض کا امتحان دوسرے مقامات میں بھی کیا جاتا ہے، مثلاً زندگی شریان (ulnar artery) میں کلائی میں، عضدی شریان (brachial artery) میں بازو میں، سببائی شریان (carotid) میں غصروفب لرقی (thyroid cartilage) کے پہلو میں، وچبی شریان (facial artery) میں اس مقام پر کہ جہاں وہ نیچے کے جبرے کے گرد گھومتی ہے، اوذری صدغی شریان (superficial temporal artery) میں کان کے اوپر، فذری شریان (femoral artery) میں ٹوپا رٹ کے رباط کے نیچے، پھیلی قصبیتی شریان (posterior tibial artery) میں اندرونی کعبیہ (internal malleolus) کے پیچھے، اور ظہری قدی شریان (dorsalis pedis) میں پہلی بعد حارقی (metatarsal) ہڈی کے قاعدے کے قریب۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کبریٰ شریان ہمیشہ ہی اپنے طبعی مقام پر نہیں رہتی، بلکہ بعض اوقات کعبہ (radius) پر گھوم کر کلائی کے جوڑے ایک یا دو انچ اوپر کلائی کی پشت پر چلی جاتی ہے، اور ایسا ایک یا دونوں طرف ہوتا ممکن ہے۔ نسبتاً نازشالوں میں کبریٰ شریان غیر معمولی طور پر چھوٹی ہوتی ہے اور اسکی تویض متعجب و سطحی شریان (comes nervi mediani) اپنی غیر معمولی جسامت سے کر دی ہے۔ نبض میں امور ذیلی نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ شرح نبض اور توازن۔ شرح نبض یا نبض کا توازن اور اس کی

یا نظم دلوں قلب کے فعل پر استقدرتی طور پر انحصار رکھتے ہیں کہ ان کے تغیرات پر اسی وقت غور کرنا بہتر ہوگا جبکہ فعل قلب کی غیر طبیعی حالتوں سے بحث ہوگی۔ یہاں اسی قدر بیان کر دینا کافی ہے کہ طبیعی طور پر قلب ایک منٹ میں تقریباً ستتر بار منظم طور پر ضرب لگاتا ہے، جس میں پچائش اور انشی کے درمیان اختلافات ہوتے ہیں۔ یہ کہ نبض کجی کی موج، 'مدم القلب' (impulse of the heart) سے نسبت معتد بہ عرصہ کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ اور یہ کہ اگر کسی وجہ سے نبض کے انقباضات اور طئی کے مصراعوں کی راہ سے کوئی خون خارج نہ کریں تو نبض کی ضربات نبض کے انقباضات کی نسبت، تعداد میں کم ہو جاتی ہیں۔



شکل ۱۳ الف۔ طبیعی نرم نبض۔ دباؤ ۲ اوئس۔ ب۔ تیز نبض کی صلب نبض۔

نبضان (pulsation) کی مقدار اور زرق مضطرب نبض

(pulse pressure)۔ اس کی

تعیین کا طریقہ یہ ہے کہ شریان پر اسٹتھی کا دباؤ بڑھاتے جائیں تاکہ اتم نبضان محسوس ہو۔ آخر لند کر نقطہ نبض کا ناسدہ ہے۔

نبض سریع (pulsus celer)

میں یہ دباؤ بہ سرعت نمایاں ہوتا

ہے (ملاحظہ ہو) اور طئی بازو (aortic regurgitation)۔ نبض بطبی (pulsus

tardus) میں یہ تاخیر کے ساتھ نمایاں ہوتا ہے (ملاحظہ ہو ضیق الاورطی aortic

stenosis)۔ مضطرب نبض شریان کی جسامت کے ساتھ، خون کی اس مقدار کے ساتھ

جو ہر ضرب قلب کے ساتھ شریان کے اندر بھیجی جاتی ہے، اور اس سرعت کے ساتھ

کہ جس سے قلب خون کو اور طئی کے اندر داخل کرتا ہے، اختلاف پذیر ہوتا ہے۔

جب مضطرب نبض قابل اطمینان ہو تو نبض کو بعض اوقات 'ممتلئ' (full) کہتے ہیں

(large) یا مشرب (bounding) کہتے ہیں۔ جب مضطرب نبض کم درجہ کا ہو تو نبض کو صغیر

(small) کہتے ہیں۔

ایک غیر منظم نبض میں ضربات عموماً اپنے نبضان کی مقدار میں، نیز اپنے وقوع کے وقت میں اختلاف پذیر ہوتے ہیں، کیونکہ ایک طویل انساطی (diastolic) مرمہ سے نبٹلین کے اندر زیادہ خون جمع ہونے کے لئے وقت ملتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر قلبِ اطمینانِ نبض طریقہ سے نبض لگتا رہا ہے تو آئندہ ضرب کے ساتھ اور ملی مصراع کی راہ سے زیادہ خون خارج ہوگا (ملاحظہ ہو شکل ۲۶ اور صفحہ ۲۳۶ پر)۔

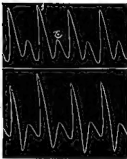
نبض متناقض (pulsus paradoxus) میں دورانِ شہیق میں نبض کی بہت تخفیف یا مکمل غیر موجودگی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ شاذ ہوتی ہے، لیکن کئی حالتوں کے تحت واقع ہو سکتی ہے، جیسے کہ التهابِ سلی و تاندوری (mediastino-pericarditis) التهابِ تاندور (pericarditis)، واسطی سلب، شدید کمزوری قلب، پیلوریائی انصباب یا ہوائی گندھاہوں کے تسکدر (obstruction) میں۔ نبض کے حجم کا تذکرہ صفحہ ۲۲۳ پر کیا گیا ہے۔

222

شریانی دیوار۔ اگر نبض کو انہنگی کے دباؤ سے روکا جائے اور خون سے خالی کر دیا جائے تو اسے بحالتِ صحت شاذ ہی ایک جداگانہ ساخت کے طور پر محسوس ہونا چاہئے۔ لیکن اگر شریانی تصلب (arterio-sclerosis) کی وجہ سے دبیز یا استوار ہو گئی ہے تو باسانی محسوس ہوجاتی ہے۔ اور اگر اس میں انتہا درجہ کی تنگی ہو گئی ہے تو رگ کی لمبائی پر انہنگی اور پورا درجے پھیرنے سے کبھی جماؤ کی ناہواریاں محسوس کی جاسکتی ہیں۔

نبض کی سختی شریانی دباؤ (arterial pressure)۔ اگر شریان پر انہنگی بڑھتے ہوئے زور کے ساتھ دبائی جائے تو بالآخر خون کا بہاؤ موقوف ہو جاتا ہے۔ بہترین یہ ہے کہ شریان کو بائیں ہاتھ کی انگشتِ شہادت سے دبایا جائے اور دوسرے ہاتھ کی انگشتِ شہادت نیچے رکھ دی جائے تاکہ اس سے معلوم ہو جائے کہ نبض کب رکتی ہے۔ اس ہاتھ کی دوسری انگلیاں شریان پر اور آگے بڑھ کر دہائی جائیں تاکہ شریانی تقہات (arterial anastomoses) کی وساطت سے نیچے سے کوئی نبض اور کون آنے پائے۔ وہ نبضیں جن میں خفیف سا دباؤ کافی حوالیتین (soft) یا خفیف طپند میو (compressible) کہلاتی ہیں اور وہ جن میں زیادہ دباؤ کی ضرورت ہو

صلب (hard) یا ضغط ناپائیدار (incompressible) - انگلی کے دباؤ سے نبض موقوف ہو جاتے کے بعد اگر انگلی کو آہستگی کے ساتھ اٹھایا جائے تو نبض صلب کی حالت میں خون انگلی کے نیچے اس سے بہت زیادہ قوت کے ساتھ گزرتا ہو محسوس ہوگا کہ جتنا وہ نبض لیتن کی حالت میں گزرتا ہے۔ صلابت نبض اور ضغط نبض ایک دوسرے پر منحصر ہوئے اختلاف پذیر ہو سکتے ہیں۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) کا اندازہ اس ضغط یا دباؤ کو نوٹ کر کے کیا جاسکتا ہے جو علم نبضان حاصل کرنے کے لئے انگلی کو شریان پر لگانا پڑے۔



اگرچہ یہ امور ایک تربیت یافتہ طبیب کی انگلی سے ایک خاص مدت تک شناخت ہو سکتے ہیں، تاہم زیادہ دقیق فیصلہ صرف آلات کے ذریعہ سے معلوم ہو سکتے ہیں۔ نبض سے نبض نگار (sphygmograph) اور ضغط نبض (sphygmomanometer) کا استعمال عام ہے۔

نبض نگار (sphygmograph) - اس آلہ میں ایک ہلکی کمافی کجری شریان کو دباتی ہے، اور شریانی دیوار کی حرکت ایک بہرہ کو منتقل ہو جاتی ہے۔ اور اس میں ایک باریک نوک لگی ہوتی ہے جو تکبیر یافتہ

شکل ۱۳ - الف - ذریعہ نبض تپ میں - تپش ۱۰۲ و ۲ - ب - تپش ذریعہ نبض تپ میں (تپ محرق) - تپش ۱۰۳ -

(magnified) حرکات کی ترسیم ایک سیاہ کاغذ پر کر دیتی ہے، جو ایک گھمڑی کل (clockwork) کے ذریعہ آفتاب حرکت کرتا رہتا ہے۔ شریان پر کمسانی کا ضغط (pressure) جو صحیح انداز حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے ہر حالت کے ساتھ مختلف ہوتا ہے، اور بہتر نیا آلات وہ ہیں جو استعمال کردہ ضغط کی مقبدر کی تعبیل آؤنسوں (ounces) میں کرتے ہیں۔

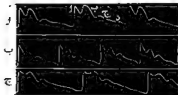
تواتر اور نظم (regularity) کے علاوہ، جو فی الفور محسوس کئے جاسکتے ہیں اندراج کے دوسرے خصوصیات بھی ہیں جن کے لئے خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔ نبض شریانی کی ہر ضرب کی ترسیم میں (ملاحظہ ہو شکل ۱۲) ایک تہ وضاعہ (upstroke) ہوتا ہے، جو غیر منقطع اور تقریباً انقباضی ہوتا ہے، اور ایک تہ نازل (downstroke) جو توجہا ہوتا ہے، اور ایک یا دو ارتفاعات سے منقطع (interrupted) ہوتا ہے جتنے درمیان نشیب داخل ہوتے ہیں۔

جزو وضاعہ (upstroke) دباؤ کی زیادتی کا نمائندہ ہے، جو بائیں بطن کے انقباض کے باعث ہوتی ہے، جبکہ وہ بطنیں اُورلی کے اندر خون کو دھکیلتی ہے۔ دباؤ کی یہ موج بہ سرعت محیطی شریانیں میں منتقل ہو جاتی ہے۔ اس جزو وضاعہ (upstroke) کے راس کو موج القراع (percussion wave) کہتے ہیں۔ اس کی بلندی بطبعی انقباض سے خارج شدہ خون کی مقدار سے متناسب ہوتی ہے، اور انقباض کی سرعت یا فجائیت (suddenness) ضربی جزو (stroke) کے انقباضی عمر سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بلندی اُس وقت بھی زیادہ ہوتی ہے جبکہ شریانی دیوار ملائم (yielding) ہو، اور اُس وقت کم ہوتی ہے جبکہ شریانی دیوار تنیدہ (tense) اور مدافح (resistant) ہو۔ اشکال ۱۳ الف اور ب اور ۱۴ الف اور ب کا اشکال ۱۵ الف اور ب ج سے مقابلہ کرو۔

جزو نازل (downstroke) کے فز پر کے ارتفاعات میں سب سے زیادہ مستقل ضربی بتینی موج (diastolic wave) ہے (شکل ۱۳ الف ج شکل ۱۴ الف ج شکل ۱۵ الف ج)۔ یہ بیشتر نبضوں میں موجود ہوتی ہے، جب یہ نہایت نمایاں ہو، جیسے کہ شکل ۱۴ میں، تو اس موج کو اُنگلی محسوس کر سکتی ہے، جن کا نتیجہ ہوتا ہے کہ نبض متضاعف (reduplicated) معلوم ہوتی ہے، جو نام نہاد ”دو ضربیں“

لے۔ یہ ارتفاعات مادی کے نبض نگار سے لئے گئے تھے۔ ایک لمبا اور سیدھا جزو وضاعہ نیچے کی طرف اُسوج سے خمیدہ ہے کہ کوئی ایک لمبے بیرم کے سرے پر رکھی جاتی ہے، جو ایک ایسے نصاب (fulcrum) پر کام کرتا ہے، جس کا محور کاغذ کی حرکت کے خط سے عرضی رخ میں ہے، پس یہ

("dirotic") نبض ہے۔ یہ ایک موج کے باعث ہے، جو مدود اور علی مصرعوں سے اور اور علی کی دیواروں سے معکوس ہوتی ہے۔ اس سے عین پہلے ایک نشیب ہوتا ہے، جس کا نام ضرب بتیلی کٹاؤ (dirotic notch) ہے، جو بتیلی انکماش (ventricular systole) سے متاخر ہوتا ہے، اور اور علی مصرعوں کی مدودی کا نمائندہ ہے۔ اس طرح، موج القرق (percussion wave) کے آغاز اور منتہی کٹاؤ (dirotic notch) کے پیندے کے درمیان کا فاصلہ، انکماش (systolic period) کہلاتا ہے۔ جب ضرب بتیلی کٹاؤ قاعدی خط تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۲ الف) تو نبض کا اصل ضرب بتیلی (fully dirotic) کہلاتا ہے یعنی اوقاف



وہ قاعدی خط سے نیچے واقع ہوتا ہے، اور پھر نبض بدیش ضرب بتیلی (hyperdirotic) کہلاتی ہے (شکل ۱۲ ب)۔ اس صورت میں دوسری ضرب کی موج القرق (dirotic notch) موج کے تمام تر گزرجانے سے پہلے آتی معلوم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ فی الحقیقت یہ اقد ضربات کی بڑھی ہوئی سرعت کے باعث ہو۔ ضرب بتیلیت

شکل ۱۲۔ الف۔ حاد مرض برائٹ۔ دباؤ ۱۰۰/۵۰۔ ب۔ حاد مرض برائٹ ۵ ہفتے کی مدت۔ دباؤ ۱۰۰/۵۰۔ ج۔ مزمن مرض برائٹ۔ دباؤ ۱۰۰/۵۰۔

(dirotism) نبض لیقن (soft pulse) یعنی کم تناؤ والی نبض میں بہترین نمایاں ہوتی ہے، جبکہ شریانی دیوار طام ہوتی ہے۔ وہ عرق حرکت (vaso-motor paralysis) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، جیسا کہ طویل المدت حموی امصابتوں میں دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۳)، اور نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے استعمال سے آتی الغور پیدا کی جاسکتی ہے۔ وہ اُن حالتوں سے کم یا زائل ہو جاتی ہے جو بعض مُسَلَب (hard-pulse) یعنی بلند تناؤ والی نبض پیدا کر دیں، جیسے کہ مرض برائٹ۔ نیز وہ اور علی بازروی (aortic regurgitation) سے، جو ایسی حالت ہے کہ جس میں

موج کا انعکاس نامکمل طور پر واقع ہوتا ہے، کم یا زائل ہو جاتی ہے۔

موج القراع اور ضربی موج کے درمیان، یعنی اُورٹلی کٹاؤ سے پہلے، اور اس واسطے بطین کے عرصہ انعکاش سے متناظر، اکثر ایک موج ہوتی ہے جو خون کے اُس باہر کی طرف جانے والے بہاؤ سے شوب کی جاتی ہے، جو موج القراع کے بعد ہوتا ہے۔ اُسے جزوی موج (tidal wave) یا موج قبل الضربین (predicratic wave) کہتے ہیں (شکل ۱۲ الف ب شکل ۱۴ الف ب) وہ صلب نبضوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے (شکل ۱۵) یعنی بلند ضربانی تناؤ کی حالتوں میں، جبکہ یہ گمان ہو سکتا ہے کہ خون کے متوجات غیر معمولی طور پر مدگی کے ساتھ منتقل ہونگے۔ بعض اوقات جزوی موج اتنی اچھی نمایاں ہوتی ہے کہ نبض متضاعف معلوم ہوتی ہے، جسے ضربی نبض سے (جس میں تضاعف مبالغہ آمیز ضربی نبض کی وجہ سے ہوتا ہے) امتیاز کرنے کے لئے، نام نہاد طور پر دو ضربی نبض (pulsus bisferiens) کہتے ہیں۔ اس کے برعکس نہایت تین نبضوں میں جزوی موج، موج القراع میں غائب ہو جاتی ہے (شکل ۱۴ الف اور ب)۔ وہ نبض جس میں جزوی موج، موج القراع کی نسبت زیادہ بلند صعود کرتی ہے، شاموٹی (anacrotic) کہلاتی ہے، کیونکہ اُس میں موج القراع صعودی جزو (ascending limb) میں ایک ارتفاع بنا دیتی ہے، جو قاعدے اور بلند ترین نقطہ کے درمیان ہوتا ہے۔

کبھی کبھی موج القراع کے بعد ایک یا دو غریف سے متوجات دیکھے جاتے ہیں (شکل ۱۵ الف د)۔ یہ صرف بلند تناؤ والی نبضوں کے ارتسامات میں واقع ہوتے ہیں۔

ضغط النبض پیمیا (sphygmomanometer)۔ بالائی بازو کے گرد

بربر کی ایک چوڑی چھٹی تھیلی لپیٹ دی جاتی ہے، جو کسی غیر وسعت پذیر مادہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور جس میں ایک الحاتی بربر کی ٹی کی راہ سے ایک بربر کے گولے اور مصراع کے ذریعہ ہوا زور سے بھری جاسکتی ہے۔ اس تھیلی سے جھکنے والی ایک دوسری ٹی ایک ضغط پیمیا (manometer) سے جوڑ دی جاتی ہے، اور بربر کی تھیلی کے اندر کا ضغط سیلابی ٹی میٹروں میں ناپا جاتا ہے۔ بازو بند کئے اندر ہوا پمپ کی جاتی ہے

یہاں تک کہ اس کا دباؤ کلائی کی نبض کو روکنے کے لئے کافی سے زائد ہو جائے۔ پھر ہوا کو بتدریج باہر بھٹکنے دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ دباؤ گسٹ کر ایک ایسے نقطہ پر آجائے کہ جہاں نبض ذرا ہی محسوس ہوتی ہو۔ پیمانہ (scale) پر کا وہ عدد جہاں پارہ اس وقت ٹھہر ہوا ہے، انکماشہی ضغط (systolic pressure) کا نمائندہ ہے، جس کی تعیین بذریعہ جس (palpation) ہوتی ہے۔

229

اوسط انبساطی ضغط (diastolic pressure) کی بہترین پیمائش استماع (auscultation) کے ذریعہ سے ہوتی ہے۔ مسماع الصدر یا مسماع السموت (phonendoscope) کہنی کے خم کے مقام پر عضدی شریان کے اوپر لگائی جاتی ہے اگر نبض کو ضغط کے ذریعہ بالکل معلوم کر دیا جائے اور پھر اس دباؤ کو بتدریج گھٹایا جائے تو آواز کی چار ہیئتیں (phases) علی الترتیب سنائی دیتی ہیں۔ پہلی ہیئت ایک دھیمی سی ٹپک (faint throb) ہے، جو ابتداءً ایسے دباؤ پر استماع کے ذریعہ دریافت کردہ انکماشہی ضغط پر مشاہدہ میں آتی ہے جو جس سے دریافت کردہ اعظم انکماشہی ضغط سے چند ملی میٹر زائد ہوتا ہے۔ یہ ایک بلند مختصر سی خیر میں تبدیل ہو جاتی ہے، جو دوربری ہیئت ہے۔ اور بھی کم دباؤ پر یہ خیر متغیر ہو کر ایک بلند ٹپک (loud throb) بن جاتی ہے۔ یہ تیسری ہیئت ہے۔ پھر یہ ٹپک بدل کر ایک نرم ٹپک (soft throb) بن جاتی ہے۔ یہ چوتھی ہیئت ہے۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) وہ دباؤ ہے جو تیسری ہیئت کے چوتھی ہیئت میں تبدیل ہونے کے ساتھ متناظر ہوتا ہے۔

بلی گور (Kilgore) نے سولہ اور چھتیس سال کے درمیان عمر کے اشخاص پر ایک وسیع سلسلہ مشاہدات کیا ہے۔ اوسط انکماشہی ضغط ۱۲۰ ملی میٹر تھا، لیکن اس کے ادھر اور ادھر ایک وسیع جولا (range) پائی گئی، اور ۲ فیصدی مثالوں میں ضغط ۹۵ ملی میٹر سے نیچے، اور ۱۲۰ ملی میٹر سے اوپر پایا گیا۔ انبساطی ضغط کی پیمائش نے استماعی طریقہ سے ۱۸۰ ملی میٹر کی اوسط قدر (mean value) ظاہر کی، لیکن بہت سے مقروآت (readings) ۱۴۰ اور ۱۶۰ ملی میٹر کے تھے۔ ۱۰۰ سے کم کے دمیہ ضغط میں یہ ضروری نہیں ہے کہ کمال محنت موجود نہ ہو، اور موضوعات تکلیف الوزن

ہونے کا رجحان رکھتے ہیں (67) - یہاں یہ کہہ دینا بھی قرین انصاف ہے کہ
لفظ النبض ہیما کے متعلق اعرافیات پیش کئے گئے ہیں کہ یہ بہت بلند نتائج ظاہر
کرتا ہے (8)۔

استماع شریان

اگر سہائی اور زیر تر قوی شریان کا استماع مسماع الصدر سے بلا مضط کیا
جائے تو عموماً دو آوازیں (sounds) سنائی دیتی ہیں، یعنی ایک انکاشی (آواز systolic
sound) جو عروق کے پھیلاؤ (expansion) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری
انبساطی آواز (diastolic sound) جو ایصال شہدہ (conducted) اور طبی دوسری آواز
ہوتی ہے۔ بعض اوقات ان میں سے پہلی آواز نہیں موجود ہوتی۔ شکمی اور طبی اور فحشی
شریان پر بھی ایک انکاشی آواز متذکرہ بالا آواز قیسی سنائی دیتی ہے۔ دوسرے
شراین میں بالعموم جب تک کہ مسماع الصدر سے ذباؤ نہ لگایا جائے کچھ بھی سنائی نہیں آیا۔
جب جسم کے کسی حصے یا جوارح میں کسی شریان کا تاہکی (saccular dilatation)
یا انورسما واقع ہو جاتا ہے تو اکثر اوقات ایک انکاشی خسیر (systolic murmur)
سنائی دیتی ہے، اور اس کو منجدھار اور بنجورول (fluid vein and eddies)
سے منسوب کیا جاتا ہے جو خون کے دہشہ شریان سے ٹکرا کر ایک
عریض تر فضا، یعنی تاچہ انورسمائی میں، جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ انورسما اکثر
اُدری کے قاعدہ اور دیوار کے تعلق میں بھجاتے ہیں، جو قلب کی قریبی مجاورت
(close proximity) میں ہوتے ہیں، لہذا ممکن ہے کہ وہ پیش قلبی (præcordial area)
میں خیرات پیدا کر دیں، جو ان خیرات سے، جو قلب کے دھنوں میں پیدا
ہو جاتے ہیں، بمشکل شناخت ہو سکتے ہیں۔

نبض وریدی

(venous pulse)

جسم کی بڑی وریدوں میں کسی قدر نبضان ہونا ایک طبیعی (normal)

منظر ہے، اور بعض بالکل تندرست دورانِ خون والے اشخاص کی بیرونی اور اندرونی دونوں دواہی ویدوں میں ایک تومی (undulating) یا نبض (pulsatile) حرکت دیکھی جاسکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ منقود ہوتی ہے یا نمایاں نہیں ہوتی۔ سادہ معائنہ سے نبض کعبری (radial pulse) کے حرکات کے ساتھ ان حرکات کا ایک تعلق شناخت کر لینا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ بیرونی دواہی ورید ترقوی ہڈی سے مین اور دیکھی جاسکتی ہے اور اس کے حرکات شمائی حرکات سے اس مخصوص میں اختلاف رکھتے ہیں کہ ان کا پھیلاؤ (expansion) کم دوجہ کا ہوتا ہے اور ان کا مہبوط (collapse) نسبت زیادہ ناگہانی اور کعبری شمیان کے ارتفاعات (rises) کے ساتھ تقریباً متناظر ہوتا ہے۔

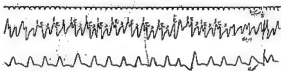
اندرونی دواہی ورید گردن کے اطراف پر جیسے کے زاور اور قصبی حلی مضط کے درمیان ایک بڑی تومی حرکت پیدا کر دیتی ہے، جس کا ارتفاع نسبت اور آثار نسبت زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اس حرکت کو شمائی شمیان کے نبضان سے خلط ملط نہیں کر دینا چاہئے۔

دواہی نبض پر ایک طنبور لگا کر اس کے ذریعہ سے ترسیات لیکر اور زبان صحیح معلومات حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ طنبور کے حرکات ایک سونی میں منتقل ہو جاتے ہیں، جو یا تو ایک طبل پر یا ضبط النبض پر یا کے ڈھیلے کاغذ (snoked paper) پر ترسیم کرتی ہے اور یہ ترسیم ایک کعبری ترسیم (radial tracing) کے متوازی ہوتی ہے، جیسے کہ میکسٹری کے کشیدہ نگار (polygraph) میں۔ دواہی نبض کے حامل کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس آلہ کے آٹھلے پیرا کو دواہی بصلہ (jugular bulb)

کے اوپر رکھ دیا جائے، یعنی ترقوی ہڈی کے قصبی سرے سے قدرے اوپر اور ایک انچ باہر کو، بہتر ہے کہ دائیں جانب کو۔ اسی جانب کے قصبی حلی مضط کے ریشے مرغی (relaxed) کئے جاتے ہیں۔ عموماً جو ترسیم حاصل ہوتی ہے اس میں تین بومیں مثبت

(امواج) ظاہر ہوتی ہیں، جن کے درمیان بلاشبہ، نشیب (منفی امواج) بھی شامل ہوتے ہیں۔ پہلی مثبت موج (شکل ۱۶، ۱۷) کعبری ترسیم (radial tracing) کے انکماش زمانہ سے مین پہلے واقع ہوتی ہے اور اس کا دائیں اذین کے انقباض کی وجہ سے جو تناسب کے نزدیک منسلک ہے۔ حیوانی تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ دوسری

مثبت موج (رج) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ دائیں بطن کے انقباض کے دوران میں اُذینی بطنی صلیح (auricular-ventricular valve) یا تریکوسپڈ (tricuspid) دائیں اُذین کے اندر پروں کر آتا ہے۔ اس کے برعکس بہت سی انسانی ترسیلات میں وہ بلاشبہ بالخصوص سبقتی شریان کے نبض کی وجہ سے ہوتی ہے۔ دونوں صورتوں میں وہ ایک بطنی انقباض کا نمائندہ تسلیم کی جاتی ہے۔ اور اُورج کے درمیان کا فاصلہ اُس وقت کا ناپ سمجھا جاتا ہے کہ جس میں عضلی انقباض کی موج کا ایصال اذین سے بطن تک ہوتا ہے۔ طبی افراد میں اُسکی مدت تقریباً ۱/۳ سیکنڈ (ثانیہ) ہوتی ہے۔ تیسری موج (و) غالباً اُس تصادم (shock) کی وجہ سے ہوتی ہے جو ریوی مسرعات کے محدود ہونے کے بعد پھر یکایک تن جانے (sudden stretching) سے پیدا ہو جاتا ہے اور جو بطن، اُذین، اور وریدوں کی راہ



شکل ۱۶۔ ایک کثیرنگاری منحنی (polygraphic curve) جو فعلیاتی دریا بنس کی تین موجیں اور والی ترسیم میں ظاہر کرتا ہے جو گردن کی وریدوں سے لی گئی ہے نیچے والی ترسیم کُبری شریان سے لی ہوئی ہے بطن کے ہر انقباض کے ساتھ دو موجیں 'ج' اور 'و'۔ ہر زور میں 'ج' سے پہلے اور لحاظ وقت ایک پیش انکماش (pre-systolic) 'موج' 'و' نظر آتی ہے جو اُذینی انکماش کا نتیجہ ہوتی ہے (T. Lewis)۔

سے پیچھے کی طرف ایصال ہوتا ہے۔

وریدی بنس کی ایک اہم ترسیم وہ ہے جس میں موج و غیر موجود ہوتی اور منفرد ج اور و امواج واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۲۲ صفحہ ۲۴۳)۔ موج و کی غیر موجودگی سے پرستنبط کیا جاتا ہے کہ اُذین طبعی طور پر منقبض نہیں ہو رہا ہے اور اس واسطے مندرجہ امواج بنس بطن کے سبب سے ہیں۔ اسی بنا پر ایک طبی دوا جی کرسیم کہ جس میں تینوں امواج پہنکی

وریدی نبض کی ایک اذیفنی شکل (auricular form) کا نمائندہ قرار دیا جاتا ہے اور آخر میں جو ترکیب بیان کی گئی ہے وہ وریدی نبض کی بطیفنی شکل (ventricular form) یعنی آذیفنی ریٹیکل انقباض (auricular fibrillation) کی نبض کا نمائندہ ہے۔ بعض اوقات محیطی وریدوں (peripheral veins) بالخصوص رشتہ دست اور پشت پاکی وریدوں میں ایک خفایت قسم کا نبضان دیکھنے میں آتا ہے، جو شرابی مروج کے عروقی شعریہ میں سے ہو کر وریدوں تک منتقل ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ عروقی دیواروں کے انتہائی ارتخا (relaxation) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ قلب کا فعل بھی بہت طاقتور یا عیاں کے ساتھ ہو۔ مثلاً محوی امایتوں میں، موسم گرما کی گرمی میں، یا پیٹ بھر کھانے (full meal) کے بعد۔

استماع آوردہ

اگر استماع الصدر کو نہایت مدیم الدم (anemic) اشخاص میں، اور تندرست بچوں میں، وہابی ورید کے حصہ زیریں پر، اُس نقطہ پر رکھا جائے کہ جہاں قسمی ملی عضلہ کی قسمی چسپیدگیال (sternal attachments) اُس کی ررقوی چسپیدگیوں (clavicular attachments) سے جدا ہوتی ہیں، تو ایک مسلسل جھنجھٹا ہمش (humming) یا ریلنے کی آواز (rushing noise) سنائی دیتی ہے جسے وریدی غنا (venous hum) یا حورو تخذل روقی (bruit de diable) کہتے ہیں (ڈایابلی "diable" ایک فرانسیسی کلمہ کا نام ہے، جس سے ایسی ہی آواز نکلتی ہے)۔ یہ غریر (murmur) استماعی وضع میں بہترین سنائی دیتی ہے، اُس وقت جبکہ منہ اُس جانب سے جس کا امتحان کیا جا رہا ہے، دوسری طرف پھرا ہوا ہو۔

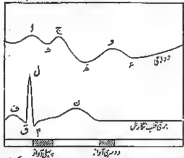
فعل قلب کی غیر طبیعی حالتیں

(ABNORMALITIES OF CARDIAC ACTION)

فعل قلب کے طبیعی مکانیہ پر پہلے غور ہو چکا ہے۔ یہ دریافت کرنے کے لئے کہ

اس میکانیہ میں کوئی فیزیکی حالت موجود ہے یا نہیں، اور اگر ہے تو وہ کیا ہے، طب میں عموماً دو مختلف طریقے متعمل ہیں۔ اُن کی خاص منفعت یہ ہے کہ وہ آئینی اور طبیعی دونوں قسم کے انقباضات ظاہر کر دیتے ہیں۔

پہلے طریقہ میں ایک کثیر نگار (polygraph) کے ذریعہ سے دوا جی نبض اور ایک شریانی نبض، جیسے کہ کچھری، دونوں یہ یک وقت لی جاتی ہیں اور پھر اُن کا باہم مقابلہ کیا جاتا ہے۔ حاصل شدہ ترسیلات آذینی انقباضات کی موجودگی یا غیر موجودگی، اور طبیعی انقباضات کے ساتھ ان کا تعلق، اور ان دونوں اقسام کے درمیان مائل ہونے والے وقت کی لمبائی ظاہر کرتے ہیں، اور اگر یہ وقت $\frac{1}{2}$ سیکنڈ سے زائد ہو تو جزئی قلبی مسدودی (partial heart-block) موجود ہے۔



شکل ۷۱۔ دوا جی ورید اور برقی قلب نگاری ترسیم کا خاکہ،
اور ایک ضرب قلب سے متاثر اسواست قلب۔

دوسرا طریقہ بذریعہ ایک برقی قلب نگار (electro-cardiograph) کے ہے، یہ ایک حساس مقناطیسی برقی چمبا (galvanometer) ہوتا ہے جو ہر ضرب کے ساتھ قلب سے پیدا ہونے والی برقی دونوں کا اندراج

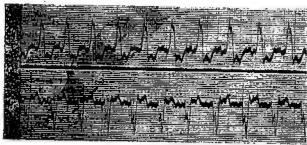
کرتا ہے۔ اس آلہ میں گار (quartz) کا ایک باریک چاندی چڑسا ہوا ریشہ ایک طاقتور برقی مقناطیس (electro-magnet) کے قطبین کے درمیان معلق ہوتا ہے۔ اس ریشہ کا ہر ہر امپالس کے جوارح سے تین طریقوں سے جوڑ دیا جاتا ہے، جن کو تقویدیں (leads) کہتے ہیں۔ پہلی یا عرضی تقوید میں دونوں ہاتھ آلہ سے جوڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ دوسری یا عمودی تقوید میں داہنا ہاتھ اور بائیں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ تیسری یا چپ جانبی (left lateral) تقوید میں بائیں ہاتھ اور بائیں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ قلب سے پیدا ہونے والی برقی ترسیل ان تقویدوں کے ذریعہ مقناطیسی برقی پیمائش چلی جاتی ہیں۔

کو ریکارڈ کرتا ہے اور اس کی جولت (excursion) ایک دوہرے کے ذریعہ سے تکبیر حاصل کر کے ایک فیہنگر صفحہ یا ایک کانڈکٹر پریسل (projection) ہوتی ہے۔ نتیجہ ایک برقی قلب نگارش (electro-cardiogram) ہوتی ہے۔ ایک ضرب قلب سے تناظر ٹریگم کانفاکشن، اس میں دکھلایا گیا ہے۔ دراجی ترسیم بھی دکھلائی گئی ہے، اور اصوات قلب کی تقریبی جائے وقوع بھی۔ برقی قلب نگارش میں ایک موج ایسی ہے جو آذینی انقباض سے تناظر اور اس سے کس قدر پہلے واقع ہوتی ہے اور اسے عموداً حرفت (P) سے ظاہر کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک نشیب ق (Q) ایک نوکدار ارتقاع ل (R) ایک ناگہانی نشیب م (S) اور ایک تدریجی ارتقاع ن (T) ہوتا ہے۔ ق ل م ن (QRST) کی پیچیدہ شکل بطنی انقباض سے تناظر ہوتی ہے اور اس کے مین سامنے شروع ہوتی ہے۔ عیا کہ دراجی نبض (jugular pulse) کی حالت میں ہوتا ہے، ایک برقی قلب نگارش ان تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو آذینی انقباضات بطنی انقباضات کے ساتھ رکھتے ہیں، نیز اس عرصہ وقت کو جو ان کے درمیان مائل تائیٹن ف۔ ل (P-R) فاصلہ یکساں ملاؤ ان میں اس بطنی ملائیم (ventricular complex) کی شکل سے بعض استنباط بھی کئے جاسکتے ہیں۔ اس میں اس وقت ترسیم پائی جاتی ہے جبکہ آذینی بطنی بنڈل کی بعض شاخیں مسدود (blocked) ہو جائیں (branch-bundle block) (لاحظہ ہو شکل ۱۸)۔ یا جب ایک بطنی انقباض آذینی بطنی گز (auriculo-ventricular node) سے حسب طریقہ معمولی بنڈل سے نیچے آنے کے بجائے قلب میں کسی غیر معمولی جگہ سے پیدا ہونے لگے۔ (نیز لاحظہ ہو قلب کی پیش پورہ کی hypertrophy of the heart)۔ پھر تقوید ۱ اور ۲ میں ن (T) موج کا متواتر انکسار (inversion) جس سے کچھ کیے ہوئے ایک نشیب پیدا ہو گیا یا تقوید ۳ میں گہرائی سے کمال کی میٹا ہوجا ہو، اور غلطی درج ذیل اس کی اثر (digitalization) کی غیر موجودگی میں مضمر قلب کا مرض (myocardial disease) ظاہر کرتا ہے (۴)۔ قدرتی طور پر دونوں طریقوں میں ایک صحیح وقت شمار (time-marker) استعمال کیا جاتا ہے۔ تاکہ مختلف حصوں کے صحیح زمانی تعلقات ظاہر ہو جائیں۔

کثیر نگاری طریقہ کے فوائد یہ ہیں کہ اس میں آلات قابل نقل و حمل اور سادہ ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ بعض اوقات کسی ترسیم کا حاصل کرنا اگر نامکن نہیں تو

نہایت مشکل ضرور ہو جاتا ہے، اور گونجناج تمام عملی اغراض کے لئے عموماً کافی ہوتے ہیں تاہم ان سے وہ تفصیلات نہیں حاصل ہوتے جو برقی طریقے سے حاصل ہو سکتے ہیں۔ برقی قلب نگارنا طریقہ میں یہ قیامت ہوتی ہے کہ اس میں آلات پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ جب وہ تشفی بخش طور پر کام کرتے ہیں تو نتائج ہمیشہ نہایت آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتے ہیں اور مریض کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، بلکہ ضرورت ہو تو وہ کسی دوسرے مکان میں بستر پر لیٹا رہ سکتا ہے۔

یہ خیال نہیں کر لینا چاہئے کہ یہ وقت طلب طریقہ اب قلب کی معمولی بیتیاعدگیوں



شکل ۱۰۔ بائیں ہنڈل کی شاخوں کی مدد سے قلب (QRS) وقفہ چوڑا ہے، اور ل اور م کناؤ دار ہیں۔ اس قسم کی ترسیم بااوقات اور طبی مرض یا مرض عضلہ قلب کے ہر اہمٹی ہے۔ (برقی قلب نگار شاخیں جے ایم۔ ایچ کیوبیل کی لی ہوئی تھیں)۔

کی تشخیص کے لئے ناگزیر ہیں۔ ان کی وساطت سے تحقیقات کرنے کا یہ نتیجہ ہے کہ اب غالب مثالوں میں ان حالتوں کو محض استماع اور بکس سے اور ضمنی نگارش (sphygmogram) کی مدد سے تشخیص کر لینا ممکن ہوتا ہے۔

جوفی بیقاعدگی

(sinus irregularity)

یہ حالت بچوں میں عام ہے۔ دورانِ تپس میں ضربات قلب زیادہ کثیر اور قوی ہو جاتے ہیں اور دورانِ زقیض میں اور زقیض کے اختتام پر یہ شرح پھر کم ہو جاتی ہے۔ برقی قلب نگارمی امتحان نے ظاہر کر دیا ہے کہ یہ ضربات ہمیشہ کامل طور پر طبیسی (normal) ہوتے ہیں اور یہ کہ قلب کی شرح کا تغیر 'اُس شرح میں تغیر ہو جائے سے ہوتا ہے جس سے جوفی اڈینی گرو (sino-auricular node) اپنے مددات (impulses) باہر بھیجتی ہے اور یہ آخر الذکر شرح عصب تانیہ کے عمل (vagal action) سے متاثر ہوتی ہے۔ عصب تانیہ (vagus) کی کش (tone) دورانِ تپس میں کم ہو جاتی ہے۔ اس تنفسی بیقاعدگی کو میکزنزی (Mackenzie) نے 'نوجوانی کی بیقاعدگی' (youthful irregularity) کے نام سے موسوم کیا ہے اور یہ ایک بالکل طبی چیز ہے۔ بعض اوقات یہی منظر بالٹوں میں پرسکون تنفس (quiet respiration) کے دوران میں مشاہدے میں آتا ہے۔ جب نفس گہرا ہو تو یہ عملی طور پر ہمیشہ دیکھا جاتا ہے۔ بعض اوقات شرح میں ایسا ہی تغیر اس طرح بھی ہوتا ہے کہ اسکے ساتھ سانس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جب شرح قلب بڑھی ہوئی ہو جیسی کہ ورزش کے وقت ہوتی ہے تو جوفی عدم توازن (sinus arrhythmia) موقوف ہو جاتا ہے۔ اُس کی اہمیت صرف اتنی ہی ہے کہ وہ دوسری قسموں کی بے قاعدگیوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے۔ جب وہ شناخت میں آجائے تو اسے ایک طبی شے سمجھنا چاہئے اور کسی ملاجی تدبیر کے آدرج کی ضرورت نہیں۔

قلبی مسدودی اور ایڈمز سٹوکس کا علامتیہ

(heart block and Adams-Stokes syndrome)

قلبی مسدودی (heart block) کی وجہ اڈینی بلیسی گرو (auriculo-ventricular node)

ventricular node) اڈینی بلیسی بنڈل، یا اس کی شاخوں میں سے کسی شاخ کی قوت ہائے ایصال میں کمی آجانا ہے۔ وہ حادثات مرض مبارکہ بالخصوص روماتزم میں نیز

ڈیجیٹالس (digitalis) کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ ان مثالوں میں وہ عارضی ہوتی ہے۔ قلبی سدودی کی ایک مستقل حالت ان قلبیات میں واقع ہو جاتی ہے جو روماتزم یا آتشک سے مستقل طور پر نقصان رسیدہ ہو چکے ہوں اور ان بڑے لوگوں میں جنہیں عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) ہو۔ وہ اور طبی معالج کے ساتھ متلازم ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے وہ فطرتی ہو۔

پہلی چیز جو واقع ہوتی ہے ف۔ ل۔ (P-R) فاصلہ کا غنیف طور پر بڑھ جانا ہے

(طبعی حالت میں ۱۲۔ ۱۸۔ سیکنڈ یا ثانیہ کے برابر ہوتا ہے)۔ سو۔ ج فاصلہ ۲۔ ۴۔

سیکنڈ سے زائد ہوتا ہے۔ یہ صرف کبھی اتفاق ہی سے سریریاتی امتحان سے بحث اخت

میں آتا ہے لیکن بعض حالات کے تحت اس کی شناخت ہو سکتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت

مسمع الصدر سے آذنی انقباض نہیں سنا جاسکتا جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ وہ بطبعی

انقباض کے اس قدر قریب واقع ہوتا ہے کہ آخر الذکر کا شور اسے ڈبا کر باطل فرموس بنا دیتا

ہے۔ لیکن جب ان دونوں کے درمیان کا فاصلہ نسبتاً زیادہ ہو جاتا ہے تو آذین کی آواز جدا گانہ

سنی جاسکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں راس (apex) کو سنتے وقت ممکن ہے کہ ایک دوسری

پہلی آواز سنائی دے، یا جب آذنی اور بطبعی ضربات کے درمیان کا فاصلہ اور بھی زیادہ

(یعنی جب آذین انبساط کے آغاز میں، دوسری آواز کے بعد بہت جلد ہی ضرب لگاتا ہو)

تو ایک دوسری دوسری آواز بھی اسی مقام پر سنائی دے سکتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں سرکس

(canter-rhythm) کی قسمیں ہیں۔ پھر نو عمر بچوں میں کبھی کبھی پیشینگی (presystolic)

یا ابتدائی انیساطی غیر بات (early diastolic murmurs) قلبی سدودی کو ظاہر کرتے

ہیں، نہ کہ مطلقاً شیش (mitral stenosis) کو۔ غالباً قلبی سدودی سریری طور پر اس سے

کہیں زیادہ موجود پائی جاتی ہے جتنا کہ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

قلبی سدودی کے اور زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں ف۔ ل۔ (P-R) فاصلہ اور

بھی زیادہ طویل ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی سدودہ بطبعی تک گزرنے میں ناکام رہتا ہے

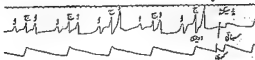
جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطبعی ضربات بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱)۔ یہ

قلب کا استماع کرنے پر شناخت کیا جاسکتا ہے، جبکہ ایک طبی نے کے درمیان ایک پوری

ضرب قلب بالکل غائب پائی جائے گی۔ بعض بھی قدرتی طور پر متوقعتہ نوعیت

(intermittent character) ظاہر کرے گی۔ اس سے بھی زیادہ ترقی یافتہ امواتوں میں ہمیں وہ حالت مل سکتی ہے جسے ۱-۲ یا ۳-۱ قلبی سدودی کہتے ہیں، جس میں اُذین کی صرف ہر دوری یا تیز ضرب ہی ایک بطنی انقباض کی تحریک پیدا کر دینے میں کامیاب ہوتی ہے۔

اب تک ہم نے صرف اُسی قلبی سدودی پر غور کیا ہے جس میں اُذینی اور بطنی انقباضات کے درمیان کا فاصلہ بڑھ جاتا ہے، یا جس میں بعض اُذینی انقباضات متناظر بطنی انقباضات کی تحریک نہیں پیدا کرتے۔ یہ سب جزئی قلبی سدودی کی حالتیں ہیں۔ کامل قلبی سدودی میں اُذینی انقباضات میں کوئی انقباض بھی بطن تک بائکل نہیں پہنچ سکتا۔ خوش قسمتی سے ان حالات کے تحت بطن اپنے آپ ضرب لگانا شروع کر دیتا ہے، لیکن اُس کا اپنا حتمی



شکل ۱۹- ایک ۱-۲ قلبی سدودی کی حالت سے لیا ہوا کثیر بخاری منحنی۔
بالائی خریم گردن کی وریدوں سے ہے، اور زیرین خریم ریڈیٹل سے۔
بیکٹری شریان سے۔ ہر کثیری ضرب کے ساتھ ایک انکماش اور تفاعل ج ہے۔
بھٹی جی باقاعدہ فاصلوں پر، و نشان والی دوری اور ہمیں بھی موجود
ہیں جو اُذینی انکماش کی وجہ سے واقع ہو گئی ہیں۔ اُذین بطن کی نسبت
دو گونہ شرح سے منتقل ہوتا ہے۔ (بہ اتباع لویس: Lewis صاحب)۔

توازن نہایت مست، اور عموماً فی منٹ چالیس سے نیچے ہو گا۔ ہر قری قلبی انکماش اُذینی انقباضات کا ایک کامل طور پر باقاعدہ سلسلہ، اور بطنی انقباضات کا ایک دوہرا باقاعدہ سلسلہ ظاہر کرتی ہے، لیکن یہ دونوں سلسلے ایک دوسرے سے بائکل مفترق ہوتے ہیں۔ لہذا اُسی حالت میں ایک فی منٹ چالیس سے کم والی فٹلم نہیں، کامل قلبی سدودی پر دلالت کرتی ہے، اگرچہ یہ بتلانا ضروری ہے کہ فی منٹ پینتیس تا چالیس کی شرح نبض والی حالتیں

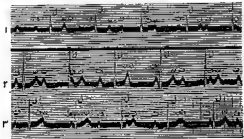
ایسی بھی ملتی ہیں، جن میں تو ازل میں طبعی ہوتا ہے۔ لیکن ایک دوسری اہم بات بھی ہے، جسے ابتداً جیمز گالابن (Galabin) نے روشناس کیا، اور جو گائیز ہسپتال (Guy's Hospital) کی اسی سال کی رپورٹوں میں شائع کی گئی۔ یہ پہلی رائے تھی کہ انسان میں اُذنی اور قلبی توانزبات (rhythms) کا کامل افتراق (dissociation) ہو سکتا ہے۔ اس کے مریض میں شرح نبض فی منٹ ۱۰۰ میں اور تپ کے درمیان تھی اور اس نے ہندیدہ استماع اُذنی انقباضات فی الحقیقت کئے۔ وہ کہتا ہے کہ ”یہاں ہم ایک ایسا قلب پاتے ہیں کہ جس کا اُذین، بطنین کے انکماش سے ذرا ہی پہلے منقبض نہیں ہوتا بلکہ دو بطنی نبضات (auricular pulsations) کے درمیانی وقفے میں کہیں دوبارہ اور کہیں ایک طویل وقفہ (pause) کے دوران میں ایک ہی بار منقبض ہوتا ہے اور اہم بات ہے جس کا انحصار اس واقعہ پر ہوتا ہے کہ اُذنی ضرب سنی جاسکتی ہے، اور اس پر کہ وہ دوریہ میں مختلف نقطوں پر واقع ہوتی رہتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی وقت ایک بظاہر متضاعف (reduplicated) دوسری آواز موجود ہو، دوسرے وقت ایک متضاعف پہلی آواز ملے، اور کسی اور وقت پہلی آواز اپنی شدت (intensity) میں بہت بڑی ہوئی ہو، یعنی اُس وقت جبکہ اُذن اور بطن بیک وقت منقبض ہوں۔ اس آخری حالت میں ممکن ہے کہ گردن کی وریدوں میں ایک ناگہانی بڑی موج ہم زمان طور پر نظر آئے۔ یہ اس حقیقت کی وجہ سے ہے کہ اُذنی انقباضات خون کو آگے دیکر بطنین کے اندر نہیں پہنچا سکتے اس وقت جبکہ وہ منقبض ہو رہا ہو۔ اسی واسطے اُذین میں سے خون پیچھے کی طرف دھکیلے جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

234

آئیڈمسٹوکس کا علامہ (Adams-Stokes syndrome) - علامہ میں آر۔ ایڈمس (R. Adams) اور ایڈمز (W. Stokes) نے مشاہدہ کیا کہ غیر معمولی طور پر سست نبض والے مریض غشیان (syncope) کے لیے ہوشیاری یا تشنات کے حلقوں میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ ایڈمسٹوکس نے تو یہاں تک مشاہدہ کیا کہ گردن کی وریدیں غیر معمولی (radial pulse) کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ ضرب لگا رہی ہیں۔ اور ان ابتدائی اصابتوں میں سے دو میں قلب کا عمومی انحطاط موجود تھا، جس میں اے۔ ب۔ (A.V.) مثلاً جو اس وقت نامعلوم تھا، موقوف ہوا ہوگا۔ اسپینس (Spens) نے ایسا ہی ایک مریض

- (Len) -

یہ حالت دماغی عدم رموریت (cerebral anaemia) کے باعث ہوتی ہے جو قلبی مسدودی کے سبب سے دوران خون کا ناگہانی قفل (sudden failure) ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگرچہ قلبی مسدودی عام ہے، تاہم یہ علامتیں (syndrome) نادر وقوع ہے۔ یہ اُن بوڑھے لوگوں میں واقع ہوتا ہے جو قلبی مسدودی کے زیادہ شدید درجوں میں یا کامل مسدودی قلب میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ٹپلین دفعہ نہایت سست رفتار کی ضرب لگانے لگتا ہے، یا کچھ عرصہ کے لئے بالکل ترک جاتا ہے۔ علامات کا انحصار اس مدت پر ہوتا ہے کہ جس تک دوران خون ناکافی رہتا ہے۔ ایک بوڑھے شخص کا مشاہدہ



نقل ۲۰۔ کامل قلبی مسدودی کی برقی قلب نگارش۔ آؤین اور ٹپلین کے توازنات مفترق (dissociated) ہیں اور اب ٹپلین آؤین کی ہمیدیت نہیں نظر کرتا۔ بطبعی انگارش ل (R) اور ن (T) غیر وضعیتیں پیدا کرتا ہے۔ آؤینی انگارشات ف (P) حرکات پیدا کر دیتے ہیں، جو ترمیم میں یکساں طور پر پھیلے ہوئے ہیں، اور ٹپلینی حرکات سے کوئی مستقل تعلق نہیں رکھتے۔ اور وہ اُن کی نسبت تقریباً دو گنے بار ہوتے ہیں۔

(Rozal Wells: ویلس) (پیدا قباچ ویلس)

کہا گیا، جس میں ہر دو منٹ کے بعد چالیس سیکنڈ تک قلب کی کامل مسدودی ہو جاتی تھی۔ پناغچہ اس امر کا کہ علامات ٹھیک کس طرح ترقی کرتے ہیں بار بار مشاہدہ کریں جو موقع تھا (۵)۔

قلب کے بند ہوجانے پر فی الفور شوب (pallor) اور ساتھ ہی خفیف کمبودی طاری ہوگئی۔
دو یا تین سیکنڈ کے بعد اُس نے بولنا موقوف کر دیا اور ایک آہ (groan) کے ساتھ جیسے
چکا کر گر گیا۔ پانچ سے سات سیکنڈ کے اندر بے ہوشی طاری ہوگئی۔ پھر مختلف عضلات کے
انقباضات اور جوارح کے غیر ارادی حرکات دیکھے گئے۔ سانس بتدریج تریا دہ گہری اور زیادہ
تشنجی (convulsive) ہوگئی اور تنفس کے معین عضلات بھی کام کرنے لگے۔ تقریباً بیس سیکنڈ
میں وہ چوالیس فی منٹ کی شرح سے اور نہایت گہری سانس لے رہا تھا۔ تنفس اُس نے اپنے
(panting) سے مشابہ تھا جو صرف سخت ترین عضلی محنت کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ وہ کمبود
اور شاحب پڑ گیا تھا۔ قرنیہ اور روشنی کے معکوسات (corneal and light reflexes)
موقوف ہو گئے تھے۔ جب قلب پھر جاری ہوا تو پہلے دو یا تین ضربات کے بعد چہرہ شوح سرخ
رنگ سے تنہا اٹھا۔ پسینہ اور دمعی افراز کثرت کے ساتھ ہوا اور لمحات (conjunctivae)
متلی (congested) ہو گئے۔ پھر اُس کی شکل و حیثیت بہ سرعت از سر نو طبعی حالت پر آگئی۔
انذار - قلبی سدودی کی اہمیت مختلف حالتوں پر منحصر ہوتی ہے۔ خلقی قلبی
سدودی جو کہ ابتدائے عمر میں ابطاء نبض کا موجب ہوتی ہے اور جس کے ساتھ بسا اوقات
خلقی مرض قلب ہوتا ہے اور جو ایڈم اسٹوئس کے حملے واقع کرتا ہے، بالعموم بچپن میں ہی
موت واقع کر دیتی ہے۔ سب سے معر مرض جس کا زندہ رہنا معلوم ہے، بیست تیس سال کا ہے۔
اُن مارضی حالتوں میں، جو روماتزم جیسے ساری امراض کے ساتھ ملازم ہوتی ہیں، اس کے
یہ سمجھے ہوتے ہیں کہ عضلہ قلب واضح طور پر ماؤف ہو گیا ہے، گونا بنا شفا یابی واقع ہو جائیگی۔
اسی واسطے آرام اور احتیاط ضروری ہیں۔ متقل اصابتوں میں قلبی سدودی عموماً بذات خود
جھلک نہیں ہوگی، مگر وہ اس حد تک اہم ہوتی ہے کہ اُس سے بحیثیت مجموعی عضلہ قلب
کی تندرستی (healthiness) کا پتہ چلتا ہے۔ اگر اذنی بلیسی بنڈل میں کوئی ضرر موجود ہے تو
مکن ہے کہ عضلہ کے سارے طول و عرض میں پھیلے ہوئے قناریات موجود ہوں، لہذا عضلہ قلب
کے انحطاط کی شہادت تلاش کرنی چاہئے، اور مکن ہے کہ یہی قلب (heart-failure)
کا سبب ہو۔ جب دورے ہوں تو انذار زیادہ تشویشناک ہوجاتا ہے، کیونکہ مکن ہے کہ
یہ دورے بجائے خود جھلک ہوجائیں۔

علاج - قلبی سدودی کی اصابتوں میں علاج قلب کی عام حالت کے لئے ہونا

چاہئے۔ اس خوف سے کہ مہلک اور غیر محاسن قلبی مسدودی کا درجہ اور بڑھا دیکھا، اس کے استعمال سے اجتناب کرنے کی کوئی وجہ نہیں، بشرطیکہ وہ آزیدہ وغیرہ کے کم کرنے کے لئے دوسری طرح ضروری سمجھا جائے۔ بعض اشخاص، جنہیں قلبی مسدودی کی شکایت تھی، محنت و مشقت کی زندگی بسر کر چکے ہیں، لیکن بیشتر حالتوں میں محنت اور مشقت سے اجتناب کرنا چاہئے۔

دوروں کی حالت میں آڈرینالین (adrenalin) ۵، ۱۰ یا ۱۵ قطرہوں کی مقداروں میں کامیاب ثابت ہوا ہے، کیونکہ وہ بلیغی شرح کو بڑھا دیتا اور قوت لیصال (conduction) کو زیادہ کر دیتا ہے (6)۔ آتروپین (atropina) پیلے گرین جو اکثر اوقات دیا جاتا ہے، شاذ ہی کارگر ہوتا ہے۔ آتشکی امیابیوں (syphilitic cases) میں پارہ اور آئیوڈائڈ کا استعمال کرنا نہایت اہم ہے۔ ایک مریض میں چند گھنٹوں تک آکسیجن سانس میں لینے سے عمل مسدودی قلب قائم ہو کر ایڈم سٹوئس سطحے موقوف ہو گئے۔ نیز بیریم کلورائیڈ (barium chloride) ۱/۲۔ اگر گرین دن میں تین مرتبہ اور اس کے ساتھ ایفنی ڈرین (ephidrine) ۱/۲ اگر گرین دن میں تین مرتبہ، سطحے بند کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ دیا گیا۔

جونی اڈینی مسدودی (sino-auricular block)۔ یہ ایک نادر اور قوی

حالت ہے۔ یہ بعض اوقات ایک مادوثی بخار کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہے اور دوسری حالتوں میں مثلاً قلب کے مرض (myocardial disease) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ نبض نشت اور غیر منظم ہوتی ہے، کیونکہ اڈین جونی اڈینی گروہ کی تحریک کی باطل جمیہیت ظاہر نہیں کرتا اور ایک ضرب قلب باطل فائز ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ کہ ایسا متواتر کئی بار ہو جائے، اور قلب ایک وقت میں کئی سیکنڈ تک ضرب نہیں لگاتا۔ یہ حالت کثیر نگاری یا برقی قلب بھکاری ترسیات کے ذریعہ قلبی مسدودی سے متفرق کی جاسکتی ہے، کیونکہ اس میں اڈین اور ٹھٹھین دونوں کا قوت ترکم ہو جاتا ہے۔ ایک مریض میں یہ حالت دوران ورزش میں دور ہو گئی، لیکن جب نبض نشت ہوئی تو پھر دوبارہ ہو گیا (7)۔

پیش از وقت ضربات متزاد اکمالا شت

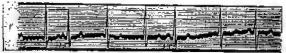
(premature beats; extra systoles)

قلبی بے قاعدگیوں کی یہ قسم سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ عورتوں کی نسبت مردوں



شکل ۲۲۔ شکل جو متزاد آؤٹینی انکماش ظاہر کرتی ہے۔ چونکہ اس مقام تک میں آؤٹین حصہ لیتا ہے، لہذا اس کے توازن میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ دوسری ضرب اس کے سیکٹر جلد ہی آتی ہے کہ مبینہ شکل ۲۱ میں آتی ہے۔ یہ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ب۔ ج فاصلہ ۱۔ ب کے دو گندے کے سیکٹر کم ہوتا ہے (میرا اتباع لیوینس)۔

شکل ۲۱۔ شکل جو متزاد آؤٹینی انکماش ظاہر کرتی ہے۔ اس واقعہ سے آؤٹینی شرح میں خلل نہیں واقع ہوتا اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا اصلی توازن بعد میں پھر واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ب۔ ج فاصلہ ۱۔ ب سے ٹھیک گزرا ہونے سے ظاہر ہوتا ہے (میرا اتباع لیوینس)۔



شکل ۲۳۔ دو تناظر المقام (homotopic) متزاد آؤٹینی انکماشات میں میں ف موج میں اور ف۔ ل فاصلے میں ہیں، اور فیض سے ترمیمی وقفے (compensatory pause) ہیں۔ یہ نمونہ ایک بڑے شخص سے لیا گیا ہے جس کے خون کا باؤلڈ تھاں قلبی شراکی ف موج کی تندرستی ہے۔



شکل ۲۴۔ دو تناظر المقام متزاد آؤٹینی انکماشات جو آؤٹین میں نیچے پیدا ہوتے ہیں اور ایک نوجوان عورت سے لئے گئے ہیں، جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہیں تھی متزاد آؤٹینی ف موج میں بحر (inversion) ہے۔ ف۔ ل فاصلے میں ہے اور ایک مکمل طور پر ترمیمی وقفے (compensatory pause) پر ہوتا ہے۔



شکل ۲۵۔ کڑبی مستزاد انکماش (nodal systole) (تناظمہ المقام
(homotopic) ایک پورے سیٹیمروائی (atheromatous) شخص سے
لیا ہوا معمولی سلسلہ کی ف موج (فی) پیش از وقت طبیعی موج یا مستزاد انکماش
(امیک) کے بالکل بعد ہی نظر آتی ہے۔ [میری قلب نگارشیں جے۔ ایم ایچ
کیا مپیل (J. M. H. Campbell) کی فی ہوئیں۔]

کہتے ہیں۔ اس صورت میں برقی قلب بھکار پر کے معنی کی شکل غیر طبیعی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں اشکال
۲۸-۲۹)۔ اس میں شبہ نہیں کہ ان اختلافات کو معض استماع سے پہچان لینا ممکن ہے۔
ایک تعبیری ترسیم اس بات کے دریافت کرنے میں مدد ہو سکتی ہے کہ آیا یہ اپنے بندوں
ادنیٰ ہیں یا یعنی کیونکہ آغوا ذکر مالت میں مستزاد انکماش کے ہر ایک جانب پر دو ضربات کے
درمیان فاصلہ طبیعی فاصلہ کی نسبت دگنے کے برابر ہوگا لیکن اول الذکر مالت میں اس سے
نہشت کم ہوگا (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ بعض مالتوں میں یہ ضربات کثیر الوقوع
ہوتے ہیں۔ اگر ہم ایک سلسلہ طے کر اس میں طبیعی اور پیش از وقت ضربات متبادل طور
واقع ہوں تو اس حالت کو "نبض دو توامی" (pulsus bigeminus) کہتے ہیں، تاکہ
یہ "نبض متبادل" ("pulsus alternans") سے تمیز ہو سکے۔ ممکن ہے کہ ایک طبیعی ضرب
کے بعد باقاعدی کے ساتھ دو مستزاد انکماش واقع ہوں۔ ایسی صورت میں چھٹی کے
(triple rhythm) شاہدہیں آئیں گی (نبض سه توامی = pulsus trigeminus)۔
پیش از وقت ضربات بعض پروا اثرات پیدا کر سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متناظر
موج نبض چھٹی ہو اور اس کے بعد ایک تعویضی وقفہ ہو یا ممکن ہے کہ ایک ضرب کی
جگہ نبض کا کلی توقف (intermission) واقع ہو جائے (اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔
سے پیش از وقت ضربات آسانی پہچانے جاسکتے ہیں۔ اختلافات اس لحاظ سے واقع

ہوتے ہیں کہ قلب کی متراود ضرب قوی ہے یا ضعیف، یعنی آیا وہ آدور علی مصراعوں کو



شکل ۲۹۔ ایک کٹری نبض کی ترسیم جو کہ (X) کے مقام پر ایک قبل از وقت ضرب ظاہر کرتی ہے، جو کہ غالباً بطنی ہے۔



شکل ۳۰۔ متوقت کٹری نبض کی ترسیم، جبکہ قبل از وقت ضرب بطنی ہے۔

آٹھا کر کچھ خون باہر دھکیلنے کے لئے کافی ہے یا نہیں۔ اول الذکر حالت میں چار آوازوں کا ایک گروہ سنائی دیتا، جو طبعی اصوات قلب کے ایک سلسلہ کے وسط میں ایک دوسرے سے



شکل ۳۱۔ کثیر الزو قوع مختلف الختام (heterotopic) متراود انکشافات

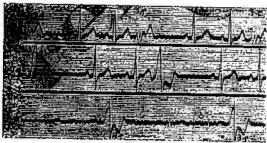
(مذہب) جو اس واقعہ سے ظاہر ہوتے ہیں کہ اس تقوید (lead) میں ل

موج کی نسبت بڑی ہے۔ یہ انکشافات ایک بڑے ایتھروڈاگ

شخص میں پائین لیں کے اندر پیدا ہوئے (جے ایم)۔ ایچ کیا تبدیل

قریب پائی جائیں گی۔ یہ چار آوازیں "لب" (lub) "ڈپ" (dup) "ٹم" (tum) "ٹی" (ti) کے الفاظ (expressions) سے ادا کی جاسکتی ہیں۔ "لب ڈپ" بطبعی ضرب کی دو آوازوں کی نمائندگی کرتا ہے۔ اس گروہ کی تیسری آواز یعنی "ٹم" مستزاد یعنی انتباض کی آواز کی "اور" ٹی "اور ٹی" اصلوں کی مدد کی قائم مقام ہے۔ جب مستزاد انتباض اتنا قوی نہ ہو کہ اور ٹی اصلوں کو اٹھا سکے، وہاں اس گروہ کی چوتھی آواز یعنی ٹی "ٹی" (ti) غیر موجود ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں تین آوازوں کا ایک گروہ ایک ساتھ سنائی دیتا ہے جسے "لب" "ڈپ" "ٹم" کے الفاظ سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

ایک نوعمر شخص میں مستزاد انتباضات فاعلی التهاب قلب (active carditis)



شکل ۲۹ - مختلف القام (heterotopic) مستزاد انتباضات (ہم کم) جنہوں نے بائیں بطن سے پیدا ہو کر دم تقوید ملا میں اور دل تقوید ملا میں زیادہ واضح ہے) نبض سر قوای (pulsus trigeminus) پیدا کر دی، ایک ایسی لڑکی میں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا امبیل)۔

دیا گیا کرتے ہیں۔ لیکن بیشتر بقول میں وہ کوئی اندازی مفہوم نہیں رکھتے۔ تاہم دوری مرتبہ (paroxysmal tachycardia) کی نسبت زیادہ خطرناک حالت۔ ان سے کسی مفید تعلق رکھتی ہے، اور اس حالت کے طواری ہو جانے کے امکان کو پیش نظر رکھنا چاہیے۔ اس کا زیادہ شہوت نہیں موجود ہے کہ یہ اکثر واقع ہوتا ہے۔ جب مرض قلب والے کے شغفوں میں

مستزاد انکماشات ہوں تو انذار کی تخمین میں ضررات کی نوعیت کا لحاظ رکھنا چاہئے اور مستزاد انکماشات کی موجودگی انذار کو بدتر نہیں بنا سکتی۔ جب وہ بالکل تندرست اشخاص میں واقع ہوں تو مرئیں کو ان کی عدم اہمیت کے متعلق اطمینان دلانا چاہئے۔

عام طور پر یہ تعلیم دی جاتی ہے کہ کسی حالت میں بھی کوئی علاج خاص طور پر نہیں منع کرنا چاہئے اور نہ مرئیوں کو بیرون غایہ کیلیوں سے بلکہ فی الحقیقت کسی بھی ورزش سے جو وہ بصورت دیگر کر سکیں، محروم کرنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ جب مستزاد انکماشات مصرعی مرض کے ساتھ ملازم ہوں تو ایسی تعلیم دینا گویا مناسب مد سے بہت تجاوز کرنا ہے۔ روماتزمی مبداء کے ہلکے اور طی اور صرانی (mild aortic and mitral disease) والا ایک مریض جیسے راقم الحروف جانتا ہے، مد سے زیادہ سخت عضلی منت کیا کرنا تھا اور آتے اکثر اوقات مستزاد انکماشات محسوس ہوا کرتے تھے اگرچہ ورزش سے اس کی سانس سبھی نہیں پھولتی تھی۔ بالآخر اس کو ڈبوز مسدیر (angina pectoris) ہو گیا۔ زیادہ آرام کی حالت کی زندگی دوبارہ اختیار کرنے پر اس نے محسوس کیا کہ مستزاد انکماشات علا غائب ہو گئے۔ پہلے موقع پر ان کی موجودگی اس امر کی دلیل سمجھی جاسکتی تھی کہ ورزش مد سے بہت زیادہ تھی۔ اس کے برعکس راقم الحروف کو ایسے تندرست طلباء ملے ہیں جن میں کسی وجہ سے اپنی باقاعدہ ورزش موقوف کر دینے کے بعد مستزاد انکماشات نمایاب ہو گئے۔ ورزش پھر شروع کر دینے پر یہ مستزاد انکماشات غائب ہو گئے۔

قلب کا کثیر الوقوع فعل

سرعت القلب

(tachycardia)

مختلف حالات میں قلب، اور اسی کے ساتھ نبض معمول کی نسبت زیادہ بار بار ضرب لگاتی ہے۔ محنت کرنے پر قلب کی سرعت طبعی قوت (normal frequency) کی نسبت دگنی سے زیادہ ہو جائے گی، لیکن محنت کی موقوفی کے ساتھ چند ہی منٹ میں نبض اپنی طبعی شرح پر پھر آ جاتی ہے۔ مصبی اثرات کے تحت بھی یہ شرح بڑھ جاتی ہے۔ جذبات

متاثر کرنے والے اسباب (emotional causes) کی وجہ سے قلب کے فعل کی سرعت واقع ہونا کافی مشہور ہے۔ اور عصب تانیہ (vagus) کے شکل سے بھی سرعت فعل پیدا ہو جاتی ہے، جیسی کہ بعض اوقات التهاب اعصاب متعددہ (multiple neuritis) میں دیکھا جاتا ہے۔ شاذ مثالوں میں افراد شرح قلب کو بالارادہ بڑھانے یا گھٹا دینے کی طاقت رکھتے ہیں۔ سرعت ضربات قلب کی ایک عام قسم، جس میں اکثر ایک جذباتی عامل (emotional factor) حصہ لیتا ہے، اختلاج کی ایک قسم ہے کہ جس کی شکایت اکثر ہوا کرتی ہے۔ حالت مرض میں نبض کے توازن کی زیادتی کا ایک انہایت عام سبب جموی تعامل (febrile reaction) ہوتا ہے۔ اور یہ فقیر ایک حد تک ان سمیتات سے منسوب کیا جاسکتا ہے جو بخار پیدا کر دیتے ہیں، اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تنہا بلا واسطہ حرارت جیسی کہ ایک گرم غسل یا گرم کی ہوئی ہوا میں محسوس ہوتی ہے، قلب کو تیز کر سکتی ہے۔ سرعت قلب (tachycardia) مرض گریوز (Grave's disease) کا اہم منظر ہے، جو خیال کیا جاتا ہے کہ لاتی قندے کے بالٹنی افزا کی زیادتی یا ترمیم کے باعث ہوتا ہے۔ سرعت قلب ایٹروپین اور بعض دوسرے نہروں سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ ان تمام مثالوں میں برقی قلب نگاری استمان سے ظاہر ہوا ہے کہ یہ بڑھا ہوا توازن قلب کے طبعی رفتار کی تحریک کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خود ضرب قلب کی ترقیم طبعی ہوتی ہے۔

دوسرا سبب قلب کی ساخت کا مرض ہے، خواہ یہ عضلہ قلب کا ہو یا مصراع کا، کیونکہ ایسی صورت میں ہر واحد ضرب کی کارنا کر دگی (inefficiency) کی وجہ سے کافی دوران خون پیدا نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ ایک معین وقت کے اندر ضربات کی تعداد زیادہ نہ ہو جائے۔ ان تمام اسباب کے علاوہ وقتاً فوقتاً ایسی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں جنہیں ضربات القلب میں ایک دوری سرعت واقع ہو جاتی ہے، اور جن پر اب غور کیا جائیگا۔

سادہ دوری سرعت القلب

(simple paroxysmal tachycardia)

سادہ دوری سرعت القلب سے وہ حالت مراد ہے جس میں قلب کی طبعی حالت کا خاتمہ ہو کر اس کی بجائے دفعۃً سریع اور باقاعدہ ضربات کا ایک تسلسل پیدا ہو جاتا ہے۔

جوفی منیٹ ۱۰ اور ۲۰۰ کے درمیان ہوتے ہیں۔ یہ ضربات ایک نئے مرکز کے باعث ہوتے ہیں، جو قلب میں پیدا ہوا کرتا ہے، اور جو بطور خود ضربات کا آغاز کرتا ہے، جسکو طبیعی قاتر ساز (normal pacemaker) کا وظیفہ عارضی طور پر منسوخ ہو جاتا ہے۔ لہذا یہ ضربات اپنے مبداء میں مختلف المقام (heterotopic) ہوتے ہیں اور انھیں مستزاد انکماشات کا ایک سلسلہ سمجھنا چاہئے۔ یہ نیا مرکز یا قوا (۱) آفرین کے اندر ہو سکتا ہے، یعنی جوفی آفرینی گروہ کے قریب، آفرین کے عضلی نظام (general musculature) میں، آفرینی بطینی گروہ (auriculo-ventricular node) میں (کرہی توائزن = nodal rhythm) جیسے کہ شکل ۳۲ میں، یا گروہ سے آگے خاص بنڈل کے اندر، یا (۲) دائیں یا بائیں بطین کے اندر ہو سکتا ہے، جہاں ضربات غالباً پرکٹچے کے جال (Purkinje's network) میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان قسموں میں برقی قلب بگڑا رکھے ذریعہ تفریق کی جاسکتی ہے۔ سادہ ذہنی سرعت القلب کی آفرینی قسم دونوں قسموں میں سے زیادہ عام ہوتی ہے۔ جب ضربات آفرین میں پیدا ہوں تو یہ طبیعی طور پر بطین تک پھیل جاتے ہیں، لیکن جب وہ بطین میں شروع ہوتے ہیں، تو وہ پیچھے کو آفرین کی جانب ایک ایسے رخ میں پھیل جاتے ہیں جو کہ قلبی کے برعکس ہوتا ہے۔

یہ حالت ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ طبیعی اشخاص (normals) میں بھی یہ تقریباً اسی قدر عام ہے جتنی کہ بوڑھے روماتزمی مریضوں میں اور عضلہ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) والے مریضوں میں۔

اس حالت کا نتیجہ خاصہ یہ ہے کہ اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ اس کا حل چند سیکنڈ کے لیکر دو ہفتہ کے درمیان کسی عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ قلب تیز اور باقاعدہ ہوتا ہے، اور مریض کی وضع (posture) سے متاثر نہیں ہوتا۔ یہ امر اسے سرعت القلب کی دوسری قسموں سے ممتاز کرنے میں مدد دیتا ہے۔ اصوات قلب ایک ٹیک (tic-tac) نوعیت کے ہوتے ہیں، اور اگر کچھ تحریر است (murmurs) موجود نہ ہے ہوں تو وہ غائب ہو جاتے ہیں۔ نبض منتظم ہوتی ہے۔ دورے کا خاتمہ اسی قدر آہستہ ہوتا ہے جتنا کہ اس کا آغاز، اور نبض پہلے پہل غیر طبیعی طور پر مستحکم ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اپنا طبیعی توائزن دوبارہ حاصل کرنے سے پہلے مستزاد انکماشات

ظاہر کرے۔

علامات - اگر طے قلیل المدت ہیں، اور خامسہ اگر مریض اُن کا مادی بھگیا ہے تو ممکن ہے کہ کوئی علامات پیدا نہ ہوں۔ اگر وہ کچھ عرصہ تک جاری رہتے ہیں تو عموماً تخفیف (distress) ہوتی ہے۔ سینہ میں پھڑپھڑاہٹ (fluttering) کی شکایت ہوتی ہے، اور گردن میں ضربان (beating) کی۔ مزید علامات قلب کی برآمد (output) کی تقلیل (دقیقہ حجم) کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو ایک امابیت میں ثابت ہوتی کیلندی عضلی (exhaustion) اور جوارح کی بروقت موجود ہوتے ہیں، اور پسینہ آنے لگتا ہے۔ سوہضم کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں، یعنی رجحیت (flatulence) کثرت رین (salivation) متلی اور سقے۔ ممکن ہے کہ ذہنی (anginal) علامات بھی موجود ہوں، یعنی سینہ میں تنگی کا احساس اور سخت الققی قندو۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ قلبیعت فعل کی وجہ سے گراناہار ہو جائے (embarrassment of the heart) اور ایس طرح فشل القلب (cardiac failure) کے امارات پیدا ہو جائیں، جن کے ساتھ تسلیع قلب اور گردن کی جڑ کی وریدوں کا امتقان (engorgement) جگر کی کلانی اور آلیمیت عمومی آزیا وغیرہ پائے جاتے ہیں۔ دورہ موقوف ہوتے ہی یہ تمام علامتیں فی الفور ثابت ہو جاتی ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر حلا شدید ہو جائے تو مختلف جہتی خلل (exhaustion) باقی رہے۔

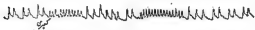
تشخیص - اس کا انحصار مریض کے براعیاط استعان پر ہوتا ہے، جسکے یہ دریافت کرنا بھی ضروری ہے کہ آیا ایسی ہی نوعیت کے دوسرے حملے پہلے بھی ہو چکے ہیں۔ بعض اوقات ان امابتوں کی تشخیص مشقوب حدی قود (perforated gastric ulcer) کے طور پر کی گئی ہے اور جراحی علیہ بھی کر دیا گیا ہے۔ نیز ماد اتساع قلب ("acute dilatation of the heart") کے طور پر بھی تشخیص کیا جاسکتا ہے۔

240

انذار - انذار کے خاص نکات یہ ہیں۔ (۱) عضلہ قلب کس مددکے استعان سے ہے، کیونکہ ممکن ہے حملے خالصتہ عصبی فعل کا نتیجہ ہوں اور عضلہ قلب خدرست ہو۔ (۲) حملوں کی شدت، اور خامسہ فشل القلب کے امارات۔ نوہر اشخاص میں ایک یا دوسرے سبب ہے ایک دو انفرادی حملوں کا ہوجانا غیر عام نہیں، اور یہ خود نہیں

جب عضلہ قلب تندرست ہو، بالخصوص اُن نوعمر اشخاص میں جن میں عادتاً (periodical attacks) ہوتے ہیں تو ایسی صورت میں زندگی کا طول باطل نہیں گشتا، اور ان حملوں

کے



شکل ۳۰۔ دوری سرعت القلب (paroxysmal tachycardia) کے ایک مریض سے لی ہوئی شریانی ترسیم۔ ذوقصر دورے دکھلائے گئے ہیں، جن میں سے ہر ایک تقریباً پانچ سیکنڈ جاری رہا۔ دوروں کے درمیان نبض غیر نظم ہے (بد اتباع لیوٹس)۔

نجات ملنے کا اچھا خاصا موقع ہوتا ہے۔ اگرچہ اکثر دورے زائل ہو جاتے ہیں تاہم ایک لمبے دورے میں ہلاکت واقع ہو گئی ہے۔ اگر طبیب کو کسی حد کے دوران میں مریض نے



شکل ۳۱۔ دوری سرعت القلب یقیناً ۳ میں کی نبض تباہل غیر معمولی ہے (جی۔ ایم۔ ایچ کیا مپیل)۔

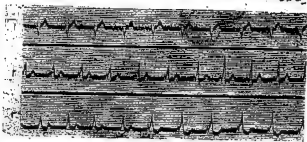
بلایا ہے تو مریض یا اس کے دوستوں کو یہ یقین دلانا تقریباً یقینی طور پر صبح ہوگا کہ وہ اس

مقصود دورے سے بے ثباتی یا بے ہوا ہونے کا۔

علاج - احتیاط کے ساتھ سوال کرنے سے بعض اوقات حلوں کا واضح سبب معلوم ہو جاتا ہے، جیسے کہ تیز کافی (coffee)، کثرت سے تبا کو نوشی، شراب، جذبہ (emotion)، سمرایت جیسے کہ مادی کلام، ناگہانی بارشنا۔ ان سب سے پرہیز چاہئے۔ لیوٹس (Lewis) بیان کرتا ہے کہ سوکراٹھنے سے پہلے ایک آٹمک بند (abdominal binder) لگا کر اسے دن بھر پہنے رہنا چاہئے، کیونکہ اسے مارنے سے حلے رکے رہتے ہیں بعض اوقات ڈیجیٹالس (digitalis) یا کوئینی ڈین (quinidine) کا ایک پورا نصاب (full course) مفید ہوتا ہے۔ بہت سے طریقے ایسے ہیں جن سے خود ملے ہی بند کر دیے گئے ہیں، جیسے کہ ایک خاص حیثیت (attitude)، اختیار کرنا، مثلاً سر کو گھٹنوں کے درمیان رکھ کر جھکنا، ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل رہنا، یا ترکیبی حرکتی وضع میں ٹھہرے رہنا یا چمت (supine) لیٹنا۔ قے کرنا، ریخت دور کرنا، پیش قلب (præcordium) پر برف یا شکم کے گرد ایک تنگ بندش لگانا، گردن میں اعصاب تاہیہ (vagi) کو دبانا، ڈیجیٹالین (digitalin) یا اسٹروپنٹین (strophanthin) کا ویدی اثر آ کرنا، گہرے شہیق اور زخیر قیلہ قیلہ کر کے تنفسی کشش کرنا، یہ سب حلوں کو روک دینے میں کامیاب ہوئے ہیں۔ بعض اوقات مریض خود اپنے لئے کوئی ایسی چیز دریافت کر لیتے ہیں جس سے وہ حلے کو بالارادہ روک سکتے ہیں۔ کوئینی ڈین (quinidine) ممکن ہے کامیاب ثابت ہو، اور ۱۲ گرام سے شروع کی جاتی ہے، اور دو گھنٹہ کے بعد دو گرام دے کر پھر تین تین گھنٹوں کے وقفہ سے پانچ خدائیں دی جاتی ہیں ڈیجیٹالس (digitalis)، ایگل اسٹن (Eggleston) کے طریقہ سے آزمائی جاسکتی ہے، مینا کے آفینی ریشکی انقباض کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

فیل حلوں کے دوران میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو یہ آرام رکھنا چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو انیون کے مرکبات (opiates) کے ذریعہ سے نیند پیدا کر دی جائے۔ قریب البقرع فیل قلب کے امراض کے لئے مناسب علاج کی ضرورت ہوگی اقتصاد (venesection) مفید ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی علیہ ضروری ہو تو حلوں کی سرکشت ایک عمومی معدیم جنس (general anæsthetic) کے استعمال کو علاج از حیث

نہیں کرتی۔



شکل ۲۲۔ کرہی توازن (nodal rhythm)۔ ق سوچیں (ف)۔ بلینی (ف)۔
(ventricular complexes) سے بہت قریب ہیں۔ یہ بعض برقی قعات ہیں
میں (inverted) برقی ہیں۔ (پے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا تبدیل)۔

اذینی رفرقہ (پھڑپھڑاہٹ)

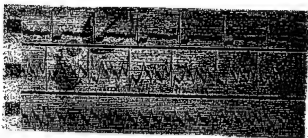
(auricular flutter)

یہ نام سرعت القلب کی اس شکل کو دیا گیا ہے، جس میں اذین نہایت جلد جلد
ہوتا ہے، یعنی مختلف مثالوں میں ۲۲۰ سے لیکر ۳۵۰ بار تک، لیکن بلین مونا اس سے
آدھے یا چوتھائی تواتر کے ساتھ ضرب لگاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ کسی مذہک اذینی
بلینی مسدودی قلب قائم ہو جاتی ہے۔ صرف ہر دوسرے، تیسرے یا چوتھے اذینی
انتقاض کا ایصال بلین تک ہوتا ہے۔ کبھی کبھی بعض تھلیل عرووں کے لئے قلبی مسدودی
موجود نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بلینی شرح بھی فی منٹ ۲۲۰ ہو جاتی ہے، اور
تفریق عیناً غشی کی حالت میں ہوتا ہے۔ لیکن ۲ کے چھپے، والی قلبی مسدودی کی صورت
میں بعض گوی کی شرح تقریباً ۱۶۰ کے اندر نہیں ہوتی، چنانچہ یہ اسٹافے بعض مثالوں کے
اگر شرح نہیں کہتے اور ہوتا تو اذینی پھڑپھڑاہٹ کو فارغ از بحث سمجھا جا سکتا ہے۔

اس کے برعکس اگر طبیعی شرح اذینی شرح سے صرف چوتھائی ہے تو یہ صاف واضح ہے کہ مضی جو فی منٹ صرف ستر یا اسی ہے، سرعت القلب کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں پیدا کریگی۔ تاہم ایک پست ارتفاع کی آواز جو فی منٹ ۳۰۰ کی تہے رکھتی ہے، سستی جا چکی ہے (62)۔ ایسی حالت میں مرض، جو صرف اذینوں کی سرعت القلب ہے، محض وریڈیٹس کی ترسیم سے شناخت میں آسکتا ہے، یا برقی قلب نگارش سے، جس میں ہر طبیعی ضرب (R = R) کے پیچھے اذینی ضربات (P = P) دو یا چار ہونگے لیکن یہ باقاعدگی حیث نہیں قائم رہتی، اور ممکن ہے کہ غیر نظم مضی واقع ہونے لگیں۔ یہ سرعت القلب دقت شروع اور ختم ہوتی ہے، اور مریض کی وضع اور ورزش سے اسی طرح متاثر ہوتی ہے جس طرح کہ دوری سرعت القلب کی زیادہ عام شکلیں۔ لیکن یہ حالت طویل عرصوں تک جاری رہنے کا نسبت بہت زیادہ رجحان رکھتی ہے، اور کثیر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ عارضی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۳۳)۔ اگر مضی سریع ہے تو برقی قلب نگار کے نزدیک تشخیص کرنا مشکل ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں سہائی جوف (carotid sinus) پر مضبوط دباؤ ڈالکر قلب کو مست کیا جاسکتا ہے، جس سے موجوں کا سرعت سے عود کرنا ظاہر ہو جاتا ہے، جیسا کہ شکل ۳۴ کی تقوید ۲ اور ۳ میں ہے۔ ڈیجیٹائز کے زیر اثر لانے اور اس طرح قلب کو مست کرنے سے بھی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اذین کی پھر پھر اسٹ پرائف روماترزی مریض کی نسبت اس مریض میں زیادہ تواتر کے ساتھ ہوتی ہے جسے شریانی تصلب (arteriosclerosis) یا خون کے دباؤ کی زیادتی کی شکایت ہو۔

آمراضیات۔ اگر اذین میں سے ایک عضلی حلقہ کاٹ کر نکال لیا جائے اور اسے ایک نقطہ پر مستیج کیا جائے تو اس نقطہ سے انقباض کی دو موجیں شروع ہوتی ہیں جو مخالف سمتوں میں مساوی رفتار سے پکڑ لگاتی ہوئی حلقہ کی مخالف جانب پر پھر مل جاتی ہیں۔ چونکہ عضلہ ان کے ملنے کے وقت منقبض ہو رہا ہے لہذا وہ حالت کوئی (refractory) میں بھی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ موجیں ایک دوسرے کو عبور نہیں کر سکتیں اور نتائج جو باقی ہیں (Mines)۔ اذین کی طبی قلبی ضرب کے متعلق یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ اسی قسم کے ضربات کا تواتر (succession of beats) ہے، جو اذین کے گرد پکڑ لگا کر ایک دوسرے سے دوچار ہوتے ہیں اور وہاں نتائج جو جاتے ہیں۔

اب فرض کیجئے کہ اصلی ملکہ میں ایک ناگہانی ماضی سد وری (block) پیدا ہو جائے اور اس طرح موج صرف ایک ہی سمت میں چکر لگائے، تو ایسی صورت میں وہ اسی سمت میں بار بار چکر لگاتی رہے گی کیونکہ اب مخالف سمت میں کوئی موج نہیں رہی ہے جو مضلہ کو گریزی بنا کر اسے روک دے۔ اس کے چکر لگانے کا سلسلہ لاتنا ہی طور پر جاری رہے گا۔ اذین کی پھر پڑا ہٹ میں صورت حال ایسی ہی ہوتی ہے، موج اذینی مضلہ کے گرد چکر لگاتی رہتی ہے اور برقی قلب بھاراش کی ف موج ایک ایسے ٹکڑے سے متاثر ہوتی ہے (تھروٹ)۔ جب یہ موج تحریک چکر لگاتی ہے تو یہ شاخیں (offshoots) نکالتی باقی ہے جو سارے



شکل ۳۳۔ تھروٹالیمیائی ٹوٹر (oxophthalmic goitre) کی اس بات سے حاصل شدہ اذینی پھر پڑا ہٹ (auricular flutter)۔ اذین کی شرح فی منٹ ۳۲۰ ہے اور ۸۰ ضربات کی شکم نبض کے ساتھ ۱۵۳ سد وری موجود ہے۔ عموماً تقوید میں پھر پڑا ہٹ واضح نہیں ہے۔ (بجے - ای۱) ایچ کیا مبیبل)

اذینی مضلہ میں چسپکر انقباض پیدا کر دیتے اور ٹیلیٹول کو متہیج کر دیتے ہیں۔ تاہم کب قدر اذینی بطینی سد وری (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین صرف ہر دہری، تیسری یا چوتھی اذینی ضرب کی جمعیبیت ظاہر کرتے ہیں۔ علاج۔ پایا گیا ہے کہ ڈیجیٹالس (digitalis) ان اماتوں میں مفید اثر

رکتا ہے جن میں شرح نبض ۱۲۰ تا ۱۷۰ اور اذینی ضرب کی شرح اس سے ڈگنی ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دو اس مزاحمت کو زیادہ کر دیتی ہے جو کہ صدمات کو اذینی بطینی بندل کی راہ سے گزرنے میں پیش آتی ہے۔ اور اس طرح بطینی شرح گھٹ جاتی اور نبض مست ہو جاتی ہے۔ بہت سی امایاتوں میں ڈیجیٹالس، اذین کے منتظم گو سرچے انقباض کو دیرم دیرم کر دیتا اور اس طرح اذین کا ریشکی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ اب اگر ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جائے تو ممکن ہے کہ قلب اذینی پھر پھر اسٹ کی طرف رجوع کرنے کی بجائے اپنا بطینی فعل اختیار کر لے۔ اس کے بدل کے طور پر (alternatively) کیوئیڈین (quinidine) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، یا تو اولاً پھر پھر اسٹ کو روکنے کے لئے یا اس ریشکی انقباض (fibrillation) کو روکنے کے لئے جو ڈیجیٹالس کے علاج سے پیدا ہو گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔

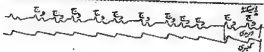
اذین کا ریشکی انقباض

(auricular fibrillation)

اس حالت کی اہمیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ کسی شفا خانہ عام میں جو مریض فسل قلب کے لئے داخل کئے جاتے ہیں ان میں سے نصف سے زائد ایسے ہوتے ہیں جو اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کا ایک کثیر الوقوع پیشروہ مادہ روماتزم ہے، اور سرسری طور پر کہا جاسکتا ہے کہ شفا خانہ میں اذینی ریشکی انقباض کی جتنی امایاتیں ملتی ہیں ان سب میں سے نصف ایسی ہوتی ہیں جو مطرائی فست (mitral stenosis) کی ہوتی ہیں۔ روماتزمی گردہ بھی مزاحمت میں چنداں کثیر الوقوع نہیں، کیونکہ مادہ روماتزم نسبت کم عام ہے۔ دوسرے اسباب تصلب شریان (arteriosclerosis)، کوئلر (goitre)، بشمول بیش درقیت (hyperthyroidism) ہیں اور چند امایاتوں میں مریض بظاہر طبیعی حالت میں ہوتا ہے لہذا یہ کہ اسے ریشکی انقباض ہوتا ہے۔ اذینی ریشکی انقباض جب ایک مرتبہ ہو یا نہ ہو جاتا ہے تو پھر وہ عموماً مریض کی بقیہ زندگی بھر قائم رہتا ہے۔ تاہم ریشکی انقباض دونوں کی طرف میں بھی واقع ہوتا ہے اور چند سیکنڈ سے یکراں ایک یا دو جیسے جاری رہتا ہے۔ ایسے مریضوں

کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ ۴۵ فیصدی شریانی تصلب والے تھے، ۲۵ فیصدی روماتزمی تھے، ۱۵ فیصدی کو ذرقیہ کا مرض تھا، اور ۱۵ فیصدی یا تو طبی تھے یا تبا کو ۱۰ تکملہ فیروزے یا مریت نے منہموم لیکن مریت غالباً ابتدائی اقسام کے بہت سے مریضوں میں موجود تھی (۹)۔

امراضیات - انسانی موضوع میں اذینی ریشکی انتباض ابتدائے وقت میں راتھ برگر (Rothberger) اور وینٹر برگ (Winterburg) نے جداگانہ طور پر، اور پھر اس ملک میں لیوٹس (Lewis) نے بیان کیا۔ سریریاتی حالت ابتدائی ترین زمانہ سے معلوم تھی، اور اس میں نبض کو دائمی غیر منظم نبض (pulsus irregularis perpetuus)



شکل ۲۴ - ایک کثیر بخاری ترقیم ایک ایسے مریض سے جس میں قلب کی کامل بے نظم تھی۔ بطین کے ہر انکماش کے ساتھ بالائی یا دریدی غصی میں ج (c) اور و (v) موجیں ہوتی ہیں۔ معمولی انکماش موج و (a) باطل غائب ہوتی ہے۔ و (a) کی غیر موجودگی اور بے نظمی کی موجودگی اذین کے ریشکی انتباض (fibrillation) سے منسوب کی جاتی ہے۔ (بدر انتباض لیوٹس)۔

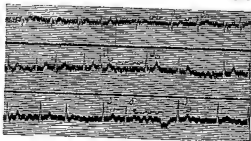
کہتے تھے۔ میکینزی (Mackenzie) نے مشاہدہ کیا کہ وراجی تریسٹو (jugular tracings) میں موج و (a) غائب تھی اور اُس نے سب سے پہلے اسے شلل اذین کا نتیجہ سمجھا۔ اس سریریاتی حالت کی حقیقی نوعیت اُس وقت پہچانی گئی جبکہ مریضوں کی برقی قلب بخار شری (electrocardiograms) اور وراجی نبض کی تریسٹو (jugular pulse tracings) کا مقابلہ ان گتوں سے لی ہوئی تریسٹو سے کیا گیا جنہیں فراوی زو سے پہنچ کے ذریعہ اذین کے ریشوں میں انتباض (fibrillation) پیدا کیا گیا تھا۔ لیوٹس اور اُس کے رفقاء کے کارہ کے نام تجربات نے اس حالت کی امراضیات (pathology) پر مزید روشنی

ڈالی ہے۔ یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ آؤرینی پیمپر میٹرا اسٹ ایک موج انقباض کے باعث ہوتی ہے جو آؤرین کے گرد اگر بار بار چکر لگاتی ہے۔ ریشکوں کا انقباض بھی ایک چکر لگانے والی موج کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۲۰ گزروں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبت چھوٹا ہوتا ہے موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور آؤرینی دیوار پر اس کی شاخیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اس قدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ آؤرینی عضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جزو گریزی حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ بعض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصال مسدوم کی قابلیت رکھتے ہیں، اور یا اسوقت جبکہ چکر لگانے والی موج پیمرواپس آتی ہے بدل جاتے ہیں، اور اس طرح انقباض کے راستے میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ آؤرینی بطینی گرو (A. V. node) میں بھی بقیہ عضلہ کی طرح بے قاعدہ تحریکات آتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ کسیدر آؤرینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، لہذا بطین ہر مسدومہ کی ہمیتیت نہیں ظاہر کرتا۔ لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی اصابت میں بطین کی شرح سرچ اور غیر منظم ہوتی ہے۔

تشخیص۔ آؤرین کے ریشکی انقباض کی شناخت بیشتر اصابتوں میں مقابلتہ آسان ہوتی ہے۔ ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالبہ ازن کی کافی غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں۔ ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منظم ہوتے ہیں۔ اگر ایک کوئی ترمسیم اس بے نظم کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئے گا کہ ایک طویل تروند کے اختتام پر بھائے اس قوی ضرب کے جس کی توقع ہو سکتی ہے ایک نسبت کمزور ضرب ہوتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ماخذ ہوشکل ۳۲)۔

اسوقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضرب قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ قدرتی ہوتا ہے سنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سراسر ناکام رہتے ہیں۔ مطرانی شیت کی اصابتوں میں

حقیقی اُذینی انکماش (auriculo-systolic murmur) کہی نہیں ہوتی، کیونکہ اُذین نے ضرب لگانا موقوف کر دیا ہوتا ہے۔ اگر غریب کہی سنائی بھی دے، تو وہ ہمیشہ ابتدائی انبساطی یا وسط انبساطی (mid-diastolic) ہوگی۔ بعض اوقات وہ پہلی ہر پیش انکماش (presystolic) ہوتی ہے، لیکن یہ ایسی صرف اسی وجہ سے ہوتی ہے کہ قلب بعض اوقات انبساطی غریب کے ختم ہونے سے پہلے ہی منقبض ہو جاتا ہے۔ جب تعداد کافی طویل ہو کہ وسط انبساطی غریب پورے طور پر ختم ہو جائے، تو حقیقی اُذینی انکماش غریب کہی نہیں سنائی دیتی۔



شکل ۳۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی برقی قلب مجکاش کیلینی ل (R) اور (T) موجیں نہایت بیقاعدگی کے ساتھ واقع ہیں، اور اُذینی ف موجیں (P-waves) غیر موجود ہیں، لیکن اُن کی جگہ کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی موجیں (F) لے لی ہے، جو عمومی میں منتشر ہیں۔ (بدر اقباع رسیل ویلس (Russel Wells)۔)

جب قلب بے قاعدگی کے ساتھ، اور ایسی شرح سے ضرب لگاتا ہو کہ جو فی منٹ ۲۰ سے زائد ہو، تو یقیناً یہ اُذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی علامت ہے۔ لیکن جب قلب سستی کے ساتھ، یا یوں کہنے کے ۱۰۰ سے کم بار ضرب لگاتا ہو، اور اُس کی بیقاعدگی بھی چنداں زیادہ نہ ہو تو شناخت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ تاہم ایک مزید یقینی علامت یہ ہے:۔ مریض سے کسی ہلکی قسم کی ورزش کے لئے ایسے کہ

اور پیچھے جھکنے، یا بستر میں ایک دو بار اٹھ کر بیٹھنے اور پھر لیٹنے کو کہا جاتا ہے۔ اگر اذیتی ریشکی انقباض موجود ہے تو اس ورزش سے قلب اور بھی زیادہ غیر منظم ہو جائے گا۔ دوسری اصابتوں، مثلاً ستر اور انجکشنات یا قلبی سہولتی میں ورزش کرنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض زیادہ باقاعدہ اور منظم ہو جاتی ہے۔

انذار۔ اذیتی ریشکی انقباض ایک خطرناک حالت ہے۔ کس سال سے زائد زندہ رہنے والے مریض زیادہ نہیں ہوتے۔ فوری انذار کا بیشتر انحصار شرح نبض کو ۹۰ سے نیچے رکھنے کی قابلیت پر ہے، جو ایک امید افزا امارت ہے، اور وہی علاج کا بڑا مقصد بھی ہے۔ قلب جتنا بڑا ہوگا انذار اتنا ہی خراب ہوگا۔ اس کے برعکس جب املاکی قفل ہو تو ریشکی انقباض والی اصابتوں میں بمقابلہ ان اصابتوں کے کہ جن میں ریشکی انقباض نہیں ہوتا ماضی صحت یابی ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے (20)۔ کیونٹی ڈین، تقریباً ۵ فیصدی اصابتوں میں، اکثر اوقات صرف عارضی طور پر تشنجش ثابت ہوتی ہے۔ علاج۔ امراض قلب میں ڈیجیٹالس (digitalis) کو جو بڑی شہرت اور ناموری حاصل ہے اس کا وار و وار خاص کر اسی امر پر ہے کہ وہ اس حالت کے علاج میں کامیاب ثابت ہوتی ہے۔

سب سے پہلے ۱۷۵۷ء میں بزرگہم کے ایک طبیب ولیم ووڈریج (William Withering) نے طب کو ڈیجیٹالس سے روشناس کیا۔ اس نے استسقا کے کامیاب علاج کا ایک خاندانی نسخہ مل کیا، جو شراب شائوکی ایک ضعیف نے عرصہ دراز تک میٹروائز میں رکھا تھا اور جس سے اس نے اُن مریضوں کو اچھا کر دیا تھا جن کے علاج میں نسبت زیادہ باقاعدہ المیاد مایوز رکھے تھے۔ اس دوا میں بیس بازائڈ منقٹ بونیاں تھیں لیکن ووڈریج نے اُن میں سے کف الثلب (fox-glove) کو بحیثیت ایک فعال جزو کے منتخب کر لیا۔ اس کی کتاب میں ۱۶۳ مریضوں کا حال درج ہے، لیکن وہ استسقا کے غائب ہو جانے اور متاظر ارادر پر نسبت اس اثر کے جو قلب پر ہوتا ہے، زیادہ توجہ دیتا ہے، اگرچہ چند مریضوں میں قلب پر کے اثر کا بطور خاص تذکرہ کیا گیا ہے۔ تاہم وہ مندرجہ ذیل نوٹ کرتا ہے: ”قلب کی حرکت پر اسے اس درجہ کا اقتدار حاصل ہے جو اب تک کسی دوسری دوا میں مشاہدہ میں نہیں آیا۔“

اگر نبض ۱۰۰ سے زائد ہو تو مریض کو بستریں رکھ کر اس کا علاج سفوف ڈیجیٹالس (poly. digitalis) آؤ پلے آگرین جو کہ معیاری سفید (tincture) کے ۱۰-۱۵ قطرہات کے برابر ہوتا ہے، دن میں تین یا چار مرتبہ دے کر کرنا چاہئے یا تازہ نمیناء (infusion) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اگر نبض کی رفتار میں کمی نہ ہو تو اس کی مقدار خوراک کو بڑھایا جاتا ہے، یہاں تک کہ ڈیجیٹالس کے عم کے واضح علامات ظاہر ہونا شروع ہوں۔ وہ علامات یہ ہیں:-
متلی، تھکے، اسہال، اور دوسرے اسہال ان علامات کو دور کرنے کے لئے مقدار خوراک کو کافی کھٹا دینا چاہئے، اور اسے مطلوبہ اثر حاصل ہونے تک جاری رکھنے دینا چاہئے۔

حادثہ نہایت خطرناک امیلتوں میں اسٹروپنٹھین (strophanthin)؛
گرین، لمبی ملح (normal saline) میں ملا کر دروں وریڈی طور پر دیکھتے ہیں، اور یہ مقدار مکرر دیا جاسکتی ہے۔ اسے تحت اہلادی یا دروں عضلی راہ سے بھی دیکھتے ہیں۔ دروں وریڈی اسٹروپنٹھین چنداں غالی از خطر نہیں، کیونکہ مفید ترین علاجی اثر حاصل کرنے کے لئے دوا کی جو مقدار ضروری ہوتی ہے وہ زہریلی مقدار خوراک کے قریب ہوتی ہے۔ زیادہ دیر تک پڑا رہنے پر اس کی قوت تاثیر میں کمی ہو جاتی ہے۔ اونی ریشکی انقباض کی حادثہ امیلتوں کے علاج کا ایک زیادہ غالی از خطر طریقہ ایگلستون (Eggleston) کا ہے، جس نے بتلایا ہے کہ جب ایک سوچا اور کامل اثر پیدا کرنا ضروری ہو تو اونی ریشکی انقباض اور قتل القلب والے مریضوں میں ڈیجیٹالس کی ان مقداروں کی نسبت جو عموماً استعمال کی جاتی ہیں، بہت زیادہ بڑی خوراکیں براہ دہن دیا جاسکتی ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ ڈیجیٹالس کی ایک معقول طور پر معیاری نانی ہوئی تیجیز (standardized preparation) استعمال کی جائے۔ امریکہ میں ڈیجیٹالس کے علاج کی اکائی (unit for digitalis therapy) ”گرہہ اکائی“ (cat unit) یعنی ڈیجیٹالس (کے سفوف کئے ہوئے پتوں کی ملی گراموں میں ظاہر کی ہوئی) وہ اقل مقدار جو دروں وریڈی اثر اسب کرنے پر پتے کے لئے چمک ثابت ہو۔ اس ملک میں ڈیجیٹالس کی بیشتر عمدہ تیجیزوں کی ”گرہہ اکائی“ سفوف کردہ پتوں کے ۱۰۰ ملی گرام کے برابر ہوتی ہے۔ ان حالات میں ڈیجیٹالس کی وہ مجموعی مقدار جو ایک مریض کو دیا جاتی ہے ذیل کے ضابطہ میں دی گئی ہے:-
سفید ڈیجیٹالس کے کعب سنٹی میٹروں کی تعداد ۰.۱۵ x جسم کا وزن

رطلوں میں -

سفوف کردہ پتوں کے گراموں کی تعداد = $x \cdot 3.15$ جسم کا وزن رطلوں میں۔
 مریض کے جسم کے طبی وزن سے کام لینا چاہئے، اور اس کی تخمین مریض کے حقیقی وزن سے
 کرنے میں کسی اویما کا جو موجود ہو لحاظ رکھنا چاہئے۔ جسمانی طول پر سے قیاس کردہ وزن
 کام میں لایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472)۔ آخر الذکر کی پیمائش تحت الارض (vertex)
 اور عظم الورک کے مہیابت (ischial tuberosities) کے درمیان اُسوقت کرنا چاہئے
 جبکہ مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو۔ شاید زیادہ عالی از خطرہ یہی ہے کہ اندازہ کردہ مقدار کا پتہ ہی
 کام میں لایا جائے۔ یہ تخمین کرنے پر ایک بالغ کے لئے عموماً مہنیہ کی ۳ ڈرام پائی جاتی ہے۔
 بہترین یہ ہے کہ یہ تین یا چار خوراکیوں میں چھ چھ گھنٹوں کے فاصلہ سے دی جائے، اس طرح
 ہر کہ مجموعی مقدار کے نصف سے شروع کیا جائے، پھر ۱/۲، پھر ۱/۲، پھر ۱/۲ - شرح نبض
 کم کرنے میں اعظم اثر ایک دو گھنٹے میں اس طرح حاصل کیا جاسکتا ہے کہ ڈیجیٹالس کے پتوں
 سے ایک فاصلے تک کو سائید ڈگاکسن (glucoside digoxin) کا دواؤں ویدی اثر
 کیا جائے، خوراک ۵۰ ملی گرام اردہ ۵۰ ملی گرام کے درمیان، جس کے انکلی محلول کو آگنا
 مالچ کے ساتھ چکائی جاتا ہے۔ نیچوں سے ڈیجیٹالینیم ویم (digitalinum verum)
 کا بھی اثر لایا جاسکتا ہے، خوراک ۵۰ ملی گرام جو کہ ۵۰ ملی گرام ڈگاکسن (digoxin)
 اور مہیاری مہنیہ کے ۵۰ قطرات کے معادل ہوتی ہے۔ ڈگاکسن براہ ذہن بھی فعال ہوتی
 ہے۔ دونوں زیر بلدی باتوں کے لئے غرائش آور ثابت ہوتے ہیں (60)۔

ڈیجیٹالس علاج کا مقصد یہ ہے کہ جب مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو تو اس کی نبض
 ۸۰ اور ۹۰ کے درمیان رہے۔ جب یہ مقصد حاصل ہو جائے تو مریض اُٹھ سکتا ہے اور
 پھر یہ مقدار بتدریج گھٹا دیا جاتی ہے اور پھر عموماً یہ دیکھا جائے گا کہ نبض اب بھی مستعد رہتی ہے
 اس کے لئے جو اقل مقدار ضروری ہے اس کا تعین کر لیا جاتا ہے، اور مریض کو اس مقدار
 کو اپنی باقی زندگی بھر لیتے رہنا چاہئے۔ لیکن اگر ڈیجیٹالس کے علاج کے باوجود شرح نبض
 بدستور بلند رہے تو اس قسم کی دوا سے اس سے زیادہ نہیں کیا جاسکتا، دوا سے
 مقتضیات (indications) یہ ہیں کہ بے انتہا محنت سے احتراز کیا جائے، مزاحمت
 مسلسل اور قبض سے بچا جائے، اور حتی الامکان تندرست رہا جائے۔ مجموعی معیار جس

(general anaesthetics) صرف اُسی وقت دینے چاہئیں جبکہ ایک علیہ سے رنیں کی زندگی بہت زیادہ بڑھائی جاسکے، یعنی جب علیہ علائقہ ناگزیر ہو۔

قلب کو مست کر دینے میں ڈیجیٹالس کا فعل قلبی سدودی پیدا ہو جانیکے باعث ہوتا ہے، جو اس درجہ کی ہوتی ہے کہ اُن کثیر تعداد خدمات کو روکنے کے لئے کافی ہوتی ہے جو اذینوں سے پیدا ہو کر بطنیں پرورش کر دیتے ہیں۔ یہ قلبی سدودی غالباً عضلہ قلب پر راست فعل کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً اذینی بطنی ہنڈل (auriculo-ventricular bundle) میں کسی مقام پر یا اذینی بطنی گروہ (A. V. node) پر ہوتا ہے۔ تندرست

قلوب میں ڈیجیٹالس کا فعل عصبِ تاہیب کا اعتناع (vagal inhibition) پیدا ہو کر ہوتا ہے۔ جب ڈیجیٹالس کا استعمال مدے راہ جاری رکھا جائے تو ممکن ہے کہ تسم کی دوسری ملاستوں کے علاوہ ڈیجیٹالس کی مزوجیت (digitalis coupling) واقع ہو جائے (شکل ۳۶)۔ نبض مست ہو جاتی ہے، اور قلب قیادلاقوت کے ساتھ اور کمزوری کے ساتھ ضرب لگاتا ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو ڈیجیٹالس کو مداریضی طور پر عطف کر دینا چاہئے۔ یہ خطرے کی امارت ہے۔

۱۹۱۵ء میں فرے (Frey) اذین کے روشنی انعقب (auricular fibrillation) کے علاج کے لئے دنیا کے طب کو کیوینیدین (quinidine) سے روشناس کیا۔ یہ اذینی عضلہ پر دو طریقوں سے عمل کرتی ہے۔ (۱) یہ گری عرصہ (refractory period) کو طویل بنا دیتی ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اذین کے روشنی انعقب میں اذین کے گرد ایک تیز سرخی حرکت ہوتی ہے، اور مزید براں یہ موج تقریباً پورے دور میں پھیل جاتی ہے، اس طرح کہ بڑھتی ہوئی موج کے سر اور اس کی بھاگتی ہوئی ڈم کے درمیان صرف ایک چھوٹا فصل حرکت عضلہ کا رہ جاتا ہے۔ جب گری عرصہ زیادہ ہو جاتا ہے تو اس چھوٹے فصل میں کا عضلہ تحریک ناپذیر ہو جاتا ہے اور وہ حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ (۲) کیوینیدین اذین کی قوت ایصال کو کم کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ موج نسبت سے رفتاری سے سفر کرتی ہے۔ یہ فعل سابق الذکر فعل کے خلاف ہے اور موج کا استمرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، کیونکہ تحریک پر یہ عضلہ کا فصل زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیوینیدین کے اثر کا انحصار اس پر ہے کہ ان دونوں افعال میں سے کون سا فعل زیادہ قوی ہے۔ اگر

پہلا فعل قوی کچھ تو ازنی ریشکی انقباض موقوف ہو جائے گا، اور قلب اپنا طبعی توازن بحال کر لے گا۔ ایسا تقریباً نصف امواتوں میں ہوتا ہے۔ بقیہ نصف میں یہ دوا بیکار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ دوسرے فعل کے غالب رہنے کی وجہ سے ہو۔

کیونیدین کا علاج کرنے سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو بستر میں رکھ کر ڈیجیٹالس کے علاج کا ایک ابتدائی نصاب دیا جائے اور بطبعی شرح کو ۷۰ اور ۸۰ کے درمیان گھٹا کر رکھی جائے۔ اگر اس سے مریض میں کوئی اصلح نہ پائی جائے تو یہ اموات کیونیدین کے لئے ناموزوں ہے، کیونکہ مریض کی اصلی حالت کا



شکل ۱۵۴۔ ڈیجیٹالس مزوجیت (digitalis coupling)۔

(جے۔ ایم۔ ایچ کیا مہیل)۔

سبب کوئی غیر طبعی توازن نہیں ہے بلکہ زیادہ تر خود قلب میں نقائص ہیں۔ ازنی ریشکی انقباض کی وہ امواتیں بھی کیونیدین کے علاج کے لئے چنداں موزوں نہیں، جن میں ڈیجیٹالس دے بغیر ہی بطبعی شرح سے ہو۔ کاذب سداویت (embolism) کی سرگذشت بھی کیونیدین کے استعمال میں مانع آتی ہے، کیونکہ اگر اذین میں ایک علقہ (thrombus) موجود ہے تو اس وقت جبکہ اذین پھر طبعی طریقہ سے ضرب لگا نا شروع کرے، ممکن ہے وہ آزاد ہو کر سداویت پیدا کر دے۔

اگر کیونیدین سے علاج کرنے کا فیصلہ کر لیا گیا ہے تو ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جائے گا

اور دوسرے دن کیونین سلفیٹ کے ۰.۲ گرام کی ایک ابتدائی خوراک براہِ دہن دی جاتی ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ اس دوا کے خلاف کوئی خاص مزاجی خصوصیت (idiosyncrasy) تو موجود نہیں ہے۔ پھر یہ جیلاتین کے کیسوں کے اندر ۰.۲ گرام کی خوراکوں میں دی جاتی ہے، پہلے تو دن میں ایک بار، پھر روزانہ دوبار، اور پھر دن بھر میں تین یا چار بار بغض کی شرح اور اس کے نظم پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھی جاتی ہے، اور دوا کے اثر کی مزید توسیع برقی قلب نگارشوں کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ طبیعتی شرح ابتدائی دوا ہو جاتی ہے لیکن آئینی شرح کم ہوتی ہے کبھی کبھی کیونین سے تشری (urticaria) درد منہ دوران سر، اختلالاتِ بصری، سسلی، تھے اور ارتقاعِ پیش پیدا ہو جاتے ہیں۔ اگر خلیل قلب کے امراض ظاہر ہوں تو اس دوا کو یقیناً موقوف کر دینا چاہئے۔ جب آئینی ریشکی انتقباض شروع ہو جائے تو چند ہفتوں تک کیونین کی تھوڑی تھوڑی خوراکیں (روزانہ ۰.۲ گرام) جاری رکھنا مناسب ہے۔ یہ مقدار بتدریج کم کر کے بالآخر اس دوا کو موقوف کر سکتے ہیں۔ بحسب (relapse) کا ہونا شاید نہیں اور اس کا علاج بھی اسی اصول پر کرنا چاہئے۔

قلب کا تھارن طبیعتی ہو جانے پر مریضوں کو عموماً زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے کیونین کو ڈیجیٹالس پر جو ریشکی انتقباض کو دفع نہیں کرتا، فوقیت حاصل ہے۔ دائمی اور توبی دونوں قسم کے آئینی ریشکی انتقباض میں کیونین دیا جاسکتی ہے۔ درقی تسمی ریشکی انتقباض (thyro-toxic fibrillation) کی امابتوں پر کیونین کا اچھا اثر سیوقت ہوتا ہے جبکہ بیشمار ریشیت (hyper-thyroidism) کا معقول علاج کیا جا چکا ہو۔ کیونین اور ڈیجیٹالس کو ساتھ ساتھ نہیں دینا چاہئے۔

نبض متبادل

(pulsus alternans)

قلب کی طبیعتی ضرب کی اس قسم میں چھوٹے اور بڑے ضربات نظم کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں، لیکن نبض دو توالی (pulsus bigeminus) یا مزدوج ضربات کے برعکس اس میں ایک چھوٹی ضرب کے بعد کا وقت اس سے بڑا ہوتا ہے کہ جتنا ایک بڑی ضرب کے بعد کا وقت شروع سے آخر تک وقفہ تقریباً ٹھیک طور پر یکساں ہوتے ہیں اگر

ایک چوٹی اور بڑی ضرب نبض کے درمیان کا فرق زیادہ نمایاں نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ انگلی سے شناخت میں نہ آئے اور اس حالت کو بتلانے کے لئے نبض نگار (sphygmograph) کی ضرورت پڑے۔ اگر فرق نمایاں ہے، یعنی اگر متبادل کمزور ضربات نہایت چھوٹے ہیں، تو ممکن ہے کہ انہیں انگلی محسوس نہ کرے، اور ایسی نبض غیر معمولی طور پر سست سمجھ لی جائے، یعنی وہ دراصل جتنی ہے اس سے نصف سست۔ ضغط النبض پیما (sphygmomanometer) سے خون کا دباؤ لینے سے بھی یہ حالت پہچانی جاسکتی ہے۔ دباؤ کے ایک خاص درجہ پر کمزور ضربات غائب (eliminated) ہو جاتے ہیں اور کلائی کی نبض بظاہر اپنی اصلی شرح سے نصف کم ہو جاتی ہے۔ نبض متبادل کی تشخیص برقی قلبی ریکارڈ (electro-cardiogram) کے ذریعہ چنداں آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ لیکن صفحہ 240 پر کی شکل ۳۱، تقوید ۲ میں وہ موجود ہے، نیا کول۔م بولت (R. S. excursion) کی متبادل تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔

یہ غیر طبعی حالت یقیناً عضلہ قلب کی ناقص انقباض پذیری (contractility) یا خستگی (exhaustion) کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ورزش سے بڑھ جاتی یا نمایاں جاتی ہے۔ لیکن سہہ کہ یہ عارضی ہوا اور غائب ہو جائے۔ لیکن اگر مسلسل ورزش اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ قوت انقباض پذیری (contractile power) کے نقص کا سبب بے قیامت یا دائمی (persistent) ہے، مثلاً عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration)۔ تجربہ نگار کہتا ہے کہ اس کی شدید امیائیں (pronounced cases) شاذ ہی دو سال سے زائد تک موجود رہتی ہیں، اور ناگہانی طور پر موت کا وقوع شاذ نہیں۔ انذار آہستہ اور بھی خواب تو ہوتا ہے جبکہ متبادل نبض بطی (slow pulse) کے ساتھ دیکھا جائے۔ اگر یہ حالت محض آہستہ طور پر ہو جبکہ قلب سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہو تو انذار چنداں خواب نہیں ہوتا۔

علاج۔ قلب کی قوت کو محفوظ رکھنے کے لئے اسے سکون و آرام دینا چاہئے۔ ڈیجیٹالس ان امیائوں میں مفید پایا گیا ہے جن میں نبض تیز ہو، بالخصوص جبکہ آؤریا کلائی موجود ہو۔ اس کے استعمال سے نبض بطی ہو کر متبادل رہ جاتا ہے۔

قلیل الوقوع فعل

(بطء القلب = bradycardia)

اگر یہ نبض کمیری اور قلب کا طبعی تواتر اکثر ستر فی منٹ سمجھا جاتا ہے، تاہم ساتھ فی منٹ کی نبض باطل نام ہے۔ میض اشتیاس میں پچاس کی نبض طبعی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ان بلی نبض (slow pulsed)، اشتیاس میں آدمی رات کے سرد گھنٹوں میں یا علی الصباح نبض کی شرح گھٹ کر اڑتالیس ہو جائے۔ ناقہ کشی (starvation) اور قلب تغذیہ (under nutrition) میں بھی نبض کی شرح سست پائی جاتی ہے اور بلاشبہ نبض کی یہ سستی تحول کی تخفیف کی وجہ سے ہے جو کہ واقع ہو جاتی ہے۔

اس حالت کے لئے امتحان کرتے وقت بلاشبہ قلب اور میض کبھی دو توں کا مشاہدہ کرنا ضروری ہے، کیونکہ کئی حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں ممکن قلب کی ضرب کلائی تک نہیں پہنچ سکتی، مثلاً نبض متبادل (pulsus alternans) یا نبض وتوامی (pulsus bigeminus)۔ اگر صرف نبض ہی دیکھی جائے تو بڑا القلب (bradycardia) کا شبہ ہوتا ہے، مگر کہ قلب طبعی شرح سے ضرب لگا رہا ہوتا ہے۔

بطء القلب کی بہت سی حالتیں محض تاخیر کیے میوان (vagal stimulation) کے باعث ہو سکتی ہیں، جو معکوس طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ وہ نبض بلی جو کہ غفلت اللہ (cerebral compression) 'یرقان'، انفلوئنزا اور دوسرے ماد امراض ساریہ کے بعد کی ترقیہیت (convalescence) سے ظہور میں آتی ہے اسی وجہ سے پیدا ہوتی

248

ہے۔ یہی الفاظ پورے قلب کی سست رفتاری کے متعلق کہے جا سکتے ہیں کہ جس سے بے ہوشی کا وہ خطرہ ہوتا ہے جس کا عام سبب جذبہ (emotion) یا دیگر تک کھڑا رہنا ہوتا ہے یا ممکن ہے کہ بے ہوشی کے وہ حملے پیدا ہوں جو ادلی مرض میں ہوتے ہیں۔

دوران نفس میں قلب کا متبادل آہستہ اور تیز ہونا (ارجونی عدم توازن sinus arrhythmia) بھی معصب تاخیر کے فعل کے سبب سے ہے نیز وہ کسی قدر غیر عام ایسی ہیئت عدلی ("phasic irregularity")، بھی جس میں نفس کے متعلق کچھ غیر

اور بلا کسی ظاہری سبب کے پورا قلب نوبی لمحہ پر رست پڑ جاتا ہے۔

ایک دوسری غیر عام حالت جو بطن القلب (bradycardia) پیدا کر دیتی ہے جو فی اذینی مسدودی (sino-auricular block) ہے، لیکن خود جوفی اذینی مسدودی کا عصب تائیہ کے ہیجان کے باعث ہونا ممکن ہے۔ طویل المدت بطن القلب کا ایک نامہ عام سبب اذینی بطینی مسدودی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ مسدودی کمال درجہ کی ہو۔

بطین کا ریشکی انقباض

(ventricular fibrillation)

برقی قلب نگار کی وسائیت سے ریشکی انقباض کا وقوع بطین میں اسی طرح ہوتا دیکھا گیا ہے کہ جس طرح اذین میں۔

بالعموم یہ موت سے فوراً پہلے دیکھا جاتا ہے، گو یہ ضروری نہیں ہے کہ یہ موت کا سبب ہو۔ لیکن جانوروں میں، اور شاید موشوں پر انسان میں بھی، یہ کچھ عرصہ کے بعد وقوع ہو کر شفا یابی واقع ہو گئی ہے۔ صعقہ (lightning stroke) میں موت کا سبب یہی معلوم ہوتا ہے، اور بعضوں کا یقین ہے کہ عدم حیثیت کلوروفارم کی بعض جہلک وارفائول کی ترمیم یہی اسی سے ہوتی ہے۔

قلب کی تعویض

مرض میں قلب با اوقات کسی قدر ازکار رفتگی کے تحت فعل کرتا ہے۔ جب قدرتی اعمال کے ذریعہ قلب کی طاقت بڑھ کر اس ازکار رفتگی پر قلب مائل ہو جاتا ہے، تو قلب کو تعویض یافتہ کہا جاتا ہے۔ قلب کی طاقت اس طرح بڑھ سکتی ہے کہ عضلی دیواروں کی دہانت بڑھ جائے۔ اس کو بیش پس ووش کہتے ہیں، جن کے ہزاروں ممکن ہے کہ ہفتوں کا اتساع پایا جائے یا ممکن ہے نہ پایا جائے۔ جب یہ ازکار رفتگی کہ جس کے تحت قلب فعل کرتا ہے ادنیٰ درجہ کی ہو، تو بیش پرورش اس حد تک واقع ہو جائے گی کہ قلب سے خود کوئی کام بھی انجام دینے کا

مطابق کیا جائے اس کی حیثیت اتنی ہی موثر ہوگی جیسی کہ کسی طبعی شخص میں چنانچہ شدید ترین قسم کی عقلی ورزش کے بعد بھی مریض معمول سے زیادہ گستہ نفس نہیں ہوتا ایسی ازکار رخی کو مکمل طور پر تعویض یا فائدہ کہتے ہیں۔

اگر یہ ازکار رفتگی بلند درجہ کی ہی ہو تو مریض کو آرام کی حالت میں یا کلمہ رز کے دوران میں تو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن جب ورزش شدید تر ہو تو وہ قلبی سے زیادہ گستہ نفس ہو جاتا ہے، اور یہ گستہ نفسی کچھ مدت تک قائم رہتی ہے۔ اس صورت میں گویا قلب ہلکی ورزش کے لئے تعویض یافتہ ہے، لیکن شدید تر ورزش کے لئے تعویض نایافتہ ہے۔ ایسی صورت کے لئے جزوی یا نامکمل تعویض کی اصطلاح کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

اس سے بھی شدید تر ماساتوں میں جبکہ قلب کا فٹل ہو جا رہا ہے، مریض بستر پر آرام کی حالت میں پڑا ہوا بھی گستہ نفسی اور دیگر علامات ظاہر کرتا ہے۔ اس صورت میں تعویض کا مکمل فٹل ہو چکا ہے، اور قلب کے مختلف گوشک اس سے زیادہ قسح ہو چکے ہیں کہ جتنے وہ تعویض کے فٹل سے قبل تھے۔

بیش پرورش

(hypertrophy)

قلب کی بیش پرورش، جسم کی قدرتی حیثیت ہے جو کہ قلب پر پڑے ہوئے زائد کام کی وجہ سے ظہور میں آتی ہے، اور جو اسی وقت تک واقع ہو سکتی ہے جب تک کہ خون کی ایک معقول مقدار ہر ہیکل قلب کے تغذیہ کو بخوبی قائم رکھے۔ جب بلیٹنوں کی بیش پرورش، تناظر کہفوں کے اڑیاد (انواع) کے بغیر واقع ہو تو اسکو ہم مرکز بیش پرورش کہتے ہیں، اور اس امر کے پیش نظر کہ زائد کام قلب کی کس جانب پر پڑتا ہے، یہ چپ جانبی یا راست جانبی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ دونوں جانبیں برابر طور پر متاثر ہوں۔ چپ جانبی بیش پرورش جب بائیں بلیٹن کے انوع کے بغیر تو اس کے اسباب حسب ذیل ہیں۔ (۱) اولیٰ مسامعوں کا مرض، جبکہ اس سے دہن کی تنگی واقع ہو۔ (۲) تھایت شافوہر ویلی کی سپلائی تنگی۔ (۳) بڑھا ہوا اثراتی تناؤ۔ (۴) قلب کا سلسلہ مریض عمل

جیسا کہ جنونلی کیسے (exophthalmic goitre) میں ہوتا ہے۔ (۵) انضمامت مادہ جو حرکات قلب میں مزاحم ہو کر قلب پر زائد کام کا بار ڈال دیتے ہیں۔

دائیں بطن کی بیش پرورش، ریوی دوران خون میں تشدد ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ تشدد: (۱) ریوی دہن پر واقع ہو سکتا ہے، 'بوجہ مصراعات کے پیدائشی تشوہات (malformations)، دہن کی پیدائشی تفتیق، ریوی مصراعوں کے اکتسابی مرض، یا شریان ریوی کے قاعدہ پر اور ملی آنورہما کے دباؤ کے۔ (۲) پمپھڑوں میں واقع ہو سکتا ہے، 'بوجہ نفاخ، مزمن شجی التهاب، تمدد الشعب (bronchiectasis)، اور مگالہ بوجہ مزمن سہل ریوی کے۔ اور (۳) قلب کے بائیں جانب کے اولی مرض کی وجہ واقع ہو سکتا ہے، جس سے بایاں آذین اور ریوی دوران خون محقق (engorged) ہو کر پمپھڑوں میں خون کا دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔

اور ملی بازروی اور دیگر بازرو ضرات میں، جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائے گا، تعویض ہمیشہ اس طرح واقع ہوتی ہے کہ وہ کہہ کہ جس میں اور جس سے خون بازرو ہوتا ہے اولی (تعویضی) طور پر تسع ہو جاتا ہے، اور بیش پرورش اتساع کے بعد ثانوی طور پر ہو جاتی ہے۔ اس کو منحرف المکرز (excentric) بیش پرورش کہتے ہیں، اور یہ اصطلاح اور ملی بازروی میں بائیں بطن کے متعلق خاص طور پر استعمال کی جاتی ہے۔ آذینوں کی بیش پرورش، شاذ و نادر ہی اتساع کے بغیر واقع ہوتی ہے، لیکن مطرائی نسیج میں بائیں آذین میں بیش پرورش کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ آذینی بطنی مصراعوں کے تضیق یا عدم کفایت سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ اور ملی بازروی (aortic regurgitation) میں بیش پرورش سب سے اعلیٰ درجہ کی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بطنی دیوار اپنی طبعی دباوت کی نسبت دگنی ہو جائے۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ بطن کا اتساع ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے، اور دوسرے کہنوں میں بھی تناسب تغیرات ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا وزن ۶۰۰ اور ۱۳۰۰ گرام کے درمیان کہیں نہ کہیں ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں کو قلب الثور (cor bovinum) کہتے ہیں۔ دائیں بطن کی بیش پرورش میں اس کا ماس اپنی حد سے تجاوز کر کے راس قلب میں متداخل ہوتا ہے، اور نمایاں امواتوں میں جب سائیکس سے قلب کے

دیجا جائے تو بایاں بطنیں بشکل نظر آتا ہے۔ دایاں بطنیں دائیں جانب کی طرف بھی اس سے زیادہ آگے نکھیل جاتا ہے کہ جہاں یہ معمولی طور پر ہوتا ہے۔

طبعی امارات۔ راستہ و چپ جانبی پیش پرورش کے طبعی امارات جو کہ عام طور پر ستم ہیں با اوقات زیادہ اعتماد کے قابل نہیں ہوتے۔ وہ حسب ذیل ہیں۔
چپ جانبی پیش پرورش کی حالت میں مندم القلب (impulse) جاشی (heaving) ہوتا ہے اور ایک وسیع رقبہ پر محسوس ہو سکتا ہے۔ درحقیقت ممکن ہے کہ کلانی یا فنتہ قلب سینہ کو مستثقل یا مڑا کر ابھرا جھاندا ہے۔ جب بائیں بطنیں کا تھوئیںی اتساع بھی موجود ہو تو صدمہ کا کل وقوع طبعی حالت کی نسبت زیادہ نیچے کو اور بائیں طرف ہٹا ہوتا ہے اور پیش قلبی امیت (præcordial dulness) تناظر طور پر بائیں طرف کو بڑھی ہوتی ہے۔
ہم مرکز پیش پرورش میں پیش قلبی امیت کی زیادتی منفی ہوتی ہے یا باطل نہیں ہوتی۔
مکن ہے کہ کلانی یا فنتہ قلب پھیپھڑوں کے نفلخ سے بکھر چھپ جائے۔ مستقل طور پر زیادہ بڑھا ہوا خون کا دباؤ ہمیشہ یہ سمجھ رکھتا ہے کہ بایاں بطنیں پیش پرورش (hypertrophied) ہے۔ اس طرح پیش پرورش ان دیگر اسباب کی موجودگی سے بھی متنبہ کی جاسکتی ہے جو کہ اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔

دائیں بطن کی پیش پرورش کے امارات چپ جانبی پیش پرورش کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ مکن ہے کہ ثراسیف (epigastrium) پر ایک انکماش صدمہ (systolic impulse) نظر آئے، بچوں اور ڈبلے پتلے افراد میں جب اٹھ کو ثراسیف میں اور بائیں صلی حاشیہ کے نیچے رکھ کر اوپر کو گھسیا جاتا ہے تو دایاں بطنیں حقیقتاً ان کے پاس ضرب لگاتا ہوا محسوس ہوتا ہے۔ مکن ہے کہ ضربتہ الراس (apex beat) بھی کسی قدر بائیں طرف کو متغزل ہو گئی ہو اور پیش قلبی امیت بڑھ گئی ہو۔
(استماعی امارات پر غور ہو چکا ہے) (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔

دائیں اور بائیں بطنیں کی انسانی پیش پرورش کی کے متعلق غالباً صحیح ترین معلومات برقی قلب نگار سے حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۳۷ اور ۳۸)۔ راستہ جانبی قلب میں صم انحراف (S. deflection) پہلی تھوید (Lead I) میں، اور صم انحراف (R. deflection) تیسری تھوید میں بڑھ گئے ہیں، چنانچہ اشکال کے اندر بطنی علاقہ کیات

(ventricular complexes) "ایک دوسرے کی طرف سُرخ کئے ہوئے ہیں" (شکل ۳۸)۔
 چپ جانبی غلبہ میں اس کے برعکس حالت ہوتی ہے اور "علامتات ایک دوسرے سے
 مُعِخ پھیرے ہوئے ہیں" (شکل ۳۸)۔ لیویس (Lewis) اور کٹن (Cotton) نے پیش کردہ
 کے اس طریقہ تعیین کی بھست اس وقت ثابت کر دی جب کہ اس نے موت کے بعد
 قلب کی تقطیع امتیاط کے ساتھ کر کے دائیں بطن کو بائیں بطن سے علیحدہ کرنے کے بعد
 دونوں کے وزنوں کا مقابلہ کیا۔ طبعی مثالوں میں بائیں بطن اور دائیں بطن کے درمیان
 تناسب ۱:۱ بمقابلہ ۱:۲ تھا۔ نمایاں مطرائی (mitral stenosis) میں وہ ۱:۲.۵



شکل ۳۹۔ مطرائی ضیق (mitral stenosis) کے ایک مریض کے عامل شدہ
 راست جانبی غلبہ۔ (جے۔ ایم۔) (مچھو کیا۔ مہیل)۔

بمقابلہ ۱:۲ تھا، جس سے دائیں بطن کا غلبہ ظاہر ہوتا ہے۔ اور فی مریض میں آٹھ اساتوں میں
 چپ جانبی غلبہ تھا، اور سات اساتوں میں دائیں جانب کی بیش پرورش بھی اُس قدر
 نمایاں تھی جتنے کہ بائیں جانب کی۔ رفتگی التهاب گردہ (interstitial nephritis)
 کے ہرادیانی ماسے والی بیش پرورش میں عموماً خفیف سا چپ جانبی غلبہ تھا، جسکی نسبت
 اوسطاً ۲:۱ بمقابلہ ۱ تھی۔

لاشعاعی استخوان سے ممکن ہے کہ ایک زور سے فعل کرتا ہوا شیش پرورد
 بایں بطن نظر آئے یا زیریں وائیں حصہ قلب پر ایک نبضان نظر آئے جو کہ ایک شیش پرورد

”heart lung preparation“) میں یہ تجربہ واقع ہوا ہے (Starling)۔

امراضیات - اتساع کی دو قسمیں ہیں - (۱) اورٹلی اور مطرائی باز روی (aortic and mitral regurgitation) کا توفیقی اتساع (compensatory dilatation) جو اس وجہ سے ہوتا ہے کہ قلب کا وہ خاص گوشک خون کی لمبی مقدار کے علاوہ (جو اس میں شیش سے آتی اور عام دوران خون میں آگے صیجی جاتی ہے) باز رفتہ خون کی فاضل مقدار کو بھی اپنے اندر جگہ دے دیتا ہے۔ یہ حالت اس امر کے تقاض نہیں ہے کہ عضلہ قلب بالکل تنگ رہے ہو۔ (۲) پھر وہ اتساع ہے جو دباؤ کے باعث بطبعی دیواروں کے دھیلے ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے جس کا فسل تصویریں ایک لازمی نتیجہ ہے اور جس کے ساتھ اکثر عضلی قلبی مرض پایا جاتا ہے (جو لاحقہ ہو) اشارہ رنگ (Starling) کے تجربات سے مترشح ہوتا ہے کہ اتساع کی یہ دوسری قسم بھی ایک توفیقی میکانیت ہو سکتی ہے جو قلب کو زیادہ زور کے ساتھ ضرب لگانے کی قابلیت دیتی ہے کیونکہ قلب کے عضلی ریشہ کا ارتخاء (relaxation) جتنا زیادہ ہو ضرب اتنا ہی زیادہ قوی ہوگی۔ اسے قانون قلب (“Law of the Heart”) کہتے ہیں۔

قلب کا غنیف سا اتساع عضلی ورزش کے دوران میں طبعی طور پر بھی ہوتا ہے اور اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہر ضرب کے ساتھ خون کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن لاشعانی شہادت کی بناء پر یہ بالکل یقینی ہے کہ ورزش کے فوراً بعد قلب طبعی طور پر سکڑ جاتا ہے اور اس کی جسامت بہ نسبت اس کی سکونی جسامت کے سیدھا چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس یہ پایا جاتا ہے کہ آواز پذیر فسل قلب کی امواتوں میں قلب عضلی ورزش کے بعد اتساع ظاہر کرتا ہے۔

مرحیہ تشریح - قلب کی جسامت اور فسل پر جو اثرات پیدا ہوتے ہیں وہ کثرت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ عمومی اتساع میں قلب زیادہ گلوبوچنا اور عرضاً چوڑا ہو جاتا ہے۔ شیش بایاں بلیں بائیں جانب کی طرف بڑھ جاتا ہے۔ جب دایاں بلیں زیادہ وسیع ہوتا ہے تو قلب کی شلی شکل جاتی رہتی ہے، وہ زیادہ گلوبوچنا ہو جاتا ہے اور اس تمام تر بائیں بلیں سے بننے کے بجائے جزو دائیں سے بنی جاتا ہے۔ دیواروں کی دبانت کا انحصار اس پر ہوگا کہ اتساع کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہے یا نہیں۔

اتساع کے ساتھ دیواروں کا پتلا پن موجود ہو تو یقینی دیواریں گھٹکر پکچ کے برابر اور اس پر اس سے بھی کم ہو سکتی ہیں، لہذا اس عموماً سب سے زیادہ پتلا حصہ ہوتا ہے۔
 اذینی بلیغنی دہنے (incompetence) پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اذینوں میں بھی بہت زیادہ اتساع واقع ہو جائے، اور اس کے ساتھ اکثر اذینی دیواروں کی کسی قدر بیش پروورش موجود ہوتی ہے۔

قلبی امارات۔ قلب کی بڑی ہوتی جماعت [جیسی کہ پیش قلبی احمیت (precordial dulness) کی زیادتی سے یا لاشعاعوں سے پیدا شدہ قلبی چھانیں کی کلائی سے ظاہر ہوتی ہے] بیش پروورش، یا اتساع، یا ان دونوں کے امتزاج کے باعث ہو سکتی ہے، لیکن اغلب یہی ہے کہ اگر ان طریقوں سے کوئی بہت بڑی کلائی مشاہد میں آئے تو وہ فاسکرا اتساع کے باعث ہوتی ہے۔ کوئی کلائی جو عظم القفس سے وائیں غائب ہو اذینی اتساع کے باعث ہوتی ہے، کیونکہ اذینی دیوار اگرچہ وہ بڑی ہوتی بھی ہو، تاہم باطل بتلی ہوتی ہے۔ اور یہ تقریباً ہمیشہ دائیں اذین کا اتساع ہوا کرتا ہے۔
 لیکن سگرائی مرض کی متعدد اقسام ہوتی ہیں، جن میں بائیں اذین کی بے اتہا کلائی ہوتی ہے، بائیں اذین نے جیتنا قلب کا دایاں کنارہ بنا دیا ہے (11)، کیونکہ دایاں اذین ہمیشہ دائیں طرف ہی کلائی یافتہ ہوتا ہے۔ بین الاضلاع فضاؤں میں قس اذین پر انخلیاں رنگر اکثر ضرب قلب کو محسوس کر لینا ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بائیں اذین کا اتساع مری پر دباؤ ڈالکر عسر البلع (dysphagia) پیدا کر دے، اور بائیں حجابی عصب (phrenic nerve) پر دباؤ ڈالکر بگڑا ہوا بائیں حجاب ماہر کلائی ستر فرام بھی پیدا کر دے۔
 جو راقم الحروف نے ایک مریض میں دیکھا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بائیں شش کے زیریں حصے کو یا بائیں شعبۂ کو دبا کر چکا کر دے، یا بائیں جل الصوت (vocal cord) کا غٹل پیدا کر دے۔ جب مریض لاشعاعی ٹیوب (آئینوں) کی طرف منہ کر کے اور اپنا دایاں شانہ شاہد کی طرف رنگر کر چھی و شش میں کھڑا ہو تو اس کے بائیں اذین کا مشاہدہ لاشعاعی پریمے پر کیا جاسکتا ہے۔ اگر بریم (barium) سے مری کا خاکہ حاصل کیا جائے تو یہ اپنی جگہ سے ہٹتی ہوئی نظر آئے گی۔

بطنوں کا اتساع، پیش قلبی امیت (præcordial dulness) اور
 لاشعاعی چھاؤں کی زیادتی علم انقصر (sternum) کے بائیں طرف پیدا کرتا ہے۔
 انتہائی امیتوں میں یہ چھاؤں سینہ کی بائیں دیوار تک پہنچ جاتی ہے اور صدقہ
 بغل میں محسوس کیا جاسکتا ہے، لیکن ممکن ہے یہ منتشر اور کمزور ہو۔ بائیں بطن کے
 اتساع کے ساتھ اکثر ایک انکماش خیز (systolic murmur) موجود ہوتا ہے جو
 طرانی بازروی (mitral regurgitation) کے باعث ہوتا ہے، اسی طرح دائیں
 بطن کا اتساع اکثر ششی بازروی (tricuspid regurgitation) پیدا کرتا ہے۔

252

تعوین (compensation) کا فاشل

قلع تعوین، قلب کی دونوں جانبوں میں بیک وقت ہوتا ہے، یا راست
 جانبی یا چپ جانبی ہوتا ہے۔ آخر الذکر نسبت حال ہی میں دریافت ہوا ہے۔
 امراضیات - تندرست موضوع پر لاشعاعی مشاہدات کرنے پر یہ ثابت
 ہوا ہے کہ شہیق کے ختم پر قلب اور پھیپھڑوں میں اس سے زیادہ خون ہوتا ہے کہ
 جتنا زہیر کے ختم پر، نیز یہ کہ مزار بند کے زور دار شہیق کی کوشش کرنے پر قلب اور
 پھیپھڑے خون کے متعین ہو جاتے ہیں [مولر (Muller) کا تجربہ]، حالانکہ مزار بند کے
 زور دار زہیر کرنے پر یہ خون سے غالی ہو جاتے ہیں (والسلوا (Valsalva) کا تجربہ) جیسا
 صفحہ نمبر ۱۲ میں دکھایا گیا ہے۔ ان مشاہدات کی واحد توجیہ یہ ہے کہ بائیں اور دائیں
 بطنوں کے درمیان ایک عارضی ناہم آہنگی واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ایک
 دی ہوئی مدت کے اندر، پھیپھڑوں میں دائیں بطن کی برآمد اور نظامی دوران خون
 میں بائیں بطن کی برآمد مساوی ہوتی ہیں، اور اگر یہ دونوں برآمدیں مساوی نہ ہوں تو
 پھیپھڑے خون سے محروم یا متعین ہو جاتے ہیں۔ والسلوا کے تجربہ میں یہ خون سے
 محروم ہو جاتے ہیں اور اس کی وجہ یہ ہے کہ دائیں بطن کو پھیپھڑوں کے اندر ایک بلند
 مثبت دباؤ کے خلاف فعل کرنا پڑتا ہے اور بائیں بطن کے مقابلہ میں اس کا عارضی
 پریش ہو جاتا ہے۔ مگر کے تجربہ میں دائیں بطن کو ششی دباؤ سے مدد ملتی ہے اور پھیپھڑوں
 میں اس سے زیادہ خون پمپ (pump) ہوتا ہے کہ جتنا بائیں بطن کے ذریعہ خارج



الف۔ سسینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ (وہسلو کا تجربہ)۔ سانس کو روک کر تسد کے خلاف زور و دادرز قہ کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ نبض کلانی پر محسوس نہیں کی جاسکتی تھی۔ لیکن پردہ پر سایہ ڈالنے پر قلب غفیف حرکات کرتا ہوا دکھائی دیا۔



ب۔ سسینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ سانس کو روک کر تسد کے خلاف شہیق کرنا کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ (جی۔ پی۔ کروڈن G. P. Crowden) کا مشاہدہ جو مجلہ شفا خانہ کھانی سے شائع کیا گیا۔

ہو سکتا ہے۔ یہ اشتقان اضافی چپ جانبی فشل ظاہر کرتا ہے۔

عضلی قلبی اعلیٰ طاقت کے ایک مریض پر ایک مسدود دوری تنفسی اور کسے ذریعہ مشاہدات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ قلب اور ریوی دور کا ایسا اشتقان ہو کہ مساد چپ جانبی فشل کا نتیجہ تھا، عضلی صحت کی اشاد میں پیدا ہوا اور آرام کے پہلے ایک دو منٹ کے اندر غائب ہو گیا، اور اس صورت حالات کو کسی صحت کے ذریعہ تسکین ہوتی (10) کہ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس نوعیت کا مساد چپ جانبی فشل مقابلتہ بہت عام ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر کئی نعل (vagabond action) کے ذریعہ معکوس طور پر شعبہ تنفس کا شنج واقع ہوتا ہے، اور اتھائی اصابتوں میں، جبکہ اشتلا کے بعد اُتار واقع ہو جاتا ہے، چھوٹے چھوٹے ہستی پانوں (gasps) سے منقطع ہونے والا اطالت پذیر گھنگرو دار زیر واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک محافظیکانہ ہے کیونکہ اطالت پذیر زیر غیر پیچھے پڑنے کے اندر دباؤ کو زیادہ کر دیتا ہے اور اس طرح بیش فعلی دایں بطن کو روکتا ہے، نیز دونوں ریوی با کی تخفیف کا نہایت ہی خطرناک عرصہ تک مدد تک چھوٹا ہو جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ چپ جانبی فشل میں پیچھے پڑنے کا اثر ہوتا ہے ابتدائی درجوں میں مرض پیچھے پڑنے کے دریدی اصلیات (venous radicles) کی زائد از معمولی (fulness) ہوتی ہے۔ مزید برآں اکثر ہوائی حویصلات اور دقیق شعبی انبویات کے اندر مصل کا جبر ارتشاح (transudation) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کو تراشنے پر اس سے زردی نائل یا تقریباً بے رنگ جما گدار رشح کی ایک مقدار بچھتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں شش کے باؤف ترین حصے ٹھوس، پودار، بے ہوا، خون زاروں کی موجودگی کی وجہ سے رنگ میں ٹھوس اور بچھاں طور پر چپکنے ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کو قلبی شش (heart-lung) یا بھورا تصلب (brown induration) کہا جاتا ہے۔ بھورا تصلب اور معمولی اُتار دونوں بالخصوص زیریں ٹھوس کے قاعدوں کو باؤف کرتے ہیں۔ دوران خون میں مقامی مداخلت ہونے کی وجہ سے اکثر پلیورائی کہنے کے اندر ہستال کا کسبہ قدر جبر ارتشاح (استبقائے صدر = hydrothorax) واقع ہو جاتا ہے، اور شعبی الکتاب، ذات الریہ، یا ذات البطن کی شکل میں شش کے انتہائی ضرورت کا میلان پیدا ہو جاتا ہے۔ ان اثرات میں کوئی اثر ایسا نہیں ہو کہ لازماً

دو جانبی ہو۔ ارتشامات اکثر اس جانب کو متاثر کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ بعد عمر میں لیٹتا ہے۔

راست بجانبی فشل میں زیر بملدی بافتوں کا عمومی اُفیا ہوتا ہے، جو کہ استسقاءئے کلی کہلاتا ہے۔ افقی وضع میں متلی شدہ اور استسقاءی رقبہ دھڑ میں شروع ہوتا ہے اور خون کے حجم کے بڑھانے کے ساتھ ساتھ عملی طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ استسقاءئے خرق اور باریطونی استسقاء بھی موجود ہوتے ہیں۔ استسقاء دھڑ میں وریدیں، باؤب کے اثر کے تحت، مجتمع خون سے کسی حد تک خالی ہو جاتی ہیں جو کہ ٹانگوں کے طرف سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ٹانگیں متلی رقبہ کا جزو بن جاتی ہیں اور ٹخنے بڑھی ہوئی برآمد کی وجہ سے پھول جاتے ہیں۔ سر اور بالائی حصے بڑھے ہوئے یعنی انجذاب کی وجہ سے سکڑ جاتے ہیں۔ اسی طرح اگر سر اور بازو پیچھے کو لٹکے ہوئے ہوں تو یہ حصے متورم ہو جاتے ہیں اور ٹانگیں سکڑ جاتی ہیں۔ ایک نہایت ہی ترقی یافتہ اصابت میں متلی شدہ رقبہ اوپر ٹانگوں میں پھیل جاتا ہے، اور اس طرح دونوں ٹانگیں ساری کی ساری اور دیوار شکم بے حد متورم ہو جاتے ہیں۔ حقیقت یہ کہ تقریباً تمام جسم کی وریدیں اس طرح متاثر ہو سکتی ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جسم یہ طریقہ اس لئے استعمال کرتا ہے کہ وہ اپنے عروق کو کثرت الدم (plethora) سے محفوظ رکھنے کے لئے فاضل سیال کو ذخیرہ کرے، کیونکہ گردے اپنی اصلاتی حالت کی وجہ سے اس کو خارج نہیں کر سکتے (54)۔

کبدی وریدیں تھخانی ورید اجوف کے اندر دائیں اذین سے استدر قریب واقع ہوتی ہیں کہ مرض قلب کا اثر جو کہ دوران خون پر باسانی سمجھ میں آ سکتا ہے۔ جگر بہت بڑا ہونا پسند کرتا ہے اور رنگ میں نسبت زیادہ سیاہ ہوتا ہے، اور ترقی یافتہ اصابت میں سرخ، زرد، اور سفید مٹیوں کا ایک عجیب منظر اختیار کر لیتا ہے، جس پر جگر ہی جگر (nutmeg liver) کے نام کا اطلاق کیا گیا ہے۔ خراشنے پر ہر ٹکٹ میں ایک بڑھی ہوئی کبدی ورید کی بیجک (rootlet) جاگزیں نظر آتی ہے، جو عموماً کٹ گئی ہوتی ہے، اور ٹکٹ کا تنہا مرکزی نقطہ سیاہ سرخ یا ارغوانی ہوتا ہے۔ اس سے باہر ایک زرد رنگ کا نقطہ ہے، جو اس کے اندر صاف، مجلس ہونے کی وجہ سے

ایسا ہے لیکن تنگ کلاہیرونی مقلد سپید یا رماوی رنگ کا ہے جو خود بین کیے نیچے ایسے خلیوں پر مشتمل نظر آتا ہے جو ترقی یافتہ تھمی انعطاط کی حالت میں ہیں۔
گرد ہے۔ یہ متلی ہوتے ہیں اور اسے جو بے نسبتہ بڑے اور سیاہ رنگ کے لیکن ممکن ہے کہ طویل المدت استلاہ کی وجہ سے یعنی بافت کی کچھ مقدار نمویاب ہو جائے، اور وہ اپنی بیقاعدہ توزیع اور انقباض سے سطح کی ذرات کی حالت پیدا کر دے۔

طحال سخت اور سرول سے زائد سیاہ ہو جاتی ہے، اور اگرچہ اس کی جسامت مختلف ہوتی ہے لیکن اکثر وہ چھوٹی ہوتی ہے۔ معدے اور آفت کا استلاہ طحال کے استلاہ کی طرح بلاشبہ مگر کے استلاہ سے ثانوی طور پر ہوتا ہے، کیونکہ ان اجزاء سے ماخوذ وریدیں خود کو بائی وریڈ (portal vein) کے اندر خالی کرتی ہیں۔ فٹائے مغالطی متلی ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ موت کے بعد عروق کا بڑا تمدد اور بعض اوقات فٹائے مغالطی کے جرم کے اندر نزفات نظر آئیں۔

عضلہ قلب کے امراض

التهاب عضلہ قلب

(myocarditis)

التهاب عضلہ قلب یا توحاد ہو سکتا ہے یا مزمن۔ مزمن التهاب عضلہ قلب (chronic myocarditis) محض یعنی تغیر کے آخری درجہ میں شملت ہو سکتا ہے، اور اس کا ذکر یعنی انعطاط کے بیان میں شامل ہے (ملاحظہ ہوا صفر)۔
حاد التهاب عضلہ قلب (acute myocarditis) ہمیشہ حلی و مواتی کے جزو کے طور پر التهاب نامور (pericarditis) یا التهاب لک (endocarditis) کے تسلسل میں واقع ہوتا ہے، اور بعد میں بیان کیا جائے گا۔ لیکن عضلہ قلب کسی بھی علاقہ بنار میں ناموف ہو سکتا ہے، اور خناق وبائی (ملاحظہ ہو) میں علامات سے زیادہ مزید

ہوتے ہیں۔ عضلہ قلب کا ایک زیادہ مقامی التهاب اگلی عقیقیت اور عقیقیت التهابیوں قلب (malignant endocarditis) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ جس میں ایک مدافع کا تفریح اُس کے قاعدے تک پھیل کر پھر عضلہ پر حملہ آور ہو جاتا ہے۔ یا جس میں نابجائیاں یعنی روئیدگیاں (vegetations) یا نیم جدا شدہ ریزے فرک یا تناس کے ذریعہ مدول کے متصل حصوں میں تفریح پیدا کر دیتے ہیں، اور یہ عضلہ قلب کو مٹاؤف کر دیتا ہے۔

ایک تیسری قسم یعنی التهاب عضلہ قلب (suppurative myocarditis) ہے، جو نامک تفریح الدم کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جرم قلب میں چھوٹے چھوٹے پھوڑے سے ہو جاتے ہیں، جو زیادہ تر بائیں بطن کی دیوار میں ہوا کرتے ہیں، اور یہ تباہیوں سے استفادہ قریب پہنچ سکتے ہیں کہ اُس کے کہنے کے اندر پھوٹ کر مادہ التهاب تباہیوں سے پیدا کر سکتے ہیں۔ اس قسم کا التهاب عضلہ قلب اکثر مادہ التهاب نوبت عظم (acute osteomyelitis) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے اور اس کا علاج وہی ہوتا ہے جو کہ اولی مرض کا ہے، لیکن انداز تفریحاً ہمیشہ یا اس انگیز ہوتا ہے۔

انحطاط عضلہ قلب

انحطاط لونی (pigmentary degeneration) - (بھورا ذیلی قلب = brown atrophy of the heart) - قلب معمول کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے اور اُس کے عضلہ ریشے بجائے کال سُرخ رنگ کے ہونے کے دھندلا بھورا سُرخ رنگ رکھتے ہیں، اور قدہائی حالت کے مقابلہ میں زیادہ نرم اور زیادہ مست (friable) ہوتے ہیں۔ خود بین کے نیچے ریشوں (fibrillae) کے اندر متعدد باریک زرد و زردات نظر آتے ہیں۔ انحطاط لونی شیخوخی (senile) اور ضعیفی (cachectic) حالتوں میں واقع ہوتا ہے، اور دوسرے اعضا کے مرضی نمیش کی جھلک اس باتوں میں قائم ہے۔

شحمی انحطاط (fatty degeneration) - عضلہ ریشوں کے اس تغیر کی تفریق چربی کے اُس جماؤ سے کرنی چاہئے جو قلب کے گرد ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تباہیوں کے نیچے سمونی شحمی بافت کا جماؤ ہو جاتا ہے، اور یہ عضلہ ریشوں پر انجم سے علاء اور ہوتی ہے کہ ان ریشوں کے درمیان کی تو میلی بافت کے خلیے چربی سے

نہ سے پہلے ہوتا ہے۔ اول الذکر حالت یعنی حقیقی شمی انخطاط میں عضلی ریشک خود حقیقی شمی نذرات کا مستحق ہوتا ہے، جو حقیقی لحمی عناصر (sarcous elements) کی جگہ لے لیتے اور عضلہ کی اتنی ہی انتظام پذیر بافت کو تلف کر دیتے ہیں۔ یہ حقیقی شمی انخطاط مختلف شکلوں میں واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ عضلی دیوار یکساں طور پر ماؤف ہو جائے، یا شمی تغیرات ایک چھوٹی چمکی تک محدود ہوں یا اس تک کہ جو تا دوبر کے نیچے واقع ہے، جیسا کہ التهاب عضلہ قلب (myocarditis) میں بیان کیا گیا ہے یا یہ انخطاط قلب کی اندرونی سطح پر دھاریوں اور خطوط کی صورت میں ہو۔ جب یہ عارضہ عمومی ہوتا ہے تو قلب کا قوام نسبت زیادہ نرم ہو جاتا ہے وہ زیادہ آسانی کے ساتھ دریدہ (lacerated) ہو جاتا ہے، اس کا رنگ پھیکا گلابی یا زرد ہوتا ہے، اور ماؤف عضلہ بافت کے ڈھیلا پڑ جانے کی وجہ سے وہ سمول کی نسبت کیسے قدر زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ جب چربی خطوط یا دھاریوں کی صورت میں ملتی ہے تو اس سے ایک میز شکل پیدا ہوتا ہے، اور پچھلے ندر رنگ کے خطوط نسبت زیادہ سیاہ، ٹرخ عضلہ پر اکثر ایک چت کبریٰ جی کے نشانات کی طرح مرتب ہوتے ہیں۔ یہ زیادہ تر عضلات طیبیہ (musculi papillares) پر دونوں بلیسوں کی پھلی دیواروں پر، اور دائیں بلیس میں فاصل پر دیکھے جاتے ہیں۔ شمی انخطاط پیش پروردہ قلوب پر عام ہوتا ہے، اور اس وقت بھی موجود ہو سکتا ہے جبکہ عضلہ طیبی رنگ کا ہو۔

بہشت اسباب۔ قلب کے شمی انخطاط کے اسباب عمومی اور مقامی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ انخطاط کے ایک ایسے عام رجحان کا نتیجہ ہو، جیسا کہ زیادہ عمر میں واقع ہوا کرتا ہے، اور اس کے ساتھ آتھیروما (atheroma) یا آتشکی تغیرات کے باعث اکیلی شریزین (coronary arteries) کا تنہد ہوتا ہے، جس سے دیوار قلب کا تغذیہ کم ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس شمی انخطاط مختلف دم دمیت (pernicious anemia) میں ہمیشہ اور دم دمیت کی دوری قسموں میں اکثر پرتھورا (purpura) اور اسکرووی (scurvy) میں، اور ضعفی حالتوں، جیسے کہ سکلیریوی اور سرطان میں دیکھا جاتا ہے، نیز فاسفورس اور بعض معدنی اشیا پر (سیدہ، ٹمرہ، سنسکیا) کے تسیم میں اور مزمن الکھلیت میں۔ بیشتر مادہ عمومی امراض میں، عضلی ریشوں کی

ایک دقیقہ ذرا قی حالت کی وجہ سے 'قلب کا قوام تبدیل ہو جاتا ہے' اور یہ حالت غالباً شحمی انخطاط سے جدا گانہ نہیں رہتے۔ موصوفہ اور 'ٹائفوس' (typhus) میں 'زردی' خناق وبائی، 'چھپک' اور کھسرا میں یہی حالت ہوتی ہے۔ شحمی انخطاط التهاب عضلہ قلب (myocarditis) سے بھی پیدا ہو جاتا ہے، اور طویل المدت صراحتی مرض اور گردے کے مرض کے تعلق میں دیکھا جاتا ہے۔

قلب کی شخصی پیش بالیدگی یا درختگی، سابق میں یہ ایک جدا گانہ مرض کے طور پر بیان کی جاتی تھی۔ اس میں نہ صرف قلب کا بیرون شحم سے جدا ہوتا ہے، بلکہ شحمی دھاریاں عضلی ربراروں کے اندر گھسی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ قرحی کی امتیازی خصوصیت ہے اور اسی عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

لیفی انخطاط (fibroid degeneration)۔ انخطاط کی اس قسم میں قلب کی بجگہ سپید لیفی یا فیبریلافت لے لیتی ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ تغیر جزئی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی جرم کی گہرائی میں سپید، زردی مائل سپید، یا بھورے رنگ کی دھاریاں اور چکٹیاں نظر آتی ہیں۔ یہ بطین کے زیریں ایک ٹلٹ، فاصل کے زیریں ایک ٹلٹ، عضلات ملیمہ، اور بعض اوقات مرضی معرعات کے قاعدوں کو مل کر کرتا ہے۔ صرف کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ بطین تقریباً تمام تر لیفی ساخت میں تبدیل ہو جاتا ہے، لیکن ایسی صورت میں بھی خوردبینی امتحان کرنے پر عضلی ریشہ کے کچھ آثار نظر آجاتے ہیں۔ یعنی مرض میں مبتلا شدہ قلب عموماً بیش پروردہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تشبع بھی ہو، یا منقطع تار مر (adherent pericardium) لپکتا ہو۔ دیوار قلب کا مؤف شدہ حصہ اکثر معمول سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ باہر کو ابھر کر ایسا نکلا ہوا ہو کہ ایک نمایاں انفرمابناوے۔

حکمت اسباب۔ لیفی انخطاط اکثر روماتزمی التهاب عضلہ قلب (rheumatic myocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے، اور زیادہ نمایاں انصابوں میں اس کے ساتھ تادموری (pericardial) یا دروں لگی (endocardial) قرات کی موجودگی بعض اوقات اس کے التهابی مبدلہ کو ظاہر کر دیتی (مضمون التهاب عضلہ قلب = chronic myocarditis، ریشہ کی التهاب عضلہ قلب = interstitial)

(myocarditis) میں کے برعکس تھیف قلب (fibrosis of the heart) اکثر اکیلی شریان کی مسدودی کے عی باعث ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ شمی اخطا ط کے ساتھ متلازم ہو۔ ان حالات میں خون کی رسد قاعلی عضلہ کے تغذیہ کے لئے ناکافی ہوتی ہے۔ اگر اکیلی شریان کی مسدودی خاص تیزی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے تو شمی اخطا ط پیدا ہو جاتا ہے لیکن اگر مسدودی زیادہ مزمن ہو تو یقینی تغیر کا غلبہ ہوتا ہے۔ قلب میں تھیف اکیلی ملکیت یا انعام (infarct) کا ایک ثانوی نتیجہ بھی ہو سکتا ہے۔ نیز وہ عموماً مزمن شعبی التهاب انفخ (chronic bronchitis) 'مرض براشک' اور شریانی متلا (arterio-sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ یعنی اخطا ط الکملیت یا طویل الحلت متلا (congestion) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

آتشک - اس مرض کے خمرات التهاب شریانی (arteritis) یعنی ندبہ (آتشکی التهاب عضلہ قلب = syphilitic myocarditis) یعنی قودوں یا واضح صغیہ (gumma) کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ صغیہ چینی (cheesy) ہو، اور یہاں تک ممکن ہے کہ مرکز میں نرم ہو رہا ہو، اور قلب کے عضلی جرم کو اسی طرح موقوف کرے جس طرح کہ ارادی عضلات کو اور اس پاس کسی قدر التهاب پیدا کرے۔ صغیہ (gumma) عموماً بلیٹوں کی دریا روں میں واقع ہوتا ہے۔ ماسوائے ان علامات کے جو عضلہ قلب کے اخطا ط کے عنوان کے تحت بیان ہو چکے ہیں، وہ اور کوئی تمیز علامت نہیں پیدا کرتا۔ بعض اوقات افزینی بلیٹن بنڈل (A. V. bundle) موقوف ہو کر ملائیم ایڈم اسٹوکس (Adams-Stokes' syndrome) پیدا کر دیتا ہے۔

تبدل (tubercle) - التهاب تادمور کے تعلق میں دردوں کا بننا شاذ نہیں۔ جب ایسا ہوتا ہے تو وہ سپیدی نائل رمدی، یا زردی نائل رینگ (granulations) کے طور پر بیشتر تادموری کھنڈ کی تھوں کو جوڑنے والے تادموری لعف یا خٹائے کا قوب کے جرم میں، یا بعض اوقات حقیقتہ مشائی تادمور (visceral pericardium) کی تر کے نیچے پائے جاتے ہیں۔ وہ عمومی تبدل کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسری جگہ ترقی یافتہ ثانوی تبدل موجود ہو۔ ان حالات میں تشخیص صرف التهاب سے ہو

پیدا ہو جانے سے ہو سکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس کے علاوہ ایک لہجہ اپوزیٹو جو سمترتی نہیں ہوتا، سلی ریوی کے دوران میں پیدا ہو سکتا ہے۔ ذرے کے جدا جدا جٹو (isolated deposits) نہایت شاذ ہیں۔

انحطاط عضلہ قلب کے علامات - ابتدائی اصابتوں میں مریض محنت پر سانس کے پھول جانے کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیش قلبی درد موجود ہو، جو درشتا کے بعد معلوم ہو، یا واضح قریحی حملے (anginal attacks) ہوں۔ ممکن ہے کہ مریض مانی حملوں (cerebral attacks) میں مبتلا ہو جائے، جن کے ساتھ بے ہوشی اور تشنجات ہوں لیکن یہ حملے غالباً قلبی میکانیت کی کسی ایسی غیر طبعی حالت کے باعث ہوتے ہیں، جیسے کہ قلبی مسدودی (heart-block)، یا عصبہ تاشیہ کا ہیمان (vagal stimulation)۔ اشتہا ہمیشہ کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سورہ معجم کی شکایت کرے۔ بعض اوقات صرف انہیں علامات کی شکایت ہوتی ہے، اور دریاقت کرنے پر محنت کرنے پر سانس پھولنے کی سرگزشت سے پتہ چلتا ہے کہ معدنی علامات کا اوّلی سبب قلب ہے۔ طبعی امارات جو عضلہ قلب کے انحطاط سے منسوب کئے جاتے ہیں یہ ہیں:- کمزور صدم القلب، جس کے ساتھ قلب کی پہلی آواز دھیمی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اور ملی رقبہ پر دوسری آواز کی شدت کے برابر یا اس کی نسبت کم ہو جائے۔ شدت از کی اس کی وجہ سے سماع الصد کے ذریعہ استخوان کرنے پر آوازیں بگم، نمک نوعیت کی (tic-tac character) ہوجاتی ہیں اور ان کی یہ نوعیت انہما علی وقفہ کے انسانی قصر سے اور بھی زیادہ نمایاں ہوجاتی ہے کیونکہ وہ آوازوں کو زیادہ مساوی انفصل (more evenly spaced) بنا دیتا ہے۔ قلب قمع پایا جاتا ہے۔ حال ہی میں عضلہ قلب کے تغیرات ظاہر کرنے والے مریضوں کے ایک گروہ میں علامات (symptomatology) کا نہایت غور و فکر کے ساتھ مطالعہ کیا گیا ہے (12)۔ یہ اصابتیں نہایت عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ مریض زیادہ غمرا لے ہوئے ہیں۔ انہیں سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے، جو ابتداء محنت کرنے پر پیدا ہوتی ہے لیکن بعد میں وہ کم و بیش مستقل طور پر تنہور (dyspnoeic) ہوجاتے ہیں بعض مریضوں میں چین پسٹوکن کا تنفس (Cheyne-Stokes breathing) ہوتا ہے، اور بعض دوسرے

مریضوں میں اپنے انتہائی نفسی کے ناگہانی حملے ہو جاتے ہیں، جو خاصکرات کے وقت ہوتے ہیں، اور جو ایک اصطلاح قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے بیان کئے جاسکتے ہیں۔ دوری بھر کے یہ حملے بسا اوقات ایک کیس قدر بے قاعدہ چین اور کس تنفس کی بھری ہیئت ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ انتہائی تنفس (orthopnea) موجود ہو یا نہ ہو۔ رفاق متنازع طور پر غیر موجود ہوتا ہے، اور اگر موجود ہو بھی تو اس کی مقدار اتنی نہیں ہوتی کہ جو بھر پور توجہ کے لئے کافی سمجھی جائے۔ قلب کی شرح عموماً زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ضرب کی میکانیت لمبی ہو، لیکن عام بیقاعدگیوں، جیسی کہ وہ جو قلبی سدودی، اذینی ریشکی (auricular fibrillation) مستزاد انکماشات اور تبادل (alternation) کی وجہ سے ہوتی ہیں، موجود ہو سکتی ہیں۔ قلب جسامت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ خیرات (murmurs) موجود ہو سکتے ہیں۔ جسمانی تش درجہ طبعی سے نیچے (subnormal) ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ فٹ قلب کے ترقی یافتہ امراض جیسے کہ استسقاء کلی (anasarca)، پیچیدہ مڑوں اور بزرگ استسقاء، موجود ہو سکتے ہیں۔ خون میں یوریا (urea) کا کیس قدر اعتبار (retention) ہوتا ہے، لیکن اس کی قدریں (values) انتہائی نہیں ہوتیں، یعنی زیادہ سے زیادہ ۱۰۔۵ فیصدی اور عموماً ۱۰۔۵ فیصدی (طبعی قدر ۰۔۳ ہوتی ہے)۔ آلبیٹومین بولیت معدیہ (casts) کے موجود ہو سکتی ہے، اور تا وقتیکہ دریدی رکود (venous stasis) کے امارات موجود نہ ہوں، قاعدہ حجم میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ امتحان بعد الممات ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی ترقی یافتہ اکیلی سلاکت (coronary sclerosis) موجود ہے، اور ممکن ہے کہ کئی اظہار بھی موجود ہو۔ گردے عروق کی بازت اور کیس قدر قیف (fibrosis) ظاہر کرتے ہیں، جو اکثر ایک ملتی دار نوعیت کا ہوتا ہے۔ گولیکس (glomeruli) اکثر متغلی اور بعض زجاجی ہوتی ہیں، لیکن گولیکس کا وسیع انطاس نہیں ہوتا جیسا کہ مزمن رنکلی الہتہا میں اس وقت ہوتا ہے جبکہ مریض تسم بولی (uraemia) سے مرگیا ہو۔ بعض اوقات ان مریضوں کو قلبی کلوی امسابتوں (cardio-renal cases) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ صاف معلوم ہوتا ہے کہ اگرچہ گردے ہمیشہ کچھ تغیرات ظاہر کرتے ہیں اور نونی شریان سلاکتی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) کہلاتے

ہیں، تاہم یہ مرض کا اہم سبب نہیں ہوتے۔ احتیاجیں یوریا، ۰.۲ یا ۰.۳ فیصدی کا کل قسم بپنی عدد تک کبھی نہیں پہنچتا۔ لہذا ان کو یہی کہنا بہترین ہے کہ یہ انحطاط عضلہ قلب کی اصابتیں ہیں جو کہ قلبی دوسری دوسری بہریدہ کرتی ہیں۔

مشہور مثالوں میں شریانی خون کے اندر CO_2 زیادہ ہوجاتی ہے اور ممکن ہے شریانی خون کا آکسیجینی مافیہ کم ہوجائے۔ اسی واسطے یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ بھر، جو ممکن ہے کہ انتہائی درجہ کا ہو، شعبی شخ سے پیدا ہوجاتا ہے (14)۔ اس رائے کی بنا پر اس قسم کی امابت کے لئے ذمہ (asthma) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ لیکن خالص قلبی بھر، مثلاً مٹرائی فیسق (mitral stenosis) میں زیادتی تنفس کی وجہ سے CO_2 کم ہوجاتی ہے (41)، اگرچہ بعض امابتوں میں CO_2 قدرے بڑھی ہوئی اور آکسیجن گھٹی ہوئی ہوتی ہے اور اس کی وجہ ریوی اسٹلا ہے جو کہ پیچیدہ پٹروں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ حالیہ تجربی شہادت ظاہر کرتی ہے کہ دورہ، کم از کم بعض امابتوں میں اس وجہ سے ہوتا ہے کہ بائیں بطن کے امٹائی فیشل سے ریوی اسٹلا اور ہیج واقع ہوجاتا ہے (13)۔

علاج پر صفحہ 276 پر غور کیا گیا ہے۔

انشقاق قلب

(rupture of the heart)

یہ تضرر کے علاوہ زیادہ تر شعبی انحطاط یا لینی تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے ممکن ہے کہ اکیلی علقیت (coronary thrombosis) جو کہ عضلہ قلب میں نزف کا باعث ہو کہ قلب کی دیوار کا کچھ حصہ تلف کر دیتی ہے موجود ہو۔ امابتوں کے ایک نہایت قلیل تناسب میں ایک پھوڑا، خبیث التهاب دروں (malignant endocarditis) یا اینورزم اس کا سبب ہوتا ہے۔ یہ بڑے آدمیوں میں ہوتا ہے اور علی الخصوص بزرگ محنت کے بعد ہوا کرتا ہے۔ درج شدہ امابتوں میں سے تین چوتھائی میں تمام انشقاق بائیں بطن تھا۔ مریض پر یکایک درد قلب کا حملہ ہوجاتا ہے، جس کے بعد جلدی سرخ پالور (pallor) ہے، ہوشی چند شعبی جھٹکے (convulsive twitchings) ہو کر موت واقع

ہو جاتی ہے۔ شاید امواتوں میں کچھ گھنٹوں بلکہ دنوں تک زندگی قائم رہی ہے، جس کے ساتھ شحوب (pallor)، ٹھنڈے پسینے، کمزور نبض، اور نفس آہ کے طور پر (sighing) ہوتا ہے۔

قلب کا انورسما

قلب کے انورسے ما دیا مزمن ہو سکتے ہیں۔

حاد انورسے دیوار بطن کے تقریبی التهاب دون قلب (ulcerative endocarditis) کی وجہ سے اس طرح پیدا ہو جاتے ہیں، کہ جس طرح مہیش (malignant endocarditis) کے تحت بیان کیا جائے گا، اور یہ فاضل کے جزو غشائی (pars membranacea septi) یا فضا کے غیر محفوظ نیز ممرات کے انورسما کا کبھی قدر اکثر الوقوع سبب ہے۔ جزو غشائی کے انورسما بعض اوقات پیدائشی ہوتے ہیں۔ تمام صورتوں میں تاچہ انورسمائی بائیں بطن کی طرف کھلتا ہے۔ یہ حالت دوران زندگی میں شناخت کے قابل نہیں۔

قلب کے مزمن انورسے موراثی یا لینی انملاط کے سلسلہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ باؤف شدہ کہف، اپنے عضلی ریشے کے لینی بافت میں یوں تبدیل ہو جانے کی وجہ سے ایک مقام پر کمزور پڑ جاتا ہے، اور خون کے دباؤ سے قس ہو کر ایک تاچہ بن جاتا ہے۔ بائیں بطن انورسماؤں کا عام محل وقوع ہے، اور دوسرے تین کہفوں کے انورسماؤں کی صرف چند ہی مثالوں کا اندازہ ہوا ہے۔ تین امواتوں میں سے دو میں یہ راس پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ گول تاچہ بنا دیتے ہیں، مگر ہے ان تاچوں اور بطن کے درمیان کا راستہ اسی جسامت کا ہو جو خود تاچہ کی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ راستہ نسبتاً بہت چھوٹا ہو۔ جب یہ راس پر پیدا ہو جاتے ہیں تو اول الذکر قسم زیادہ اکثر الوقوع ہوتی ہے، یعنی کہ انورسما کہف بطن کے ساتھ مسلسل جوتا ہے۔ آخر الذکر قسم جو زیادہ آچکھ (sacculated) ہوتی ہے، زیادہ اکثر بطن کے پہلو پر یا قاعدے میں واقع ہوتی ہے۔ جسامت میں ان کا متبادل خشک سپاریوں (nuts) امرخی کے انڈوں، یا چوٹے سنگتوں سے کیا گیا ہے۔ چند اس سے بہت زیادہ بڑے پائے گئے ہیں۔ انکی

دیواریں عموماً بہت پتلی اور بعض اوقات کلسی مادی سے دروغتہ ہوتی ہیں۔ ان میں دروں قلبیہ کا استر ہوتا ہے، اور ان کے اندر بیشتر فائبرینی رُوب (fibrinous coagulum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بارہ سال کی عمر سے اوپر ہر عہد میں پائے گئے ہیں، اور حورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ تر۔ شاذ موقعوں پر اکللیلی شریانین کے انور سے بھی ملے ہیں۔ یہ غالباً ایک سدّ و (embolus) کے پیچھے شریان کے نرم ہو جانے اور پھر نتیجتاً اس کی کلائی واقع ہو جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں (15)۔

علامات اگر موجود ہوں تو ان اصابوں میں جہاں انور سما عضلہ قلب کے انحطاط کے بعد ثانوی طور پر واقع ہوا ہو، اسی انحطاط کے ہوتے ہیں۔ لاشعاعی استھان تشخیص کا ایک مفید ذریعہ ہے۔ اصابوں کے نہایت بڑے تناسب میں تار مور کے اندر انور سما کا دفعۃً انشقاق ہو جانے سے موت واقع ہو گئی ہے۔

نوبالیدگیاں اور طفیلیا

نوبالید (neoplasm)۔ قلب پر اس کا حملہ مختلف شکلوں میں ہوتا ہے، بالخصوص لنفی سلعہ (lymphoma)، لمفی سلعہ (sarcoma) اور میلانی (melanotic) سرطان سلعہ کی صورت میں۔ اکثر اوقات واسطی غد کے لمفی سلعہ یا لنفی سلعہ کے نتیجہ کے طور پر قلب ماؤف ہو جاتا ہے، ایسی صورت میں یہ سلعہ براہ آورو پھیل کر اذینوں پر حملہ آور ہوتا ہے اور تار مور کے نیچے گرو کی ارتعاشات کے طور پر نسیاں ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ سلسلہ میم کے کسی دوسرے حصے میں ایسی ہی بالیدگی کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب میں ایک منفرد اتولی جماؤ کا ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایک اسباب میں، جس میں سلعہ دائیں بطن اور ریوی فتمہ پر حملہ آور ہو کر ان کو جزویاً میلوس کر چکا تھا، تسلسل شدید ذراق موجود تھا، جس کے ساتھ سرخ غلیتوں کی زیادتی تھی، [چنانچہ کثرت غلیات احمر (polycythemia rubra) فارج از بحث تھی] اور سلف ہیپوگلوبن دمویت (sulphemo-globinemia) کی بھی کوئی شہادت موجود نہ تھی، لیکن اکثر اوقات ایسے علامات جو اس حالت کے فیئر ہوں نہیں موجود ہوتے۔ بعض اصابوں میں اس کا استنباط مصل ایک ہر دو صدی بالیدگی کی موجودگی پر سے

کیا جاسکا۔ والٹس (Walsh) ایک مریض کی حالت کا اندراج کرتا ہے جس میں امیں اذین کی اگلی دیوار کے سرخان میں مبتدل ہ جانے کے باوجود ایسی کوئی سرریاتی شہادت موجود نہ تھی جو قلب کی طرف اشارہ کرے۔

طفیلیات - کبھی کبھی جرم قلب کے اندر کیستی (hydatid cysts) مویاب ہو کر اپنی بالیدگی کے دوران میں یا تو تار مور کی سمت میں یا کسی ایک کھنڈ کے اندر آجھرتے ہیں۔ یہ دوسرے منفرد ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ ان کے اندر دختر ویرات (daughter-vesicles) موجود ہوں۔ قلب پر ان کے اثر کا انحصار بہت اس امر پر ہے کہ وہ بڑھ کر کتنی جسامت اختیار کر لیتے ہیں۔

خزیمہ فیقیہ (tamia solium) کا اہتیاں ذنبیلہ (cysticercus) بھی بعض اوقات قلب کی دیواروں میں پایا جاتا ہے۔

حمی روماتزمی

(RHEUMATIC FEVER)

حاد اور تحت الحاد روماتزم

(acute and subacute rheumatism)

حمی روماتزمی ایک جموی مرض ہے جس میں یا تو مفاصل کا یا قلب اور اس کی جھلیوں کا یا ان دونوں قسم کے مقامات کا ایک ساتھ مادہ التهاب واقع ہو جاتا ہے۔ روماتزمی عوارض جو مادہ اور تحت الحاد روماتزم اور زفن (chorea) پر مشتمل ہیں، جو اس قدر بکے جو ان سے قلب کو پہنچ جاتا ہے، بچوں کے لئے

ہوتے۔ روماتزم اور رومیک کے الفاظ ایک یونانی لفظ آر سے اخذ ہیں جس کا معنی ہلانا ہے، اور جو ایک دوسرے یونانی لفظ کشار (نازلت) سے تعلق رکھتا ہے۔ رومیک کو نیا یا حاد روماتزم کو ان میں رومیک امراض سے تیز کرنا چاہئے جو کہ بعد میں بیان کی گئی ہیں۔

نہایت شدید خطرہ کا باعث ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - یہ مرض دونوں منوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے۔

لیکن پچاس سال کی عمر کے بعد اور شیرخواروں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ

مرض حال اشخاص میں نامدا لوقوع ہے، اور نہایت مفکوک الحال اشخاص کو بھی

غیر متاثر رکھنے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ آلودہ کارِ یگرول کی جماعت، چٹھی راسنوں کی

خازنوں وغیرہ میں عام ترین ہے۔ یہ ایک ماحولی (environmental) مرض ہے نہ کہ

موروثی، کیونکہ جب ان کے بچوں کی تشدید (segregation) مدار میں صنعت و حرفت

میں کردی جاتی ہے تو ان پر اس کا حملہ نہیں ہوتا، اگرچہ بورڈنگ اسکولوں وغیرہ میں

وہاں دیکھی گئی ہیں (49)۔ ماحولی عوامل میں سے سب سے زیادہ خشک فضا پر پڑتا ہے

اور چونکہ غریبوں کی غذا میں حیوانی مخمس نمایاں طور پر مفقود ہوتی ہیں، لہذا اس سے یارین

الف اور د کی قلت مستنبط ہوتی ہے۔ اس بنا پر مادی و مائتزی (rickets)

کے ساتھ مائتزی رکھتا ہے، چنانچہ اول الذکر مرض تقریباً اس عمر میں شروع ہوتا ہے کہ

جس میں کساعت ختم ہو جاتی ہے (48)۔ پھر بعض تازہ تحقیقاتیں سردی اور نمی کی طرف اشارہ

کرتی ہیں، اور سرمائی آہینوں میں اس مرض کا درود عام ترین ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حرارت

جو نہایت غریب اور نادار اشخاص میں اثر و مدام سے پیدا ہو جاتی ہے ان عوامل کو بڑا اثر

کروے۔ ملائین مادی و مائتزی شاذ ہے۔ چونکہ یہ مرض عموماً براؤ ملتی داخل ہوتا ہے، یہ پایا جاتا

تعب خیز نہیں کہ یہ حمی قرمز (scarlet fever) کے بعد عام ہے۔

امراضیات - اس بیان کی بہت کچھ تائید کی جاسکتی ہے کہ وہ مائتزی تپ کا

سبب مائل ایک خون پاش نبتہ سببیہ ہے۔ یہ ایسی راشے ہے جس کا نمی پاشن

(Poynton) اور پین (Payne) کا کیا ہوا کام ہے۔ کبھی کبھی نبتات سببیہ تحت الجلدی

گرہوں سے زرخ (chorea) کی ہلکے اماتوں میں دماغی نغاضی مستیال سے اور

خون سے ملندہ کئے گئے ہیں۔ حال ہی میں خیر معویٰ خصائص کے نبتات سببیہ کی طرف

توجہ مبذول ہوئی ہے، جو مادی و مائتزی اور کوریا میں ملتی سے ملندہ کئے گئے ہیں۔ انکو

قلبی مفصلی التهابی نبتات سببیہ (streptococcus cardioarthritidis)

کا نام دیا گیا ہے۔ ان اماتوں کی نہایت غالب تعداد میں مفصلی ہستیاں اور خون کا

ابتدائی سوزش خلق کے وقت، جو کہ نقشہ میں پہلے دن دکھائی گئی ہے، نبتہ سبھیہ جوئے خون میں داخل نہیں ہوا، اور ۱۲ ویں دن جب کہ حاد روماتزم شروع ہوتا ہے، نبتہ سبھیہ خلق سے غائب ہو گیا ہے، اگرچہ التهاب گرد قلب کی مہلک امیابتوں میں یہ لحال اور گرد قلبی لمفی غد سے کاشت کیا گیا ہے (50)۔ واقعات کی یہ ترتیب زمانی اس نظریہ کے مطابق ہے کہ حاد روماتزم ایک حاد حسییتی منظر ہے جو کہ ابتدائی تپتی سبھی حملہ کے دوران میں "حساس گری" کا نتیجہ ہے۔ لیکن ایک اور استدلال جو کیا جاسکتا ہے یہ ہے کہ خون پاش نبتہ سبھیہ بطور خود حاد روماتزم کا اولی سبب نہیں ہے، بلکہ یہ ایک ثانوی حملہ آور، مثلاً ایک ماورائے خود یعنی قشب کے ادخال کو پہل بناتا ہے، اور وہی مرض کا براہ راست سبب ہے۔ حال میں اس کی شہادت حاصل ہوئی ہے۔

مرضی تشریح۔ روماتزمی تپ کے خاص ساختی تغیرات التهاب قلب (carditis)، اکثر مفعلی التهاب (polyarthritis) زفن (chorea) اور تحت الجلدی گرہیں ہیں۔ ان تمام مثالوں میں رد عمل دراصل ایک ہی جیسا ہوتا ہے، یعنی ایک التهابی گرہ بن جاتی ہے، جو اس کے منظر کا انحصار مقام ماؤف کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ اس رد عمل کا مطالعہ قلب میں نہایت آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔

عضلہ قلب کا التهاب حاد (acute myocarditis)۔ اولین تغیر ایک شریانک میں واقع ہوتا ہے۔ ایک نقطہ پر استرکار (lining) خلیے چول کر تعداد میں بڑھ جاتے اور نیز التهاب کا مرکز بن جاتے ہیں، جس کے ساتھ گل خلیوں کی درریش (round cell infiltration) ہوتی ہے، جو عموماً صکر کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ یہ شریانک جھکے کے باعث مزعہر ہو کر تلف ہو جاتی ہے۔ ازاں بعد گول خلیوں کی درریش غائب ہو جاتی ہے اور بالآخر ہمیں فائبرین کے پس منظر میں بڑے کثیر ذاتی خلیوں کا ایک گروہ مفروش ملتا ہے، جو آشاف کی گسرو (Aschoff's node) بنا آتا ہے۔ یہ خلیے یعنی ناہض (fibroblast) ہوتے ہیں اور بعد میں متغیر ہو کر معمولی یعنی بافت بن جاتے ہیں، جس سے ایک مستقل لیکن غیر متنازع ندبہ (scar) بن جاتا ہے۔ عضلی ریشہ کے خلیوں میں صمعی ذرات اور قطرات (droplets) سب سے پہلے نوک کے قریب نمودار ہو جاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک محدود مقام تغیر (localized necrosis)

واقع ہو جاتا ہے، جو ممکن ہے کہ کسی الاصل ہو، یا شریک کے تلف ہو جانے پر دوسری کے انقطاع کے سبب سے ہو گیا ہو۔ یہ گرہیں نہایت عام طور پر اور ملٹی کی جڑ اور حلقہ مطرائی (mitral ring) کے قریب پائیں بلعین میں عضلین گہری مدفون نمودار ہوتی ہیں۔

دروں قلبیہ کا التهاب حاد (acute endocarditis) - درواترمی التهاب دروں قلبیہ میں گرہی التهاب ("nodal" inflammation) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس سے مطرائی شرف (mitral cusp) کے اذینی جانب یا اور ملٹی شرف (aortic cusp) کے بلعین جانب پر مصراعوں کی کور کے قریب زیر دروں قلبی بافت (subendothelial tissue) کے نہایت خفیف اورام پیدا ہو جاتے ہیں، جس سے تسبیح کے دانوں جیسے متعدد ارتعاشات بجاتے ہیں، حنصین عموماً دو شیدگیوں (vegetations) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اور یہ ابتداء اُس خط پر واقع ہوتی ہیں جہاں مصراع سدود ہونے پر اپنے رفیق کو چھتا ہے، تاکہ مصراع کی آزاد کور پر۔ بعد میں التهاب رتبہ پر مصراعوں کا درملہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، اور بلعینی خون سے فائبرین اور کثیر الاشکال نواتی سپید غلیظہ نشین ہو جاتے ہیں۔ التهاب کم ہونے پر پھر خفیف سا انداب (scarring) واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن طویل عرصہ تک جاری رہنے والے التهاب میں یا متواتر حادثوں کے بعد مصراعوں کا بڑا تشوہ (deformity) واقع ہو جاتا ہے، جس کا بیان دروں قلبیہ کے التهاب مزمن (chronic endocarditis) کے باب میں درج کیا گیا ہے۔ التهاب مزمن اور (pericarditis) کے مناظر بھی بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

التهاب مفاصل (arthritis) - ہلکے اصابتوں میں مفصلوں کے اندر گدلا زلاب (synovia) اور فائبرین کی دھبیاں پائی گئی ہیں۔ سپید غلیظہ موجود ہوتے ہیں لیکن سیال کبھی دھبی نہیں ہوتا۔ خود غلظے زلابی عروقی اور لیمف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جب ایسی سرخی کسی جیسی کہ اکثر دیکھی جاتی ہے واقع ہو جاتی ہے تو زلابی تغیرات اس کی نسبت اور بھی زیادہ خفیف ہوتے ہیں وتری غلافوں کے اندر غیر شفاف فیصل اور بنزی داخل زرد لطف پایا گیا ہے۔

زیر جلدی روماتزمی گروہ جو روماتزم کی ایسی متاثرہ خصوصیت ہے، اس کی پیدائش بالکل ویسی ہی ہے جیسی کہ پہلے قلب کے لئے بیان ہو چکی ہے، لیکن اس کی نسبت زیادہ ہنسے چمانے پر ہوتی ہے۔ وہ مرکزی شریانی التهاب سے شروع ہوتی ہے۔ پھر کثیرنوائی لینیٹا مینسٹریٹش (multi-nucleated fibroblastic infiltration) ہوتی ہے۔ جو ترقی کرتی ہوئی چند ہفتوں کے دوران میں ایک چھوٹا ندب بن جاتی ہے۔ علامات - اکثر ایک یا زائد حلوں کی مابقی سرگزشت پائی جاتی ہے۔ اور لوڑتین بڑھے ہوئے نظر آتے ہیں، یا ان میں عمیق طائنتے (crypts) موجود ہوتے ہیں، یا دبانے سے پیپ خارج ہوتی ہے، یا غدود (adenoids) موجود ہوتے ہیں۔ روماتزم کی ابتدائی علامات کثیر مفصلی التهاب (multiple arthritis) یا زلابی التهاب (synovitis) کے ہوتے ہیں، یہ ضرات نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ ان کے ساتھ درد اور تپ موجود ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں، اور خاص کر چون میں، پہلا ضرر قلبی مصلحات یا عضلہ قلب یا تار مور کا التهاب ہوتا ہے (روما تزمی التهاب قلب) جو ممکن ہے بظلمہ مخفی (latent) ہو، مگر جس کے ساتھ مبہم سے دردوں [جکو شاید درد] بالیدگی (growing pains) کہتے ہیں] کی سرگزشت ملتی ہے، اور یہ درد ایسے ہوتے ہیں کہ بچہ ان کی وجہ فریش نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایک ایسے بچہ میں، جس پر مفصلی قسم کی روماتزم کا حملہ ہوا ہو، ایسا قلبی ضرر پایا جاتا ہے جو زمانہ ماضی کا ہوتا ہے اور موجودہ زلابی التهاب پر منحصر نہیں ہوتا، مگر اس کے ساتھ کسی گزشتہ زلابی التهاب کی سرگزشت بھی نہیں ملتی، یا ممکن ہے کہ نہ فن (chorea) کی سرگزشت ہو (آگے ملاحظہ ہو)۔

مفاصل باطل رفتہ آؤف ہو سکتے ہیں۔ پہلے اکثر گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے، اور پھر گھٹنے پر، اور دوسری حالتوں میں کلائی یا کندھے پر۔ خواہ پہلے کسی بھی مفصل پر حملہ ہو، مرض جلد ہی جسم کے دوسرے مفاصل میں پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کندھا، کہنی، اور کلائی، گولہا، گھٹنا، اور شہنے سب کے سب ایک ہی وقت میں یا یکے بعد دیگرے متلائے التهاب ہو سکتے ہیں۔ کسی کسی بالینوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے مفصل یا قصبی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint) یا قصبی

مفاصل تک یا ٹوف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی وسعت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک مریض میں صرف دو یا تین جوڑے متہب ہو سکتے ہیں اور دوسرے میں بہت سے۔ اور روماتزمی تپ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اس میں جب بعض مفاصل بہت شفا یاب ہو جاتے ہیں تو دوسرے مفاصل ماؤف ہوتے جاتے ہیں۔ اور جب یہ آخر الذکر مفاصل اچھے ہو جاتے ہیں تو تازہ مفاصل بتلا رہتے ہیں یا پہلے ماؤف شدہ مفاصل پھر بتلائے التہاب ہو جاتے ہیں۔

جس مفصل پر روماتزمی تپ کا حمل ہوا ہے وہ متورم، گرم، چھونے سے الیم (tender) اور دردناک ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں درم گھٹنے میں (جہاں العصاب آسانی سے پھپھانا جاسکتا ہے) اور شخنہ میں اور کلائی میں ہوتا ہے۔ اس کا رنگ تیر بخلائی ہو سکتا ہے، جو شافہی سارے درم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ چکستوں یا دھبوں کی صورت میں ہو۔ ایسیت (tenderness) مفصل کا اتھانائی درد کی ہوتی ہے، چنانچہ بستر پر ذرا سا دھکا لگنے سے یا جوڑ کو بیدار کرنے پر سے ہاتھ لگانے سے شدید درد ہو جاتا ہے۔ اس قسم کا درد خود بخود پیدا ہونے والے درد کے مند ہو جانے کے بعد بھی جاری رہ سکتا ہے۔ کن سے، کوٹھے اور کہنی کے جوڑوں میں درد اور ایسیت ہی روماتزم کے خاص منظر ہیں، کیونکہ غلیف سا درم آسانی سے شناخت نہیں ہوتا اور مرفی عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔ التہاب مفاصل مختصراً بچوں کی نسبت بالغوں میں زیادہ دردناک ہوتا ہے۔ جو ارج کے عضلات کا جس کرنے پر الیم ہونا کافی عام ہے، جس کی وجہ غالباً وہ عضلی التہاب (myositis) ہے جو اپنی نوعیت میں عضلہ قلب کے التہاب (myocarditis) سے مماثل ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ایک لڑکے میں جو ارقم الحروف کے زیر نگرانی تھا، شدید عضلی ایسیت بلا مفاصل کی کسی ماؤفیت کے موجود تھی۔

اصاً بتوں کی نہایت غالب تعداد میں زلالی التہاب زائل ہونے پر مابقی التہاب کی کوئی امارت نہیں جوڑتا۔ لیکن کبھی کبھی مابقی مابقی اس وقت جبکہ ایک ہی جوڑ پر متواتر حملے ہو چکے ہوں، دائمی تغیرات کا دیکھا مانا جاتا ہے جن میں عضلات کی لاغری بھی پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تغیرات روماتزمی گروہوں کے ہمراہ پائے جائیں اور

وہ خاد روماتزم آسامفعلی التهاب (acute rheumatoid arthritis) سے قریباً
مشابہت رکھتے ہیں۔ نیجیاتی نقطہ نظر سے روماتزم آسامفعلی التهاب کے ضررات
خاد روماتزم کے ضررات سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، چنانچہ یہ ممکن ہے کہ یہ بالآخر ایک
پیرس کے مختلف مظاہر ثابت ہوں۔ بیان کیا گیا ہے کہ روماتزمی تپ میں بعض اوقات
غضرونی مفصلات (synchondroses) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ
بعض مفصل کے گرد و پیش کے وتروں کے غلاف اکثر ملتبہ ہو جاتے ہیں، بالخصوص
وہ جو کلائیوں اور ٹخنوں کے گرد کے ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ کشت یا اور پشت و
پر پھیل جانے والی سرخی کا کچھ حصہ انھیں کے التهاب کے باعث ہو۔ ایک لو کے
میں جسے راقم الحروف نے دیکھا تھا، چاند (mandible) کے گرد زیر گرد مٹلی گزریں
(subperiosteal nodes) موجود تھیں۔

اس کثیر مفصلی التهاب کے ہمراہ کچھ تپ (pyrexia) بھی موجود ہوتی ہے
جو مفصل کا التهاب کم ہونے کے ساتھ کم ہو جاتی اور التهاب مفصل کے خود کے ساتھ پھر
ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات تپ مغرط (hyperpyrexia) ہوتی ہے۔ پسینہ کثرت
کے ساتھ آتا بھی روماتزم کا میز خاصہ ہے۔ اکثر عرق سادات کے دھنوں پر صاف
کیسکوں کے اندر پسینہ دیکھا جاسکتا ہے، جنہیں عرق دانے (sudamina) کہتے
ہیں۔ جب ان کیسکوں میں ریم کا ایک نقطہ موجود ہو اور یہ ایک گلابی یا لیزہ سے گھیرے
ہوئے ہوں تو انھیں د خنیاات (miliaria) کہتے ہیں۔ اس تپ کے ساتھ عموماً
دماغی اختلال زیادہ نہیں ہوتا، اور غیر عیدہ روماتزمی تپ میں ہدیان کوئی نمایاں
منظر نہیں ہے۔ زبان فرار ہوتی ہے اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ قاز و رے مقدار
میں تھوڑا، گہرے رنگ کا (high coloured) اور ترشی ہوتا ہے۔ صرف کبھی کبھی انس
میں البیومن کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

روماتزمی التهاب قلب (rheumatic carditis) مفصلی التهاب کے
ساتھ شروع ہونے والی روماتزمی تپ کی امعاء کے ایک بڑے تناسب (۱/۱۰) اور
کے درمیان) میں قلب التهاب دروں قلبیہ (endocarditis) اور التهاب عضلہ قلب
(myocarditis) ہیں اور نسبتاً قلیل الوقوع امعاء میں التهاب پر (pericarditis)

طبعی امارات کا سبب مطرائی مصراع کی راہ سے خون کا زور سے بہہ کر جانا بھی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ روماترزی تپ میں بچوں میں ایک نسبت کم عام خیر، جو اس پر ہی سسٹائی دیتا ہے۔ یہ لحاظ وقت میں انبساطی (mid-diastolic) ہوتا ہے۔ یہ یقیناً تمام امصابتوں میں مطرائی ضیق (mitral stenosis) کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ استخوان بعد المہات میں ایک سے زائد موقعوں پر یہ مصراع درست حالت میں پایا گیا ہے۔ یہ غالباً "نسبائی ضیق" ("relative stenosis") کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یعنی ایک طبی مصراع کے ایک شعبہ بطن کے اندر کھلنے اور لپکتے (fluid vein) اور بمنور (eddies) پیدا کر دینے کے باعث۔ یہ فلٹنٹ (Flint) کے اُس مشہور خیر کے مشابہ ہے جو اورطی بازروی میں ہوتا ہے۔ بچوں میں اس خیر کی موجودگی عموماً ایک شدید درجہ کی سرایت ظاہر کرتی، اور سالہائے نابالغ میں ایک مکمل نمواۓ مطرائی ضیق پیدا کر دیتی ہے۔ اگر اورطی مصراع ماؤف ہو جائے تو ممکن ہے کہ دوسری آواز نا مکمل ہو اور ایک انبساطی خیر نمویاب ہو جاتا ہے، لیکن دوسروں کی نسبت یہ ضرر بہت قلیل الوقوع ہے۔

التهاب پلیورل (ذات الجنب = pleurisy) جب قلبیہ شدت ماؤف ہو، اور بالخصوص جب التهاب تار مول (pericarditis) بھی موجود ہو، تو یہ اکثر پایا جاتا ہے۔ ایک رگڑ (rub) سسٹائی دیتی ہے، اور ممکن ہے کہ درد بھی موجود ہو۔ جب ذات الجنب تار مولی اور سسٹائی پلیورا کے درمیان ہو تو پلیوری تار مولی فرک (pleuro-pericardial friction) کا موجود ہونا ممکن ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ عموماً ارتشاح (exudation) اتنا کافی نہیں ہوتا کہ جس کے بزل (tapping) کی ضرورت لگتی ہو۔ لیکن گاہ بگاہ ممکن ہے کہ وہ وسیع ہو کر بائیں قاعدے پر ویسے ہی طبعی امارات پیدا کر دے، جیسے کہ بائیں شش پر ایک تار مولی انصباب کے دباؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں، یعنی آواز کی کمی (impairment of note) ناقص جو فیزی خیر، یا کمزور بلند ارتعاشی (high-pitched) شعبی تنفس۔ حاد مولوی اذیم (acute pulmonary edema) اور شعبی ذات الریہ کسی کسی بچوں میں آتا ہے (Poynton)۔ عام طور پر التهاب گردہ بھی ہم زمان طور پر ہوتا ہے۔

عرق دانوں (sudamina) اور دمنیات (miliaria) کے علاوہ دیگر پہلے بیان ہو چکے ہیں، ششمری (urticaria) اور مختلف قسموں کا اِحمراز (erythema) بھی واقع ہو سکتا ہے، بالخصوص اِحمراز کثیر الاشکال (E. multiforme) اور پیرا اِکلاحت سر ومانوزمی (peliosis rheumatica)۔ اِحمراز گنہ دار (E. nodosum) بھی روماتزم کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ وہ منجلی سبھی مائیکہ ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو آگے) لیکن زیادہ عام طور پر تدریجی ہوتا ہے۔

تحت الجلدی کوائب (subcutaneous nodes) بالنتوں کی نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور مفاصل کے قریب وجوار میں اور منجلی جود اور اِحمراز میں پائے جاتے ہیں، جہاں جلد اور ہڈی کے درمیان زیادہ چربی مائل نہیں ہوتی، مثلاً گھٹنوں اور گھٹنوں پر۔ وہ دردناک نہیں ہوتے اور شاذ ہی التیم ہوتے ہیں۔ انھیں جلد کے نیچے آزادانہ اور ان کے نیچے والی یعنی مانتوں پر غصیف کسی حرکت دیا جاسکتی ہے۔ وہ چند ہی ہفتوں میں خائب ہو جاتے ہیں۔

فقر۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ مفاصل کے ملازمات دس سے چودہ دنوں تک جاری رہیں، اور پھر وہ اکثر دفع ہو جائیں گے مگر سیلیسیٹس (salicylates) کے ذریعہ علاج کیا جائے تو درد اور بخار اکثر ایک ہفتہ کے اندر خائب ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہر حال روماتزم نگس (relapse) کا بڑا رجحان ظاہر کرتی ہے، جس میں دن سے لیکر دو ہفتوں کے ایک خالی از تہب اور خالی از درد وقفہ کے بعد مفاصل بالکل اسی طریقہ سے موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک جوڑ کا التهاب ہفتوں یا مہینوں تک رہنے کی وجہ سے شغایابی میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ درد، ورم، اور کڑھکی (stiffness) نمایاں تکالیف ہوتے ہیں، اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جبرکات (splints) اور خانی معاہدے سے کرنا پڑتا ہے۔ نقیہیت (convalescence) میں تاخیر کا ایک دوسرا سبب التهاب دروں قلبیہ (endocarditis) کی سرایت ترقی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ بعض روماتزم سے گذر کر نمایاں مرض قلب میں مبتلا ہو جاتا ہے، جس میں اور ملی یا مغزانی مرض کے تیز اثرات عضلہ قلب کا فشل (failure) بلکہ التهاب ناموجود ہو جاتا ہے۔ یہ مانتزی حملہ کے دوران میں موت التهاب قلب سے، اور نہایت ہی شاذ طور پر

مفرد تب سے جو سکتی ہے۔

تشخیص - اس میں عموماً کوئی دقت نہیں پیش آتی، کیونکہ درود مفصل کا وقت وقوع اور ساتھ ہی مفصل کی سرخی اور درم، بخار اور کثرت پسینہ یہ سب بڑی حد تک فیصلہ کن ہوتے ہیں، بالخصوص اگر یہ نوعمر اشخاص میں واقع ہو، جن کی صحت پہلے اچھی تھی، یا جو اس کے برعکس، روماتزمی تب یا مرض قلب کی ماضی مرگزشت رکھتے ہوں۔ جہاں صرف ایک ہی مفصل ماؤف ہو وہاں حاد التهاب مغز استخوان کے متعلق غور کرنا چاہئے۔ اس میں بنیعی (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ ایسیت بہت زیادہ ہوتی ہے، خامسکہ جبکہ لڑی کو دیا جائے۔ حاد تقیع اللحم (acute pyemia) جس کے ساتھ تفتی التهاب مفصل (suppurative arthritis) ہو، غیر عام ہوتا ہے، اور اس میں عموماً مرایت کا کوئی صریح مرکز موجود ہوتا ہے، جیسے کہ زچگی کے بعد عفونی رحم۔ جب مفصل پر حملہ ہوتا ہے تو ان کے شغایاب ہونے میں طویل عرصہ لگتا ہے۔ سوزناکی زلابی التهاب بھی روماتزمی تب کی نسبت زیادہ دیرپا ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ قلبی جمیدگیاں شافی ہوتی ہیں، اور التهاب بالخصوص رداؤں (fascia) کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں اسے باسانی غلطی سے حاد روماتزم سمجھ لیا جائے۔ ماد کثیر مفصلی التهاب (acute multiple arthritis) بہت سی نوعی مرایتوں، مثلاً تب محرقہ، نرا حلیہ، اور نبقی روی مرایتوں، تب فاکسہ، وغیرہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ وہ تعامل جو مریض کی سلیٹس دینے پر ظاہر کرتا ہے، حاد روماتزم کی مفید دلالت ہوتا ہے۔ فقر اس سے تشخیص اس مریض کے بیان میں درج کی جائیگی۔

ایک ایسے بچے میں جہہ کثیر مفصلی التهاب نہ ہو چکا ہو، روماتزم کی تشخیص کا انحصار غرائش حلق یا عفونی لوزین اور ایک قلبی ضرب ریاضن (chorea) کی شناخت پر ہوگا۔ حاد التهاب دونوں قلب اور التهاب عضلہ قلب کی تشخیص کے لئے کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ تانہ ماد التهاب دونوں قلب اور التهاب عضلہ قلب کا خلط ملط پرانہ مصنف اسی مرض کے غریبات کے ساتھ اور تانہ موری فکر کی دواؤں کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ نوٹ کرنے کے قابل خاص امر یہ ہے کہ یہ زیر بحث غریبائی ویت

میں ٹوٹا ہوا اور بچاؤ وقت، انکاشی اور مطالی رقبہ پرستی کے ساتھ محدود ہوتا ہے۔
 ممکن ہے کہ بہت ضربات قلب (tachycardia) موجود ہو اور دوسری ریویں کاواز
 معقم (accentuated) ہو سکتی ہے۔ ایک فعلی (functional) یا دوسری خیر (hamic)
 murmur عموماً ریویں شریان پر بلند ترین، اور اس کی صفت اکثر شدت (harsh)
 ہوتی ہے۔ مزمن مصرعی مرض کا غریب اکثر بلند یا درشت ہوتا ہے، جو ایک بڑے
 رقبہ پر سننا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ قلب کی جسامت یا شکل کا کچھ تغیر بھی ہوتا
 ہے۔ انذار۔ حاد و رواترم کی شرح اموات نحوڑی ہوتی ہے۔ امکانی خطرات
 اور بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس امر کی کہ آیا مرض ہنوز فعال ہے ہمیشہ، اور شرح نبض
 اور تبدیلی غریبات بہترین سرری رہنا ہیں۔ خلیات احمر کی شعلی شرح سے مزید
 حاصل ہوتی ہے۔ ویسٹر گرین (Westergren) کا طریقہ استعمال کرنے پر اگر خلیات
 پہلے گنتے میں ۱۰ ملی میٹر سے زیادہ دو گئے ہیں ۲۰ ملی میٹر سے زیادہ گریں، تو مرض
 ہنوز فعال ہے (42)۔

تجوڑ۔ عموماً پکنی مٹی کی زمین رواترم کی استعداد پیدا کرنے والی سمجھی
 جاتی ہے، اور دریائی وادیوں کے نشیبی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ رواترمی
 بچوں کو چاہئے کہ اگر ان کا لباس تر ہو جائے تو اسے بدل ڈالیں۔ اہم ترین امر
 یہ ہے کہ تمام ممکن منابع سرایت کا علاج کرنا چاہئے۔ اس سلسلہ میں ناک اور جوف
 اور حلق کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص بچوں میں، لیکن بالوں
 میں خاص کر دندان سرایت کی تلاش کرنی چاہئے۔ رواترمی مظاہر والے پچاسی بچوں
 پر عمل میں لائی ہوئی لوزہ برآری (tonsillectomy) کے موضوع پر ایک تحقیقات
 پیش کی گئی ہے (43)۔ بیشتر اصابتوں میں لوزہ میں ایک سے زائد بار التهاب میں مبتلا
 ہونے لگتے تھے، اور تمام اصابتوں میں لوزی لٹنی غدوڑے ہوئے تھے۔ لوزہ برآری کے
 اوسطاً ساڑھے تین سال سے زائد تک ان اصابتوں کا تبع کیا گیا۔ ۵۹ فی صدی
 اصابتوں میں لوزی غدوڑا قابل تیس ہو گئے۔ جن مریضوں کو رواترمی تپ ہوئی تھی
 ان میں سے ۴۰ فیصدی میں نکس بالکل نہیں ہوا۔ جہاں تک زفن کا تعلق ہے
 ۵۰ فیصدی اصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ التهاب عضلہ (myositis) اور مفصل

کے متعلق یہ ہے کہ ۷۷ فیصدی اصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ چند اصابتوں میں لوزتین کو کامل طور پر نکالنے کے لئے ایک دوسرے عملیہ کی ضرورت واقع ہوئی۔ اس کے خلاف گریٹ آرمڈ سٹریٹ (Great Ormond Street) میں ۲۲۸ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں کہ جن میں زفن بھی شامل تھا، لوزہ برآری کے منفعت بخش نتائج بہت مشکوک تھے (45) اور یہ دیگر ارباب سند کی رائے کے مطابق ہے (47)۔

مندرجہ بالا سے حسب ذیل نتائج مستنبط کئے جاسکتے ہیں۔ روماتزمی بچوں میں جب لوزتین کی سرایت زدگی بچہ کی صحت کو خراب کر رہی ہو، اور بار بار سوزش حلق ہو اور مزمن خدی کلانی موجود ہو تو انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزتین کو یکملہ محال دینا مناسب ہے۔ اس عملیہ کو مادہ سرایت رفع ہو جانے کے بعد عمل میں لانا چاہئے۔ علاج۔ روماتزم کی حقیقت اصابتوں کے مؤثر علاج کے لئے بھی بستر میں

کلی آرام کرنا ضروری ہے یہاں تک کہ مفاصل کا درد اور ورم غائب ہو جائے اور قلب کا فاعلی التهاب رفع ہو جائے۔ لیکن اس کا یقینی طور پر جاننا مشکل ہے کہ یہ نتیجہ کب ظہور میں آتا ہے، چنانچہ خطرہ کے سد باب کے لئے مریضوں کو (بالخصوص اگر وہ بچے ہوں) بہت ہفتوں تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔ بہر حال جب تک کہ نفس و درش کم ہو کر طبی نہ ہو جائیں اور کچھ دلوں تک ایسی نہ رہیں مریض کو اٹھنے کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ ایک دوسری مفید دالالت خیرات کی نوعیت ہے۔ جب تک کہ یہ روز بروز کوئی تغیر ظاہر کریں اس کے یہ معنی ہیں کہ فاعلی التهاب موجود ہے۔ سرایت کے ممکن مرکوزوں کو تلاش کر کے ان کا تدارک کرنا چاہئے (لاحظہ ہو صفحہ 276)۔ لوزہ برآری پر اور غور کیا جا چکا ہے۔

شدید اصابتوں میں مفاصل اس قدر دردناک ہونگے کہ مریض کو سولے چپ چاپ لیٹے رہنے کے کوئی چارہ نہیں ہوتا۔ مفاصل کو تضرک سے محفوظ رکھنے کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات بستر پر لیٹنے کو جوارح سے ایک فاعلیہ کے ذریعہ اٹھا کر رکھنا چاہئے۔ مفاصل کو نرم رونی میں، جس پر شدید اصابتوں میں بخوبی سہی شسکن (anodyne) مثلاً 'لغاح' یا 'فیون' کا مروجہ، چھڑک لی جائے، لیسٹ وینے سے درمیں قدرے مقامی تخفیف حاصل ہو سکتی ہے، یا متصل پستل سیلی سیلیٹ

(methyl salicylate) (ڈونٹر گرین کا مصنوعی تیل) پھیلا کر اسے گٹا پر پھینک دو (gutta purcha tissue) سے ڈھانک سکتے ہیں۔ گزشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی غذا تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر مختلف الاقسام غذاؤں کی اجازت دینا نسبت بہت بہتر ہے، جیسا کہ دوسری عمومی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

جو دوا اب تقریباً عالمگیر طور پر کام میں لائی جاتی ہے وہ سوڈیم سیلیٹ (sodium salicylate) ہے۔ جب مریض کا دل ٹھیک ہو جائے تو اس کے زیر اثر ہو جاتا ہے تو درد غائب ہو جاتے ہیں، مناسبت کی سرخی اور درد میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور تپش دوا یمن درجہ کم ہو جاتی ہے، بلکہ ممکن ہے کہ طبیعی درجہ پر آجائے۔ اگر اب اس دوا کی مقدار کم کر دی جائے یا اس کا استعمال جاری نہ رکھا جائے تو بہت ممکن ہے کہ درد خود کرائیں۔ اگر مری مقدار خوراک قائم رکھی جائے تو روماتزم آسبوقت سے علی شفا یاب ہو جائے گی۔ لیکن علاج کو دوا اور غذا ہر دو کے ذریعہ سے دس یا زیادہ دنوں تک جاری رکھنا پڑے گا، اور اس مدت کے انتہائی کم سے کم مقدار میں دوا چھٹی ہے۔ سیلی سلک آئیڈیا اس کے سوڈیم ولسے نمک، دونوں کی موثر مقدار خوراک ۲۰ گرین ہے، اور سیلی سین کی مقدار خوراک ۲۰ گرین ہے، جو پہلے چوبیس یا پچیس گراموں میں ہر چوتھے گھنٹے دینی چاہئے۔ لیکن کم شدید امیابوں میں اس سے چھٹی مقدار کافی ہو سکتی ہے۔ بعض طبیب ابتدائی چار یا پانچ گھنٹوں میں ایک نسبتہ چھٹی خوراک ہر گھنٹے دیتے ہیں، اور پھر اس تو اتار کر گھنٹہ ہر دوسرے گھنٹے دیتے ہیں۔ اگر طبعاً نہایت شدید ہے تو ممکن ہے کہ پہلے دن ۲۰ گرین کی خوراک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دینا مناسب ہو۔ اگر بہت زیادہ مقدار دی جائے تو مریض درد میں بہرے بن، طبعاً لانا (tinnitus aurium) اور خفیف ہڈیاں میں جھلکا ہو جاتا ہے، لیکن دوا کو موقوف کر دینے پر یہ علامات موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی تھ، شست یا غیر منظم نبض، البیورین (epistaxis) کو کم ہو سکتا ہے، یا امرا البول (suppression of urine) اور قسم بولی (uræmia) واقع ہو گیا ہے۔ عام طور پر ابتدائی سستی علامات دردوں کے ارض ہونے کے ساتھ ہنزاں ہوتے ہیں۔ لیکن تخفیف درد مواصل ہو جانے کے بعد دوا کی مقداروں کے تواتر کو کم کر کے روزانہ چار یا تین بار کر دینا چاہئے اور

آخری درد یا آخری غیر طبعی شپس کے بعد پانچ یا چھ دن گزر جانے کے بعد تک اسی مقدار کو جاری رکھنا چاہئے اور پھر یہ دوا بالکل موقوف کر دی جائے۔

روماتزم پر ان تین زیر غور دواؤں کے اثرات میں کوئی تین فرق نہیں عموماً سوڈیم والاٹمک پسند کیا جاتا ہے اور اکثر اس کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی ساوی مقدار شامل کر دی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ دواؤں چنداں کامیاب نہیں ہوتیں۔ درد کم ہو کر جاری رہتے ہیں، یا ٹکس (relapse) اکثر ہو جاتا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالت میں سیلی سلیٹ آف کونین (salicylate of quinine) (۲ تا ۴ گرین) مفید ہو۔ یا قدیم قلعوی ملاج کیا جاسکتا ہے یعنی پوٹاشیم بائی کاربونیٹ یا آئیٹھٹ ۲۰ گرین ہر چار گھنٹے دینا، یا پوٹاشیم بائی کاربونیٹ کونین کے ساتھ دینا۔ عادی روماتزم کے دردوں پر سیلی سلیٹ شامل رکھنے والے مرکبات، مثلاً سالیل (salol)، سالیوفین (salophen) اور سالیل سیلی سلیٹ (ایسپرین) کچھ اثر رکھتے ہیں۔ آخر الذکر ۱۰ یا ۱۵ گرین کی خدکوں میں برش (cachet) میں بہت مشتمل ہے۔

264

ابھی یہ معلوم نہیں کہ سیلی سلیٹ کس طرح عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا یقین ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے۔ فی الحقیقت یہ زائے ظاہر کی تختی ہے کہ تپ اور درد و مفاصل کو دور کرنے میں ایک گونہ نقصان ہے، کیونکہ اس سے قلب میں ایک ایسی دلاست جو کہ سرایت کی رفتار ظاہر کرتی ہے ہاتھ سے جاتی رہتی ہے، اور کسی قدر تپ کا موجود رہنا سرایت کے خلاف ایک مفید ممانعت ہے۔

شدید ارتفاع حرارت (hyperpyrexia) کا علاج قوی اور مستعدی کے ساتھ ہونا چاہئے جیسا کہ ضربت احمرات (Heat Stroke) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

زفن (دار الرقص)

(chorea)

(Sydenham's chorea, chorea minor)

دار الرقص کی میز خصوصیت جسم کے مختلف حصوں کی متبادل و غیر ارادی حرکات

ہیں۔ اس کا مقبول عوام مراد ہے "سینٹ وائٹس کا رقص" کو قصی مانیا کی ان وباؤں کی طرف اشارہ کرتا ہے، بعد از منہ وسطی میں واقع ہوتی تھیں، جبکہ مریض سینٹ وائٹس کے مزار کی زیارت سے شفا یاب ہو جاتے تھے۔ اسی بنا پر اس مرض کا نام "سینٹ وائٹس کا رقص" (Chorea Sancti Viti) ہو گیا۔ لیکن جو شکایت ان وباؤں میں ہوا کرتی وہ کسی قدر ہستیا کی سی کیفیت رکھتی تھی، اور اگرچہ داء الرقص کا نام اب بھی بعض اوقات غیر طبی حرکت کی بعض دوری قسموں کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، تاہم وہ عموماً اسی عارضہ کے لئے محفوظ رکھا جاتا ہے جو اب بیان کیا جائے گا۔

اسباب۔ داء الرقص حاد و مزمن کی ایک قسم ہے، اور اسی واسطے اس کے اسباب بھی وہی ہیں جو اس کے ہیں۔ وہ بیشتر طفلی کا مرض ہوتا ہے، تقریباً نصف امیابتیں پانچ اور دس سال کی عموماً کے درمیان ہوتی ہیں، اور دوسری ایک تہائی دس اور پندرہ سال کے درمیان ہوتی ہیں۔ وہ لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ اکثر الوقوع ہے، دو یا تین اور ایک کی نسبت میں۔ ڈیرا دماغی سندریا بار، جیسے کہ مدرسہ کے امتحانات کے لئے منت کرنا، اس مرض کو بڑھانے والا سبب ہو سکتا ہے۔ بالغ مریضوں میں حمل ایک عام پیش و سبب ہے۔ ان میں سے بعض کو بچپن میں روماتزم اور دوسروں کو داء الرقص ہو چکا ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ دماغ میں بیش و موت پائی جاتی ہے۔ لیکن تغیرات اتنے زیادہ نہیں ہوتے کہ یہ ظاہر کریں کہ داء الرقص کا سبب جراثیمی حلقہ ہے۔ قطعی کو کے (lumbar puncture) سے لف غلیات میں کوئی زیادتی شاذ و نادر ہی دریافت ہوتی ہے۔

امراضیات۔ داء الرقص کے ایک روماتزمی سرایت ہونے کی تائید ان واقعات سے ہوتی ہے۔ التهاب دروں قلبہ کا اکثر وقوع، اور ملک مایاتوں میں اس کی تقریباً ہمیشہ موجودگی۔ دوران حیات میں اس کا لازم روماتزمی تپ اور اس کے مختلف مظاہر کے ساتھ۔

پہلے جو نظریہ مانا جاتا ہے یعنی یہ کہ داء الرقص دماغ پر ایک جراثیمی حملہ ہے یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اب اس کو ترک کر دیا جائے، الا چند غراب ترین امایوں میں (جنونی داء الرقص) کہ جن میں نبتہ سبجیہ کاشت کیا گیا ہے۔ حالیہ تحقیقات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ مرض، جسم میں اور خاص کر دماغی نظامی سیال میں یونی کلشیم (ionic calcium) کا مایہا گھٹ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے یعنی یہ ۵ ملی گرام فیصد کی سے کم ہو جاتا ہے، اور جب بچہ صحت یاب ہو جاتا ہے تو ۵ ملی گرام سے زیادہ ہو جاتا ہے (51)۔ اس نظریہ کی رو سے داء الرقص کنز (tetany) سے ایک قریبی شریہ رکھتا ہے۔ کنز کی طرح اس میں بھی یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلات کی برقی پیمان پر تحریک پذیری بڑھ جاتی ہے۔ چنانچہ اقل محرک روجہ کہ ایک طویل (supinator longus) میں، عضل برقیہ کو عضلہ کے حرکی نقطہ پر لگانے پر ایک مرنی جھٹکا پیدا کر سکتی ہے، ۲ ملی امپیر (milliamperes) سے کم ہے، حالانکہ طبیی اس عدد سے زیادہ ہے (52)۔

علامات۔ داء الرقص کے علامات تنہا موجود ہو سکتے ہیں، یا ان کے ساتھ حاد و مزمن کے وہ مظاہر بھی ہو سکتے ہیں جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس مرض کا نمایاں ترین خاصہ عضلات کا فعل ہے، وہ (۱) غیر ارادی حرکت، (۲) عدم اتساق (ataxy) یا اہم آہنگی (inco-ordination) اور (۳) خفیف درجہ کی مقبضی کمزوری یا استرخا (paresis) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ مرض ایک مستقل حرکت کی حالت میں ہوتا ہے، خواہ وہ لیٹا ہو، بیٹھا ہو یا کھڑا ہو۔ اور یہ حرکات، جو جسم کے تقریباً تمام عضلات میں پائے جاتے ہیں، بھٹکے دار، متعادل اور بے نایت ہوتے ہیں۔ انگلیاں کھولی اور بند کی جاتی ہیں، کٹائی کو یکایک پھیلا یا یا خم کیا جاتا ہے، یا کندھا اٹھا دیا جاتا ہے۔ چہرے کے عضلات کو جھٹکا لگتا ہے، بھونیک بھونیک اور پیچ کر لی جاتی ہیں، سر یا آنکھیں ایک جانب کو گھمائی جاتی ہیں اور ٹھنڈی اور پیچ کر لی جاتی ہے۔ جو ارج زیرین میں حرکات اکثر کم ہوتے ہیں۔ پاؤں کی انگلیوں کو جھٹکا لگتا ہے، یا ایک گھٹنا گر پڑتا ہے۔ دماغ کے عضلات میں نہیں جسم ایک یا دوسری طرف آدھا گھوما ہوا نظر آتا ہے، اور حکم کی ناکامی باز شکیلا

یا تنفسی عضلات کا جھٹکے دار عمل دیکھنے میں آتا ہے۔

اگر ایسی حرکات کے وقت یہ بیقاعدگی اور زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ہاتھ سامنے باہر پھیلا دیے جائیں تو سوجھ انھیں مضبوط تھامے رکھنے کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ زبان باہر نکالنے پر وہ ایک جھٹکے کے ساتھ باہر نکالی جاتی اور شاید یکایک اندر کھینچ لی جاتی ہے، اور ساتھ ہی جڑوں کے عضلات بیقاعدگی کے ساتھ متحرک ہوتے ہیں۔ پلٹنے میں ٹانگیں ادا دھرا دھریں جاتی ہیں، جسم کو جھٹکے کے ساتھ جکڑ دیا جاتا ہے، اور کندھے اوپر اٹھائے جاتے ہیں۔ اس طرح یہ بھی دیکھنے میں آسکتا ہے کہ عضلات بڑی تیزی کے ساتھ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ کسی چیز کو پکڑ لینے کے بعد ایک یا دو انگلیاں جلد ڈھیلی ہو جاتی ہیں اور جلد ہی وہ ہاتھ یا بازو گر جائے گا۔ اگر مریض کو غور سے دیکھتے رہیں یا اگر وہ جوش کی حالت میں ہو جائے تو یہ حرکات زیادہ ہو جاتے ہیں۔ نیند میں حرکات موقوف ہو جاتے ہیں۔

اس مرض میں بچی کے مزاج میں تغیر ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ مریض زور و زنج، چڑچڑی، ستون المزاج، یا برا بھلا ہوتا جاتی ہے، اور دماغی طور پر اس کا حافظہ کمزور ہو جاتا ہے اور وہ اپنی توجہ کو قائم نہیں رکھ سکتی۔

اقسام۔ بعض اوقات علامات نہایت خفیف ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ ایسے ہی رہتے ہیں۔ انگلیوں کو صرف قدر سے جھٹکا لگتا ہے، بیقاعدہ حرکات شانہ ہی دیکھنے میں آتے ہیں، لیکن بچی جن چیزوں کو لیجانے کی کوشش کرتی ہے انکو اگر ادیتی ہے۔ بعض اوقات اس باتوں میں حرکات ایک ہی جانب کے ہاتھ یا پاؤں تک محدود ہوتے ہیں (نصفی نصفی: hemichorea)۔ دوسری اقسام باتوں میں قطعی فالج ہوتا ہے اور زفنی حرکات خفیف ہی ہوتے ہیں۔ بازو پہلو میں لٹکا ہوا رہتا ہے اور وقت کے ساتھ اٹھایا جاسکتا ہے۔ انگلیوں کو کبھی کبھی جھٹکا لگتا ہے اور ان کی گرفت نہایت کمزور ہوتی ہے (شللی نصفی: paralytic chorea)۔ ممکن ہے کہ نصفی نصفی فالج (choreic hemiplegia) ہو جائے۔ شانہ اقسام باتوں میں چاروں جوارح موقوف ہو جاتے ہیں اور بچی بالکل بے بس پڑتی رہتی ہے، اور اگر اسے اٹھایا جائے تو ہر جوارح ایک ایک طرف کی طرح نیچے گر پڑتا ہے۔ کبھی کبھی بے کلامی، زہریلی

مانیائی اور مانیو لپائی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں اور یہ عموماً مارشی ہوتی ہیں۔
 اشتنائی طور پر حرکات نہایت تند ہوتے ہیں۔ کھڑا رہنا یا بیٹھنا ناممکن
 ہو جاتا ہے اور مریض صاحب فراش ہو جاتی ہے اور خود کو بستر میں نہایت
 تند و تیز بیچ و تاب کے ساتھ ادھر ادھر پھینکتی چلتی ہے، ہاتھ اور بازوؤں کو
 پٹنگ کی جابجوں یا سر جانے پر مارتی ہے، اور کہنیوں، شافوں، سرخوں
 کولہوں، گھٹنوں اور ایڑیوں کو اس طرح رگڑتی ہے کہ جس سے جلد کی خطرناک
 خراشیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اسے غذا پہنچانا مشکل یا ناممکن ہو جاتا ہے
 کیونکہ ہر چیز جو مریض کے منہ کے پاس رکھی جائے دھکا دیکر ہٹا یا گرا دی جاتی ہے
 بلکہ اگر وہ مریض کے منہ میں پہنچ بھی جائے تو ممکن ہے کہ بلع میں ہم آئنی عضلات
 نہ ہونے سے وہ پھر نکل جائے۔ یہ امابتیں (زفین خطناک: chorea gravis)
 بعض اوقات نہایت تیزی کے ساتھ ترقی کر جاتی ہیں، مریض کا تار حرکت اور
 کافی غذا نہ پہنچنے کی وجہ سے خستہ معلوم ہوتا ہے۔ سرخ لاغری واقع ہو جاتی
 ہے، چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، آنکھیں جیٹ جاتی ہیں لیکن چمکدار ہوتی ہیں، لب
 اور زبان خشک ہو جاتے ہیں، نبض سریع ہوتی ہے، اور بالآخر موت واقع
 ہو سکتی ہے اور اس سے پہلے اکثر پیش کسی قدر بلند اور حرکات موقوف
 ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً ممکن ہے کہ مریض موت سے پہلے چند گھنٹے تک بالکل سکون
 کے ساتھ پڑا رہے اور یہ خیال پیدا کر دے کہ یقیناً بہت شرم ہو گئی ہے۔ بعض
 امابتوں میں ذہن شدید طور پر باؤف ہو جاتا ہے اور مریض ہڈیاں بلک دھٹانے
 اور پر مانیائی ہو جاتا ہے۔ ایسی تند حالتیں پندرہ اور پچیس سال کے درمیان
 کی عموماً میں نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور ان کا بڑا تنا سب عاملہ عورتوں
 میں ہوا کرتا ہے۔

مہدت - داوارقص کی مدت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ امابتوں
 کی غالب تعداد چھ ہفتوں سے لیکر تین ماہ تک قائم رہتی ہے۔ ایسا بھی بار بار
 ہے کہ مرض کے شدید مظاہر رفع ہونے کے بعد غیبت جھٹکے بہت مہنتوں میں
 تک ہوتے رہے ہیں، اور علامات کچھ عرصہ کے بعد پھر شدت کے ساتھ ہو جاتی ہیں۔

بالا خزیادہ تر مریض شغایاب ہو جاتے ہیں۔ تند و تیز حالتیں عموماً قلیل المدت ہوتی ہیں۔ اگر موت واقع ہوتی ہے تو وہ اکثر پہلی علامت سے یا حرکات کے تدریجی ہونے کے وقت سے دو یا تین ہفتوں کے اندر واقع ہو جاتی ہے۔ جب شفا ہوتی ہے، تو حرکات چند ہفتے کے بعد سست تر بڑھ جاتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ کامل شغایابی میں کچھ عرصہ کی تاخیر ہو جائے۔ داد الرقص کی طور پر رفع ہو جانے کے بعد بھی گس کا احتمال رکھتا ہے۔ دوسرے یا تیسرے حملے اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے حملے کی نسبت قلیل تر مدت کے ہوں، لیکن دیگر خصوص میں اس کے مختلف نہیں ہوتے۔

عواقب مرض۔ اس مرض کے بعد بعض اوقات مریض کے یکایک چمک اٹھنے (sudden starts) کی قابلیت باقی رہ جاتی ہے، جو مہینوں کے عرصہ میں رفع ہو جاتی ہے۔ مریض (epilepsy) بھی شاہد ہے میں آئی ہے اور شغایابی کے بعد ایک تعلق (tie) کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔

تشخیص۔ اس میں شائبہ ہی کوئی وقت پیش آتی ہے۔ داد الرقص سے قریبی مشابہت رکھنے والے حرکات ہلکی یا کھجڑے کے طور پر واقع ہو سکتے ہیں۔ وہ عموماً زیادہ متوازن اور زیادہ محدود المقام ہوتے ہیں اور بہ سرعت شغایاب ہو سکتے ہیں۔ مادی تشنج (habit spasm) بچوں میں موجود ہو سکتا ہے اور متذکرہ بالا سے قریبی مماثلت رکھتا ہے۔ اس کے حرکات محدود المقام، اور نوعیت میں ارادی ہوتے ہیں، اور داد الرقص کے حرکات کی نسبت زیادہ قابل ضبط اور کم مستقل ہوتے ہیں۔ فویدلرک کے علامہ اتساق (Friedrich's ataxia) میں حرکات جھٹکے دار ہوتے ہیں۔ لیکن چال مختلف اور سرگزشت نہایت طویل ہوتی ہے، اور دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ یہ بچوں میں زیادہ امید افزا ہوتا ہے، قطع نظر قلب کی حالت کے۔ نوعر بالغوں میں یہ نسبت زیادہ غیر یقینی ہوتا ہے۔

علاج۔ مادہ روماتزم کا علاج دیکھنا چاہئے۔ بچی کو بستر میں سکون کے ساتھ رکھنا اور اسے پریشان یا ناراض کرنے والی ہر امکانی چیز سے دور رکھنا چاہئے۔

غذا سادہ، معتدلی اور بافراط ہونی چاہئے۔ کیلشیم آکسپرن (۷ تا ۱۰ گرین) اور کلوروٹون (۵ گرین) دن میں تین بار نفع بخش ہوتے ہیں۔ آرسینک (سم الفار) عموماً دیا جاتا ہے، لیکن اس کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ اس سے کوئی نفع حاصل ہوتا ہے۔ نہایت تند اصابتوں میں ممکن ہے کہ ایک انفی ٹی (nasal tube) کی مدد سے غذا دینی پڑے۔ حال ہی میں پیرا تھارمون (parathormone) کے اثرات سے جو کہ دماغی نصابی سیال میں کیلشیم کو بڑھا دیتے ہیں، موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ دس سال کے بچہ کے لئے اس کے ۵ قطرے شب کو اور صبح دئے جاتے ہیں، اور تین سال کے بچہ کے لئے ۳ قطرے دئے جاتے ہیں۔

التهاب داخل قلبہ

(ENDOCARDITIS)

التهاب دروں قلبہ، دوسرے بہت سے التهابی اعمال کی طرح، ہمیشہ قوی عضویوں یا اُن کے سموم کے فعل کے باعث ہوا کرتا ہے۔ عام طور پر وہ حصہ جو کہ پہلے مآخوف ہوتا ہے قلب کے بائیں جانب کے معراع ہوتے ہیں، ضرراً اکثر اُن ہی ایک محدود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالکل زائل ہو جائے، یا اگر کوئی خفیف سے آثار باقی رہتے ہیں تو وہ معراحی ساخت کا نقصان ہوتا ہے، جس کے آخری نتائج متاثر اُس معراع کے یکسانی قفل پر منحصر رہتے ہیں۔ یہ سادہ حاد التهاب داخل قلبہ (acute endocarditis) ہے، اور مزمن التهاب داخل قلبہ (chronic endocarditis) کی اصطلاح کا اطلاق معراحوں کے اُن مستقل تشویشات اور تغیرات پر کیا جاتا ہے جو ایک سادہ حاد التهاب دروں قلبہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور جو ممکن ہے کہ مابعد حاد حلوں سے زیادہ خراب ہو جائیں۔ لیکن یہ اصطلاح اس التهابی عمل کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے جو ابتدا ہی سے مزمن ہو۔ دوسری اصابتوں میں مثلاً میں اس سے زیادہ وسیع تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، نیز دقیق عضویہ موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ جوئے خون کے ذریعہ جسم کے دور افتادہ عضون تک پہنچ جائیں

اور اس طرح مرض کے تازہ مرکز پیدا کر دیں۔ اس کو خبیث التهاب دروں قلبہ (malignant endocarditis) کہتے ہیں۔

حاد التهاب دروں قلبہ

(acute endocarditis)

اسباب۔ حاد التهاب دروں قلبہ، مریضوں کی نہایت غالب تعداد میں، ایک مرایت ہے جو حاد و مزمن کے قشب کے باعث ہو جاتی ہے جس پر بحث کی جا چکی ہے۔ عموماً التهاب عضلہ قلب اس کے ساتھ ملازم ہوتا ہے۔ حلی قمرزہ، خناق و بانی، تب محرقہ اور دوسرے ساری موغنیوں میں حاد التهاب دروں واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی وہ مرض براہِ ثبوت، آشک اور دوسرے مزمن امراض کی ترقی کے دوران میں واقع ہو سکتا ہے۔ وہ مقامی تضریات، جیسے کہ سکیمنا مصراع کے یا اجال و تری کے انشتاق کے بعد اور قلب کے ایک حصہ کی دوسرے حصے پر غیر فطری فرق لگنے سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ غیر طبعی روزنوں میں سے خون کی رُوں کا گذرنا دروں قلبہ کا مقامی التهاب پیدا کر سکتا ہے۔ کسی ساری مرض سے مریض مریموں کے مصراعوں، بالخصوص اُو ر فنی مصراعوں پر دقیق روئیدگیوں کا نظر آنا نہایت عام ہے، اور اس سے جوئے خون کی ممتہانی مرایت ظاہر ہوتی ہے۔ مزمن حاد التهاب دروں قلبہ کے جدا گانہ بیان کی ضرورت نہیں، کیونکہ حاد و مزمن اور دوسرے ساری امراض کے تحت اس پر بحث ہو چکی ہے۔

مزمن التهاب دروں قلبہ

(chronic endocarditis)

(قلب کا مزمن مصراعی مرض)

مصراعی تضریات کا اضافی تواتر۔ التهاب دروں قلبہ کا قلب کی دونوں جانبوں کے ساتھ کیا تعلق ہے، یہ امر بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے اگر التهاب دروں قلبہ جینی زندگی کے دوران میں ہو تو یقین کیا جاتا ہے کہ وہ ریوی یا ششی مصراع

پر حملہ آور ہوگا، لیکن یہ امر بہت شانہ ہے کہ دوران زندگی میں اکتسابی طور پر جو بچے والا
التهاب دروں قلبہ صرف قلب کے دائیں جانب کے مصراعوں پر حملہ آور ہو، شفا کا کافی
(Guy's Hospital) کے ۲,۰۰۰ امتحانات بعد المات میں ایسی مثال صرف ایک
تھی۔ اس کے برعکس دائیں جانب کے التهاب دروں قلبہ کا بائیں جانب کے التهاب
دروں قلبہ کے ہمراہ واقع ہونا استدر غیر عام نہیں ہے (۱۸)۔ عام ترین واقعہ یہ ہے کہ
بائیں جانب کے مصراع تنہا مؤف ہوا کرتے ہیں۔ مطرائی مصراع کا مرض اس سے
زیادہ عام ہوا کرتا ہے کہ جتنا اور مطی مصراع کا مرض، کیونکہ روماتزمی تپ جو کہ مطرائی مصراع
پر خاص طور پر حملہ آور ہوتی ہے، مصراعی مرض کی عام ترین پیش رو ہے۔ بازروی
(regurgitation) بذات خود، جیسا کہ لیکچر میں انکشاف شد، خیر سے ظاہر ہوتا ہے، مطرائی
دہنہ پر نہایت اکثر الوقوع واقعہ ہوتی ہے، اگرچہ اس میں شبہ ہے کہ یہ بازروی مرض مصراع
کی وجہ سے ہوتی ہے یا ایک شیع مطرائی حلقہ کی وجہ سے ہے۔ تندرہ اور بازروی کا اجتماع
تواتر کے لحاظ سے اس کے بعد آتا ہے، اور خالص سدودی صلب سے قلیل الوقوع
ہوا کرتی ہے۔ لیکن کسی بھی قسم کے مطرائی مرض کی اصابتیں جو امتحان بعد المات کے لئے
آتی ہیں ان کی اکثریت میں غیبی پانی جاتی ہے۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ غیبی
مطرائی مصراع کے طویل المدت التهاب کا قدرتی نتیجہ ہوتی ہے۔ اور مطی دہنہ پر
بازروی اس سے بہت زیادہ عام ہوتی ہے کہ غیبی سدودی۔ روماتزمی اصابتیں ہیں
اُردی مرض عموماً مطرائی مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حنی قرمز کے بعد جو نیواری
اصابتوں میں اس سے زیادہ تعداد میں اُردی مرض ہوتا ہے کہ جتنا جاد روماتزم
کے بعد ہونے والی اصابتوں میں۔ خالص اُردی مرض آشک کے باعث ہوتا ہے
اور شاذ طور پر جاد روماتزم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ قلب کے دائیں جانب پریشی بازروی
جو بالکل عام طور پر ملتی ہے وہ عضلی حلقہ کے اس اتساع کے باعث ہوتی ہے جو حنی
نشل کے بعد ثانوی طور پر ہوتی ہے اور اس وجہ سے وہ فی الحقیقت ایک مصراعی مرض
ہے ہی نہیں۔

تو فیضی اتساع اور پیش پرورش اولاً قلب کے اس مضبوطی کے لئے کو
مؤف کرتے ہیں جس کے ساتھ مؤف شدہ مصراع تعلق رکھتے ہیں۔ تاہم جب

تعوین کا فشل واقع ہوتا ہے تو قلب کے دوسرے کچھ بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مثلاً اگر بایاں بطین قسع ہو جاتا ہے تو وہ عضل حلقہ بھی جس سے مطرائی مصراع معلق ہے۔ اس اتساع میں شریک ہو جاتا ہے۔ اس سے مطرائی بازروی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے نتیجہ کے طور پر بائیں آئین کا اور پھیپھڑوں کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی ریوی خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اب اس مزاحمت کو دفع کرنے کے لئے دایاں بطین بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ اگر اس کہنے کا اتساع واقع ہو جائے تو اس سے مٹلشی بازروی اور ساتھ ہی شکی اخشاء کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے۔ مصراعی مرض کے ساتھ اکثر عضلہ قلب کا صحیحی اور لقی آسا انحطاط متلازم ہوتا ہے۔ یہ انحطاط اسی سبب سے ہو سکتا ہے کہ جس نے ابتدائی مصراعی مرض پیدا کر دیا ہو مثلاً روماتزمی تب، آئشک وغیرہ، یا یہ عضلہ قلب کے تغذیہ کی کمی کا راست نتیجہ ہو سکتا ہے۔ آج کل اس خیال کی طرف رجحان ہو رہا ہے کہ مصراعی مرض میں فٹل قلب پیدا کر دینے والا جو سب سے زیادہ اہم عامل ہے وہ عضلہ قلب کی حالت ہے۔ اگرچہ ایسا مصراعی مرض جس کے ساتھ عضلہ قلب کے تغیرات نہیں ورڈشس کے بعد سانس پھولنے اور سستی کے علامات پیدا کر سکتا ہے، جس سے تعویض کا اضافی فٹل ظاہر ہوتا ہے، تاہم غالباً یہ صحیح ہے کہ اگر عضلہ قلب متغیر ہے تو تعویض کا کامل فٹل واقع ہونے کا امکان بمشکل ہوگا۔ اس کے ساتھ ہی یہ ضروری ہے کہ قلب پر بحیثیت مجموعی غور کیا جائے۔ فی الحقیقت یہ نامکن ہے مصراعی مرض کے اثر کو عضلہ قلب کے تغیرات کے اثر سے جدا کیا جائے اس وقت جبکہ یہ دونوں ایک ساتھ موجود ہوں۔

اورطی مرض

مرضی تشریح - اورطی مصراع کے مرض کے دو خاص اسباب ہیں اولاً، عادی روماتزم ہے۔ یہاں اورطی مصراعوں کا مرض ۶۲ فیصدی امصابوں میں مطرائی مصراعوں کے مرض کے ساتھ متلازم تھا۔ ۳۸ فیصدی میں اورطی مصراع تنہا ماؤف تھے۔ ثانیاً، آئشک ہے۔ یہ مرض عموماً اولاً التهاب اورطی پیدا کرتا ہے اور اسی

عمل میں اور طبی مصراع بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مطرانی مصراع عموماً غیر متاثر رہتا ہے۔ ۲۹۶ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں حاد و مزمن ۵ و ۶ فیصدی میں وجہ مرض تھا، جن میں مرد اور عورتیں تقریباً مساوی تناسب میں تھیں (تین آدمی ایک عورت کے پیچھے) ۱۸۶ فیصدی میں - اتھروما (تمام معمر مرد تھے) ۶ و ۸ فیصدی میں - دیگر اسباب ۱ و ۲ فیصدی میں -

مرضی تشکیح - اور طبی مصراحوں میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ ان کے پٹوں کے قاعدوں کی طرف لیکنی بافت سے دبازت پیدا ہو جاتی ہے، ان کی آزاد کور نسبت کم حد تک دبیز ہو جاتی ہے، اور ان کے نیم قطری ناپ چھوٹے ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پٹ دہنہ کو ڈھانکنے کے لئے باہم مل نہیں سکتے - قلب کی بیش پریشی بھی ملاحظہ ہو۔

چونکہ ٹیمون پٹ جدا جدا ہوتے ہیں، لہذا مزمن التهاب انہیں ایک دوسرے سے علیحدہ طور پر شکارا دیتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اور طبی بازروی پیدا ہو جاتی ہے، نیز بازرو جوئے خون کی رگڑ کی وجہ سے درون قلب کی دبازت واقع ہو جاتی ہے - اور طبی کی دیوار پر اس جگہ جہاں مصراعی قلعے باہم ملتے ہیں ان تین نقطوں پر کسی قدر دبازت واقع ہو سکتی ہے اور یہ قلعے عموماً ان تین نقطوں پر کسی قدر چپکے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن اتنے کافی نہیں چپکتے کہ جس سے فتح کی ضیق پیدا ہو جائے۔ مصراحوں کے لئے یہ کسی قدر شاذ ہوتا ہے کہ وہ باہم اتنے پیوستہ یا اتنے گھس یا غلٹی جماؤں سے اتنے دبیز ہو جائیں کہ خون کے بہاؤ میں مزاحمت پیش کریں، مطرانی مصراع کی صورت اس سے بالکل متضاد ہے - لیکن جب ضیق موجود ہوتی ہے تو عموماً کسی قدر بازروی بھی ہوتی ہے - استثنائی طور پر یہ التصاق (fusion) آتا مکمل ہوتا ہے کہ اور طبی کے اندر خون کے گزرنے کے لئے صرف ایک چھوٹا فتح رہ جاتا ہے، اور پھر بھی مصراع بخوبی بند ہو سکتا ہے - دوران خون پر متواتر اور مسلسل زور پڑتے رہنے سے، بالخصوص ہاتھوں کے زیادہ استعمال سے، جیسا کہ انگریزوں اور کشتوں اور محنتی پیشہ کرنے والے دوسرے اشخاص میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے ضرورت زیادہ شدید ہو جائیں - بعض اوقات ایک مصراع کا اس وقت جبکہ

وہ التهاب سے نرم پڑ گیا ہوا نگہانی اشتقاق واقع ہو جاتا ہے۔

اورطی ضیق

(aortic stenosis)

امراضیات۔ کوہنہیم (Cohnheim) کے اُن تجربات میں جو جانوروں پر کئے گئے، اورطی کے گرد ایک بند ٹنگ لگا کر اُسے بند کر دیا گیا۔ اس ضرر کی توفیق بطن کے عضلی انقباضات کی طاقت بڑھ جانے سے واقع ہوئی، بالفاظ دیگر قلب کی فی مندر آمد اور شریانی اور وریدی دباؤ وہی ہے، لیکن دروں بطنی دباؤ بہت زیادہ بڑھ گیا، شرح قلب سست ہو گئی، اور قلب کی اُس کوشش میں جو وہ اپنے باغیا کو اس مصنوعی طور پر بڑھی ہوئی مزاحمت کے مقابلہ میں باہر نکالنے میں صرف کرتا ہے، بطن کے انقباض کی حقیقی مدت زیادہ ہو گئی۔ قلب کا ناگہانی فٹل شدہ اُسی وقت واقع ہوا جبکہ ضیق ایک خاص حد تک پہنچ گئی۔

بالکل یہی حالات مرض سے پیدا شدہ اورطی ضیق میں بھی موجود ہوتے ہیں، بر استثناء اس کے کہ یہاں ضرر بدرجہ ہوتا ہے، جس سے قلب کو توافقی حاصل کر لینے کا وقت مل جاتا ہے۔ وہ زائد کام جو قلب کے ذمہ عائد ہو جاتا ہے، بایں بطن کی اتالی بیش پرورش پیدا کر دیتا ہے۔ ایک غیر ترقی پذیر ضرر کی حالت میں یہ بیش پرورش خود اتنی کافی ہوتی ہے کہ ہر انکماش کے وقت بطن کو تنگ فتح کی راہ سے مکمل طور پر غالی کر دے۔ صرف اس وقت جبکہ توفیق کا فٹل واقع ہونا شروع ہوتا ہے، بطن کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ اتساع قلب کے دوسرے کھنوں میں پھیل جاتا ہے۔

علامات۔ خاص اورطی ضیق میں، جو بیان کردہ وجوہات کی بنا پر ایک استثنائی حالت ہے، غریب انکماش ہوتا ہے، جو دوسری دائیں بین الاصلاح فضا میں عظم القس کے قریب سستانی دیکڑا اور پروکوائیں حرقہ وڈی کی طرف تعلق ہوتا اور سستانی شریانوں میں سستانی دیتا ہے، اور اُس کے ساتھ عموماً اُسی مقام پر ایک کرخت انکماش و بدمسکوس ہوتا ہے۔ بغض اکثر ایک میز خاصہ کی ہوتی ہے۔

خون کی رومیں ایک رکاوٹ مائل ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے کہ نظامی شرائین کے دومی عمود پر طبیعی انقباض کا پورا اثر نہیں پڑ سکتا، اور یہ محسوس کیا جاسکتا ہے کہ نبض کی ناگہانی مفقود ہو گئی ہے اور وہ بالکل آہستہ آہستہ اچھلتی ہے۔ ایسی حالت میں ترسیم نبض شہوقی ہوتی ہے، یعنی قریبی موج اپنے بعد کی جزیی موج کی نسبت نیچی ہوتی ہے اور جزو صاعد پر ایک ارتفاع کے طور پر ظاہر ہوتی ہے۔ اس شکل کی انتہائی قسم میں یہ موج گول بجاتی ہے یا بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اور اس کی ترسیم اس ترسیم سے مشابہ ہوتی ہے جو صفحہ 308 پر شکل ام الفین کلائی گئی ہے۔ جس کرنے پر یہ نبض غیر کثیر الوقوع اور مست رفتار (نبض بطی = pulsus tardus) ہوتی ہے۔ جب اور طبی ضیق کالی طور پر تعویض یافتہ ہو تو ممکن ہے کہ مریض میں کوئی علامت نہ ہو۔ دوسری اصابتوں میں سینہ میں درد اور ضیق کا احساس دیکھنے میں آسکتا ہے جب تعویض کا فشل ہوتا شروع ہوتا ہے تو ماسن کا پھولنا اور عیدی امتلاء کے آمارات شاہدے میں آتے ہیں۔

اورطی بازروی

(aortic regurgitation)

امراضیات - اگر کسی جانور میں ایک اورطی مصراع کو بترجہ متغیر کیا جائے تو جیسا کہ اورطی ضیق میں ہوا کرتا ہے، تعویض فی الفور واقع ہو جاتی ہے۔ قلب کی باؤ غیر متاثر رہتی ہے، اور وریدی دباؤ غیر متغیر رہتا ہے۔ تاہم انکماش دباؤ بہت زیادہ اور انقباضی دباؤ بہت کم ہو جاتا ہے، اور ان دونوں دباؤں کے درمیان کا اوسط تقریباً اٹھارہ رہتا ہے جتنا کہ پہلے تھا۔

یہ پایا گیا ہے کہ قلبی انسانی قلب برائیت آرام شریانی نظام کو فی منٹ خون کے تقریباً ۶ لیٹر (یا تقریبی طور پر فی ضرب ۸۰ سی۔ سی) پہنچاتا رہتا ہے۔ یہ وہ مقدار ہے جو خود قلب، دماغ اور دوسرے اعضاء کے تغذیہ کے لئے ضروری ہے۔ دوران گردش میں فی منٹ ۱۲ لیٹر قلب کے اندر ہوا کر گذرتے ہیں، فرض کر لیجئے کہ اورطی مصراع کی عدم کفایت (incompetence) کا نتیجہ یہ ہو کہ باہر بھیجے ہوئے

خون میں سے آدھا خون ہر ارباط کے دوران میں بائیں بطن کے اندر واپس چلا جاتا ہو۔
ایسی صورت میں چونکہ تعویض یافتہ خروں میں قلب کی شرح وہی رہتی ہے، لہذا
قلب کے ۹ لیٹر فی منٹ خون کی رسد قائم رکھنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہر ضرب
پر اورطی مصراعوں کی راہ سے ۱۶۰ سی۔ سی باہر بھیجے جائیں۔ اس کے یہ معنی ہیں
بائیں بطن کو بجائے ۸۰ سی۔ سی کے ۱۶۰ سی سی کی گنجائش مستقلاً رکھنی چاہئے۔ اسی
واسطے اورطی بازروی میں بائیں بطن کا اتلی اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن اسی کے
ساتھ عضلی دیوار کی ایک ثانوی بیش پرورش بھی واقع ہو جائیگی، کیونکہ بائیں بطن

کا کام بڑھ گیا ہے اور اب اسے
شرائین میں کے دباؤ کے مقابلہ میں
اورطی مصراع کی راہ سے بجائے ۸۰
سی۔ سی کے ۱۶۰ سی۔ سی خون باہر
بھیننا پڑتا ہے۔

دورانِ ورزش میں نہ صرف
قلب زیادہ سرعت کے ساتھ ضرب
لگاتا ہے بلکہ خون کا حجم جو ہر ضرب کے
ساتھ باہر نکلتا ہے وہ بھی زیادہ ہو جاتا ہے
فرض کیجئے کہ ہر ضرب کے ساتھ کی برآمد
دو گنی ہو جاتی ہے، تو ایسی صورت میں
بازروی کی اصابتوں میں قلب کو ہر ضرب

شکل ۴۰۔ الف - اورطی بازروی کی نبض -
دباؤ ۳ اونس - پ - اورطی بازروی کی نبض -
دباؤ ۴ اونس -

کے ساتھ بجائے ۱۶۰ سی۔ سی کے جو طبی حالت میں باہر نکلتے ہیں، اب ۳۲۰ سی۔ سی
نکلنے پڑینگے۔ یہ عارضی اتساع امراضیاتی حالتوں میں غالباً اس سے بہت زیادہ ہے
جتنا ایک قلب میں اس کی گنجائش ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب خون کی
یہ مطلوبہ مقدار ہم پہنچانے کے نا قابل ہو جاتا ہے۔ اس سے ایسے ضرات میں
قلب کی محفوظ قوت کے ضیاع کی مثال ملتی ہے جو بحالت سکون کامل طور پر
تعویض یافتہ ہوتے ہیں۔



طبیعی امارت۔ اور طبی بازروی کی امارتوں کی مختصر خصوصیت وہ تحریر ہے جو پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ بعض اوقات یہ تحریر صرف ایک جونی سماعہ الصدر کی وساطت سے یا دیوار سینہ پر کان کو راست لگانے سے سنا جاسکتا ہے۔ کبھی کبھی یہ بالکل سنائی نہیں دیتا۔ ایک اور طبی امارت کی تحریر کے ساتھ نہایت عام طور پر اور طبی رقبہ میں ایک انکماش کی تحریر ہوتا ہے جو اوپر کو گردن میں تعاقب پذیر ہوتا اور نام نہاد پیش پیشی خورینہ ہوتا ہے۔ اس سے یہ مراد نہیں کہ متلازم ضیق بھی موجود ہے، تاوقتیکہ اس کے دوسرے امارات نہوں، مثلاً ایک فذبہ، یا ایک شوقی یا دوسری نبض (bisferiens pulse) کیونکہ کثرت یا نامہوار مصراع دوران نگاہ میں ایک منہد صاع (fluid vein) اور گردانی رگوں پیدا کر سکتے ہیں، بلا اس کے کہ کوئی ضیق موجود ہو اور طبی بازروی کا مثالی تحریر اکثر اوقات ایک انبساطی یا خجل انکماش تحریر کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے، جو اس پر سنا جاتا ہے حالانکہ مطرانی مصراع بالکل تندرست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس تحریر کے ساتھ ایک فذبہ بھی ہو۔ اس متلازم کو فلینٹ (Flint) نے متلازمہ عین بیان کیا تھا، چنانچہ یہ تحریر اسی کے نام سے منسوب ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 261)۔ اور طبی بازروی میں قلب تسع اور شہرہ ہوتا ہے، اور مقدم نیچے کی طرف اور قندے باہر کو متقل ہو جاتا ہے۔

انکماش دباؤ یعنی فشار ہمایا (sphygmomanometer) سے امتحان کرنے پر اکثر بڑھا ہوا پایا جاتا ہے، اس کے برعکس انبساطی دباؤ نہایت کم ہوتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ اس وقت جبکہ بازو بند میں کوئی دباؤ ہو عضدی شریان پر ایک بلند انکماش تحریر کا سنائی دینا بالکل عام ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبساطی دباؤ کو کم کر دیا جاتا ہے۔ جب کبھی کسی مریض کے امتحان میں انبساطی دباؤ ۵۰ ملی میٹر سے نیچے پایا جائے تو یہ واقعہ اور طبی بازروی کے امکان کی بڑی دلالت ہے اور طبی بازروی میں یہ بھی پایا جاتا ہے کہ انکماش دباؤ عضدی شریان کے نسبت فخذی شریان میں زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے۔ موج نبض کے یکایک صعود کرنے اور مساوی یکایک نزول کرنے سے انگلی کو ایک عجیب جس حاصل ہوتی ہے، جو مختلف ناموں سے ظاہر کی جاتی ہے جو اس قسم کی نبض کو دیے گئے ہیں متلازمہ (kicking)

شعخی (splashing)، مطر قی (water-hammer) اور طلقی (shotty)۔ اسے بعض سرخی (pulsus celer) بھی کہتے ہیں۔ شریانوں میں انبساط اور انقباض کے ناگہانی اور وسیع حرکات سامے جسم پر نمایاں اثرات پیدا کر دیتے ہیں۔ گردن کی رگیں پھڑکتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں اور اکثر درد کے ساتھ پھڑکتی ہیں، 'اصبی شریانیں (digital arteries) غیر معمولی طور پر صاف مسکوس کی جاسکتی ہیں، اور چشم میں بے ذریعہ کے شبکیاتی شریان کا نبضان بہ آسانی نظر آسکتا ہے۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے۔ شریانی انبساطی دباؤ ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے، اور اس دباؤ کے خلاف پیش پرورد قلب خون کے ایک غیر معمولی طور پر بڑے حجم کو تیز شرح سے باہر بھیجتا ہے، جس سے ایک غیر معمولی طور پر بلند درجہ کا انکماش دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ دباؤ سرعت کے ساتھ گر کر کم ہو جاتا ہے، کیونکہ قلب جس سرعت کے ساتھ اپنے مافیہ کے آخری حصے کو اور طی کے اندر خالی کرتا ہے خون اس کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ محیط کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ ناگہانی اور سریع سقوط ایک ٹپکنے والے مصراع کی راہ سے قلب کے اندر خون واپس چلے جانے کی وجہ سے نہیں ہوتا (گو ادنیٰ انبساطی دباؤ اسی وجہ سے ہوتا ہے) کیونکہ یہ سقوط دوسری کٹاؤ سے پہلے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۴ الف)۔ ایسا ہی ایک منظر ہر کٹے دار جھنکوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو نبض کے ساتھ ہر زمان ہوتے ہیں (رامارٹن مسیٹ: signe de Musset)۔ یہ اور طی باز روی کے ساتھ مخصوص نہیں بلکہ اور طی انوربیا میں اور بڑے پلورائی انقباضات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

اور طی عدم کفایت (aortic incompetence) شعری نبضان بھی پیدا کر سکتی ہے۔ یہ نالغوں کے نیچے، کالوں میں، یا متبع عروق شعریہ کے اس رقبہ میں دیکھا جاسکتا ہے جو سطح پیشانی پر ایک تیز نوک کھینچنے سے پیدا ہو جاتا ہے، یا اٹائے ہوئے نیچے کے لب کی خنائے خفاقی پر ایک خود بینی شیش کا شریحہ دبانے سے۔ دونوں حالتوں میں زیر مشاہدہ عروقی رقبہ ہر ضرب قلب کے ساتھ تبادلاً زیادہ سیاہ اور زیادہ شامب ہو جاتا ہے۔

علامات۔ اور طی باز روی کے علامات مطرانی مرض کے علامات سے نمایاں طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ قلب سے حاصل

ہونے والی شریانیں رسد اسوقت کم ہو جاتی ہے جبکہ ایسی پمپیں میں کوئی امتلا واقع نہیں ہوتا۔ اول الذکر ایسے علامات پیرا کر دیتی ہے جو دماغی عدم دمویت کی طرف مشرب ہو سکتے ہیں، اور اس سے دوران سر اور غشی کے ناگہانی حملے ہوتے ہیں۔ یہ خوابی اور اور ناک سے نکلنے والا دوسرے عام علامات ہیں۔ مریض اکثر علیہم الذم ہوتے ہیں، اُن کا چہرہ اور لب اور مخاطی اغشیہ مشابہ ہوتے ہیں۔ سانس کا پھولنا اکثر نہیں ہوتا۔ اکثر اوقات یہ پہلے پہل رات کے وقت دوری حملوں یا چین اسٹوکیس تنفس کی صورت میں نمودار ہوتا ہے، جو کہ چپ جاتی فٹل اور نتیجہ ریوی احتقان کے متلازم ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ بعد میں اگر سارا قلب فٹل پذیر ہونا شروع ہو تو وریدی امتلا کے تمام علامات و امارات ظاہر ہو جاتے ہیں۔ تحت القفس درد اور نا باز روی میں عام ہے، اور کبھو صدر کے مٹالی حملے واقع ہو سکتے ہیں۔ مریض کبھی کبھی غشیان کے ناگہانی حملوں سے مر جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ قلب کے تانھی امتناع کے باعث ہوتے ہیں۔

مطرائی مرض

(mitral disease)

مرضی تشریح۔ مطرائی مرض کا معمولی سبب مادر و ماترم یا دوسری تہی سببی

سرایت ہے، نہ کہ آتشک۔

التهابی تغیرات اصل ان تغیرات میں ہیں جو مادر و ماترم کی وجہ سے اور ملی مرض میں پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن نتائج مصراع کی ساخت کی وجہ سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ مطرائی مصراع کے دو پٹوں کا ذکر کرنا فی الحقیقت ایک غلط طریقہ بیان ہے۔ مطرائی مصراع دراصل ایک جھالریا پردہ ہے جو دہن کو گھیرے ہوئے ہے، اور یہ ایک جانب پر زیادہ لمبا فٹہ ہو کر مطرائی مصراع کا اور ملی پٹ بنا دیتا ہے لیکن نام نہاد ماشینی پٹ ایک جدا گانہ ساخت کے طور پر کسی موجود نہیں ہوتا۔ التهاب این مصراع کی دیانت اور اس کا اوپر سے نیچے کو قصر پیدا کر دیتا ہے، جس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ اس کے بند ہونے پر پورا توافقی نہیں ہوتا اور باز روی پیدا ہو جاتی ہے لیکن یہ عملی طور پر

مصرع کا قصور واقع ہو جاتا ہے، جس سے ضیق پیدا ہو جاتی ہے، اور التهاب جس قدر زیادہ عرصہ تک جاری رہتا ہے ضیق اسی قدر زیادہ ہوتی ہے۔ قسقر کی یہ دونوں قسمیں اکثر ساتھ ساتھ موجود ہوں ایک دوسرا ضرر پیدا کر دیتی ہیں۔ خفیف التهاب آتنا کافی میٹلی قصور نہیں پیدا کر سکتا کہ جس سے سریر یا قی ضیق پیدا ہو جائے، گو اس سے بازروی پیدا ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ شدید التهاب تنہا بازروی، یا تنہا ضیق پیدا کر دے، یا زیادہ عام طور پر دونوں کو بیک وقت پیدا کر دے۔ ضیق کی موجودگی جیسے مصرع کی شدید سرایت ظاہر کرتی ہے۔ بعد المات امتحان بھی ظاہر کرتا ہے کہ مصرانی مرض میں اجال و تری موٹے اور چھوٹے ہو گئے ہیں، حقیقتہً اتنے چھوٹے کہ مصرعی پردہ عضلات خلیہ کے ساتھ تسلسل ہوتا ہے، اور وہ خود بھی نسبی تغیر سے ماؤف ہوتے ہیں۔ ضیق کی بعض اصابتوں میں میٹلی قصور واقع ہوتا ہے بغیر اس کے کہ اوپر سے نیچے کی طرف زیادہ قصور واقع ہو۔ دوسری اصابتوں میں دونوں قسموں کا قصور موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصرع کی کثیف سطح میں آذینی جانب پر صرف ایک تنگ چھری نظر آتی ہے۔ اس طرح قیف نما اور کاج نما دونوں کی تقریبی کی جاتی ہے، اور اول الذکر بچوں میں نسبت بہت زیادہ اکثر الوقوع معلوم ہوتا ہے (۲۵) اور اکی نسبت میں البٹ (Allbutt) اور آخر الذکر بالغوں میں (۲۵) کی نسبت سے۔

مصرانی ضیق کو مزین سرایت یا مصرع پر مادی سرایت کے کمر حملوں کا نتیجہ سمجھنا چاہئے، جو بچوں کا انعام تقیض اور دبانت پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کی نمویابی کے لئے چند سال کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس سے اس واقعہ کی توضیح ہوتی ہے کہ وہ بچوں میں اکثر نہیں پائی جاتی، اگرچہ وہ بچوں کے بعد سے پائی جاتی ہے۔ اس کے برعکس مصرانی بازروی مصرعی التهاب کی کم شدید شکل ہے جو کہ عادی و مزمن کی ہی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ بعض مام علامات اور امارات ایسے ہوتے ہیں جو بڑی حد تک ویدی امتلا کا نتیجہ ہوتے ہیں، اور مصرانی بازروی اور ضیق دونوں میں مشترک ہوتے ہیں، اور یہاں انھیں پر غور کیا جائے گا۔ ابتدائی علامات

بالخصوص وندش کے بعد دیکھے جاتے ہیں۔ وہ سانس کا پھولنا اور خستگی کا احساس ہے۔
 ان پر قلب کے مقام پر درد، اختلاج، اور پاؤں کے فورم کا انماذ کیا جاسکتا ہے۔
 اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجہ کئی سال تک جاری رہے۔ مابعد درجہ سے پہلے ایک
 برزخی درجہ کا وقوع اکثر فعل قلب کی بیقاعدگی کی بیان کردہ شکلوں میں کسی ایک شکل
 (مثلاً قبل از وقت ضربات، اور بالخصوص آذینی ریشگی انقباض) کے ساتھ ہمزان طور
 پر واقع ہوتا ہے، اور اب نبض، جو پہلے منتظم اور سیقتدر کثیر الوقوع تھی، توازن اور
 قوت دونوں میں بہت غیر منتظم ہو جاتی ہے۔ جب مابعد درجہ آپہنچتا ہے تو علامات
 بڑی حد تک دوران خون کے اختلال کا اور سیلان خون کے ابطاء کا نتیجہ ہوتے ہیں،
 جس کے اثرات جسمانی اعضا پر بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ اس طرح
 پیچیدہ طور کے بھلی استعارہ کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مریض کمائی، غطائی نفث، اور گاہ بگاہی
 نفث الدم میں [جو متذکرہ بالاریوی انفامات (pulmonary infarels) سے پیدا
 ہو سکتا ہے]، شبانہ یا مسلسل انتصابی تنفس میں، اور خفیف ترین نیز اور لگانے پر نہر میں
 مبتلا ہو جاتا ہے۔ امتحان کرنے پر دایاں آذین تسع پایا جائیگا، اور ساتھ ہی اسکی آواز
 میں کمی اور عظم القص سے ایک انچہ یا زائد دہنے طرف کو نبضان ہوگا۔ ریوی رقبہ میں
 دوسری آواز میں تغیم ہو جائیگی اور شریکینی نبضان سے دائیں بطن کی بیش پرورش
 ظاہر ہوگی۔ پیچیدہ طور کے قاعدوں پر نکلتا سنائی دینگے، اور ترقی یافتہ اصوات
 میں اطمینت پائی جائے گی اور ساتھ ہی جو فیزی خرابی میں کمی اور کسی ارتعاش میں کمی کی
 لبوں، گالوں، کانوں اور اطراف کے گہرے سرخ رنگ یا حقیقی زراق سے، گردن کی
 بڑی ویدوں کی پری اور نبضان سے، اور استسقاءے لمبی کے وقوع سے عام ویدی
 رکود ظاہر ہوتا ہے۔ مثلی جگر بڑا اور چکنا ہوتا ہے اور شاید ناف کے لیول تک پہنچتا
 ہے، اور اگر اسکا استلاماد طور پر ہوا ہے تو ممکن ہے کہ یہ دردناک ہو، اور اس میں
 نبضان ہوتا ہے۔ جلد سیقتدر یرقانی ہوتی ہے، پیشانی کی تردد جھلک لبوں اور
 گالوں کی گہری سرخی کے ساتھ فکر مریض کی شکل و صورت کو نہایت متغیر بنا دیتی ہے۔
 سودہضم کے علامات بھی ہونگے۔ گردن کا افراہ بھی متاثر ہو جائیگا اور بول
 قلیل المقدار، شاید گھٹ کر روزانہ ۱۰ یا ۱۵ اونس ہو جاتا ہے، اس کا رنگ گہرا ہوتا

ہے، وہ یوریش کی بڑی مقداروں کو مطروح کرتا ہے اور اُس میں البیومن اور کائیٹرینی سببک موجود ہوتے ہیں۔ البیومن کی مقدار عموماً تھوڑی ہوتی ہے اور قلب کی کارکردگی کے ساتھ معکوس تناسب میں متغیر ہوتی ہے۔ غنودگی یا بے چینی سے، اور ترقی یا غم سے اس باتوں میں کبھی کبھی ہڈیاں ہونے سے، دماغ کے دوران خون کا متاثر ہونا علی ہر ہوتا ہے۔ بالآخر فشلِ قلب سے، اذیائی شش اور خستگی سے، یا خبیث الیہابِ دہلی سے، یا دوسری پیچیدگی سے موت واقع ہو جاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 275)۔

مطرائی بازروی

(mitral regurgitation)

امراضیات۔ چونکہ ہر انکماش کے ساتھ خون بائیں اُذین کے اندر دھکے جاتا ہے، لہذا اس ضرر کی تنویض بائیں بطن اور بائیں اُذین کے اقلی اتساع سے ہوتی ہے، جس کی وجہ درج ذیل ہے۔ دورانِ انکماش میں اُذین کے اندر وہ خون داخل ہوتا ہے جو مطرائی مصراع کی راہ سے پھر واپس ٹپک آتا ہے، لیکن ساتھ ہی اُذین میں خون کا وہ مقررہ طبعی حصہ بھی پہنچ جاتا ہے جو اُسے پھیپھڑوں سے ملتا ہے۔ لہذا اس کا قسح ہو جانا ایک ضروری امر ہے۔ یہ تمام خون بطن کے اندر چلا جاتا ہے اور اسے قبول کرنے کے لئے بطن کا قسح ہونا بھی ایک لازمی امر ہے۔ اُذین اور بطن کو پُر کرنے میں جو زائد از معمول کام پیش آتا ہے وہ بڑی حد تک دائیں بطن کو انجام دینا پڑتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دایاں بطن ثانوی بیش پرورش حاصل کر لیتا ہے، جس سے اُس کے اندر زیادہ خون سما سکتا ہے اور ہر ضربت کے ساتھ اور طبعی اس کا پورا حصہ پہنچ سکتا ہے۔ بائیں بطن کی بیش پرورش اتنی تین ہوگی جتنی کہ اور طبعی بازروی میں ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس خون کے متعلق جو ہندویشہ بازروی اُذین کے اندر واپس چلا جاتا ہے کوئی کام انجام نہیں دیا جاتا، کیونکہ اُذین میں دباؤ کم ہوتا ہے۔

طبعی اما راست یہ ہوتے ہیں۔ صدم القلب کا باہر کی طرف ہٹ جانا، چونکہ دارِ انکماش خیر جو اس پر بلند ترین سنا جاتا ہے اور پہلے بیان ہو چکا ہے۔

مطرائی ضیق

(mitral stenosis)

امراضیات - خاص مطرائی مصرعی ضیق میں قلب پر اولی اثر بایں اذین کی بیش پرورش ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ اتساع بھی پیدا کر دیتی ہے، بالخصوص جبکہ ابتدائی فشل قلب بھی موجود ہو، ایساں بطنین بیشش پروردہ ہو جاتا ہے، جس سے ریوی نظام میں فشار خون کا ارتفاع پیدا ہو جاتا ہے، جو تنگ شدہ مصرع کی مزیت کا مقابلہ کرتا ہے۔ جب تعویض کا فشل شروع ہوتا ہے تو نہ صرف پیسپیٹروں میں استلاء واقع ہو جاتا ہے، بلکہ بایں بطنین کو بھی خون اُس کی طبعی مقدار سے کمتر پہنچتا ہے۔ یہ کہفہ نسبتہ چھوٹا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بطنینی دیوار کی مدد تک حقیقتہ مذبول ہو جائے اور طویل المدت امصابوں میں اور طبعی معمول کی نسبت چھوٹا ہو جاتا ہے۔ مطرائی ضیق کی بیشتر امصابوں کے ساتھ کسی قدر مطرائی باز رونی بھی موجود ہوتی ہے۔

طبعی امارات - مطرائی ضیق کے خیرات اور اُن کا طریقہ پیدا نش بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ وہ اکثر اس کے مقام پر محدود ہوتے ہیں اور عموماً اُن کے ساتھ ایک ذنب ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 217)۔ خیرات کا تغیر بالاعتقاد درج ذیل ہے: جب قلب سخت رفتاری سے ضرب لگتا ہو اور ضیق خفیف ہو تو بیشش پروردہ اذین کے سبب سے ایک اذینی انکماش خیرات سنائی دیتا ہے۔ جب ریشکی انقباض طاری ہو جاتا ہے تو یہ خیرات بجلہ غائب ہو جاتا ہے۔ اگر قلب کا فعل سخت ہو، لیکن ضیق نسبتہ نیا ہو تو سارے انبساط کے دوران میں خیرات سنائی دیتے ہیں، جو وسط انبساطی اور اذینی انکماش خیرات ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ وسط انبساطی اور اذینی انکماش خیرات ایک ہی مریض میں اکثر مرتبہ تبادل کرتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کی بجائے ایک بظاہر متضاد دوسری آواز پیدا ہو سکتی ہے جو اس پر سنائی دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔ اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں، جب ضربات کے درمیان کا وقفہ طویل ہوتا ہے تو خیرات انبساط کے اولی معمول میں واقع ہوتے ہیں، اور جب وقفہ مختصر ہوتا ہے تو خیرات پورے انبساطی فاصلہ میں موجود

رہتے ہیں۔ طبی لے اور اُذینی ریشکی انقباض ہر صورت میں جب فعلی قلب تیز ہو تو خیرات پورے انجمالی فاصلہ میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، لیکن اکثر اُن کا سننا ہی نہایت مشکل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض پہلی آواز شدت کے ساتھ مغنم ہو، اور دوسری آواز اس پر سنی ہی نہ جاسکے۔

ابتدائی درجوں میں قلب کی کلائی موجود نہیں ہوتی، لیکن آخری درجوں میں جبکہ یا تو مثلثی (tricuspid) یا مطرائی بازروی طاری ہو جاتی ہے، موی کلائی قلب واقع ہو جاتی ہے۔

علامات - مطرائی ضیق اکثر بالکل ابتدائی میں، پیچیدہ طور کی املا کی وجہ نفث الدم پیدا کر دیتی ہے، اور دائمی عدم دمویت کے باعث دوران سراور غشی کے حملے بھی، اور مطرائی بازروی کی نسبت زیادہ اکثر فالج نصفی (hemiplegia) کا سبب ہوا کرتی ہے، اور یہ فالج دماغی شرائین کی سداویت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ سداوت دائیں اُذین میں تعلقات ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرض کے آخری درجوں میں خون کے رکود کے سبب سے نجات دیتے ہیں۔ دوسرے عام علامات بیان کئے جاسکے ہیں۔

بیمتی مصراعی مرض

مثلثی بازروی (tricuspid regurgitation) - اگر مثلثی عدم کفایت ایک نہایت عام حالت ہے، وہ عموماً دائیں بطن کے اتساع کی وجہ سے ہوا کرتی ہے، جو مطرائی مرض، ریوی ضیق (pulmonary stenosis) عضلہ قلب کے مرض، اور پیچیدہ طور میں تسد و پید کر دینے والی دوسری حالتوں (نفث، التهاب شعبہ ذمہ، یعنی بسل ریوی) کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ اس سے بھی زیادہ شاذ طور پر وہ ویسے ہی عضوی مرض کے باعث ہوا کرتی ہے جیسا کہ مطرائی مصراعی پر حلا آور ہوتا ہے۔ اُس کے ساتھ عموماً دائیں اُذین کے اتساع کے ظواہر، اور مختلف درجہ بکا اُذین، استسقاءے کلی اور وریدی املا موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دائیں قلب اور پیچیدہ طور میں خون کی واپسی میں دقت موجود ہے۔ ان کا بیان

پہلے ہی مطرانی مرض کے اور آخری علامات کے تحت درج ہو چکا ہے۔ مثلاًشی بازروی کا تحریر پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 232)۔ بعض اوقات اس کے ساتھ عظم القعش کے زیرین رسے پر ایک انکماش ذبذبہ موجود ہوتا ہے۔ اندرونی و راجی ورید کا وہ نبضان، جو ان حالات میں ہوا کرتا ہے، ممکن ہے کہ نہایت نمایاں ہو اور گردن کی جانب پرکشیاتی شریان کے سرے پہنچے، کان اور ترقوی ہڈی کے درمیان، ارتفاع و انحنافش کی ایک توجہی حرکت پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ بیرونی و راجی ورید بھی ساتھ ساتھ نبضان ظاہر کرے۔ دائیں بطن کے انقباض کا زور کبھی ریدوں میں بھی منتقل ہو کر کبدی و سرسیدی نبض (hepatic venous pulse) یا کبدی نابض (pulsating liver) پیدا کر سکتا ہے۔ یہ عضو عموماً بہت بڑا ہو جاتا ہے اور اپنی ساری سطح پر جھڑکتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ نبضان بعض اوقات پیچھے کودائیں کو کہہ میں آخری پسلی کے نیچے بھی منتقل ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سامنے اور پیچھے رکھے ہوئے ہاتھوں کے درمیان جگر پھیلتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مثلاًشی ضیق (tricuspid stenosis) نسبت کم عام ہے، اور عموماً دوسرے کسی معراج کے مرض، بالخصوص مطرانی ضیق، کے ساتھ مشاہدہ میں آتا ہے۔ مثلاًشی بازروی میں جو علامتیں دیکھی جاتی ہیں ان کے علاوہ علامات کا اور کوئی خاص گروہ اس کے سبب سے نہیں پیدا ہوتا۔

سراوی مصراععات کا مرض اگر زیادہ مدت کا ہو تو بیشتر پیدائشی ہوتا ہے، اور اگر مادہ ہو تو نوعیت التهابی قلب (malignant endocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اول الذکر صورت میں ریوی ضیق (pulmonary stenosis) جو دروں بطنی فاصل کے انقباض کے ساتھ تلامزم ہو، ایک عام حالت ہو کر قی ہے اور بعد میں بیان کی جائے گی (ملاحظہ ہوں پیدائشی تشوہات)۔

سراوی بازروی (pulmonary regurgitation) بعض اوقات مطرانی مرض کے نتیجے کے طور پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ مصراععات شریان ریوی میں کے بڑے دباؤ کے متعل نہیں ہو سکتے۔ عظم القعش کی بائیں جانب کے برابر ایک مثالی خورسنانی دیتا ہے۔

تجربہ الہیث التهاب دروں قلب، ریوی دہنہ پر بھی اور ملی مرض کے خیر میا ایک دہر اخیر (انجاشی اور انشالی) پیدا کر سکتا ہے، اور یہ ملی الترتیب خیرات پہلے بیان کیا ہوا محل وقوع رکھتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں جو علامات ظاہر ہوتے ہیں ان کی تفصیل پہلے درج ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو عجیث الہیث وں قلب)۔

مزن مصرعی مرض کی تشخیص انداز اور تحریر

تشخیص - مصرعی مرض قلب کی تشخیص میں بہت سے سوالوں پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اس امر کی تعیین کرنی پڑتی ہے کہ:۔ (۱) آیا خیر ایک مصرعی ضرر کے باعث ہے یا اور کسی دروں قلبی یا بروں قلبی سبب کی وجہ سے۔ اول الذکر میں عضلی دیوار کا تغیر بھی شامل ہے۔ (۲) خیر کس دہنہ پر پیدا ہوتا ہے، اور اگر دو خیر ہیں تو آیا ان میں سے ایک خیر کا انحصار دوسرے پر ہے۔ اور (۳) یہ کہ قلب کی فعلی قابلیت یعنی ورزش کرنے پر قلب کی جھپٹ کیسی ہے اور اس کے متعدد کہنوں کی حالت کیا ہے۔ قلب کے محل وقوع، فعل، اور مصرعی کارکردگی کے متعلق بنائیت اہم معلومات آئکہ اور باقیہ کے ذریعہ حاصل کئے جاسکتے ہیں، اور انہیں سماع الصد کے ساتھ ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے۔ رائجنی شعاعیں بھی قلب کے کہنوں کی جسامت اور شکل کے تغیرات کی تخمین میں مدد ہونگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ صفحہ ۲۲۵)۔

۱۔ مصرعی مرض کے خیرات دوسری حالتوں سے پیدا ہو جانے والے خیرات کے ساتھ غلط ملط ہو جانے کا احتمال رکھتے ہیں۔ عام دم دمیت ریوی رقبہ پر ایک کزخت انجاشی خیر پیدا کر دیتی ہے۔ عضوی ریوی سررض (organic pulmonary disease) کے شاذ ہونے کو ملحوظ رکھتے ہوئے یہ خیر جیشہ کافی متمیز ہوتا ہے، لیکن نہایت زیادہ دم دمیت کے ساتھ خیرات سارے پیش قلبی رقبہ پر پھیل جاتے ہیں، اور بلاشبہ ریوی دہنہ کے علاوہ دوسرے دہنوں میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ایسی اصابتوں میں مریضوں کی سانس پھولی ہوئی ہوتی ہے، اور ساتھ ہی ان میں اختلاج اور درہم پا کا رجحان موجود ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ تشخیص وقت طلب ہو۔ مدیم الدم مریضوں کے نمایاں شحوب، روماتزم یا

مرض قلب کے کسی دوسرے پیش رو مرض کی روئداد کی عدم موجودگی، اور فولادی مقویات کے استعمال سے خیر میں تخفیف، ایسے امور ہیں جن سے تشخیص میں مدد حاصل ہوگی۔ بلاشبہ عدم دمویت بذات خود بھی مطرائی بازروی کا ایک سبب ہو سکتی ہے۔ خون کی ناقص نوعیت دیوار بطنین کا نقص تغذیہ پیدا کر دیتی ہے۔ یہ قمع ہو جاتا ہے، مطرائی دہرہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے اور اس کا خیمہ بازروی ہوتی ہے۔ یہ فی الواقع ایک حقیقی ضرر ہے اور خیر کا فوری سبب اگر خود مصراع کے نہیں تو دہن کی ساخت کے تغیرات ہوتے ہیں۔ لیکن چونکہ دراصل وہ خون کی ایک ایسی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو معدہ اپنے نتائج کے شفا پذیر ہوتی ہے، لہذا اس خیر کو اکثر فعلی یا د موی کہتے ہیں۔ بہر حال اس کے اور مزمن مصرعی مرض کے درمیان تشخیص ضروری ہے، اور وہ عموماً اس سبق اور متلازم حالات کیلئے روماتزم کی غیر موجودگی اور حقیقی عدم دمویت پر غور کرنے سے کی جا سکتی ہے۔

اور علی کا انورسما اکثر اوقات قاعدہ قلب پر ایک خیر پیدا کر دیتا ہے جو غلطی سے اور علی تسد کا خیر خیال کیا جا سکتا ہے۔ فی الحقیقت اور علی رقبہ کا ایک سادہ انکماش خیر، جس کے ساتھ بازروی کے خیرات نہیں، مصرعی ضیق کی نسبت زیادہ اکثر انورسما کے سبب ہی سے ہوا کرتا ہے۔ مزید شجرت کے لئے قفس سے دائیں طرف کو غیر طبعی نبضان کی اور اصمیت کے بڑھے ہوئے رقبہ کی مستحکم کرنی چاہئے۔ اگر خیر ایسے مقام تک محدود ہو جو مصرعی مرض کے معمولی رقبوں کے ساتھ سختی سے متناظر نہ ہو تو انورسما کا اور بھی زیادہ احتمال ہے۔

التهاب تاء مور (pericarditis) اکثر ایک پیش می آواز پیدا کر دیتا ہے، جو دوسرے اور علی مرض سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ لیکن وہ عموماً زیادہ جھن ہوتی ہے، ایک بڑے رقبہ پر اپنی بلندی میں کم یکساں ہوتی ہے، اور علی مرض کے معمولی رقبہ میں سختی کے ساتھ محدود نہیں ہوتی، اور شاید باوجود ضرب قلب کے دوروں کے ساتھ سختی کے ساتھ جزمان نہیں ہوتی۔ مادہ مرض کی قلیل المدت روئداد، غیر معمولی درد، قلب کے مقام پر تکلیف، اوپر کے رُخ میں پیش قلبی اصمیت کا بڑھا ہوا رقبہ، اور دہاتی نبض، کی عدم موجودگی، یہ سب اہتساب تلاء مور پر دلالت کرتے ہیں۔

ایک دوہری وقت خارج القلب خیریات کی وجہ سے پیش آتی ہے، جو ایسی آوازیں ہیں جو فعلی قلب کے ساتھ ہمزان تو ہوتی ہیں لیکن قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن یہ پہچان لینے کے ساتھ کہ خیر دروں قلبی ہے اور کسی معراری دہن پر پیدا ہوا ہے تشخیص نہیں ہوتا کہ مرض معراج کا ہے۔ بلعینی اتساع، جو نہ صرف عدم دمویت سے، بلکہ کسی بھی سبب سے ہو گیا ہو، ایک راسی انکماش خیر پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسا واقعہ مرض برائٹس، الکلیتس، اور شریانی صلابت (arteriosclerosis) میں اور عا دلو پر امراض ساریہ کے عوارض عضلہ قلب میں نہایت عام ہوتا ہے۔

مزمن کلوی مرض (chronic renal disease) قلب کی پیش پرور ش، بلکہ اتساع اور خرنیک پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسی صورت میں یہ حالت مطرائی مرض سے قریبی طور پر مشابہ ہوتی جس کے ساتھ ثانوی البیومن بولیت بھی ہوتی ہے۔ اس واقعہ سے دقت اور بڑھ جاتی ہے کہ بعض اوقات وہ گردے جو مرض قلب کی وجہ سے ایک مزمن اتساع کی حالت میں ہوں، ذراتی (granular) بن جاتے ہیں۔ اور اس سے بھی کہ مرض گردہ میں انتہائی شریانی تناؤ کی وجہ سے قسق شدہ قلب، نظام ویدی میں ایک ثانوی رکود پیدا کر دے گا، اسی طرح جس طرح کہ اتلی مطرائی مرض سے ماؤف شدہ قلب پیدا کر دیتا ہے۔ قلب کے اتلی مرض میں ہیں روماتزم کی روڈا دیا التهاب دروں قلب کے کسی دوسرے سبب کی جستجو کرنی چاہئے۔ قارورہ میں وہ خصائص موجود ہوتے ہیں جو بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 271) اور بغض صغیر اور کم تناؤ والی ہوتی ہے۔ لیکن گردے کے مرض میں اس کا زیادہ امکان ہے کہ قارورہ رنگ میں پھیلا، اور مقدار میں قلیل ہو، اور اس میں البیومن کی مقدار زیادہ یکساں ہو۔ اور بغض بلند تناؤ والی ہوتی ہے۔ صلابت شریانی اور انکھل (جو اکثر ایک ساتھ پائی جاتی ہیں) کے باعث پیدا شدہ کلائیوں میں شریانی تناؤ تغیر پذیر ہوتا ہے، اور البیومن اکثر غائب ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار مقدار و مرض یا متلازم حالتوں پر رکھنا پڑے۔

اس کے برعکس بعض اوقات جبکہ کوئی خیر نہیں سنا جا سکتا ایک مصرعی خیر موجود ہوتا ہے۔ یہ حالت بیشتر اوقات مطرائی شریانی کے آخری دروں میں ہوتی

ہے، جبکہ اذین کی قوت فتل پذیر ہوتی ہے۔

۲۔ مصرعی مرض کی مختلف شکلوں کی ایک دوسری سے تشخیص کا انحصار بڑی حد تک خیرات کی نوعیت، اور اُس وسعت پر ہوتا ہے جس میں وہ پیش قلبی رقبہ پر سنائی دیکھتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک خیر ایک مصرع کے رقبے سے باہر تک دوسرے مصرع کے رقبے کے اندر تک منتقل ہوتا ہو۔ ایسی صورت میں مختلف نقطوں پر کی آواز کی شدت کا احتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنا ضروری ہوگا۔ اور طبی بازروی اور مطرائی بازروی تقریباً ہمیشہ اپنے مخصوص نوعیت والے خیرات سے پہچان لئے جاتے ہیں۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، مطرائی تند بارہا ملا اپنے مخصوص نوعیت کے خیرات کے موجود ہوتا ہے۔ قبل انکماش خیرات اور انہماکی خیرات جب یہ ٹھیک مقام صدمہ پر پہنچنے جائیں (اور قاعدہ پر نہ سنائی دیں) تو مطرائی تند کا نہایت قوی ثبوت ہیں۔ لیکن بعض اوقات راس قلب پر ان سے مماثل خیرات اور طبی بازروی کے ساتھ (خیرات فلٹ: Flint's murmurs) (لاحظہ ہو صفحہ 269) ملحق تادمور (adherent pericardium) کے ساتھ، اور دوسری حالتوں کی وجہ سے قسح بطن کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ ان خلاف قاعدہ گول کے توجہات مختلف ہیں۔ اگلے مطرائی پٹ کے ارتعاشات اُس پر اور کئی بازروی کی رو کا تصادم ہونے سے، یا اُس کے اذینی بطنی روبرو دیکھنے سے۔ مندرجہ بالا دو روبرو کا باہم گر لہجہ ہوتا۔ ایک منجھدار کی جھانپش جو بائیں بطن کے اتساع کی وجہ سے ہو، جبکہ مطرائی درمنہ طبعی جارست کا ہو۔ یہ حالت بعض اوقات اضافی فیسی (relative stenosis) کہلاتی ہے۔ آخری توضیح زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہے۔

۳۔ غالباً تشخیص میں سب سے زیادہ اہم امر حیثیت قلب کی ضمن ہے۔ ورزش یا محنت کے بعد دم چھوٹنے یا محنت کی مقدار کا مشاہدہ کیا جاتا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 223)۔ قلب کی جسامت سے مصرعی نقص کی وسعت کے متعلق مفید رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ یہ جس اور قریب سے معلوم کی جاسکتی ہے لاشعاً میں استعمال کی جاسکتی ہیں، اور یحییٰ اور ساری پیش پرورش کا تناسب

ظاہر کرنے کے لئے برقی قلب بھٹا رہی (ملاحظہ ہو صفحہ 249)۔

قلب اور پمپوں کے امتحان کے بغیر کوئی تشخیص قائم نہیں کی جاسکتی۔ لیکن یہ نوٹ کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ بچوں اور نوجوانوں میں مطرائی مرض اور سل ربوی (phthisis) کے درمیان اکثر ایک سطحی شبابہت ہوتی ہے کیونکہ اول الذکر نمایاں شہوب، لاغری اور نفث الدم پیدا کر سکتا ہے۔

انذار۔ اسی ایک ہزار امواتوں کا مطالعہ کیا گیا کہ جن میں فارغ المیت آدمیوں کو مرض قلب تھا اور ان کا ۱۰ سال بعد دوبارہ معائنہ کیا گیا (20)۔ ثابت ہوا کہ ایک خراب انذار کے لئے اہم ترین عناصر قلیل حمل ورزش اور بڑا قلب ہیں۔ چنانچہ معتدل کلائی اور قلیل حمل کی صورت میں تقریباً نصف مریض ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں گوکہ چند بلا تغیر زندہ رہتے ہیں۔ انتہائی کلائی کی صورت میں ۶ فیصدی اور استلائی قتل کی صورت میں ۶۶ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں، اور اگر باقی دونوں گروہوں کو یکجا کیا جائے تو زندہ رہنے کی شرح ۸۰ فیصدی ہوتی ہے۔

اس پورے سلسلہ میں ۲۲ فیصدی مریض بلا تکلیف اور بلا تغیر ۱۰ سال زندہ رہے، اور یہ عدد غالباً اصل سے کمتر ہے۔ نصف مریض زیادہ تر استلائی قتل کی وجہ سے مر گئے، اور ۶۶ فیصدی قتل امواتوں میں اس قتل کے ہمراہ ساری التهاب درون قلب اور (۳۰ فیصدی میں) انجینی ریشکی انقباض تھا اور دوسری امواتوں میں التهاب شہبی اور دیگر سرائیش دیکھی گئیں۔ انتہائی موت، کل اموات میں سے ۶۶ فیصدی میں دیکھی گئی۔

جب مریضوں کو استہامی علامات کے لحاظ سے گروہ بند کیا گیا تو وہ مریض جن کو بڑی پیمائش میں نہیں تھا ان میں سے ۳۵ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر گئے۔ اور طبی ضیق اور تشکی اور طبی بازروی کی شرح اموات ۹۰ فیصدی ہے (یا انجینریم کو مستثنیٰ کرنے کے بعد ۵۰ فیصدی)۔ غیر پیچیدہ غیر تشکی اور طبی بازروی کی شرح اموات ۳۳ فیصدی، مزوج بازروی اور مطرائی ضیق کی ۳۰ فیصدی، اور مطرائی ضیق کی ۳۶ فیصدی ریشکی انقباض کو مستثنیٰ کر کے ۲۹ فیصدی ابتدائی

مطرائی ضیق میں شرح اموات ۱۰ فیصدی، نمویافتہ ضیق میں ۳۹ فیصدی، خفیف اور ملی باز روی میں ۱۶ فیصدی، اور آزادانہ باز روی میں ۲۵ فیصدی ہے۔ پس انداز میں مصرعی ضرر کی نوعیت اتنی اہم نہیں ہے کہ جتنا ترمیم کن عوامل ہیں۔ انداز میں دو عامل جن پر کسی دوسری جگہ غور کیا گیا ہے، خاص طور پر اہم ہیں، یعنی ازینہی ریشکی انقباض اور تحت الحاد جراثیمی التهاب دروں قلب (ملاحظہ ہو)۔

276

اگرچہ اصابتوں کے اس سلسلہ میں سے بچے اور عورتیں مستثنیٰ ہیں، تاہم یہ سلسلہ خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے اس لئے کہ یہ گویا ایک مرض زندہ آبادی کے پورے حصہ یعنی انتقالی اور صاحب فراش دونوں پر مشتمل ہے۔ سابقہ ایڈیشن میں ایسے مریضوں کے تجزیہ پر اکتفا کی گئی کہ جو ہسپتال میں مر گئے تھے۔ اب اس کی بجائے زیادہ مکمل اعداد و شمار درج کئے گئے ہیں۔ بعض نکات پر خاص طور پر زور دیتے کی ضرورت ہے مثلاً ایک مطرائی انکماش خیزی کی عدم اہمیت علامت عید کی وجہ سے معذور خدمت گردانے ہوئے سپاہیوں کی صورت میں مطرائی باز روی کے خیر کی موجودگی یہ ظاہر کرنے کے لئے بیکار ثابت ہوئی کہ آیا وہ شخص پورے کام پر واپس آنے کے قابل ہو گا یا نہیں۔ مطرائی ضیق ایک خطرناک ضرر ہے کیونکہ وہ روماتزمی مطرائی مرض کے مزمن یا مکرر حاد حملوں کا اختتامی نتیجہ ہے۔ لیکن خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ اگر سرایت رک جائے تو وہ برسوں پھری ہوئی حالت میں رہے۔ اور ملی باز روی اور مطرائی ضیق کا اجتماع انداز کو زیادہ خراب نہیں بناتا۔ بچپن میں حاد روماتزم یا دیگر سرایتوں کے مکرر حملے خطرناک ہیں کیونکہ وہ عضلہ قلب اور منہر احوال کو مزید نقصان پہنچاتے ہیں۔ مطرائی ضیق ہونے کا امکان، اور معمر مریضوں میں ازینہی ریشکی انقباض ہونے کا امکان۔ یہ امر کہ امتلائی فشل میں اگر ریشکی انقباض موجود ہو تو فوری انداز بہتر ہو جاتا ہے، لیکن آخری انداز خراب تر ہوتا ہے۔ اور ملی گروہ میں ناگہانی موت کا امکان، اور غیر ریشکی اور ملی باز روی میں جراثیمی التهاب دروں عضلہ قلب کا امکان حمل ہونے سے حالت کا زیادہ تشویشناک ہو جانا۔

تجزیہ۔ چونکہ نوعمر بچوں میں مرض قلب کی بیشتر اصابتیں حاد روماتزم

کی وجہ سے ہوتی ہیں، انداز اسی پر مشتمل ہے کہ اُس مرض کا تدارک کیا جائے جس طرح کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

زیادہ عمر والے شخصوں میں دانتوں کا استحان کرنا چاہئے، بالخصوص اُن لوگوں میں جو پہلے ہی مزمن مصرعی مرض میں مبتلا ہوں، کیونکہ اگر انھیں کوئی سرایت لگ جائے تو وہ ساری التهاب دروں قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر سکتی ہے۔ نیچے جو فیبری (pyorrhea alveolaris) ہمسوقت جبکہ پیسپ آزادانہ خارج ہوتا ہو، چنداں خطرناک نہیں، لیکن اُن بھجڑوں کو خارج کر لینے کی احتیاط عمل میں لانی چاہئے جو دانتوں کی جڑوں میں دور چھپے ہوئے ہوں، اور جو یا تو التهاب دروں قلبیہ کا ایک حادثہ واقع کر دیں یا ایک مزمن غیر موسس سرایت اور اُس کے ساتھ مصرعوں کا ترقی پذیر تشوہ پیدا کر دیں۔

تھریز میں ایک دورا نہایت اہم امر یہ ہے کہ جو بچہ روماتزم کے خفیف ترین ظواہر میں مبتلا رہ چکا ہو اُسے حادثہ سرایت کی کوئی علامت (جیسے کہ خراش مطلق، التهاب لوزرین یا معمولی زکام) ظاہر ہوتے ہی بستر پر لٹا دینا چاہئے، کیونکہ اس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ ان عوارض کے ساتھ ساتھ اُس کا قلب بھی مآؤف ہو گیا ہو۔ فی الحقیقت اس معاملہ میں اعلیٰ طبعوں کے بچوں کے متعلق نسبت زیادہ احتیاط برتنے کا نتیجہ یہی ہے کہ وہ مزور پیشہ جماعتوں کے بچوں کے مقابلہ میں شدید مرض قلبیہ زیادہ محفوظ رہتے ہیں۔

نوعی سرایتوں میں آتشک مرض قلبیہ کا عام ترین سبب ہے، چنانچہ اگر یہ مرض ہو گیا ہو تو جلد ہی مشدد واقع آتشک علاج عمل میں لانا چاہئے۔
شریانی مرض کا نتیجہ عموماً انخراط عضلہ قلب ہو کر آتا ہے، چنانچہ اس کے خفیفہ مقدم (ملاحظہ ہو) کی مناسب تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔

قلب کے مزمن مرض کا علاج

مندرجہ ذیل اشارات کا اطلاق نہ صرف قلب کے مزمن مصرعی مرض پر بلکہ ملصق نامرور (adherent pericardium) اور انخراط عضلہ قلب کی

اسا بتوں پر بھی ہوتا ہے۔

علاج پر غور کرنے سے پہلے امور ذیل کا دریافت کر لینا ضروری ہے۔ (۱) آیا فٹل قلب کے ابتدائی امارات، یعنی تکلیف، سانس کا پھولنا، اور ورزش کے بعد تحت القفسی یا پیش قلبی درد ہوتا موجود ہیں۔ (۲) آیا بعد کے امارات، یعنی گردن اور جگر کی وریدوں کا احتقان، زراق، اور تہیج موجود ہیں۔ (۳) آیا قلب بڑھا ہوا ہے، اور آیا مصرعی مرض کے یا تفسر است عضلہ قلب کے امارات موجود ہیں۔ (۴) آیا قلب کی کوئی بے نظمی اور غامض کرڈی ریشکی انقباض موجود ہے یا نہیں۔ (۵) آیا قلب میں مادہ سرایت ہونے کی کوئی شہادت موجود ہے۔

اصول علاج یہ ہے کہ مریض کی زندگی کو باقاعدہ بنایا جائے تاکہ قلب کے قدمہ جو کام بڑے وہ اس کی قابلیت سے زائد نہ ہو۔

فٹل قلب کی ابتدائی اساتوں میں مریض کی علامتیں ہی بیشتر رہنمائی کرتی ہیں۔ کام کی اس مقدار کا معلوم کر لینا ضروری ہے جس سے خیر تحولی مکان یا تکلیف، یا سانس پھولنے کا، یا درد قلب کا حمل ہو جائے اور کمال طور پر تندرست شخص میں یہ علامات صرف نہایت شدید عضلی ورزش کے بعد محسوس ہوتے ہیں۔ تاہم تجربہ نے بتلایا ہے کہ ایسے بہت سے اشخاص ہیں جن میں پیش قلبی پڑائی دینے والے انکماش خیرات کے باوجود روماتزمی یا اور کسی سرایت کی سرگزشت نہیں پائی جاتی، جو قلب کی کوئی کلائی نہیں ظاہر کرتے، اور جو شدید ترین عضلی ورزش کر سکتے ہیں اور اس کے بعد کوئی ایسی تکلیف نہیں ظاہر کرتے جو اس سے زائد ہو جو ایک طبی شخص محسوس کرتا ہے۔ ایسے اشخاص میں ان کے ورزش کرنے کے متعلق روک تھام کرنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن جب اور بھی بازروی یا مطرائی ضیق کا شبہ کرنے کے لئے وجوہات موجود ہوں تو عقلمندی یہی ہے کہ مریض کو اس کے قلب کی پوری قوت محفوظ کام میں لانے کی اجازت نہ دی جائے قطع نظر اس امر کے کہ وہ تند و شدید ورزش بھی معمولی مقدار سے زائد تکلیف کے بغیر انجام دے سکتا ہے۔ صرف ہلکے قسم کی ورزشوں کی اجازت دی جائے۔

اس بیان کا اطلاق مطرائی بازروی اور اور طبی ضیق کی ان اساتوں پر بھی ہوتا ہے۔

کہ جن میں واضح کلائی قلب موجود ہو۔

جو مریض معتدل ورزش 'مثلاً دوڑنے یا زینہ پر یا پیٹری پر تیزی سے چلنے' یا سطح زمین پر تیز چلنے کے بعد علامات ظاہر کرتے ہوں، ان میں ان علامات کو پیدا کرنے والی ورزش کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ اس کے ساتھ ہی جو ورزش برداشت ہو سکے اس کی اجازت دینی چاہئے۔ اس کے قلب کو مناسب سے کم ورزش دینا بھی برا دستور ہے۔ لیکن مریض کو کہنا چاہئے کہ اگر بالفرض اس وقت جبکہ وہ ورزش کے لئے باہر گیا جو علامات پیدا ہو جائیں تو اسے چاہئے کہ بالکل بے حرکت ہو جائے۔

ان تمام امایاتوں میں جن میں حقیقی سرایت موجود ہو، ان تمام امایاتوں میں جن میں فشل قلب ترقی یافتہ ہو، ان امایاتوں میں جو دیدی امثالہ ظاہر کرتی ہوں، آؤنی ریشکی انقباض کی امایاتوں میں جن میں قلب سرخ ہو، اور ڈیجیٹالس کا ایک پورا نصاب دینے کی ضرورت ہو، اور سب سے زیادہ اہم ان مریضوں میں جو کمزور ہوئے پر یا آہستہ آہستہ چلنے پر امارات تکلیف ظاہر کرتے ہوں، 'مستزید آرام لینا ضروری ہے۔ مریض کو چت لیٹا رہنا چاہئے، لیکن جب نفع امتصافی ہو تو اسے 'مستزید سہارا دے کر بٹھا دینا چاہئے۔ مریض کو سکون سے رہنا چاہئے اور اس کو تشویش اور ہیمان بالکل نہ ہونے دینا چاہئے۔ تمام بے ضرورت حرکت سے احتراز لازم ہے اور باقی امور میں نیند اچھی آنے دینا چاہئے، کیونکہ یہی وہ حالت ہے جس سے قلب کو کافی ترین قسم کا آرام حاصل ہوتا ہے۔ ہر مریض قلب کے معاملہ میں یہی ایک نہایت اہم امر ہے جس کا اہتمام ضروری ہے، خواہ کچھ ورزش کی اجازت دی گئی ہو یا نہ دی ہو۔ نصب العین یہ ہونا چاہئے کہ ہفتہ میں نوے دس گھنٹے تک گزریں، جو حقیقی نیند کے گھنٹوں کی تعداد اس کی نسبت کم ہو۔ وِسکی (whisky) ۱-۲ اونس بطور ایک خواب آور دوا کے دیا جاسکتی ہے، یا پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) ۲-۱ ڈرام کی عوار کوں میں۔ غذا کافی، سادہ اور سرخ الہنقم ہونی چاہئے۔ وہ مفلوط ٹوکس (solid) اور مائع ہو سکتی ہے، مقدار میں یہ کسی ایک وقت میں اتنی ہو کہ معدہ کو گرا بنا کر دے، اور اس کی نوعیت ایسی ہو کہ جو رعیت اور تمدن پیدا کرے۔

سیالیت کو زیادتی کے ساتھ نہیں دینا چاہئے۔ اور اگر تہیج ہو تو طحی در آمد کو کم کر دینا چاہئے۔
فرہبی (obesity) میں قلیل الخوارہ غذا دینی چاہئے کیونکہ فرہبی تحول بڑھ جانے کا
ایک عام سبب ہے۔ حال میں مرض قلب کا علاج بذریعہ درقیہ بر آری بھی کیا جاتا
ہے کہ جس سے تحول کو کم کرنا اور قلب پر بار کی تخفیف مقصود ہوتی ہے۔

جب مریض کو کچھ عرصہ تک بستر میں آرام کرنے کے بعد افادہ حاصل ہو تو ورزش
کا آغاز صرف آہستہ آہستہ ہونا چاہئے۔ بستر ہی میں پڑے پڑے ہاتھ پاؤں ہلانے کی
اجازت دیکر اسے تدریجی ورزش کرائی جاسکتی ہے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ جب
مریض اٹھنے کے قابل ہو جائے تو روز بروز اس کے چلنے کی مقدار بڑھائی جائے
یہاں تک کہ ورزش کی حد برداشت تک پہنچ جائے۔

ترقی یافتہ فشل قلب کی اصابتوں میں جن میں مختلف اعضاء کی املاء کے
ساتھ آفیا موجود ہو، علاج کے تین خاص اصول ہیں: (۱) آفیبائی سیال کا
اخراج، یا خون نکال دینا۔ (۲) آکسیجن کا استعمال۔ (۳) ادویہ یا مخصوص میڈیسن
کا استعمال۔

(۱) اگر کہنہ پلیورائی میں بہت سیال موجود ہو تو ہینڈ ٹپنگ (tapping)
اس کے اخراج سے بہت آرام حاصل ہوگا۔ اگر استسقاء سے کئی (anasarca)
زیادہ ہو تو ایک بڑی چوٹی جراحی سونی سے ٹانگوں کو دس میں جگہ کچھ کاٹا جاسکتے، یا
انہوبات ساؤدی (Southey's tubes) سے ان کی مسیلت کر سکتے ہیں۔ مریض کو
ایک کرسی پر بارہ یا چوبیس گھنٹے تک بیٹھنا اور ٹانگیں نیچے لٹکائے رکھنا چاہئے تاکہ
سیال جاذبہ کے اثر سے ان کے اندر اتر آئے۔ انہیں نہایت احتیاط کے ساتھ
صاف کر کے آبیوڈین کا ہلکا محلول ان پر لگانا چاہئے۔ سیال کو ایک مفسل میں
نیچے بہ کر آنے دینا چاہئے اور گرمی پہنچانے کے لئے مفسل پر ایک کپل پیٹ دینا
چاہئے، لیکن اس کا خیال رہے کہ جہاں کچھ کے لٹکائے ہیں وہاں ٹانگوں کو
نہ چھونے پائے۔ استسقاء شکمی میں شکم میں بزل کیا جاسکتا ہے اور ان کا ٹیوٹون
سے وہ باوجود دوران خون پر ہوتا ہے کم ہو جاتا ہے۔ دایمانت فطریہ خدیجہ سیالی
تنفس اور زرقاں ہیں کہ جس کے ساتھ درپیش متعدد ہوں۔ اس کے یہ سبب ہیں کہ

عام شیرینی خون کا دباؤ گرا ہوا اور ویدی دباؤ متاثر آبرضا ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ قلب کی دائیں جانب اس قدر متعین ہو گئی ہے کہ اسے اپنے مافیہ پر منقبض ہونے میں دقت ہوتی ہے۔ ایسے حالات میں اُذینی ریشکی انقباض اکثر موجود ہوتا ہے۔ ویدی باسلیق میں ترکا لگا کر ۲۰ یا ۳۰ اونس کی مقدار میں خون خارج کر دینے سے خون کا وہ بہاؤ جو قلب کی طرف جاتا ہے کم ہو کر تکلیف میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ انتہائی امابتوں میں قاعدہ گردن میں بیرونی دوا بھی ورید کو کھولنے سے اور بھی زیادہ سرچہ اثر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس صورت میں اگر ویدی دباؤ بلند ہے تو خون مرکزی سرے سے بچے گا، اور قلب کی دائیں جانب کو راست تسکین پہنچے گی۔ ورید میں ایک سادہ چرکا لگانے سے کافی خون حاصل کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ ایک زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ ایک چھوٹی چوڑی کومکلی سوئی استعمال کی جائے جو ربر کی نلی کے ذریعہ ایک بند شیشی سے الحاق رکھتی ہو۔ پھر اس بوتل پر امتداد مل میں لایا جاسکتا ہے۔

(۲) قفل قلب کی ان تمام امابتوں میں کہ جن میں ساتھ ثانوی ریوی پیچیدگیاں پائی جائیں، نیز عضلہ قلب کے اختلاط میں غاصک اسوقت جبکہ اغلب ہو کہ اصل شریان متعلق ہیں، آکسیجن دینی چاہئے۔ فوہر موندوں میں روماتزمی اصل کے قفل قلب میں یہ عام طور پر موثر نہیں ثابت ہوتی۔ بہر اور زراقی سب سے بہتر داعیات ہیں، لیکن اگر کوئی شک ہو تو ایک نقاب اور مصراعات استعمال کر کے اس کا اثر آزمانا چاہئے۔ اس کو انفی قتا طیر کے ذریعہ دیا جاسکتا ہے، لیکن ہم خیمہ کی سفارش کرتے ہیں (لاحظہ ہو صفحہ ۱۵۶)۔

(۳) ادویہ، جو قلب پر راست مفید اثر رکھتے ہوں نسبت چند ہی ہیں۔ سب سے زیادہ مفید ڈیجیٹالس (digitalis) ہے، جس کے فعل کا مطالعہ سب سے زیادہ کیا گیا ہے۔ اذینی ریشکی انقباض میں اس کے استعمال کا تذکرہ کیا گیا ہے (لاحظہ ہو صفحہ ۲۴۴)۔ ان امابتوں میں بطن تیزی اور بد قاعدگی کے ساتھ ضرب لگا رہا ہوتا ہے اور ڈیجیٹالس ایک دوائے شافی کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بغض کی رفتار کم پڑ جاتی ہے۔ تار دورہ کا حجم بڑھ جاتا ہے اور اُذیا غائب ہو جاتا ہے۔

لیکن دوسری اصابتوں میں بھی، جبکہ اذینی ریشکی انتباض موجود نہ ہو، ڈیجیٹالس کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے، بالخصوص اُس کے مدد بول اثر کے لئے۔ اُس کے پے پے پتے اکثر بارہ کے ساتھ ٹاکر ایک گولی کی شکل میں کام میں لائے جاتے ہیں، جو اسی اصابتوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ اُس کا اثر آسیتدریقینی ہے جس قدر کہ اذینی ریشکی انتباض میں ہوتا ہے۔ ڈیجیٹالس براہ دہن سفوف، خیساندہ یا صغیات کی شکل میں، یا اُس کے جوہر فعال یعنی ڈیجیٹالین (digitalin) یا ڈیجیٹاکسین (digitoxin) کے طور پر دیا جاسکتا ہے۔ خطرناک اصابتوں میں خیساندہ کے دو ڈرام یا صغیہ کے ۱۰ قطرے ابتداءً ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے، اور بارہ یا چوبیس گھنٹوں کے بعد نسبت کم بار یا چوبیس مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ ڈیجیٹاکسین کی مقدار ۱/۲۰۰ گرین تا ۱/۱۰۰ گرین ہے۔ ان مقداروں میں دئے جانے پر ڈیجیٹالس اپنا پورا اثر پیدا کرنے کے لئے دو یا تین دن لیتا ہے۔ براہ دہن کثیر مقداریں دیکر نسبت زیادہ سیرجے اثر حاصل کیا جاتا ہے۔ یہ طریقہ علاج اذینی ریشکی انتباض کی حالت میں علی میں لایا جاسکتا ہے۔ ڈیجیٹالس کے علاج کے دوران میں پیدا ہو جانے والے سببی علامات صفحہ 245 پر بیان کئے گئے ہیں۔

بعض دوسرے ادویہ کا فعل ڈیجیٹالس کے فعل سے مماثل ہوتا ہے۔

ان میں سب سے زیادہ اہم اسٹروفینٹس (strophanthus) ہے (جس کے صغیہ کی مقدار خوراک ۲ تا ۴ قطرات ہے)۔ اسٹروفینٹس کا جوہر فعال، اسٹروفینٹین (strophanthin) آسوت مفید ہوتا ہے جبکہ خطرناک فعل کی حالتوں میں علت قدر نظر ہو۔ اس کا ۱/۲۰۰ گرین دروں دیرری راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ نیز اس کے دروں عضلی یا تحت الجلدی اثرات کیا جاسکتا ہے۔ کینوئیدین (quinidine) ہے اذینی ریشکی انتباض کا علاج پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔ گلدشتہ زہا میں اسٹرنٹین (strychnine) ایک قابل قدر مقوی قلب سمجھا جاتا ہے لیکن ایک احتیاط و مضبوط سلسلہ مشاہدات نے ظاہر کر دیا ہے کہ مادہ مزین قتل القلب دونوں میں سے یہ کسی ایک پر بھی کوئی اثر نہیں رکھتا (21) حال ہی میں علامہ عضلات

کی حالت میں، قلب کی بائیں جانب کی خش بڑھانے کے لئے فرانس میں اُوبین (oubaïne) کا استعمال کیا گیا ہے (۱/۲ ملی گرام دروں ویری راہ سے، یا ۱ ملی گرام براہ دہن، دن بھر میں ایک یا دو بار)۔

امکن ہے کہ دوسرے علامات اور پیچیدگیوں کا علاج بھی کرنا پڑے۔ اگر استسقا و ڈیجیٹالس سے رفع نہ ہو تو، قہیو برومین سوڈیم سیلی سیلیٹ (theobromine sodium salicylate) (ڈائیورٹک: diuretic) ۲ تا ۴ گرین دن میں تین بار، سلسلہ پورین (purin) کی بہترین دوا ہے، جو بات بصورتِ اُوبین یا ایک آمیزے میں شربت زنجبیل سے خوب خوشبودار بنا کر استعمال کی جاسکتی ہے۔ یہ ادویہ غالباً کوئی غلغلہ کی نفوذ پذیری بڑھا کر، یا شاید فاعلی گویکوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کر کے اپنا اثر ظاہر کرتے ہیں۔ گردوں میں آکسجن کے مرف کی زیادتی نہیں پیدا کرتے، لیکن اگر کوئی موقوف شعریہ متعین ہوں اور شاید کم ہوا دمیت میں مبتلا ہوں، تو ممکن ہے کہ یہ دوائیں ناکارگر ہوں۔ یوسیا (urea) بھی ۵ تا ۱۰ گرین کی مقداروں میں آزمایا جاسکتا ہے۔ یوریا گویکوں میں سے تقطیر ہو جاتا ہے، اور اُنیسیات میں سے بھی اُس کا اخراج ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُنیسیات سیال کا ولوجی دباؤ بلند رہتا ہے اور اُنیسیات میں نسبت نیچے پانی دوبارہ کم جذب ہوتا ہے اور اسی واسطے خارج ہو جاتا ہے۔ آخر آسیرلکان (salyrgan) ایک نامیاتی مرکب سیاب (۲ کب سرنیک دروں مصلحی طور پر) اور نپٹال (neptal) (ایک کب سرنیک) ہفتہ میں ایک یا دو مرتبہ دئے جاتے ہیں اور یہ قدیم رائج شدہ جب سیابی (Pil Hydrarg.) کا نسبت زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ اگر انکے ساتھ ساتھ ایونیم کلورائیڈ، جو میں گھنٹوں میں ۱۰۰ گرین کی مقداروں تک، استعمال کیا جائے تو یہ اور بھی زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر غالباً ایک مصنوعی ترشہ دمیت پیدا کر کے اپنا اثر پیدا کرتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سونت کچھ جذب کردہ سال آزار کر دیتے ہیں۔ اس حقیقت کو اُس وقت یاد رکھنا چاہئے جبکہ کچھ متلازم الکتاب گرد بھی ہو، جس میں ترشہ دمیت پہلے ہی سے موجود ہو سکتی ہے۔ قلب پر فائدہ اکثر شدید ہوتا ہے، اور اس میں لغاح (belladonna) کے پسترو

سے، مارفیا کی تھوڑی مقداروں کے داخلی استعمال سے اور پھر گرین مارفیا کے تحت الجلدی اثراب سے تخفیف کی جاسکتی ہے۔ کھانسی کا تدارک مخففات اور مسکنات کی تھوڑی مقداروں سے کیا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو التهاب شعبی کا علاج) اور قے کا تدارک فوار بالجات سے۔ اور ملی مرض میں، جس کے ساتھ بیش پردش بھی موجود ہو، ایک نہایت تکلیف دہ علامت قلب کا شدید فعل اور گردن کی اور عام طور پر سارے جسم پر کی ویدوں کا ترپنا ہے۔ اس میں مصفیہ بھنگاگ (۳ تا ۴ قطرات) کے، بروماڈز کے، اور مارفیا کی ایک تھوڑی مقدار کے استعمال سے بہت کچھ تخفیف ہو سکتی ہے۔ ریوی نرف شاذ ہی اتنا کافی ہوتا ہے کہ زندگی کے لئے خطرے کا باعث ہو، اور اس کے لئے مابسات الدم کی ضرورت نہیں ہوتی۔ فعل قلب کے ناگہانی طور پر موقوف یا کمزور ہو جانے کی حالتوں میں، بالخصوص دوران عدم حیثیت میں، جبکہ موت قریب الوقوع ہو، ... میں افعہ ایڈرینالین (adrenalin) کے ۳ تا ۴ سی سی کا اثراب ایک چھکاری کے ذریعے دائیں بطن کے اندر کرنے سے زندگی بحال کی جاسکتی ہے۔ سوئی، جس کا طول ۳ انچ لمبا ہوتا ہے، یا انچیں ضلعی کڑی سے اوپر، عظم القص کے بائیں جانب کے قریب، راست پیچھے کو، اور قدرے اندر کی طرف، گزاری جاتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ ۱/۲ تا ۲ انچ کی گہرائی پر بطن کے اندر سوئی پہنچ چکی ہے اثراب سے پہلے تھوڑا خون باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔

بورے اشخاص کے مفصلہ قلب کے مرض میں مائیں بھولنے کے دوری حل بہت تکلیف پیدا کر دیتے ہیں۔ آکسیجن کے استنشاقات اکثر تسکین کا باعث ہوتے ہیں، اور مارفیا کے تحت الجلدی اثرابات (ان سے بھی تسکین ہو جاتی ہے) کی نسبت پسندیدہ تر ہوتے ہیں (25)۔ اس نظریہ کی بنا پر کہ مائیں کا بھول مانا انسانی چپ مائیں قفس کے ذریعہ ابتدائی ریوی تہیج پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 252) مصنف نے پیچھڑوں میں ہوا کا دباؤ زیادہ کرنے کے لئے میٹیشن (Plesch) کا طریقہ کامیابی کے ساتھ انجام دیا ہے، جو کہ ریوی تہیج کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

آنکلی التهاب عضلہ قلب کا علاج وسیع مدت تک دافع آتشک ادویہ سے کرنا چاہئے۔ سلف آرسینال (sulfarsenal) (۳ و ۴ تا ۴۸ و ۵ گرام) کے عمیق تحت الجلدی اثرات ہفتہ وار دئے جاسکتے ہیں۔ اس کا ایک نصاب ۶ گرام پر مشتمل ہوتا ہے، اور مختلف نصابوں کے درمیان ۶ ہفتے گزر جانے دئے جاتے ہیں۔ نصاب کے دوران میں یہ گرین یو آئیوڈائیڈ آف کیوڈ (yellow iodide of mercury) روزانہ تین بار بصورت اقراص دیا جاسکتا ہے، جو بڑھاکر دن بھر میں ۸ یا ۱۲ دئے جاسکتے ہیں۔ نصابوں کے درمیان میں پوٹاسیم آئیوڈائیڈ دینا چاہئے۔

مرض قلب اور حمل۔ اکثر اوقات یہ سوال اٹھتا ہے کہ آیا ان مریضوں میں حل ہونے دینا چاہئے یا نہیں، جن میں استماع کرنے پر مطرائی بازروی، مطرائی ضیق یا اور طبعی بازروی کے خیرات موجود پائے گئے ہوں۔ ذیل کی صورتوں میں حل ہونے دینا چاہئے۔ (۱) اگر اس کی شہادت موجود ہو کہ مصرعہ مرض طویل عرصہ سے ہے اور حال ہی میں مصرعوں کا کوئی التهاب نہیں ہوا ہے۔ (۲) اگر جہد کی مجبیت اچھی ہو۔ (۳) اگر قلب بڑا یا غیر معمولی طور پر تحریک پذیر نہ ہو۔ (۴) اگر اس کی نئی طبعی ہو۔ (۵) اگر اور طبعی بازروی میں انکماش اور انقباضی فشار دہی کے درمیان کوئی بڑا فرق نہ ہو، اور ضربت الاس بہت زیادہ باہر کی طرف یا بہت زیادہ زوردار نہ ہو۔ (۶) اگر مطرائی ضیق میں کھانسنے یا گہری سانس لینے کے بعد شش میں متواتر ٹکٹکات (جو اذیا کا آواز ظاہر کرتے ہیں) نہ موجود ہوں۔ دوران حل میں متواتر ادائگماشات کے وقوع پر کوئی توجہ نہیں کرنی چاہئے لیکن اذینی ریکی انقباض کی موجودگی کو قلعی رکاوٹ تصور کرنا چاہئے (Mackenzie)۔ اگر مشورہ کے خلاف حل شروع ہو گیا ہے تو مریضہ پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہئے اور اگر ناموافق علامات ظاہر ہوں تو حل کو ختم کر دینا چاہئے۔ جب کبھی قلب عضلہ ناکارہ گردگی کے کوئی امارات ظاہر کرے تو مریضہ کو بستر میں سہارا لیکر آرام لینا اور دن کے وقت کچھ وقفوں کے بعد گہری سانس لینے رہنا چاہئے تاکہ پیسٹروں کے اندر سے دوران خون ہونے میں مدد پہنچے۔ حل کے آخری مہینوں میں وضع حل کا امان کرنا ایک طویل عمل ہے، اور اسی واسطے اس میں قلب پر اس سے زیادہ بار ہوتا

ہے کہ جتنا خود بخود وضع حل ہونے کی صورت میں ہوتا ہے۔ ایسی اماتوں میں شکست قیصری کے عمل کے متعلق غور کرنا چاہئے، بالخصوص اسوجے کے اس عمل میں نالوسائی انبوبوں کے بعض حصوں کے استیصال جزوی کے ذریعہ تعقیم کا عمل بھی ساتھ ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے۔ میکنزی بیان کرتا ہے کہ شادی شدہ عورت میں مرض قلب کا کوئی درجہ بھی مانع جماع نہیں، بشرطیکہ عورت کو جماع کی خواہش معلوم ہوتی ہو، اور وہ اسے انجام دینے کی قابلیت رکھتی ہو۔

خمیث التهاب درول قلب

(malignant endocarditis)

ساری عفونی، تفریحی یا جراثیمی التهاب درول قلب

(infective, septic, ulcerative or bacterial endocarditis)

محکمہ اسباب۔ حار و ماترم خمیث التهاب قلب کا پیش رو ہے، لیکن ایسی اماتوں کی تعداد [۱۶۰ میں سے ۵۲۔ آسکر (Osler)] اس تعداد سے کم ہے کہ میں میں روماتزم سادہ التهاب درول قلب کا سبب ہوتا ہے۔ ان میں سے بعض اماتوں میں علامات کا فور و ماترمی تپ کے دوران میں ہو جاتا ہے، اور بعض میں یہ علامات مزمن مصرعی مرض کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہیں جو وقوع مزیت کی استعداد پیدا کر دیتا ہے۔ اس کے برعکس، خمیث التهاب درول قلب وقوع اسوقت بھی ممکن ہے جبکہ مصرع تند رست ہوں، بالخصوص کشف اور سخت عضلی کام کے بعد۔ زمانہ جنگ کے تجربہ سے اس کی تصدیق ہو چکی ہے (19)۔ علاوہ روماتزم کے اس کا سبب معدا مادلات الریہ، ثورانی حیثیات مثلاً قمریہ، نفاسی اعمال (puerperal processes)، سطح جسم پر کے کئے ہوئے زخموں کی موجودگی، عفونت الدم اور تقيج الدم (پانی سیا) ہو سکتے ہیں ایشیہ خاصہ سے یہی اخراجات مواد التهاب حوی البول، التهاب ببول، جوفری تقيج، بھی یہ مرض پیدا کر سکتے ہیں، لیکن آخر الذکر کے پیدا ہونے کا احتمال اسوقت زیادہ

ہوتا ہے جبکہ پیمپ کسی وجہ سے رُکار رہے اور مواد کی آزادانہ طور پر سیسلیت نہ ہوتی ہو
ایسا ہونے کا امکان بچوں میں مزمن التهاب لوزتین یا بالٹوں کی حالت میں بُدانی
خراجات میں خاص طور پر ہوتا ہے۔ ۱۰۰۰ فارغ الخدرست آرمیوں میں کہ جن کو
مرض قلب تھا، تحت الحادہ جراثیمی التهاب دروں قلبہ کا حملہ ۱۲ فی صدی میں
ہو گیا۔ اور ملی باز روی کی غیر تشکی امیابوں میں ۳۲ فیصدی میں موت کا
سبب ہوا، لیکن مطرانی فسق میں ۶ فیصدی میں (20)۔

ساری التهاب دروں قلبہ (infective endocarditis) میں احتیاد کے
اندر مختلف دقیق عضو سے پائے جاتے ہیں۔ نبقات سبب، یعنی نبتہ، مسیحہ، انحصار
(S. viridans) نہایت عام ہیں، جو دہن اور بڑی آنت کے اندر ملنے والے
نبقات سبب سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ نبقات غلبہ، نبقات سمائیہ، نبقات ریوی
فریڈ لینڈر کا عصیہ ذات الریہ، اور تدرن، خناق وبائی، اور تپ محرقہ کے
مکھتے، اور نبتہ سوزاک اور ناہوا باش (anaerobic) مکھتے کبھی کبھی ملے ہیں۔
یہ عضو سے کسی مرکز مرایت سے ٹھکر خون کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور وہاں
سے پھر مصراعوں پر مرتب ہو جاتے ہیں۔ مرض کی زیادہ مادہ قسموں میں نبقات سبب
دوران حیات میں اکثر خون کے اندر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ التهاب دروں قلبہ کی اس قسم میں مہرب شدہ مصراع
کی بافت نرم ہو کر ٹوٹ جاتی ہے، جس سے تاوکلات یا تقرحات پیدا ہو جاتے
ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سطح پر، جو کھردری ہو گئی ہے، فائبرن مرتب
ہو جاتی، اور روئیدگیوں کے مقامہ تودوں کی معدت میں جمع ہو جاتی ہے،
جو ممکن ہے کہ ایک فندق (hazel nut) کی جسامت کے برابر ہو جائیں۔ مناسب
طریقوں کی مدد سے سطح پر، اور روئیدگیوں کے حرم میں کم و بیش گہرائی پر عضو سے
دکھلائے جاسکتے ہیں، جہاں وہ مادہ امیابوں میں بڑے بڑے تودے بنا دیتے
ہیں۔ مرایت تودہ سطح کے نیچے ایک منطقتہ کثیر الاشکال فواتی غلیوں کی درریختن
کا موجود ہوتا ہے۔ جب مرض مزمن ہوتا ہے تو عضو سے نسبت بہت کم ہوتے
ہیں، اور اعمال اندمال جو لینی نامہضات کے ذریعہ سے انجام پاتے ہیں

لبنہ زیادہ بدہمی ہوتے ہیں۔ مصراع میں کمر ان اعمال سے متعدد اہم تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خود مصراع مشقوب ہو جائے، یا سیج کی دھجیاں جزو جدا ہو کر خون کی رگوں میں ڈھیلی لٹکتی رہیں، یا بعض حصے بظلم جدا ہو جائیں۔ بعض اوقات مصراع کا ایک حصہ اطلاقی عمل سے اتنا کمزور پڑ جاتا ہے کہ وہ خون کے دباؤ کے مقابلہ کی تاب نہیں لاسکتا، اور مصراع کا ایک نامگی اتساع یا انورسما پیدا ہو کر مقابلہ جانب پر ابھرتا ہے۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی ایک دھجی جو بطین کے انکماش و انبساط کے ساتھ خون کی رگوں میں آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف کیسلیتی ہے اور اپنے سامنے اور پیچھے کے کہنوں کی دیواروں سے متبادلآ کر مکتی ہے مسئلہ حصول میں التهاب درون قلبہ، یا شریان کے اندر نفی اسکا التهاب (endarteritis) پیدا کر دیتی ہے۔ دھجی کے ٹکرانے کے مقام پر مزیت واقع ہو کر استری عملی کے التهاب کی ایک تازہ جلیتی پیدا ہو جاتی ہے۔

لیکن خمیت التهاب درون قلبہ کا اہم ترین اثر سامنے نظام شریانی کی وہ مزیت ہے جو مصراعوں کے جدا شدہ ریزوں سے پیدا ہو جاتی ہے جو اعضا بعیدہ میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ اس مرض کے مخصوص مظاہر اسی عمل کی وجہ سے، اور ساتھ ہی جدا شدہ ٹکڑوں میں عضویوں کی موجودگی کے سبب سے رونما ہوتے ہیں۔ سدادیت جسم کے قریب کسی بھی حصے میں واقع ہو سکتی ہے۔ وہ بالخصوص لہال اور گردوں کے عروق میں عام ہے، لیکن دماغ، غذائی کنال، جلد، شبکیہ (retina) اور پھیپھڑوں کے عروق میں اور جوارح کو رسد پہنچانے والی بڑی شریانیوں، جیسے کہ کعبری، زندگی، قصبیتی، عضدی، اور دوسری شریانیوں میں بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ان انفرازات کے مقامی نتائج یہ ہیں: (۱) دوران خون کا تسد (۲) تسد عروق کی توزیع کے رقبہ کے اندر تخریب یا زف، یا ان دونوں کا وقوع، اور شغفات کی تکوین۔ اور (۳) دقیق عضویوں کے عفوئی اثر سے اسی رقبہ کا تسج، اس وقت جبکہ عمل مادہ (ملاحظہ ہو سدادیت: embolism)۔

مختلف اعضا پر اثرات جیسے کہ وہ خمیت التهاب درون قلبہ کی مختلف اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں، یہ ہیں: دماغ کی لینت (softening) اور خراج

اور التهاب سنجایا (meningitis) - شکلیہ کے نزفات اور عصب بصری کا التهاب۔
 لحال کا منتشر قروم، انفعام اور خراج - تین طریقے ہیں جنسے گردے ماؤف ہو سکتے ہیں۔
 (۱) مادہ سمی التهاب گردہ (acute toxic nephritis) ہو سکتا ہے۔ (۲) مادہ سمی
 سداوی التهاب گردہ (acute focal embolic nephritis) نمودار ہو کر کلیت گزیدہ
 گردے (flea-bitten kidney) پیدا کر سکتا ہے، جو اکثر بڑے، اور ایک
 سفید زین پر نرئی نقطوں کی وجہ سے دھبہ دار ہوتے ہیں۔ خود بین سے دیکھنے پر
 مختلف الجسامت دروں کی نرئی نزفات نظر آتے ہیں جو بتدریج قلعہ یا خستہ
 ہو جاتے ہیں، اور رنگی یافتہ کا ایک چمکتی دار آؤ یا بھی، بلا لپٹ کے نظر آتا ہے
 (۳) انفعام کے ذریعہ سے ممکن ہے کہ جلد کے نیچے نزفات، پیچھے دروں کے نرئی
 منغلات اور خراج، ذات الجنب اور دسلہ بھی موجود ہوں۔

سادہ التهاب دروں قلب کی طرح خبیثہ التهاب دروں قلب بھی فامکر
 قلب کی بائیں جانب کو ماؤف کرتا ہے۔ لیکن ان امصابوں کا تناسب، جن میں
 دائیں جانب ماؤف ہوتی ہے، اس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا سادہ قسم
 کے التهاب کی صورت میں ہوتا ہے۔ امصابوں کی غالب تعداد میں خبیثہ التهاب
 دروں قلب انھیں مصرعوں پر ہوا کرتا ہے جو ماسبق سادہ التهاب دروں قلب کے
 اثرات ظاہر کرتے ہیں۔

علامت - اس مرض کے علامات اور اس کا عمر نہایت اختلاف ظاہر
 کرتا ہے۔ بعض امصابوں میں علامات ابتداً محض یہ ہوتے ہیں کہ تپ اگر دوپہر کے
 بعد پیش بلند ہو جاتی ہے، یا شاید پسینہ آتا ہے، اور یہ ایسے مریض میں ہوتا ہے
 جو ایک فاعلی زندگی بسر کرتا ہے، اگرچہ شاید یہ معلوم ہوتا ہے کہ اسے مصرعی مرض
 ہے، اور یہ کم پیش کا مل طور پر تھو بیض یافتہ ہے۔ تپش ممکن ہے کہ بلند ہو اور ۱۰۲
 یا ۱۰۳ درجہ تک پہنچ گئی ہو۔ لیکن وہ عموماً منقشر یا متوقف ہوتی ہے، بعض اوقات
 طویل عرصوں تک حیرتناک باقاعدگی کے ساتھ۔ پسینہ اکثر بکثرت آتا ہے، اور ممکن ہے
 کبھی کبھی ایک قشعرہ بھی ہو۔ نبض سریع ہو کر ۹۰ سے ۱۲۰ تک جولانی رکھتی ہے بلکہ
 اس سے بھی بلند تر۔ اگر قلب کا استماع کیا جائے تو عموماً ایک ذ ایک دھنہ پر ایک خیر

سنائی دیکھا، لیکن یہ زیادہ تر بایں جانب پر ہوتا ہے۔ تاہم یہ نہیں بھولنا چاہئے کہ ان امیبتوں میں ممکن ہے کہ خیرات بچکے غیر موجود ہوں۔ طحال عام طور پر بڑھی ہوئی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ البیوس بولیت یا دم بولیت موجود ہو، اور ثانوی عدم دھوکہ بھی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی یہ امیبت عا د الہتیب گردہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ جہاں رد ماتزم کی ماسبق مرکزشت موجود ہو، یا مرض قلب معلوم ہو، وہاں ممکن ہے کہ قلب کی جاست اور اس کے فعل کی غیر طبیعی مالتیں پائی جائیں۔

کثیر التعداد امیبتوں میں تب شعرقہ سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ تب کا وقوع تقریباً خود بخود ہوتا ہے اور اس کے ساتھ درد سر اور بڑھی ہوئی طحال ہوتی ہے، جو کہ عمومی سرایت سے یا سدا دیت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ لیکن گلابی دھتے نہیں آتے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مریض بالکل اچھا ہو حتیٰ کہ اسے ایسی علامتوں کی شکایت پیدا ہو جائے، جیسی کہ دوسرے شدید سمائی امراض کی ابتدا میں ہوا کرتی ہیں، درد سر، یا پشت و جوارح کا درد، یا ایک صبح قشعریرہ یا قشعریرے۔ پھر اس کے بعد شدید ارتفاع حرارت اور اس کی عمومی مالتیں، یعنی بلند تبش، سرخ نبض و تنفس، خشک زبان، عدم اشتہا، تشنگی اور کسلندی پیدا ہو جاتی ہیں۔ اکثر اوقات مریض چند ہی روز کے اندر مریض ہے پروا، غنودہ ہوتا ہے، اور رات کے وقت اسے ہڈیاں ہوجاتا ہے۔ لیکن اس علامت کے نمودار ہونے کا وقت، جو غالباً سم کی تثبیت کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے، تغیر پذیر ہوتا ہے۔ آنٹوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، لیکن اکثر پتلی زرد اجابتیں ہوتی ہیں جو تب محرقہ کی اجابتوں سے بہت مشابہ ہوتی ہیں۔ اور ممکن ہے کہ مریض متدہ ہو۔ ان امیبتوں کی مدت عموماً دس دن سے لیکر دو یا تین ہفتے تک ہوتی ہے، لیکن اس سے بہت کم کہ جتنی تحت الحاد ساری الہتیب درون قلب (subacute infective endocarditis) کی امیبتوں میں ہوتی ہے۔

امیبتوں کے ایک دوسرے گروہ میں قشعریرے ایک نمایاں علامت ہوتے ہیں، اور وہ دن بھر ایک دو یا تین بار ہوتے ہیں، اور اس تغیر اللہم سے جو زخموں کے باعث ہو، نہایت قریبی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ حقیقت

یہ ہے کہ التهاب لب العظام کی حالت میں ' جو بقلہ عنبلیلہ ذہبیلہ کے ہوتے ہو، ممکن ہے کہ ساری التهاب دروں قلبہ کوئی مخصوص میز علامات نہ پیدا کرے اور یہ ضرور صرف امتحان بعد المات یعنی لاش کے معائنہ کے وقت ظاہر ہو۔ بطبع ایک دوسرے گرد میں عضویہ دماغی سمایا پر حملہ آور ہوتے ہیں، اور التهاب سحایا کی علامتیں ہی ایک نمایاں منظر ہوتی ہیں۔

اس مرض کی کسی بھی اصابت میں، ان علامتوں پر جو کہ عفونت اللہی مت پر منحصر ہوتی ہیں اور علامتیں بھی متنازع ہو سکتی ہیں جو سدا دیت سے شہ امین یا شہ انجو کا تصد واقع ہونے کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات دماغ کی ایک بڑی عرق کی سدا دیت ہو کر فالج نصفی (hemiplegia) پیدا کر دیتی۔ اگر ٹانگ یا بازو کی عرق مسدود ہو گئی ہے تو کلائی یا ٹخنے کے مقام پر کی بعض غائب ہو جائے گی۔ لیکن تا وقتیکہ ایک بہت بڑی عرق ماؤف نہ ہو جائے، منکرین یا مردون کا واقع ہونا ضروری نہیں۔ اختار کے چھوٹے عروق کی سدا دیتیں زیادہ اکثر الوقع ہیں۔ اس طرح اکثر طحال کی کلائی اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے، جو جز زہمعات کی وجہ سے ہوتی ہے، اور طحال وزن میں ۲۰ تا ۳۰ اونس ہو سکتی ہے۔ مفعات گردے میں بھی واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ درد بھی ہو اور قارورے میں الیمو من یا خون نمودار ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں جلد کے نیچے نشی نزفات ظاہر ہو جاتے ہیں، جو عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، اور دھڑہ، جنگا سول اور بغلول کے گرد و پیش واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ ایک پریپیوڈی لت جینوں تک موجود رہے۔ بعض اوقات جلد پر چھوٹے چھوٹے دردناک امراضی طم نمودار ہو جائیں گے، بالخصوص ہاتھ کی اھکیوں کی خم پذیر سطحوں پر، اور چند روز کے پھر اولک غائب ہو جاتے ہیں۔ یا ایک زیادہ گہرا درد ہوتا ہے، اور جسم یا جوارح کی عمیق تر بافتوں میں ایک نسبت بڑا اور ایم گودا جلد کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے، اور چند روز تک قائم رہتا ہے۔ ان کو آسکس کے لقاط (Osler's spots) کہتے ہیں اور یہ تحت الحاد مرض میں بالخصوص تشخصی اہمیت رکھتے ہیں۔ یہ غالباً سدا دی واقعات ہیں۔ تشکیب میں اکثر نزفات دیکھے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نفش الدم

اور مدعا یہی ہو۔ سداوی اعمال غالباً بعض التهابی حالتیں بھی پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً التهاب گردہ کی دو قسم جو پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 281) اگرچہ یہ مشکوک ہے کہ یہ التهابی حالتیں سداوی تسد کا نتیجہ ہوتی ہیں یا دقیق عضویوں کے داخل ہونا تھا۔ التهاب گردہ یا مفعلات کی وجہ سے البیومن بولیت اکثر واقع ہو جاتی ہے بعض وقتاً التهاب عصب بصری موجود ہوتا ہے۔

ایک خاص گردہ اُن کم و بیش مزمن امسالتوں کا ہے جنہیں تحت الحاد جراثیمی التهاب درون قلبیہ (bacterial endocarditis) یا بطی التهاب درون قلبیہ (endocarditis lenta) کہتے ہیں (19، 23، 24)۔ یہ مرض مخصوص طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض رفتہ رفتہ شائب اور حدیم الدم ہو جاتا ہے، وہ آنکسی میں مبتلا ہو جاتا ہے، تپش میں اکثر خفیف ارتفاعات ہوتے رہتے ہیں، جو اکثر اورج فارن ہاٹ سے زائد نہیں ہوتے۔ انگلیاں میز طور پر گر شکل ہو جاتی ہیں، اور لمحال بڑی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی نشی (petechial) یا دوسرے سداوی علامات پائے جاتے ہیں، مثلاً خفیف البیومن بولیت ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ قارورہ کے اعراض سے دموی خلیات کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔ نقاط آسکر مرض کی اس قسم کے لئے بالخصوص میسر ہیں۔

نہایت التهاب درون قلب کی مدت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ اس کی بعض امسالتیں، جن میں ستر ارتفاع حرارت کے سوائے اور کچھ نہیں ہوتا، چھ یا سات ماہ تک جاری رہتی ہیں۔ تقبیح الدموی یا شدید مہرقی قسم کی حالتیں، یا دو مہینہ التهاب سجایا ہو، چند ہی ہفتوں یا دنوں میں ہلک ثابت ہوتی ہیں۔ موت عموماً فشل قلب، یا یوریا، دمویت یا سدادیت کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

تشخیص اس کا انحصار ستفر یا عفونی قسم کے ارتفاع حرارت، مہرقی مرض کی موجودگی، اور سدادیت کے تذکرہ بالا مظاہر ہوتا ہے۔ نیز نمایاں عدم دمویت اور التهاب عصب بصری، جب یہ موجود ہوں، قیمتی امارت ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ساری بیماری بھروسہ خیر موجود نہ ہو، اور اگر موجود ہو تب بھی مہرقی مرض انفلوینزا، تپ محرقہ، یا مدین کے امکان کو خارج نہیں کرتا۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص انحصار

سدا دیتوں کے وقوع پر ہی رکھنا پڑے۔ جبیش التهاب دروں قلبہ اکثر غلطی سے تب ہی قلمبہ سمجھ لیا جاتا ہے، لہذا امتحانات التزاتی (agglutination tests) عمل میں لانے چاہئیں۔ بعض تحت الامداد صابتوں میں طحال بڑھی ہوئی اور عدم دوستی اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ طحالی عدم دوستیت (splenic anaemia) کا شبہ پیدا ہوتا ہے۔ اس کا امکان اس وقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ سرخ نشاستہ یا مغاطی جلیوں کے نزقات موجود ہوں اور جبکہ خریبتینی طور پر غیر عضوی ہو۔ عفونی التهاب دروں قلبہ سے ملیں یا کانگان پیدا ہو سکتا ہے کیسل ارتقاع حرارت جس کے ساتھ صریح امارات نہوں، آغاز پذیرہ نخی متد تران (miliary tuberculosis) نیز جبیش التهاب دروں قلبہ دونوں کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد ان میں سے کسی ایک نہ ایک مرض کے مخصوص مقامی امارات شاہدے میں آجائے چاہئیں۔

خون کا امتحان بقات سبجیہ اور دوسرے عضویوں کے لئے کرنا چاہئے۔
 انذار۔ یہ نہایت برا ہوتا ہے، اور محرقی یا تفتج الدموی قسم کی ایک نمایاں صابت سے شفا یابی شاذ ہوتی ہے۔ اس کے برعکس، تحت الامداد جراثیمی التهاب دروں قلبہ کے حلوں کے بعد تخفیف ہو گئی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ مختلف وقفے کے بعد پھر واقع ہو جائیں۔

تحریر۔ عفونی دانت کمال دینے کے بعد اس کی اصابتیں واقع ہو گئی ہیں بہت سے دانتوں کے نکالنے کے لئے سب سے زیادہ نمائی از خطر طر عمل یہ ہے کہ دندان ساز سے تمام دانتوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ کھرچا کر صاف کرایا جائے اور ایک ہفتہ کے بعد پھر ایسا کرایا جائے۔ اور پھر چند دنوں کے بعد تمام دانتوں کو جن کا کمال دینا ضروری ہے ایک ہی وقت میں نکلا دیا جائے۔ ایک وقت میں ایک ایک یا دو دو دانت کر کے عرصہ دراز میں دانتوں کے نکالنے میں یہ خطر ہے کہ مہلک میں نوع عفونی دانت جیسے باقی رہ جاتے ہیں ان سے زخموں کے سرایت زدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

علاج۔ بیشتر اصابتوں میں صریحاً اس سے زائد نہیں ہو سکتا کہ تخفیف مرض

کر دے۔ جیسا کہ قلع الدم میں کیا جاتا ہے، اگر کوئی زخم یا جلدی قرصہ (sore) ہو تو اسے عذیم العفونت کر دینا چاہئے، اور کوئین (۵ گرین)، سلوڈیم سلفو کاربونیٹ (۲۰ تا ۳۰ گرین)، یا سوڈیم ہینڈوئیٹ (۲۰ گرین) کی خوراکیں بار بار دیکر مرض پر اثر ڈالنے کی سعی کرنی چاہئے۔ چند اصابتوں میں ضد نفی سبھی مصل یا غمزداد جدرین کے تحت الجلدی اثراب سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات خون میں کوئی دقیق عضووں کا ملنا ناممکن ہوتا ہے، اور جب وہ پائے بھی جائیں اور جدرین تیار بھی کر لی جاسکے تو شاذ متشیات کے سوا کچھ وہ اکثر بیکار ہوتی ہے۔ جب عضویہ تفریک کر لیا گیا ہو تو ایک اور امید افزا طریقہ علاج یہ ہے کہ مریض کے کسی رشتہ دار میں اُس کی تطعیم کر کے اُس رشتہ دار سے مریض میں مناعی نقل الدم عمل میں لایا جائے۔ مریض اور غذا کے متعلق ان عام قواعد پر عمل کرنا چاہئے جو حائی مالتول میں استعمال کئے جاتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو قابضات سے اسہال و افر کو روکا جاسکتا ہے۔ خدیان شاذ ہی اس قدر تند ہوتا ہے کہ اُس کے لئے کسی خاص علاج کی ضرورت پیش آئے۔ یہ قدرتی امر ہے کہ ہتیمات دئے جاتے ہیں، کیونکہ قلب کا فعل جلد ہی خطرناک طور پر متاثر ہو جاتا ہے۔

علامیہ جہد

(EFFORT SYNDROME)

(قلب کا غیر منتظم فعل - سپاہی کا قلب)

(disordered action of the heart, soldier's heart)

گذشتہ جنگ کے دوران میں جنگی جدوجہد کے وہ اثرات جو سپاہی کے قلب پر طاری ہوتے ہیں، ہمیشہ زیر مشاہدہ و مطالعہ رہے۔ ہزاروں سپاہی مختلف اوقات میں ایسے علامات کی بنا پر معذور الخدمت قرار دئے گئے جن سے ایک کمزور قلب یا مرضی قلب کا پتہ چلتا تھا، اور ایسی مثالوں میں مریض کے قلبی یا دیگر ضروری نوعیت پر، اس ضرورت کے بہترین طریقہ علاج پر، نیز مریض کی جنگی ملازمت کے

مستقبل کے انداز پر لینے اُس کی موقوفی یا خدمت پر بحال ہونے کے متعلق غور و خوض کرنا ہر شے تھا۔ اس موضوع پر اُس روماد میں بحث کی گئی ہے جو ٹی۔ لیویس (T. Lewis) نے مجلس تحقیقاتِ طبی کی خدمت میں پیش کی (خاص رومادوں کا سلسلہء مشائخہ)۔ اور اس اہم روماد میں اُن ایک ہزار سپاہیوں کے مطالعہ کے نتائج درج کئے گئے ہیں، جو قلبی عروقی نظام کے متقی یا فرضی نتائج کی بنا پر دورانِ تربیت میں یا فاعلی جنگی خدمت کے زمانہ میں بیمار قرار دیدئے گئے تھے۔

بحث اسباب - متعدد مختلف حالتوں میں (مثلاً تمدن، جنگ،

مصرعی مرضِ قلب، اور بعض دوسری ایسی حالتوں میں جن میں جسم کے اندر کوئی صریح ضرر موجود نہیں ہوتا) ایک متین علاماتی مخلوط موجود ہوتا ہے جسے علامتیہ جدید کہتے ہیں۔

آنرا لہذا قسم کی اصابت کو (یعنی جبکہ جسم میں کوئی دوسرا ضرر موجود نہ ہو) "قلب کا غیر خلم فعل" کہتے ہیں۔ اس نام پر اعتراض کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صرف قلب ہی کی طرف

اشارہ کرتا ہے اور اس طرح مریض پر ایک بڑا اثر پیدا کر دیتا ہے۔ لیویس کا میلان خیال یہ ہے کہ اس مرض میں خود قلب کا فعل ایک ذیلی کیفیت ہے۔

مطالعہ اور معالجہ سے پہلے اُن دوسرے امراض کو ملحوظ کر دینا ضروری ہے جو یہی علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ بالخصوص مصرعی مرضِ قلب کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے

اس میں اور ملی یا مطرانی انبساطی اور پیش انکماش خیریات ظاہر کرنے والی امتناہیں شامل ہیں لیکن وہ اصابتیں شامل نہیں کہ جن میں انکماش خیریات خواہ قاعدہ قلب یا

راس پر موجود ہوں، کیونکہ اس قسم کے خیر کی اہمیت غیر یقینی ہوتی ہے۔ سپاہیوں میں انکماش خیریات کی موجودگی شاید ہی مصرعی مرض پر دال ہوتی ہے، اور اس

حالت میں مصراع کو جو نقصان پہنچا ہوتا ہے وہ اکثر محض خفیف سا ہوتا ہے۔ مزید برآں صرف انکماش خیر کی بنا پر معذور خدمت قرار دیدئے ہوئے مریض

امتحان کرنے پر تقریباً تمام مثالوں میں فاعلی خدمت کے قابل پائے جاتے ہیں۔ یہ مارتھ فاسکر لٹووی پیشہ کے اشخاص میں پایا جاتا ہے اور بالخصوص

زیادہ زمین کارکنوں کی جماعت میں ہوتا ہے۔ فطرتاً یہ لوگ زیادہ حساس ہوتے ہیں۔ ان میں نشیات سے قلبی پرہیز کا رواج ہوتا ہے (۲۵۳ مثالوں میں ۵۲ فیصد)۔

زہراوی امراض کی روئداد نہایت شاذ ہوتی ہے، بلکہ اس کے برعکس اکثر استنباطیہ یعنی ملحق زنی پائے جانے کا یقین ہوتا ہے۔

غالباً عصب تانیہ کا فعل غیر طبیعی ہوتا ہے، جیسا کہ دوران تنفس میں شرح نبض کے تغیر سے ظاہر ہوتا ہے، اور بعض اوقات نبض نہایت آہستہ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ غشی کے دورے ہوتے ہیں۔

نظام مشارکی، اڈرینالین (adrenalin) اور آپوکوڈین (apocodeine) سے اس سے زیادہ آسانی کے ساتھ نتیجہ اور غرض ہو جاتا ہے کہ جتنا معمولی حالات میں ہوتا ہے۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ قلبی تیزی کا سبب مشارکی ہیجان ہو سکتا ہے۔ اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ بیش درقیت (hyperthyroidism) اس کا سبب ہے۔ تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ درقی کے استعمال کی برداشت یہ مریض بالکل اسی طرح کر سکتے ہیں جس طرح کہ طبی اشخاص۔

قلب میں طبی امارات موجود نہ ہونے کے باوجود مریضوں میں رونما ہونے والے کے ورود کی زیادتی اس امکان پر دلالت کرتی ہے کہ بہت سی امکاں بتوں میں قلب کا ابتدائی تغیر اس کا سبب ہو سکتا ہے۔ تاہم ورزش کے بعد فوراً آمد قلبی (heart block) ہونے کے آثار نہیں پائے جاتے، جیسا کہ برقی قلب بھکار سے ظاہر ہوتا ہے، اور یہ عموماً ایک قابل قدر امارت ہوتی ہے۔

خون کی کاشتیں منتی ہوتی ہیں۔

یہ اغلب نہیں معلوم ہوتا کہ تمباکو نوشی اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ یہ ثابت ہو چکا ہے کہ تمباکو ان مریضوں میں شرح نبض کو اس سے زیادہ کرتا ہے کہ جتنی طبی اشخاص میں ہوتی ہے۔ اولاً تو یہ حالت عام طور پر، دوسری چند وستانی فوجوں کی طرح، سکھ سپاہیوں میں بھی پائی جاتی ہے جو کہ تمباکو نہیں پیٹتے۔ علاوہ ازیں تمباکو کا صرف عموماً غیر معمولی مقدار میں نہیں ہوتا، اور کافی حیرت انگیز امر یہ ہے کہ زیادہ تمباکو پیٹنے والے اس سے زیادہ قصیدی تعداد میں کام پر واپس آ جاتے ہیں جتنی تعداد میں کم پیٹنے والے آتے ہیں، گو کہ تمباکو مطلقاً نہ پیٹنے والے اشخاص میں زیادہ اچھی حالت میں ہوتے ہیں۔ اس کی صریح وجہ یہ ہے کہ کم پیٹنے والے اشخاص

جہاں کو کئے اٹھنے عادی نہیں بنتے کہ جتنے زیادہ پیٹنے والے بن جاتے ہیں۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ جہاں کو خوشی اس حالت میں زیادتی کر دیتی ہے۔

ممكن ہے کہ اس حالت کا بنیادی سبب کسی قسم کا قسم الدم ہو۔ اس حالت کا علاماتی مخلوط اس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو ابتدائی تمدن میں پایا جاتا ہے اور اکثر مابقی مرآت کی روکھا دلتی ہے۔ ۵۰ تا ۶۰ فیصدی امواجوں میں اس عارضہ کی پیدائش میں مرآتوں کے کارفرما ہونے کا شبہ درست معلوم ہوتا ہے۔

علامات۔ "علامہ جید" حسب ذیل علامات پر مشتمل ہوتا ہے:- سانس پھولنا۔ یہ علامت ہمیشہ پائی جاتی ہے، بالخصوص صحت کرنے کے بعد۔ بیداری کے اوقات میں ۶۰ تا ۸۰ کی شرح تنفس کا پایا جانا کسی طرح بھی شاذ نہیں۔ دوران خواب میں شرح تنفس لمبی ہوتی ہے، اور اگر مریض آرام سے بستر پر لیٹا رہے تو یہ شرح عموماً نہیں بڑھتی۔ ۵۰ تا ۶۰۔ یہ مریضوں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد میں پایا جاتا ہے، اور اس کی نوعیت پیش قلب پر بقراری سے لیکر ذبحی توڑجھکے والے درجہ تک اختلاف ہوتا ہوتا ہے۔ یہ خاصکر ورزش کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ خستگی ایک تقریباً مستقل علامت ہوتی ہے۔ سیل جہد کرنے سے پیدا ہوتی ہے، اور اس خستگی سے بدرجہا زائد ہوتی ہے جو ایک تندرست شخص میں تنہا کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ دوران صبح اور غشی۔ دوران صبح ایک تقریباً مستقل علامت ہے، اور تبدیل

وضع اور جہد کے ساتھ متلازم ہوتی ہے۔ غشی کے حملہ نسبت کم عام ہیں۔ اختلاج اکثر ہوا کرتا ہے، بالخصوص ورزش کے ساتھ۔ یہ عموماً صبح اور رات وار ضربات قلب کی وجہ سے ہوا کرتا ہے، اور اکثر متزاد انکماشات کی وجہ سے یا کسی دیگر واضح قلبی بے نظمی کی وجہ سے نہیں ہوتا۔ تاہم متزاد انکماشات ہوتے ضرور ہیں، اور تنفس کے ساتھ جو فی عدم توازن (sinus arrhythmia) کا وقوع غیر عام نہیں۔ درجہ صبح تقریباً ہمیشہ ہوا کرتا ہے۔ پسینہ آنا اور بدن و دہن جو ارج عام ہے۔ پلوکارپین (pilocarpine) کے لئے جمیعیت معمول سے زائد ہوتی ہے۔ مزاج کا چڑچڑاہٹ، بے خوابی، توجہ قائم رکھنے کی ناقابلیت، تزلزل، ہاتھوں کا رعبہ اور تھماہٹ عام ہیں۔ کسی بھی شکل میں انکمل لیٹنے کے لئے بے رغبتی ہونا (جو بعض اوقات

تقویٰ کی بنا پر ہوتی ہے، لیکن اسی قدر عام طور پر گھٹن کے سبب سے بھی ایک اکثر الرجی اور حیرتناک ایٹلاف سمجھنا چاہئے۔

طبعی امارت حسب ذیل ہیں۔ ۱۔ قلب کی شرح کی زیادتی، جو جذبات و ورزش، یا تبدیل وضع (مثلاً اجتماعی وضع بدھو کھڑی وضع میں ہو جانے) کی عیسیت میں بالخصوص نمایاں ہوتی ہے۔ ایک متاثر اور وسیع طور پر سلسلہ امارت یہ ہے کہ جلد کے بعد شرح نبض کی واپسی سست ہوتی ہے۔ جب مریض آرام میں ہو تو خون کا دباؤ عموماً طبعی ہوتا ہے، لیکن جذبات اور جلد کی عیسیت مبالغہ کے ساتھ ہوتی ہے اور اکثر بلند مقروآت مائل ہوتے ہیں۔ منتشر ضربۃ الراس عام ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ صدمہ کی قوت کی زیادتی ہو یا نہ ہو۔ یہ عموماً اتساع قلب کی طبعی امارت سمجھی جاتی ہے، لیکن صحیح روٹنگار (orthodiagraph) کے ذریعہ لاشعاعی امتحان کرنے سے ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی کوئی کلائی نہیں ہے، چنانچہ یہ امارت ناقابل اعتبار ہے۔ حقیقت میں قلب چھوٹا ہوتا ہے (56)۔ عمیق معکوساً عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں۔ قارورہ ۲۰ فیصدی اساباتوں میں بیش ترشی ہو جاتا ہے، اس کی مقدار کم ہو جاتی ہے، اور آمونیا اور آمینو ایسڈز زیادہ ہو جاتے ہیں۔ ۲۰ فیصدی میں حجم بھی کم ہو جاتا ہے، اور قارورہ میں فاسفیٹس جم جاتے ہیں۔ آمونیا مقدار میں طبعی ہوتا ہے لیکن آمینو ایسڈز زیادہ ہو جاتے ہیں۔ بہ حیثیت مجموعی قارورہ میں کیلسیم آگزیلیٹ کی قلیں اکثر پائی جاتی ہیں، اور ۱۵ فیصدی اساباتوں میں صبح کے قاروروں میں کثیر التعداد حیوانات منویہ پائے گئے ہیں۔ خون میں پید خلیوں کی کثرت ظاہر ہوتی ہے، ان کا اوسط ۱۲۱۰۰ فی کعب فی میٹر ہوتا ہے اور لمفی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں۔ سپید خلیوں کی معمول سے زیادہ کثرت ورزش کے بعد شاہدے میں آتی ہے، لمفو سائٹس زیادہ ہوتے ہیں، اور علامات کی شدت سپید خلیوں کی کثرت کے ساتھ متناسی ہوتی ہے۔ برقی قلب نگار میں کوئی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتی۔

انذار۔ عیارات ذیل کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاسکتا ہے کہ آیا مریض آئندہ زمانہ میں صرف قحویٰ کام کے قابل ہوگا۔ روماتزمی تپ کی سرگزشت، صحت کو برقرار

سانس کا موافق شدت کے ساتھ پھولنا، پیش قلبی درد جو اتنا کافی شدید ہو کہ ورزش میں مزاحم ہو، ۱۲ یا زائد کی شرح نبض حتیٰ کہ اضعافی وضع میں بھی، ایسے علامات جو سالہا سال سے موجود رہے ہوں، گو وہ محض معتدل شدت کے ہوں۔ مریضوں کے امتحان کا ایک طریقہ یہ ہے کہ انھیں تیس میٹر میوں (steps) کے ایک زینہ پر چڑھتے دیا جائے، اور ان علامات کو دیکھا جائے: ۱۔ چہرہ پر تشویش کے آثار، شہج تنفس ۱۵ یا زائد، جو اس وقت بھی قائم رہے جبکہ مریض لیٹا ہوا ہو اور اس سے وقتاً فوقتاً سوالات کئے جا رہے ہوں، شرح نبض ایسی ہو کہ دو منٹ تک لیٹنے کے بعد بھی قبل ورزشی لیول اور اس میں ۵ ضربات سے زیادہ کا وقفہ ہو۔

جو اشخاص اب تک خارج نہیں کئے گئے ہیں، ان سب کا علاج سدر بھی ورزشوں سے کیا جاتا ہے۔ منتخب فوجی ورزشیں کام میں لانی باقی ہیں، جن سے لوگ بڑی مدد تک واقف ہوتے ہیں، اور ان کی تکمیل کے لئے ہلکے یا پورے سالان کے ساتھ منزلیں طے کرانی جاتی ہیں۔ یہ ورزشیں ترقی پذیر شدت کے ساتھ گروہوں میں مرتب کی جاتی ہیں، اندر مریض ہر تیسرے یا چوتھے دن بلند تر درجے میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ ورزشیں روزانہ پندرہ یا تیس منٹ تک جاری رکھی جاتی ہیں۔ فرائض کی انجام دہی کے لئے اشخاص کی جماعت بندی اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بلند ترین درجہ کی ورزش جو وہ بلا تکلف برداشت کر سکتے ہوں کتنی ہے۔ آدمیوں کی تابندی کے لئے اوسطاً ڈیڑھ گھنٹے کا عرصہ ضروری ہوتا ہے۔ شفا خانہ سے خارج کردہ ۲۲۰ سپاہیوں میں سے ۱۸۲ (۸۳ فیصدی) ایسے تھے جو تین ماہ کے بعد کسی نہ کسی حیثیت سے پھر بھی کام کے قابل تھے۔

تحریر۔ ان رنگروٹوں کے لئے جن کا پیشہ قعودی رہا ہو ایک طویل اور تدریجی تربیت کی ضرورت ہے (کیونکہ یہی مریضوں کا ایک نہایت کثیر تناسب بناتے ہیں)۔ اسپیلرٹ مقامی عارضہ یا عوارض امعاء کے بعد ایک طویل ترقی بہت کی، اور ساتھ ہی کر تربیت کے ایک تدریجی نظام کی ضرورت ہے۔

علاج۔ یہ مرایت کے مقامی مراکز کے خارج کر دینے (بوسیدہ دانوں کے اٹھا کر دینے، لوزین کے نکال دینے، وغیرہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایٹشین بہتہ

آئیوڈائیڈ (emetine bismuth iodide) کے ذریعہ معنی زحیری سرایت کے خارج کر دیئے
ہے اس حالت میں بارہا تخفیف ہو گئی ہے۔ اگر علامات تازہ ہیں تو فوجی پریڈ اور
ورزش سے کچھ عرصہ کے لئے آرام دینا مناسب ہے، مگر مستر پر آرام کرنا مضر ہے اور
اُس سے ہمیشہ احتراز کرنا چاہئے، استثنائے اس صورت کے کہ جب شدید پیش قلبی دورے
درد مر یا دوران مر موجود ہو۔ شغل کی صحت کی ضرورت ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں کام
جیسے کہ باغبانی۔ مریضوں کی ہمت افزائی کے لئے ان کو یقین دلانا چاہئے کہ ان کا
مرض شفا پذیر ہے، اور یہ کہ اصلاح واضح طور پر معلوم ہو رہی ہے۔ قلب پر خاص توجہ
نہیں دینی چاہئے۔ تباکو، حالت آرام کی شرح نبض کو اور ورزش کے بعد کی
علامتوں کو بڑھا دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں بروڈائیڈ زعفرانی ہوتے ہیں۔ اہم ترین
علاج ندر بھی ورزشوں کے ذریعہ سے ہے۔ ڈیجیٹالس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

پیدائشی تشوہات

(CONGENITAL MALFORMATIONS)

قلب کے تشوہات، اس کے نو کے نقائص سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ نو
طبعی طور پر اس وقت تکمیل کو پہنچتا ہے جب کہ قنات ثرانی (ductus arteriosus)
اور سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی سدودی واقع ہوتی ہے، جو کہ پیدائش
کے چند روز بعد واقع ہوتی ہے۔ کسی درجہ میں بھی اس سدودی کے عمل کا ایقاف
ہوجانے سے ایک پیدائشی تشوہ پیدا ہو جائے گا۔ بعض اوقات یہ ایقاف اس قدر
جند واقع ہو جاتا ہے کہ قلب میں صرف دو ہی کھنٹے بنتے پاتے ہیں، یعنی ایک آؤین
اور ایک بطن۔ یا تین کھنٹے بنتے پاتے ہیں، یعنی ایک بطن اور دو آؤین لیکن اسی
حالتیں نہایت نادر ہوتی ہیں، اور ان کو ظاہر کرنے والے بیشتر بچے پیدائش کے بعد
تھوڑے ہی عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔ ریوی فیق (pulmonary stenosis) اور
بین بطنی فاصل (interventricular septum) میں سوراخ کا اجتماع ایک نادر ترین
تشوہ ہے۔ یہ فیق یا تو ریوی معداعات کے جزا جاتے ہیں، یا ان کے مین سے

علقہ کے تفتیق سے، یا خود قمع (infundibulum) کے تفتیق کی وجہ سے، یا قمع اور بطن کے درمیان ایک نامکمل فاصلہ ہونے کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ کیتھ (Keith) کی رائے ہے کہ ایسی حالتیں ہمیشہ نقائص نمو کی وجہ سے یا بصلہ قلب (bulbus cordis) کے نہ پھیلنے سے ہوا کرتی ہیں، اور دروں رحمی التهاب و دل قلب (intrauterine endocarditis) کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتیں۔ اگر دائیں بطن کا مخرج جنینی زندگی میں اس طرح مسدود ہو جائے تو اس کھنکھ کے اندر کا دباؤ اسوجہ سے کم ہو جائے گا کہ خون بین بطنی فاصلہ کے سوراخ میں سے بہ کر بائیں بطن کے اندر چلا جائیگا۔ اور ایسی صورت میں یہ فتحہ مستقلاً باقی رہ جاتا ہے۔ نوکے اس مرحلہ کے لحاظ سے جس میں یہ ایقاف واقع ہوا ہے، ممکن ہے کہ یہ سوراخ نہایت بڑا ہو یا اس کے خلاف بالائی حصے میں صفت ایک آفتاب ہی ہو۔ اس آخر الذکر حالت میں یہ روزن جن وغشائی (pars membranacea) میں واقع ہوتا ہے۔ جب سوراخ بڑا ہوتا ہے تو اور ملی اکثر دائیں بطن سے یا دائیں اور بائیں دونوں بطنوں سے نکلا ہوتا ہے، اور سوراخ بیضوی یا شریانی قنات یا یہ دونوں نغوذ پذیر ہوتے ہیں۔ ریوی فسیق اور سوراخ دار بین بطنی فاصلہ دونوں الگ الگ بھی واقع ہو سکتے ہیں چند شفا صابوتوں میں دونوں بطنوں کے درمیان کا راستہ دائیں عقبی مصراع سے نیچے نہیں بلکہ اگلے اور ملی مصراع (کہ جس کے اوپر دائیں اگیلی شریان نکلتی ہے) سے نیچے پایا گیا ہے۔ ایسی صورت میں وہ جزوغشائی کے سامنے ہوتا ہے اور دائیں بطن کے قمع کے اندر واقع ہوتا (27)۔

بعض اوقات اور ملی دہنہ یا ایک آذینی بطنی دہنہ کا تفتیق یا انطلاس واقع ہو جاتا ہے جو کہ دوران خون کے قمر اور قلب کے طبی نمو میں مداخلت واقع کرتا ہے۔ اور اور ملی اور ریوی شریان کی مکمل معکوس وضعیت (transposition) اور عروق کی دوہری پیچیدہ معکوس وضعیتیں بھی پائی گئی ہیں۔

ممکن ہے کہ قنات شریانی اور سوراخ بیضوی غیر مسدود رہ جائیں اور یہ بلا کسی مخرج سبب کے ہو (غالبا یہ پیدائش کے وقت دوران خون میں ایک عارضی تسدود ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے)۔ تاہم سوراخ بیضوی کا کم و بیش افتتاح تقریباً ۳۰ فیصد

تندرست شخصوں میں بھی واقع ہوتا ہے اور ایسی صورت میں ایک شوقِ محض یا تنگِ مصراع و ارفقہ ایک کہنہ میں سے دوسرے کہنہ میں خون کے گزرنے کا امکان پیدا نہیں کرتا۔ ممکن ہے کہ اور مٹی یا ریوی شریان میں تین گنا ماصراع ہونے کے بجائے صرف دہری چوں یا چار چوں۔ یہ تغیر دوسرے تشوہات کے ساتھ پایا جاسکتا ہے، لیکن اگر تہنایسی ہو تو وہ مابعد زندگی کے مرض کا سنگ بنیاد رکھتا ہے اور پیدائش کے وقت مشکلات پیدا کر دینے کا رجحان کم رکھتا ہے۔

امراضیات - قلب کا نموقوف یا ناقص ہونے کے سبب کے متعلق درحقیقت اس سے زیادہ کچھ معلوم نہیں جتنا کہ جسم کے دوسرے حصوں کے پیدائشی تشوہات کے متعلق معلوم ہے۔ پیدائشی مرضِ قلب کے ممتاز ترین علامات میں سے ایک علامت خنراق ہے اور وہ ذراق نومولود (morbus caruleus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ عمومی مذاق کے سبب پر بعض تازہ مشاہدات سے روشنی پڑتی ہے (14)۔ (۱) ذراق کا سبب یہ ہو سکتا ہے کہ محیطی شریات میں خون کا سخت دوران ہو اور اس کے نتیجہ کے طور پر واپس آنے والے خون میں اس سے کم آکسیجن موجود ہو کہ جتنی معمولی طور پر ہوتی ہے۔ (۲) یا یہ ہو سکتا ہے کہ شریاتی خون آکسیجن سے کامل طور پر عیر شدہ ہو۔ بلاشبہ ان دونوں عوامل کا اجتماع ہو سکتا ہے اور اگر خون کے سرخ خلیے زیادہ ہو گئے ہیں تو ذراق اور بھی شدید ہو جاتا ہے۔ ایک باریک سوزی کے ذریعہ کوبری یا عضدی شریان سے براہ راست لئے ہوئے خون کے آکسیجن باقیہ (oxygen content) کی تعین ظاہر کرتی ہے کہ بلاشبہ نمایاں اصابتوں میں کسی قدر شریاتی بے سیری بھی موجود ہو سکتی ہے، تاہم اکثر اسبابِ مرضِ قلب کے ذراق کا مابینِ سبب محیطی رکود ہی ہے۔ شریاتی خون میں آکسیجن کی معمول سے بھی کم مقدار کا موجود ہونا ان اسباب کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (الف) پیچیدہ ریلوں میں گیسوں کے باہمی تبادلے میں رکاوٹ ہو جیسی کہ آؤ میاؤات الریہ شبیہ شریاتی مزین ریوی مرض میں واقع ہو سکتی ہے۔ (ب) اکثر غلیاتِ احمر انتہائی ہوا اور خون ریوی شریات کے اندر اس کے عرصہ تک نہ پھرتا ہو کہ جس سے تمام جسامات معمولی طور پر عیر شدہ ہو جائیں۔ (ج) شریاتی خون پیچیدہ ریلوں اور نظامی وریدوں سے آنے والے خون کا آمیزہ ہو جیسا کہ سوہا اندر لکھیں

فاسل یا منتوج سوداخ بیضوی اور متلازم پیدائشی ریوی ضیق کی حالت میں واقع ہو سکتا ہے۔ پیچیدگیوں کے اند خون کی سخت رفتار کی جیسی کہ آکسائی مرض قلب میں ہو کر تھی ہے، زیادہ تر خود اس امر کا رجحان رکھتی ہے کہ شریانی خون کی سیر کی تکمیل کر دے، کیونکہ ایسی صورت میں آکسیجن کے اخذ کئے جانے کے لئے بہت وقت حاصل ہوتا ہے۔ پیدائشی مرض قلب کی بعض اصابتوں میں جن میں مذاق نمایاں درجہ کا تھا، یہ پایا گیا کہ شریانی خون آکسیجن سے صرف ۲۰-۳۰ فی صدی کی حد تک سیر شدہ تھا۔ جب مرض نے ایک چھوٹے اور مصراعوں کے ذریعہ سے نصف گونے کے نالوں آکسیجن کا استنشااق کیا، تو یہ سیری ۴۰ فی صدی سے ذرا ہی زیادہ ہو گئی۔ ایسا ہونا اس امر کی تغلیط نہیں کرتا کہ شریانی خون ریوی اور ریوی خون کے آمیزے سے مرکب ہے، کیونکہ آکسیجن دے کر اس کی سیری کامل طور پر کر دینا ناممکن تھا۔ ساتھ ہی پیدائشی مرض قلب میں محیطی رکود بھی ایک جزو عامل کے طور پر موجود ہر ذراق کو زیادہ کر دیتا ہے۔

عام ضرر ریوی ضیق کے ساتھ ایک سوداخ اور فاسل کا جمع ہونا ہے۔ بعض اوقات ضیق اتنی انتہائی ہوتی ہے کہ اس راستہ سے پیچیدگیوں تک نہایت تھوڑا خون پہنچ سکتا ہے۔ تقریباً وہ سب کاسب اور طئی کے اند چلا جاتا ہے اور بائیں بطن سے آئے والے خون کے ساتھ شامل ہو جاتا ہے۔ ان انتہائی اصابتوں میں شبی شرائین متعہ ہو جاتی ہیں اور پیچیدگیوں میں خون کی ایک خامی رسد ان قہمات کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے جو شبی شرائین اور ریوی شریان کی چھوٹی شاخوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایک اصابت میں ریوی مصراع بالکل سدود پایا گیا اور ریوی رقبہ پر کوئی انکماش خیر نہیں ملتی دیتا تھا۔ مریض نہایت نیلا تھا۔ قلب معمول کے نسبت ذرا ہی سا بڑا تھا، کیوں کہ تمام خون اور طئی کے اند چلا جاتا تھا اور کوئی زائد از معمول فراغت نہ تھی (۱۴- اصابت)۔ اگر ریوی مصراع باوجود متضیق ہونے کے مفتوح ہو تو، اور طئی کے اندر کم خون جائے گا۔ دایا بطن بیش پروردہ اور متعہ ہو سکتا ہے، اور ریوی رقبہ میں ایک انکماش خیر شاید ایک ڈیڈ ہو گا۔ بعض اصابتوں میں یہ قصہ دور ایک سوداخ اور فاسل کے ذریعہ نہیں بلکہ ایک مفتوح سوداخ بیضوی کے ذریعہ حل میں آتا ہے۔ اگر ریوی مصراع طبعی حالت میں ہے، تو مفتوح سوداخ بیضوی یا مفتوح سوداخ فاسل کوئی فعلی اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس

تندرستی میں موت کا سبب ہوتا ہے۔

طبیعی انحرافات - نہایت عام طور پر ایک انکماش خریز سنائی دیتا ہے جو پیدائشی ریوی میٹوئس میں ریوی رتہ پر بلند ترین سنائی دیتا ہے، لیکن وہ متعلقہ فضائوں پر بھی سنائی دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ قلب کے دائیں جانب کے اتساع اور میٹوئس پر روش کی وجہ سے اہمیت عظم القس کے دائیں جانب تک پھیل سکتی ہے۔ خالص ریوی میٹوئس میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ اگر ضرورت فاصل کا سوراخ ہی ہے تو عظم القس کے قریب تیسری دائیں فضا میں اتم شدت کا ایک انکماش خریز ہوتا ہے، جو باہر کے طرف منتقل ہوتا ہے، اور اکثر ایک ذبذبہ بھی ہوتا ہے، لیکن ذرا ق نہیں ہوتا۔ مفتوح قناتہ شریانی اکثر ایک طویل خریز پیدا کر دیتی ہے، جو انکماش اور انبساط میں جاری رہتا ہے اور اپنی بلندی میں ۴۰ جزر و نظاہر کرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰۵ صفر ۲۲۰)۔

پیدائشی مرض قلب کی مختلف قسمیں لاشعاعی امتحان کرنے پر مخصوص و متمیز نتائج پیش کرتی ہیں۔ مثلاً خالص ریوی میٹوئس میں جو نادر الوقوع ہے، دائیں بطن کی پیش پر روش اور دائیں اذین کے اتساع کے باعث قلب کی شکل میز ہوتی ہے ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰۵۔ جب تک ممکن ہے کہ تسد کے مقام سے آگے ریوی شریان کا اتساع ہو۔ اس کا سبب بالکل غیر واضح ہے، لیکن یہ امتحانات بعدالمات میں کئی بار دیکھا گیا ہے۔ ریوی میٹوئس کے ساتھ فاصل کے سوراخ کے معمولی اجتماع میں قلب کی بائیں اور دائیں دونوں جانبیں بڑھتی ہوئی ہو سکتی ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ جماعت قلب میں کوئی قابلِ محنت تغیر نہ ہو۔

انتہاء - پیدائشی تشوہات ہمیشہ ناموافق ہوتے ہیں۔ شدید نقائص والے مریض صرف چند گھنٹوں یا دنوں تک زندہ رہتے ہیں۔ دوسرے جو خفیف تر درجہ کے ہوتے ہیں، پانچ دس یا تیس سال تک زندہ رہتے ہیں۔ کسی کبھی نہایت ناقص الخلقہ والے اشخاص بھی اوسط عمر کو پہنچ گئے ہیں۔ کسی دی ہوئی حالت میں انداز کا انحصار تشوہ کی نوعیت کے بجائے زیادہ تر قلبی کارکردگی کے ثبوت پر ہونا چاہئے۔ علاج - یہ مریض مرض قلب کے علاج سے محال ہے۔

امراض نامور

(DISEASES OF THE PERICARDIUM)

التهاب نامور

(pericarditis)

اسباب نامور کا التهاب ایک عام ذموی سرایت کا نتیجہ ہو سکتا ہے یا وہ مقامی خراش سے واقع ہو سکتا ہے یا قرب وجود سے براہ راست پھیلنے والی سرایت سے واقع ہو سکتا ہے۔

پہلی جماعت کی اسابتوں میں حاد و ماتزم نہایت اکثر وقوع سبب ہے۔ لیکن مرض مذکور مرض برائٹ، تلیج الدم، سپید و مویٹ (leukemia)، ٹنڈن، انفلونزا، اور عام ریوی نتیجی سرایت میں اور عفونت الدم اور تسمم الدم کی دوسری حالتوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے مقامی اسباب یہ ہیں :- کہنف کے اندر سرطانی گرہوں کی بالیدگی اس کے اندر پھوڑوں اور کیستی ذویروں کا انشقاق، کسی منج سرایت، مثلاً وینڈلہ ذات الریہ کا قرب۔

مرضی تشریح۔ اگر ہم حاد و ماتزم کے دوران میں جوئے والے ناموری التهاب کو ایک مثال تصور کریں تو ہمیں اس میں مندرجہ ذیل تغیرات ملتے ہیں :- ابتدائی دوروں میں جلی اپنی جگہی جلادار سطح کو مکھو کر زیادہ عروقی بن جاتی ہے جس کی وجہ سے وہ عروقی کے ایک باریک جال سے مشرب ہوتی ہے۔ اس کے بعد عروقی و مویہ سے حیاتی عناصر اور فائبرین کا ارتشاع ہونے کی وجہ سے لطف کے کچھ ذورے نظر آتے ہیں اور تار و پون کی ایک گھل تہ بن جاتی ہے۔ مکن ہے کہ بالآخر اس جیلی کی یہ حالت ہو کر دووں مقابل سطیوں لطف کی پلایہ ایچ و بازت کی ایک تہ سے جدا ہوں جو اسی کافی نرم ہوتی ہے کہ بداری اور حشائی جلیاں ایک دوسرے سے علیحدہ کی جا سکتی ہیں اور لطف کا تمام اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ان سطیوں کی علیحدگی سے ایک عجیب و غریب شہد کے جیسے بیاباں بال دار شہد

باقی رہ جاتا ہے۔ عموماً اسی کے ساتھ کسی قدر مصل بن جاتا ہے جو زورنگ کا اور جب باقی حصار کی وجہ سے گدلا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بہت بڑی مقدار میں منع ہو کر تادمہ کی دونوں تہوں کو ایک دوسرے سے لڑی علی علیہ کر دے اور اس سے ممکن ہے لطف کے لیے پشم دار زائد سے ایک سطح سے دوسری سطح تک بن جائیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ سیال عموماً غائب ہو جاتا ہے اور لطف یا تو خود بخود جذب ہو جاتا ہے یا اس کا بعضی واقع ہو جاتا ہے اور وہ پستیلی کی جلدی اور مشافی تہوں کو کم و بیش مکمل طور پر باہم متحد کر دیتا ہے اور اس طرح منقسم تار مور کا سبب ہوتا ہے۔

دوسری سرانوس اور بالخصوص قیح الذم اور عفونت الدم میں تار مور کا سیال مافیہ متصل کے بجائے ریم ہوتا ہے اور اس طرح سرابی یا قیحی التهاب نامہ ہوگا (purulent or suppurative pericarditis) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر عضلہ قلب کے خراج سے شاموی طور پر ہوا کرتا ہے جس کا اکثر لمبی ڈیوں کے مادہ خخر کے بعد پیدا ہونا معلوم ہے۔ بعض اوقات التهابی ٹکون کے اندر کے نوسانہ عروق پھٹ جاتے ہیں اور نشات یا نفوذ کی سبب بڑی چکیٹیاں مصلی کی سطح کو ڈھانک دیتی ہیں اور اس طرح نفوذی التهاب تار مور (hemorrhagic pericarditis) پیدا کر دیتی ہیں۔ اور کبھی کبھی اس نخی ساخت میں اور قلب کی سطح کو ڈھانکنے والی مصلی چکی میں دونوں میں درنے بن جاتے ہیں۔ اسے تدریجی التهاب نامہ مور (tuberculous pericarditis) کہتے ہیں جو عموماً تمدن کا ایک جزو ہوا کرتا ہے۔

التهاب تار مور کے وقتی عموماً اس کے مباد کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ علی الاکثر نقات سبب، نقات حنیہ، نقات ریویہ اور خضیات درنہ پائے جاتے ہیں۔ پائٹن (Poynton) اور چین (Paine) نے دو ماترم کے التهاب تار مور میں اپنے اپنے روایتی دو نقیات پائے۔

دوسرا ن خون میں لاش۔ کو تہیم کے حیوانی تجربات ظاہر کرتے ہیں کہ دوران خون پر ہونے والے اثر کا انحصار تار مور کی تادمہ کے تناؤ پر ہوتا ہے۔ جب سیال کا اثر اب آہستہ آہستہ کیا جائے تو دباؤ ایک سین نقطہ تک پہنچے پھر شریانی دباؤ کم اور مددی دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ ہر حیثیت ایک پمپ کے یہ قلب کی حمی ہونی کار کردگی کی علامت ہے۔

یعنی یہ کہ ہر ضرب کے ساتھ قلب کی برآمد کم ہو گئی ہے۔ تاء مور کے اندر دباؤ جس قدر زیادہ ہوگا یہ برآمد اسی قدر کم ہوگی۔

طبعی آمارات۔ چونکہ التهاب تاء مور اکثر دو ماہ تک چلیے کسی ماری مرض کے دوران میں پیدا ہو جاتا ہے لہذا ممکن ہے کہ اس کے علامات ان امراض کے علامات سے بالکل پوشیدہ ہو جائیں کہ جن کے دوران میں التهاب تاء مور پیدا ہو گیا ہے اور اس کی موجودگی صرف اموات قلب کے تغیر سے اور دوسرے طبعی آمارات سے ظاہر ہو جودہ پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن یہ عموماً مخصوص و متمیز ہوا کرتے ہیں۔ اولاً تاء موری رنگہ موجود ہوتی ہے جس کا بیان استمان قلب کے تحت کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ابتداء نرم ہو لیکن چند گھنٹوں کے بعد آواز بلند تر، کرخت تر اور درشت تر ہو جاتی ہے اور پھر چش قلبی خطیر ہاتھ رکھنے سے یہ فرق اکثر محسوس کیا جاسکتا ہے۔

اگر تاء مور کے اندر مایع کا انقباض ہو جائے جیسا کہ بازو ہوا کرتا ہے تو پیش قلبی اہمیت زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ اوپر کے طرف تیسری پٹی کے بالائی کنارے یا دوسری پٹی کے بالائی کنارے یا ترقوہ پٹی تک پھیل جاتی ہے۔ وہ دائیں طرف عظم القس سے اچھی یا اند آگے تک پھیل جاتی ہے۔ اور بائیں طرف ممکن ہے کہ وہ بیل کے اندر تک پہنچ جائے۔ یہ پیش قلبی اہمیت کم و بیش مثلثی شکل کی ہوتی ہے اس طرح پر کہ اس کا چوڑا قاعدہ بڑا انفرام پر ہوتا ہے اور اس جو گول ہو جاتا ہے، عظم القس کے بالائی حصے اور بائیں بالائی بین الاضلاع فضاؤں میں۔

جوں جوں یہ سیال بڑھتا جاتا ہے مدم القلب منتشر ہو جاتا ہے۔ یہاں التهاب تاء مور اور ذات الجنب کے درمیان ایک اہم فرق کا ذکر کرنا ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ فرق کی آواز کے وقوع پر مایع کے انقباض کا اثر ان دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ذات الجنب میں جس وقت مایع کا انقباض ہوتا ہے ذات الجنبی فرق کی آواز غالب ہو جاتی ہے۔ التهاب تاء مور میں فرق کی آواز عموماً دوران مرض میں از ابتدا تا انتہا قائم رہتی ہے، بلکہ پتیلی کے انتہائی تمدد کے زمانہ میں اور مایع کے بعد انقباض کے دوران میں بھی۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیال بالخصوص قلب کے پیچھے جمع ہو جاتا ہے، کیونکہ مرض شست کے قبل لیٹا رہتا ہے اور سانس کی طرف تاء مور کی دونوں طرف سطحیں

ایک دوسرے سے درگزر کرتی رہتی ہیں۔

تار موری انصباب اکثر بائیں شش کے قاعدہ کو مضبوط کر دیتا ہے جس سے قوع کرنے پر ایک اسم آواز اور دستماع کرنے پر شبی تنفس پایا جاتا ہے۔

التهاب تار موری کا ایک دوسرا نتیجہ بعض اصابتوں میں ڈائفرام کے فعل کا امتناع ہوتا ہے۔ یا تو شش کی تنفس کے حرکات موقوف ہو جاتے ہیں یا دوران رشتیق میں مقوڑی پس روی ہو جاتی ہے جس میں بالائی شش کی اشار اور قلب کی اوپر کی طرف حرکت اور پیچیدگیوں کے قاعدوں کا مضبوط واقع ہوتا ہے اور لیکن ہے کہ معدے اور قولون کا تمدد واقع ہو جائے۔

علامات - مقامی علامات جو التهاب تار موری اور تار موری انصباب کے ساتھ ہوتے ہو سکتے ہیں یہ ہیں: درد پیش قلب کے مقام پر گھبراہٹ یا تکلیف اس خط پر دبانے سے آلیت سانس کا پھول جانا، مد غیر عمیق تنفس اور مقصر روکھی کھانسی کے۔ لیکن ہر کہ نبض ابتداً زیادہ متاثر نہ ہو لیکن وہ جلد ہی تیز تر ہو جائے کار جمان رکھتی ہے۔ لیکن ہے کہ روماتزم جیسے حافی مرض کے دوران میں واقع ہونے والا التهاب تار موری سابقہ الوجو تپ میں کوئی مستندہ اضا ف ذکر سے لیکن کبھی کبھی اس کے سرخ حمل کے ساتھ شدید ارتفاع تپش ہو جاتا ہے مثلاً ۱۰۵ درجہ یا ۱۰۶ درجہ تک۔ اور دوسری اصابتوں میں لیکن ہے کہ اس کے ساتھ تپ کی معمولی حالتیں ہوں جیسے کہ عدم اشتہا خشک زبان تشنگی اور قلیل المقدار بول۔

غراب ترین اصابتوں میں قلبی ضعف زیادہ ہو جاتا ہے، نبض غیر منتظم اور فرقی ہو جاتی ہے، یا لیکن ہے کہ وہ نبض متناقض (pulsus paradoxus) (ملاحظہ ہو صفحہ 326) کی شکل اختیار کر لے پیش قلبی درد شدید ہوتا ہے اور چہرہ اترتا ہوا اور پھیکا ہوا ہو جاتا ہے۔ اور مریض اولی طور پر فصل قلب سے فرماتا ہے جس کے ساتھ کبھی کبھی تشنجات ہوتے ہیں اور کبھی کبھی کوما۔ لیکن مثلول کی غالب تعداد میں علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔ اہمیت کم ہو جاتی ہے لیکن درگزر اکثر آخری درجہ تک مت غم رہتی ہے۔ التهاب تار موری کے تغیرات بد سرعت واقع ہوتے ہیں لیکن ہے کہ انصباب دویا میں ہی دون کے اندر درجہ کامل کو پہنچ جائے اور مزید تین یا چار دنوں میں خفیف کا

عمل خوب جاری ہو جائے۔

تقریبی 'اندزنی' اور نرزی التہاب تار مور اپنے علامات اور طبیعی امارات میں بالکل مختلف نہیں۔

تشخیص - معمولی حالات میں اس میں کوئی مشکلات نہیں پیش آتے اور فرک کی دہری یا سہ گونہ آواز نہایت تمیز ہوتی ہے۔ تار موری انصباب کی تشخیص ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، کیونکہ ایک شش قلب سے اس کی ممانعت پیدا ہو سکتی ہے جو کہ اسی رشتی زہر سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جس نے التہاب تار مور پیدا کر دیا ہے۔ انصباب کی تشخیص میں جب فی الامارات سے تائید حاصل ہوتی ہے :- اسمیت کا بائیں طرف صدم القلب سے باہر تک اور اوپر کے طرف دوسری پیلی یا اس سے بھی اوپر تک پھیل جانا اور بائیں قاعدے پر ہچکاؤ کے امارات۔ لیکن ہے کہ رائجی شامیں قلب اور تار مور کے سایہ کو باہر ٹھیک بائیں شعلی دیوار تک اور اوپر پھلی فضا کے اندر اور واسنے طرف یعنی تک ظاہر کریں جس کے ساتھ بخنان برائے نام یا بالکل ننوا اور ایک بڑے انصباب کی حالت میں بعض اوقات قلب کا سایہ ایک نسبتہ ہلکے سایہ کے حلقہ کے اندر دکھلائی دیتا ہے جو تنہا پھولے ہوئے تار مور کی وجہ سے ہوتا ہے۔

انذار - التہاب تار مور بحیثیت مجموعی فوری طور پر ہلک مرض نہیں لیکن ہے کہ وہ اتنا خفیف ہو کہ دستور العملی امتحان کے دوران میں یہ صرف مبالغہ العدر سے ممانعت ہو اور رشتی تب میں واقع ہونے والی اماتوں کے بڑے تناسب میں یہ التہاب رخ ہو جاتا ہے۔ تار موری تہوں کا انضمام جو اکثر پیدا ہو جاتا ہے، بذاتہ ایک خطرہ بن سکتا ہے۔ اس کے برعکس 'ان' 'لبنی نقطوں' کے عام ہونے سے جو امتحانات بعد الامات میں قلب کی سطح پر پائے جاتے ہیں، اس امکان کا اشارہ ہوتا ہے کہ التہاب تار مور کے خفیف حملے اکثر اوقات جو کہ پورے طور پر رخ ہو جاتے ہیں۔ 'لبنی نقطہ' اکثر محض فرک کا نتیجہ سمجھے جاتے ہیں۔ لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ آخر الذکر بلا کسی درجہ التہاب کے کیونکر واقع ہو سکتا ہے۔ لیکن ہے کہ بعض فضا کو فنگلی (bruising) کا نتیجہ ہوں جو مرض سے پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض برائت میں اور دوسری مزن متغی حالتوں کے تلامذ میں بیماری کے اختتام کے قریب اکثر التہاب تار مور واقع ہو جاتا ہے اور پھر موت واقع۔

کرنے والا ضرر معانوم ہوتا ہے۔ لیکن ایسے حالات میں بھی اس کے طبی امارات موت سے پہلے بالکل غالب ہو سکتے ہیں، یا اگر وہ باقی رہتے ہیں تو بھی اس سے ہلکے نتیجے کے وقوع کا اسراع ہوتا نہیں معلوم ہوتا۔ تفتیشی اور موری التهاب میں خطرناک انداز بتانا چاہئے، اور ذات الریہ یا دہیلہ کے دھان میں جیتی روی التهاب تاد، مور کا وقوع عموماً ہلکے ہوتا ہے، لیکن سٹریٹ۔ ٹیلر (Sir F. Taylor) کو ایک ایسے مریض کا علم تھا جس میں دو ہرے دہیلے کے ساتھ التهاب تاد مور تھا اور وہ مریض شفا یاب ہو گیا۔ حادثہ میں التهاب تاد مورہ دونوں قلب اور عضلہ قلب دونوں کے کیسٹرو التهاب کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور ان کو پوشیدہ کرتا ہے، اور ان دونوں کے خراب اثرات بعد میں نمایاں ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ التهاب تاد مور کا علاج زیادہ تر تخفیف کن (palliative) ہوتا ہے۔ دوسرے ماد التهابات کی طرح اس کا تدارک بھی مریض کو بستر میں لٹائے ہوئے یا آدھی لیٹی ہوئی وضع میں رکھ کر کامل آرام و سکون کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ نیز اسے مغذی زود ہضم غذا دی جائے اور اسے بولنے پالنے اور جوش و خروش سے محترز رکھا جائے۔ رشتہ کی حالت میں ابتدائی مرض کے علاج میں غالباً ان حالات کو پہلے ہی ملحوظ رکھا گیا ہوگا۔ نہایت شدید درد کے لئے پیش قلب پر چھ یا آٹھ جوئیں لگا دی جائیں۔ پیش قلب پر نرم دھاتی کی ایک تہ یا کئی موٹی لسی کی گرم پولیس، یا آٹھ تین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) لگا دی جائے۔ اگر ضرورت ہو تو مارفیا دیا جائے۔ اگر رمضان خون قفل پذیر ہو یا اگر قلب غیر منظم ہو جائے تو ڈیجیٹالس کے مبنیہ کی تھوڑی مقداریں، ہرائڈ یا آیوڈیا کے ساتھ یا رباورینا چاہئیں۔ روٹاری انقباض بہت مشاذ و نادیدنی استصاح کی ضرورت لاحق کرتا ہے، لیکن اس وقت جبکہ ریم کی موجودگی کا امکان اس پر غور کرنا ضروری ہے۔ ڈاکٹر ڈی۔ سی ٹیلر (D. C. Taylor) نے ایوسس ام (Lewisham) شفا خانہ میں تجربہ حاصل کیا ہے اس کی بنا پر وہ سفارش کرتا ہے کہ جلد اور زیر اتماءہ بافتوں کو ۲ فی صدی نو دوکین کے ذریعہ عیمل الحس کرنے کے بعد ایک بار ایک موٹی کو چپچپے کی طرف اور نیچے کی طرف، پچھتی بین فضائیں اقلیم انقباض کے بائیں طرف، راکہ اندرونی پرستانی شریان بھی رہے، یہاں تک گھسا چاہئے کہ ڈایافراگم تک پہنچ جائیں جس کے متعلق یقین حاصل کرنا جو تو مریض کو ایک گہرا سانس لینے کے لئے کہنا چاہئے۔ موٹی کو ذرا

واپس کیٹینج کر دوبارہ سیدھا پیچے کو سطح سے ایک انچ کی گہرائی تک گھسانا چاہئے۔ پھر کہنے کو ۲... ۱۰ غلیو ان کے ۲۰ کتب سمر سے کئی مرتبہ دھویا جاتا ہے اور امتصاص کو ہر تین سے روز بار بار عمل میں لایا جاتا ہے یا ایک پلی کا جزوی امتیصال کر دیا جاتا ہے۔

رشتہی مبداء کا نامور منظم

(adherent pericardium of rheumatic origin)

مرضی تشریح - اس کا مذکور پہلے ہی کیا گیا ہے کہ یہ حالت روماتزمی التهاب نامور کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دونوں سطحوں کے انضمام کا درجہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض چند ہی رشتہ نگ ہوں جو سطح قلب سے جدار کی نامور تک جاتے ہوں یا ممکن ہے کہ نامور کی تاج کا قلب کی سطح سے کامل انضمام ہو اور ہر درمیانی حالت کا ہونا ممکن ہے۔ جب کامل انضمام ہو تو دونوں سطحوں کو جوڑنے والی بافت محض ایک پتلی سی تہ ہوتی ہے۔ یا وہ ایک کثیف سخت یعنی کم و بیش عروقی خلافت ہوتا ہے جس کی دبازت ۱/۲ انچ بلکہ ۱/۴ انچ بھی ہوتی ہے۔ قلب کی بیش پرورش یا اس کا اتساع عام طور پر موجود ہوتا ہے کیونکہ بطن کا عضلی جرم بھی عضلہ قلب کے ایسے التهاب کے وقوع سے متضرر ہو گیا ہے جو التهاب نامور کے ساتھ ہوا ہے۔ عام طور پر مٹرائی ضیق موجود ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں نہ صرف نامور کی تاج کا انضمام ہو جاتا ہے بلکہ اس کی بیرونی سطح بھی گرد و پیش کے پھیلاؤ اور عظم القفس سے مغبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتی ہے۔ فی الحقیقت واسطی بافتیں باہم چپک کر ایک کثیف یعنی بافت بنادیتی ہیں (یعنی التهاب واسطی = mediastinitis fibrosa)۔

علامات اور طبیعی امارات - درو قلب (اختلاج) اور ہر نمایاں ہوتے ہیں۔ خود انضمام کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے طبیعی امارات پر اعتما نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن جب وسیع بیرونی انضمام بھی موجود ہوں تو مندرجہ ذیل میں سے ایک یا زائد طبیعی امارات شناخت ہو سکتے ہیں :- (۱) اس قلب سے متناظر مقام پر انکماش یا زکشدگی۔ (۲) عظم القفس کے زیریں سرے کی انکماش یا زکشدگی۔ (۳) عظم القفس سے اس جانب کی تیرسی جو کھٹی اور پانچویں بین الاضلاع فضاؤں کی انکماش یا زکشدگی۔ (۴) بائیں سرے

پہلو یا پشت پر نیچے کی پسلیوں کی انگماشی باز کشیدگی (امارت برڈ بینٹ = Broadbent's sign)۔ یہ زیادہ اعتماد کے قابل نہیں۔ بین الاضلاع فضاؤں کی انگماشی باز کشیدگی تو برنگز مشق تارومر کے لئے مخصوص و غیر نہیں۔ مطرائی ضیق جو کہ عام طور پر اس کے ساتھ متلازم ہوتی ہے بالکل یا تلاش کرنی چاہئے۔ موت فخل قلب اور وسیع اڈیم سے واقع ہوتی ہے۔

292 لاشعروں سے بھی مشق تارومر کی قسمتی دلائل حاصل ہو سکتی ہیں۔ وہ یہ ہیں کہ گہری سانس لینے پر یا ایک جانب کو جھکنے پر قلب کی طبعی حرکت اور شکل میں تبدیلیاں اور سانس لینے پر ڈائفرام کے مرکزی حصے کی حرکت میں تغیرات ہو جاتے ہیں جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ تارومر اور واسطہ کے درمیان انفصالات موجود ہوتے ہیں۔

تارومری انفصالات کے انداز اور علاج پر بالخصوص انفصال قلب کے ان تغیرات کے لحاظ سے غور کرنا چاہئے جو ان انفصالات کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات 275، 276)۔ علاج مری ہے جو کہ عام مرض قلب کے لئے کیا جاتا ہے۔

مرض تفضیقی التهاب تارومر

پلٹ (Pick) کا مرض

یہ مرض جس کا پہلے پلٹ (Lower) (۱۶۶۹ء) شیورز (Chevers) (۱۸۴۲ء) وکر (Wilks) (۱۸۵۸ء) اور پلٹ (Pick) (۱۸۹۶ء) نے تذکرہ کیا حال ہی میں دوبارہ منصف شہود پر لایا گیا ہے (73)۔

بحث اسباب۔ تمدن ذات الرید معد ذات الجنب یا التهاب تارومر اور عفوت اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔ لیکن اس کا سبب اکثر اوقات غیر معلوم رہتا ہے کیونکہ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے ماد التهاب تارومر کی سرگزشت موجود ہو لیکن ماد روماتزم کی سرگزشت نہیں پائی جاتی۔

مرضی تشریح۔ جلداری تارومر کی مرضی یعنی دیابت واقع ہوتی ہے اور بیا اوتنا نکلس سیال کی جبین سماچہ کا انفلاس اور بیرونی تارومری انفصالات موجود ہوتے ہیں۔ چونکہ تفضیق کی وجہ سے قلب دوران انقباض میں بھر نہیں سکتا لہذا ایک ٹرکودور آسٹہ ("inflow stasis") پیدا ہو جاتا ہے اور استسقاء کے شکی اور اس کے ساتھ ایک بڑا

(frosted) "سہری کی ڈلی" جیسا جگر یا طحال اور پھیوری انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ قلب بجائے خود تندرست ہوتا ہے۔

علامات۔ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ پہلے استقامت کے شکلی ایکس کلانی یافتہ لیکن غیر الیم اور غیر نابض جگر، دو اہی وریدوں کا احتقان، نبض تھاقص (pulsus paradoxus) پست فشار خون اور نبض اوقات ٹانگوں کا اڑیما اور پھیوری انصباب پائے جاتے ہیں۔ قلب کی جسامت طبی یا کیقدر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ براڈ بینٹ (Broadbent) کی امارت موجود نہیں ہوتی۔ برقی قلب نگاشت پست وولٹیجیت (voltage) کی ہوتی ہے اور تقویدے اور عیسین۔ امواج چوٹی یا مگس پائی باقی ہیں۔ اور گاہے اذینی ریشکی انقباض موجود ہوتا ہے۔ مصلی پروٹینس کم ہوتی ہیں۔ تشخیص۔ مطرانی مشق خواہ اس کے ساتھ متھم نامور ہو یا نہ ہو تحریرات کے لئے محتاط امتحان کر کے تشخیص کی جاتی ہے۔ التهابی عمومی (polyserositis) ایک مختلف مرض ہے۔ باقی کسیت (portal cirrhosis) اور تغصہ سی اذیمسا (nutritional cedema) کو مغفرت کرنا چاہئے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن ہوتا ہے گو کہ نبض اوقات اس کے ساتھ فترات پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے یہ ایک سرجی ممر اختیار کرے یا کئی سال تک قائم رہے۔ علیہ کے بعد ۱۰ مریضوں میں ۶ مریض شتایاب ہو چکے ہیں ایک دوسرے مریض کو افاقہ ہو گیا۔ علاج۔ ناموری جزوی امتیصال کا علیہ جو کہ ڈیلارم (Delorme) کے نام سے موسوم ہے واحد شافی علاج ہے۔

تاءاموری اجتماع آب

(hydropericardium)

یہ اصطلاح اموری تاج کے اندر مصل کی زیادتی کے لئے استعمال کی جاتی ہے اور عموماً اشتقاق کے انفعالی افراد کو ان التهابی انصبابات سے تمیز کرنے کے لئے کام میں لائی جاتی ہے جو پہلے التهاب تاءامور کے تحت بیان کئے جا چکے ہیں۔ قدرتی طور پر تاءامور کے اندر مصل کی تہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے اور کسی سبب سے موت واقع ہو جانے

کے بعد اس کے اندر پھیکے زرد رنگ کے سیال کے چند ڈرام ملنا عام ہے۔ عضلی انقباضات کے انقباض، التهاب کے علاوہ وہی ہیں جو استحقائے عمومی کے ہوتے ہیں مثلاً مرض 'برٹ' اور تار مود کے وریدی دوران خون میں ایسی مقامی مداخلت جیسی کہ خود قلب کا مصرعی مرض، شش کا مزمن مرض، اور ان وریدوں پر تادموری سطحوں سے خون واپس لے جاتی ہیں سلیحات کا دباؤ۔ مایچ کے اندر کا مایچ دوسرے عضلی کہنوں کے استحقائی انقباض کے مایچ سے مشابہ ہوتا ہے اور وہ پھیکے زرد رنگ کا یا لون دھوی مادہ کے ارتشاح کی وجہ سے کم و بیش گلابی رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں فائبرینی نوٹن اور آٹامافی صدی البیومین موجود ہوتا ہے۔

تادموری اجتماع آب کے طبیعی امارات وہی ہیں جو التهاب تادمور میں انقباض ہوتے ہیں۔ عموماً کسی خاص علاج کی جو تادمور سے متعلق ہو اس وقت ضرورت نہیں ہوتی جب کہ یہ حالت استحقائے عمومی کا ایک جزو ہو یا جہاں یہ دوران خون میں مقامی مداخلت کا نتیجہ ہو۔ استحقائے عمومی یا مصرعی مرض کا تدارک کرنا چاہئے۔ شاید اماتوں میں اضافہ اس قدر سریع الوقوع یا دفر ہوتا ہے کہ تادمور کے بزل کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

تادموری ہوائی اجتماع آب

(pneumo-hydropericardium)

اس سکرہ معنی ہیں تادمور کے اندر گیس اور مایع دونوں کا موجود ہونا۔ مایع کے ساتھ گیس ہونا مندرجہ ذیل کا نتیجہ ہو سکتا ہے (۱) گیس گنگرین (gas gangrene) اور (۲) ہوا شمول رکھنے والے کہنوں کے ساتھ تادموری مایچ کا ارتباط۔ یہ ارتباط ضربی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ایک شعبہ باز کی حالت میں ہوا کہ اس نے ایک کندھ کو مار کر ٹھکنے کی کوشش میں مری میں سے تادمور کو پھید دیا یا جیسا کہ فلنٹ (Flint) کی درج کردہ امات میں ہوا کہ جس میں پلیٹوں کے آپس میں ٹک کر تادمور میں چھید ہو گیا، اور تادموری بزل کے علیہ کے بعد ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ یہ ارتباط مرض کی وجہ سے قائم ہو جائے۔ اور ایسی اماتیں بھی مندرج ہوئی ہیں جن میں مری کا سرطان متفرخ ہو کر تادمور کے اندر پہنچ گیا اسلاریوی کا ایک کہنہ تادمور کے اندر مکمل پڑا اور خراج جگر ایک ہی وقت میں تادمور اور

معدہ دونوں کے ساتھ ارتباط رکھتا تھا۔ تار مور کے اندر تنہا گیس کبھی نہیں دیکھی جاسکتی کیونکہ اس کے باہر سے داخل ہونے کے تقریباً فی الفور بعد تار مور کا التهاب معدہ باطنی انقباض کے پیدا ہو جاتا ہے۔

تار موری جو انی اجتماع آب کے طبیعی امارات یہ ہوتے ہیں :- قرح کرنے پر پیش قلبی رقبہ پر گنگ اور حرکات قلب کے ساتھ چٹکنے چٹکنے یا تفرغ کی ہم نماں آوازیں۔

تار موری اجتماع الدم

(hemopericardium)

نام نہاد تار موری نزف فی التهاب میں نو ساختہ عروق کے پھٹنے سے تار مور کے اندر خفیف درجہ کا انقباض خون واقع ہوتا ہے۔ لیکن نسبت بڑی مقداروں میں خون کا انقباض جب یہ براہ راست ضرب کی وجہ سے نہ ہو تو عضلہ قلب کے انشقاق یا ایک انورسائی ٹا پی کے انشقاق یا سرطانی بالید میں کے عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکروی اور اس سے ملتی جلتی حالتیں بھی تار موری نزف پیدا کر سکتی ہیں۔

علامات :- جب تار مور کے اندر خون کا انقباض دفعہ واقع ہو جاتا ہے تو مریض پر سین میں کم و بیش خفق، شحوب، غشیان، بے ہوشی اور موت کے بعد و گرسے جلد طاری ہو جاتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ ہلک خاتمہ سے پہلے جو جیٹا یا جھٹس گھٹنے ٹیک وہ شحوب، خفیف خفق اور انتقباضی تنفس کی حالت میں رہے۔ اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ نزف اور بھی کم درجہ کا ہو تو ممکن ہے کہ موت کے وقوع میں اور بھی التواء ہو جائے اور التهاب تار مور پیدا ہو جائے جو کہ مریض کا ہلک خاتمہ کرنے میں حصہ لیتا ہے۔ والش (Walsh) ایسی اصابتوں کا تذکرہ کرتا ہے جن میں شقاق عامل ہو گئی، مگر یہ غالباً اسکروی کی نوعیت کی تھیں یا ہر حال انورسائیٹس کے یا خود قلب کے انشقاق پر منحصر تھیں۔

طبعی امارات وہی ہوتی ہیں جو ایک بڑے تار موری انقباض کی ہوتی ہیں اور ساتھ ہی وسیع پیش قلبی اصیت اور قلب کی آوازوں کی کمزوری یا غیر موجودگی ہوتی ہے۔ تشخیص میں انورسائیٹس موجودگی یا ذبحہ مد زہ کے حملوں کے علم سے مدد ملے گی۔

علاج - کامل آرام و سکون اور خوشنمندی کے ساتھ ہتھکات کے استعمال سے ہی کچھ موقع مل سکتا ہے۔

ذبحہ صدریہ

(ANGINA PECTORIS)

اس نام سے عموماً عظم القصور کے نیچے کے اس شدید درد کو یاد کیا جاتا ہے جو قلب یا اورٹلی میں پیدا ہوتا ہے، نہایت دقت شروع ہوا کرتا ہے، اور کبھی کبھی ہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس شدید درد میں اور قلب میں پیدا ہونے والے اُن خفیف ترددوں میں جنہیں بعض اوقات ”ذبحہ صغیرہ“ (”angina minor“) یا اس سے بھی بہتر محض ”درد قلب“ کے نام سے خطاب کرتے ہیں غالباً کوئی بنیادی فرق نہیں ہے۔

اسباب - یہ طفلی میں ہو سکتا ہے، لیکن تین سال کی عمر سے پہلے عموماً اس ہوتا، عمر کے ہر سال کے ساتھ اس کا وقوع بڑھتا جاتا ہے، اور پچاس اور پچتر سال کی عمروں کے درمیان یہ نہایت عام ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں ایک اور چار کے تناسب میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس پر قرار ثبوت بھی اثر دیتا ہے۔ یہ اورٹلی میں عام اور مطرانی شقیق میں شاذ ہے۔ بعض اوقات تمباکو بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ ماسکی عفتوت، بالخصوص جو مراء میں یا دانتوں کے راسوں پر چڑا، ایک دوسرا عامل ہے۔ فوری محرک اسباب یہ ہیں :- (۱) جسمانی ورزش، بالخصوص پہاڑیوں پر چڑھنا یا ہوا کی تیز سمت میں چلنا اور زمانہ بعد میں خفیف ترین قسم کی مشقت - (۲) زیادہ کھانا کھانا۔ زیادہ اکثر یہ دونوں حالات مجموعی طور پر کارفرما ہوتے ہیں - (۳) جذباتی بھجان، خواہ یہ پستی پیدا کرنے والا ہو یا انتحاش آفریں ہو، اور دماغی بار - اور (۴) سردی میں کشف آخر الذکر اہم ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ رات کے وقت کسی مرد کو مے میں لباس اتارنے سے بستر میں اس کا حملہ ہو جائے۔ بعض اوقات اس کا حملہ دوران خواب میں شروع ہو جاتا ہے۔

امراضیات - جب اس کے حملہ میں موت واقع ہو گئی ہو تو قلب عموماً مرتخی اور اس کے کھٹے خون سے پُر پائے گئے ہیں۔ اساتجوں کی غالب تعداد میں قلب کا یا اورٹلی کا

کوئی مرض پایا گیا ہے، جو کہ بیشتر اقسام ذیل کا تھا۔۔۔ عضلہ قلب کا التهاب۔ عضلہ قلب کا
 ٹوٹی، شیمی یا ایسی انحطاط۔ آتشکی التهاب اور طبعی اور طبعی کا تعمیر و مایا اتساع۔ اور ملی مصرغوں کا
 تعمیر و مایا، یا تھکس یا سکڑن۔ اکیلی شرائین میں شریانی سلاطیت (arterio-sclerosis)
 یا کلسی جیو یا ان کا انقباض درد شریانی التهاب یا علقیت سے۔ اکیلی سدادیت
 جلد ہی موت واقع کر سکتی ہے، جو کہ شدید ترین ذبحی علامات کے ساتھ ہوتی ہے۔
 ذبحہ صدریہ کے سبب سے واقع ہونے والی موت کی بعض مثالوں میں عضلہ قلب اور
 اکیلی شرائین بالکل تندرست پائے گئے ہیں۔

میکینزی (Mackenzie) کی رائے ہے کہ ذبحہ کا انحصار عضلہ قلب پر ہوتا ہے
 (29)۔ اس ضمن میں یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ مطرائی خنثی کا معمولی درجہ جوائین آؤن میں
 پیدا ہوتا ہے، سینہ کے بائیں جانب واقع ہوتا ہے، ایک ایسے بند میں جو بھٹی سے لیکر
 غصہ و فحشہ جی سے نیچے تک پھیلتا ہے۔ اس رقبہ کی جلد کے جتنی اعصاب خلع کے جیسے
 اور ساتویں ظہری فلقات تک جاتے ہیں۔ اس کے برعکس وہ درجہ جو بطین اور اور طبعی
 میں پیدا ہوتا ہے، سینہ میں نسبتہ اور محسوس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ پر جو نسبتہ
 بلند تر ظہری فلقات سے متناظر ہوتا ہے، کیونکہ جینی قلبی نالی میں بطین حصہ آؤن سے
 سے نسبتہ مقدم واقع ہوتا ہے اور بعد میں آگے کو خمیدہ ہو کر نیچے آجاتا ہے (30)۔ یہ
 فطریہ کہ ذبحی درد بطین سے پیدا ہوتا ہے، اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ تندرست
 عضلہ قلب سے بعض اوقات درد کا پیدا ہو جانا، اس سے زیادہ مشکل نہیں ہے کہ جتنا
 برآبی خنثی (pyloric stenosis) کی صورت میں تندرست معدی عضلہ سے اکثر درد کا
 پیدا ہو جانا۔ درد قلب آکسیجن کی عدم موجودگی میں، عضلہ قلب کے سخت کام کرنے کی وجہ
 سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ ماننا قرین عقل معلوم ہوتا ہے کہ اس کے عضلی ریشوں کو امتنا
 کافی تندرست ہونا چاہیے کہ وہ درد کو پیدا کر سکیں۔ انہیں سخت کام کرنے کے قابل ہونا
 چاہئے۔ تندرست مگر تاثریت یافتہ اشخاص کو جو سخت انقباض درد و فٹ بالی کے سخت
 کھیل میں محسوس ہوتا ہے، وہ بھی حائل مبداء کا ہوتا ہے۔ یعنی قلب (fibroid heart)
 کے ساتھ ذبحہ اس وجہ سے واقع ہو سکتا ہے کہ عضلی ریشے تندرست ہونے کے باوجود
 تعداد میں بہت گھٹ جاتے ہیں اور ان کی جگہ یعنی بافت لے لیتی ہے، بعض اوقات

فہمکہ واقع ہوتا ہے لیکن زور لگانے پر سانس بالکل نہیں پھولتی اس کی وجہ یہ ہے کہ عضلہ قلب
 باوجودیکہ اس پر معمول سے زیادہ کام پڑ گیا ہے، اب بھی دوران خون کو قائم رکھتا ہے۔
 ممکن ہے کہ جب دوران خون کا فشل ہو جائے تو ذبحہ غائب ہو جائے، اور جب علاج
 سے دوران خون پھر قائم ہو جائے تو ذبحہ پھر پیدا ہو جائے۔ تاہم عام ترین حالت
 بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ زور لگاتے کے بعد درد اور سانس کا پھولنا دونوں بیک وقت
 پیدا ہوتے ہیں۔ اس تجرباتی درد کی تشکیل کی بنا پر جو کہ دوران خون بند ہونے کے بعد
 عضلی حرکات کرنے پر کسی بارہ میں پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو متوقفہ عربان
 = intermittant claudication) یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ذبحہ شریانی
 شنج سے پیدا ہوتا ہے جو کہ بافت میں ایک چپ مادہ (P-substance) آزاد
 کر دیتا ہے۔ یہ چپ مادہ ایسا مسترد و جو ضربات قلب کے ساتھ متغیر نہیں ہوتا پیدا
 کرتا ہے۔ شاید چپ مادہ پست سالمی وزن والے غیر مکمل طور پر آکسیجن یافتہ
 حاصلات تحول (metabolites) ہوتے ہیں جو کہ ولومی دباؤ پیدا کر کے عمل کرتے ہیں
 اور اس وقت جب کہ آکسیجنی رد وعود کرتی ہے مکمل طور پر آکسیجن یافتہ ہو کر غائب
 ہو جاتے ہیں۔

اماٹل نائٹرائٹ (amyl nitrite) جو شدید ترین قسم کے ذبحہ انضمام
 کی وجہ سے ہونے والے درد کے سوائے باقی سب طرح کے درد کو چند ہی سیکنڈز میں
 تسکین دے دیتا ہے، اکیلی شریاؤں کا اتساع کر کے فعل کرتا ہے اور بعض مریضوں
 میں برقی قلبی ترسیم کو تبدیل کر دیتا ہے اور ان سوج کو انتہائی کر دیتا ہے (28)۔ وہ
 شریا نہیں کو بھی بڑھاتا ہے، اور گودہ محیطی عروق کا اتساع اور ساتھ ہی چہرہ کی نمایاں
 تسکوت (flushing) پیدا کر دیتا ہے تاہم تسکین کا سبب یہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اکثر
 ایسا ہوتا ہے کہ خون کا دباؤ کم ہونے سے پہلے ہی تسکین محسوس ہونے لگتی ہے۔ اماٹل
 نائٹرائٹ سے ایک ایسے مریض میں بھی تسکین محسوس ہوئی جس کو مطرانی غش اور بازو
 کے ساتھ جھٹکی کے نیچے درد بھی تھا۔

علامات۔ مریض پر بالکل ناگہانی طور پر سینہ کے سامنے مادہ درد کا حملہ ہوتا
 ہے اور یہ درد عظم النقص کے بالائی یا زیرین حصے کے نیچے یا دونوں کہنا چاہئے کہ اس

بائیں جانب واقع ہوتا ہے لیکن خود قلب کے مقام پر درد نہیں ہوتا۔ درد اس مقام سے بائیں جانب اور پیچھے یا آدھار عظم الکف تک اور گویا بائیں شانے تک اور نیچے بائیں بازو اور ہاتھ تک تشعیر کرتا ہے۔ یا لگتا ہے کہ بار ایسا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ یہ عظم الکف کے دائیں طرف ہو کر دائیں شانے بازو اور ہاتھ تک تشعیر کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد ایک ہی وقت میں دائیں اور بائیں دونوں جانب واقع ہو۔ یہ گردن کے دونوں جانب جلد لراس تک اور پھیلا جاسکتا ہے جس کی وجہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ تو اعظمی قلب سے نکلنے والے درد دائیں لسانی لمبوی عصب کا حتی جواب (counterpart) ہوتا ہے اور اس لئے وہ "بعید السبب درد" کا محل وقوع بن جاتا ہے (30) یہ درد خلق میں محسوس ہو سکتا ہے۔ سینہ کا درد "خارق" یا "سماخر" یا "آگ" کی طرح جلتا ہوا ہوشی یا "مشقی" بیان کیا جاتا ہے۔ بازوؤں یا انگلیوں میں درد کے ساتھ جھنجھٹا ہوا یا سن پٹا بھی محسوس ہوتا ہے۔ مختلف مریضوں میں درد کا آغاز بہت مختلف طور پر ہوتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ ایک یا دونوں بازوؤں میں شروع ہو کر اوپر کریت تک پھیل جائے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالائی شکم میں شروع ہو (شرعی ذبحہ = epigastric angina) یا نیشہ نیچے شکم میں شروع ہو (انگلی ذبحہ = angina abdominalis)۔

ایسے ہی ایک مریض میں یہ درد زور لگانے یا محنت کرتے پر شروع ہو جاتا اور ابتدائے ناف کے خطے میں محدود ہوتا جہاں نہایت شدید ہوتا ہے لیکن یہ بتدریج شدت میں بڑھ کر سینہ اور پشت پر ساری دور پھیل جاتا تھا۔ حملہ کے دوران میں مریض کا بشرہ متولینا یا سنجیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر وہ چل رہا ہے تو ٹھیر جائے پر مجبور ہو جاتا ہے اور وہ غاموش رہتا ہے۔ اسے ٹھنڈے پینے آئے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کا ریتی زیادہ ہو جائے اور اسے قریب الموت ہونے کا احساس ہو۔ نبض عموماً غیر متغیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ سست ہو جائے، یا ایسی بے قلبیاں جیسے کہ مسترد اور تگماتشات دیکھے جائیں۔ ایک ہلکے حملہ کے خاتمہ کے قریب نبض تیز ہو جاتی ہے۔ خون کے دباؤ میں کوئی تغیر تبدیلی نہیں ہوتی۔ نبض مریضوں میں وہ بقدر ۲۰ ملی میٹر یا تقریباً ۲۰ ملی میٹر زیادہ ہو جاتا ہے۔ درد چند سیکنڈ یا منٹ جاری رہنے کے بعد بہ سرعت جاتا ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے دوران میں پھر بار بار ہونے لگے یا چند ہفتوں یا برسوں تک

پھر محسوس ہوتا ہے کہ پہلے اور واحد جل میں ہلکے ہو سکتا ہے۔ جلوں کے درمیان میں اور شدید جلوں کے بالآخر موقوف ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ سینہ کی دیوار اور بازوؤں پر مختلف مقامات پر دبانے سے الیمیت محسوس ہو اور ہفتوں تک اس طرح محسوس ہوتی رہے۔ یہ مقامات آئے دن بدلتے رہتے ہیں۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ مریض کی توجہ سینہ کے اندر پری یا پچکاو کے احساسات کے طرف مبذول ہو جنھیں اس امر کی تفسیر ملتی ہے سمجھنا چاہئے کہ اگر احتیاط نہ کی جائے گی تو شدید درد مندوار ہو جانے کا امکان ہو گا۔ علامہ کے ساتھ اکثر معدے کی پری کا احساس موجود ہوتا ہے یا مخصوص جب کہ حملہ کھانے کے بعد ورزش کی وجہ سے شروع ہو گیا ہو اور ممکن ہے کہ اگر ذکر کیے فریو ہو اکا میابی کے ساتھ خارج کر دی جائے تو اس میں تخفیف ہو جائے۔ اسی علامہ کی کثرت وقوع سے یہ رائے پیدا ہو گئی ہے (31) کہ ہوا سے معدے یا مری کا پھوٹا ہوا اس شکایت کا ادلی سبب ہے، لیکن اس رائے کو چند اشخاص ہی تسلیم کرتے ہیں۔ ایک شاذ کردہ اعابت میں (32) ذکر میں لینے کی کوشش سے درد میں ہر مرتبہ تخفیف ہو گئی لیکن لاشعاعوں سے پتہ ملا کہ معدے میں ہوا داخل ہو گئی تھی۔ تاہم مقام ذبحہ اور بالائی غذائی نپٹے کے درمیان ایک نہایت قریبی مسکوس تعلق ہوا کرتا ہے، کیونکہ پیٹ بھر کر کھانا کھانے سے حملہ میں تعیل ہو جائے گی، نیز ذبحی جلوں کے دوران میں محسوس ہونے والے بعض درد مری کے اندر پیدا ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ نکلنے سے ایک لمحہ کے لئے زیادہ ہو جائیں یا کم ہو جائیں۔ اس کی توجیہ اس درد کی حرکت کی موج سے ہوتی ہے جو نکلنے کے بعد مری پر سے نیچے کو گزرتی ہے (32)۔ جان ہنٹر نے اس موضوع پر خود اپنی حالت میں مری شاذہ کیا۔ شاید ایسے درددں کے لئے ”ذبحہ کا ذب“ (pseudo-angina) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ بعض اوقات ذبحہ مرض ریناڈ کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ذبحہ صغیر (angina minor) میں ممکن ہے کہ مریض ورزش یا سردی کے متکشف کے نتیجے میں چند مینٹ میک کی قدر تحت القص درد محسوس کرے اور خاموش رہنے پر مجبور ہو جائے۔ بعض اوقات یہ حملے غلط طور پر ”ذبحہ کا ذب“ کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں، لیکن اس اصطلاح کا استعمال اس تعلق میں نہیں کرنا چاہئے، ورنہ اس حالت کی نزاکت مخفی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص۔ درد کی نوعیت، زور لگانے کی وجہ سے اس کا وقوع، امانٹل ٹائٹرائٹ سے اس میں تخفیف ہونا، قلبی یا شریانی نر (مصرعی مرض یا علالت الشرائین) کے علامات، یہ سب امور عموماً فیصلہ کن ہوتے ہیں۔ اسے اس قلبی درد سے تمیز کرنا چاہیے جو پیش قلب پر محسوس ہوتا ہے، اور مصرعی مرض یا عضلہ قلب کے انعطاف کی وجہ سے فشل پذیر ہونے والے قلب کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسے وجع العصبی (neuralgie) دردوں سے بھی تمیز کرنا چاہیے، بالخصوص عصباتی مزاج کی عورتوں میں۔ اس حالت میں درد اکثر آرام و سکون کی حالت میں ہوا کرتا ہے، ذبحہ کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، اور ممکن ہے کہ قلب کے پر شور ضل اور اختلاج کے ساتھ متلازم ہو۔ ذبحہ کی نسبت تخفیف قسمیں اکثر اوقات غلطی سے سورہ مغنم یا التہاب مدہ سمجھ لی جاتی ہیں۔ اور اس کی توجیہ ایک حد تک اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ اس کا حملہ اکثر اس وقت ہوتا ہے جب کہ مریض کھانا کھانے کے بعد چلتا پھرتا ہے۔ تمباکو کے ذبحہ (tobacco angina) کے خصائص ذبحہ صدریہ سے کیقدر مثال ہوتے ہیں، نہایت شدید درد ایک اکیلی شریان کی علیقت سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، جو بعد میں بیان کی گئی ہے۔ لیکن یہ درد مسلسل ہوتا ہے، اس میں مریض مبہور اور اکثر بے چین ہوتا ہے۔ نبض ضعیف ہو جاتی ہے، تپ موجود ہوتی ہے، اور خون کے سپید خلیوں کی کثرت اور بعض اوقات تاء موری فرک ہوتا ہے جو تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔ بالآخر مدہ کے حاد انتفاخ سے بھی ایسے ہی علامات پیدا ہو گئے ہیں، اور اس میں مدہ کے اندر ایک انبوہ داخل کرنے سے تخفیف ہو گئی ہے۔

انذار۔ ممکن ہے کہ موت ذبحی حملہ کے دوران میں یا اس کے ذرا بعد یا سوتے میں یا دفعتاً واقع ہو جائے۔ وہ فشل قلب سے یا دوسرے ایساں سے واقع ہو سکتی ہے۔ انذار کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ مریض پر علاج کا اثر کس قدر اچھا ہوتا ہے۔ یہ ہو سکتا ہے کہ مریض کو ایک حملہ ہو اور اس کے باوجود اگر معقول احتیاط کی جائے تو وہ برسوں بعد تک زندہ رہ سکے۔ ناموافق امات یہ ہیں: ورزش کی قلیل بحیریت، نبض متبادل اور برقی قلبی ترسیموں میں بعض تبدیلیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 281) جو سب یہ ظاہر کرتے ہیں کہ قلب کی فعلی قوت سخت السوا ہے۔

علاج۔ دوران حمل میں مریض کو بالکل خاموش اور بے حرکت رہنا چاہئے۔
 ذبحہ کے حملہ کے لئے نہایت کارگر دو نائٹرائٹ آف اَمائل (nitrite of amyl) ہے ایک
 ۳ تا ۵ قطرے شیشہ کے ایک چھوٹے کیس میں مشمول ہوتے ہیں جس پر کتان چڑھا ہوا ہوتا
 ہے۔ اس کیس کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان یا چپٹے سے دبا کر توڑ دیا جاتا ہے اور دوا
 کا بخار آزادانہ سونگھا جاتا ہے۔ اس کے سونگھنے سے چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، جمجمی عروق
 پھٹنے لگتے ہیں، اور درد اکثر فوراً موقوف ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوا کی اس مقدار
 کو مکرر دینا پڑے۔ نائٹرو گلیسرین (nitro-glycerine) (۱/۱۱ تا ۱/۱۲ گریں) کا ایک
 قرص منہ میں رکھنے اور چبانے پر جب اس کا جذب واقع ہوتا ہے تو اس سے بھی اچھا اثر
 ہوتا ہے۔ نائٹرو گلیسرین کی کلیل مقداروں کے استعمال کے بعد بھی ابتدائی ٹپک کے ساتھ
 درد سر (throbbing headache) ہوتا ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس کی برداشت
 پیدا ہو جاتی ہے اور نسبتاً بڑی مقداروں کا تحمل ہو سکتا ہے۔ سوڈیم نائٹرائٹ (sodium
 nitrite) (۱/۲ گریں بصورت قرص) اور ایرتھرال ٹیٹرائٹرائٹ (erythrol
 tetranitrite) (اگرین ایک ڈرام مکمل مطلق کے اندر مناسب طور پر مرتق کر کے)
 بھی عمدہ موصع العروق (vaso-dilators) ہیں۔ اگر یہ تدبیریں ناکامیاب ہوں تو آفیا
 کا سخت الجھدی اثراب کام میں لایا جاسکتا ہے، اور زیادتی بہت ہو تو براہندی یا اتھر
 کی ضرورت پڑے گی۔ مارفیا ہوتی نگار پر مضید ہوتا ہے جب کہ بوش و ہیجان یا دماغی
 تشویش کے باعث حملوں میں تعجیل ہو جائے۔ جب پُر مددے کی وجہ سے یارسحیت کے
 ہمراہ حملے ہو جائیں تو سال و دلائائل (sal volatile) پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ
 مرتق کیا ہوا مفید ہو سکتا ہے۔ آکسیجین فیسیہ کے ذریعہ مکرر چلے روکے جاسکتے ہیں۔

جب کسی مریض میں ذبحہ ایک مرتبہ ظاہر ہو جائے تو ضروری ہے کہ مریض
 چند ہفتوں تک بستر میں کلی آرام لے اور تشویش و ہیجان سے محترز رہے۔ غذا
 ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں دی جائے۔ جب مریض پھر چلنے پھرنے لگے تو اس کو
 چاہئے کہ اپنی طرز زندگی کو اس طرح بدل دے کہ ان اسباب عاملہ (دوافر عضلی
 محنت وغیرہ) سے محترز رہے جن سے تھک ہو گیا تھا۔ اپنی زندگی کو منظم بنانے میں اسے
 پُری اور سینہ کے پچکاؤ کے اُن تنبیہی احاسات سے مدد ملے گی جو اکس کے پھر

حد سے زیادہ کام شروع کرنے پر ظاہر ہو جائیں گے۔ حملوں کی روک تھام ادوا تو ادویہ سے کرنی چاہئے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد غائباً ناٹھرائش کا استعمال حفظاً تقدم کی غرض سے دکرنا بہترین ہے، کیونکہ اگر وہ مریض کے تنہی امارات کو دور کر دیں تو اسے پھر اپنے قلب سے زیادہ کام لینے کی جرات ہو جاتی ہے اور اس سے دوران خون کا فضل پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔ انٹرائٹ یا ناٹھرائٹ کے قریب کے قریب ضرورت کے وقت کام آنے کے لئے پاس رکھنے چاہئیں۔ تبا کو نوشی کی زیادتی کو موقوف کر دینا چاہئے۔ بعض مریض تبا کو کے لئے اس قدر حساس ہوتے ہیں کہ دن میں ایک یا دو سگریٹ بھی ان کے حملوں کو جاری رکھ سکتے ہیں۔ شدید اماتوں میں جہاں قلب کی محفوظ قوت کم ہو سکتی ہے ایسا علاج حملوں کو روکنے میں ناکامیاب ہے، اور جب کبھی مریض ذرا ہی پلے پھرے کا توبہ بدتور واقع ہو جائیں گے۔ ایسی اماتوں میں ناٹھرائٹ کے مریض مفید ہوگی۔ اس کی ستاد پلے قطرہ روزانہ تین یا چار بار ہو سکتی ہے، جسے تدریجاً پلے یا پلے تک بڑھا سکتے ہیں۔ بعض اماتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاشیم (۲۰ تا ۳۰ گریمن) بھی نفع بخش ہوتا ہے۔ آٹک کا علاج بھی کرنا چاہئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ذیابیطس شکاری (diabetes mellitus) میں کاربوہائیڈریٹ کی کثرت رکھنے والی غذا اور انسولین (insulin) دینی چاہئے۔ بعض اوقات برقی قوس (electric arc) میں جسمانی سطح کا کشن کرنے سے گلے رک گئے ہیں۔ آمونیم بروائیڈ، ۲۰ تا ۳۰ گریمن کی خوراکیوں میں بحیثیت ایکٹوہنی ممکن کے مفید ہیں۔ ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں جراحی علاج یعنی حسب ملاحظہ کو قطع کر دینے کی شکارش نہیں کی جا سکتی۔

ذبحہ کا لازم قلب اور شش کے اس احتمال کے ساتھ جو چپ جانی فضل کے باعث چوتھا ہر کرتا ہے کہ مسدود ہزار کے مقابل زور سے زفر کرنے سے اور اس سطح قلب اور شش نظامی دوران خون کے اندر خالی کرنے سے ممکن ہے کہ ہر کارک جائے۔ راقم الحروف کا ذاتی مشاہدہ ثابت کرتا ہے کہ کم از کم خیف چپ جانی دردوں پر توبہ یا ہمدانی آتا ہے۔ آہستہ آہستہ گہری سانس لینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ زور دار شہیق کا برعکس عمل بعض راست جانی دردوں پر اطلاق پذیر ہو۔ مریض کو ان حرکت کو عمل میں لانا سکھا دینا چاہئے۔ یہ یقیناً کوئی نقصان نہ کر سکتی ہے۔

ساری شریانی التهاب

(INFECTIVE ARTERITIS)

حاد شریانی التهاب - حاد سرائیت شریان تک باہر سے آسکتی ہے (ابتدائی گرد شریانی التهاب = (initial peri-arteritis) یا اندر سے (ابتدائی درون شریانی التهاب = (initial endarteritis)۔ اول الذکر کسی متعلقہ قیدی مرکز یا زخم سے سرائیت رساں عامل کے راست پھیل جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نسبت بڑی شریان کا ابتدائی حاد درون شریانی التهاب دیوار شریانی پر ان عضویوں کے حملہ کی وجہ سے ہو سکتا ہے جو درون میں مخروطی عفونی مواد کے ذریعہ منتقل ہو گئے ہوں، یا وہ ہم پہلو عفونی روئیدگیوں میں سے سرائیت کے پھیلنے سے پیدا ہوتا ہے جیسے کہ اس خبیث التهاب درون قلب میں جو آدرلی یا ریوی شرفوں کو مآوف کر دیتا ہو۔ سرائیت رساں عامل خواہ کسی راستہ سے عرق دیوار تک پہنچے، آخر الذکر کی ساری دباوت بہ سرعت مآوف ہو سکتی ہے۔ نیچائی کی لحاظ سے حاد التهاب کا سامنظر پیدا ہو جائے گا، اور نرم شدہ دیوار وجہ مضرت کے لحاظ سے یا تو باہر کے طرف ابھرتی ہے (فطری انفورما = mycotic aneurysm) یا وہ مشقوب ہو کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

حاد گردھکی کثیر شریانی التهاب (polyarteritis acuta nodosa)۔ حاد گرد شریانی التهاب کی اصطلاح استعمال کرنے کے بعد یہاں ایک نہایت شانہ حالت (جسے حاد گردھکی گرد شریانی التهاب بھی کہتے ہیں) کا تذکرہ کرنا ہے۔ حمل نہو کا خاص طور پر اس وجہ سے کہ غالباً وہ بھی ایک حاد سرائیت کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ آخر الذکر کی ذمہ داری تک تعین نہیں ہوئی ہے۔ جسم کی بہت سی چھوٹی شریانیں مآوف ہو سکتی ہیں، بالخصوص قلب اور گردوں کی۔ مآوف عروق میں چھوٹے گردھکی اور ام پیدا ہوتے ہیں جو دراصل چھوٹے چھوٹے اندھا ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ طعیت کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی ضرر شریان کے درمیانی طبقہ کا ماسکی تنفر ہوتا ہے، اور اس کے گرد پیش حاد التهابی قائل ہوتا ہے جو بہت تیزوں طبقات کو مآوف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ طعیت واقع ہو جائے یا نرم شدہ دیوار ڈھیلی پڑ کر باہر کے طرف ابھرتی ہے (انورما) اور

اکثر اوقات پھٹ کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

سدرنی شریانی التهاب (tuberculous arteritis) حزمین ساری شریانی التهاب کے دو عام ترین سبب معدیہ و رنیہ اور بیچ سلکیہ شاحب ہیں۔ ایک ذرینی مرکز کے قرب وجوار میں ایک شریان کی دیوار تجبئی آریجی عمل کے راست پھیلاؤ کی وجہ سے اوٹ ہو سکتی ہے۔ ماؤف دیوار ایک تدرنی ضرکے معمولی خصائص ظاہر کرتی ہے، اور لیکن یہ کہ بطنی یا دروں ملٹی غلیات کے نکاثر سے خواہ اس کے ساتھ ایک علقہ ہو یا نہ ہو شریان کا درونہ مٹھوس ہو جاتا ہے۔

آتشکی شریانی التهاب (syphilitic arteritis) - آتشکی شریانی التهاب کی صورت میں دو قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔ ایک وہ جو اور طی میں پایا جاتا ہے اور دوسرا وہ جو چھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن دونوں کا بنیادی تعامل مماثل ہوتا ہے۔ اول الذکر میں التهابی عمل جو بیچ سلکیہ کی تحریک سے شروع ہوتا ہے، بیرونی طبقہ میں عروق العروق کے تعلق میں آغاز پذیر ہوتا ہے اور ان کا درونہ اسے استری دروں ملٹی غلیتوں کے نکاثر سے تنگ یا مٹھوس ہو جاتا ہے۔ گول غلیتوں کی گرد عروقی دریزش عروق العروق کے مرکز کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے اور اسی واسطے اور طی کے درمیانی طبقہ میں پھیل جاتی ہیں عضلی غلیتوں اور لچک دار بافت کے پھوٹے پھوٹے رقبوں میں تخریج واقع ہو جاتا ہے، اور یرقبہ لف سا اور پلازمائی غلیتوں کے ماسکوں کے ساتھ مل کر خرد بینی ضمیمے بنا دیتے ہیں۔ ایسے رقبہ کا بطنان، بطنی غلیتوں کے نکاثر سے دبیر ہو جاتا ہے، اور ان نوخیز عروق شعریہ کی کلیاں پھوٹ نکلنے کی وجہ سے جو کہ اس دبیر رقبہ کے اندر بائیدگی حاصل کرتے ہیں عروقی ہو جاتا ہے۔ بعد میں کچھ تو تخری طبع کے جذب کی وجہ سے اور کچھ اس نوخیز یعنی بافت کے انقباض کی وجہ سے جو غائب شدہ عضلی اور لچک دار بافت کے بجائے پیدا ہو جاتی ہے، اور طی کی اندرونی سطح پر انداب دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے نالچکدار یعنی بافت درمیانی طبقہ کی اس عضلی اور لچکدار بافت کی جگہ لے لیتی ہے کہیں پر شریانی دیوار کی کارکردگی کا انحصار ہوتا ہے، اور آخر الذکر جہاں کہیں متلیف ہو جاتی ہے، بتدریج پھیل کرتی جاتی ہے۔ اور سما کی پیدائش کا یہی طریقہ ہے۔ چونکہ اس ضرر کی اہمیت کا انحصار درمیانی طبقہ کو پہنچتی ہوئی مصرت کی مقدار پر ہوتا ہے لہذا اور طی

آتشکی مرض کو اکثر التهاب میاں اور طلی (mesaortitis) کہتے ہیں اگر چہ وہ اولاً عروق العروق کا ایک ضرر ہوتا ہے۔

ماؤف اور طلی و بازت کی چکیاں نیز ایک نہایت متین انداب ظاہر کرے گا اور آخر الذکر خالی آنکھ سے ایک آتشکی ضرر کو ان ضررات سے متفرق کرنے میں کام آتا ہے جو اتھیروما کی وجہ سے ہوتے ہیں اور یقیناً اتھیروما کا ساتھ موجود ہونا بھی ممکنات میں سے ہے۔

نہتہ چھوٹے شرائین کی حالت میں بیرونی طبقہ بھی چھوٹے گول خلیوں کی دیرینہ ظاہر کرتا ہے۔ درمیانی طبقہ بہت کم ماؤف ہوتا ہے، لیکن بطن نہایت متین تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ بطن کی اتصالی بافت کے خلیوں کے نکاثر کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ بہت دبیز ہو جاتا ہے۔ یعنی درتے اور نئی لچکدار بافت پیدا ہو کر درون بہت تنگ بلکہ مطلقاً ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل انطاس طعیت کے وقوع سے تیز تر ہو جائے۔ آتشکی مرض کی اس قسم کا ایک عام محل وقوع دماغی عروق ہیں، بالخصوص ان کی قشری شاخیں۔ صمغیات میں واقع ہونے والے تنخر کے تعلق میں آتشکی التهاب بطن شریان (syphilitic endarteritis) ایک اہم حصہ لیتا ہے اور اس کے برعکس ایک صمغیتی علی راست پھیلاؤ کے ذریعہ سے بڑھ کر قرب وجوار کی ایک چھوٹی شریان کو ماؤف کر سکتا ہے جو اب تک غیر آؤف تھی۔

اس طرح پریمینی اور آتشکی التهابات بطن شریان دونوں درون کا انطاس پیدا کر دیتے کارجمان رکھتے ہیں لہذا وہ انطاسی التهاب بطن شریان (endarteritis obliterans) یا نکاثری التهاب بطن شریان (endarteritis proliferans) کی مثالیں ہیں۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جو ابھی بیان کئے ہوئے طریقوں کے علاوہ اور دوسرے طریقوں سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ مثلاً اس اصطلاح کا اختلاف ان شرائین کے فیلیاتی انطاس پر کیا جاسکتا ہے کہ جن کی ضرورت نہ رہی ہو۔ یہ انطاس شری شریان (umbilical arteries) قناتہ شریانی (ductus arteriosus) وضع محل کے بعد بہت سے دمی عروق سین یا س کے زمانہ میں پیشی عروق وغیرہ میں واقع ہو جاتا ہے۔ ان اصابتوں میں بطن تدریج دبیز ہو جاتا ہے اور درون مطلقاً اور

عضلی خلیے مذبول ہو جاتے ہیں۔

علقی عرقی انطماسی التهاب (thrombo-angiitis obliterans) -
التهاب بطنہ شریان کی ایک دوسری قسم "علقی عرقی انطماسی التهاب (thrombo-angiitis obliterans) کے نام سے موسوم ہے۔ شریانی مرض کی یہ مخصوص قسم بالخصوص نو عمر یا ابتدائی ادھیڑ عمر کے بالغ یہودیوں میں ہو کرتی ہے، خاص کر ان میں جو مشرقی یورپ کے رہنے والے ہوں۔ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ زیادہ سگریٹ نوشی ایک حد تک اس کا سبب ہو۔ خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ مرض کا ٹھیک طریقہ پیدائش غیر واضح ہے۔ تاہم بطنہ کے خلیات کا بہت بگاڑ ہوتا ہے اور اس طرح وہ تدریج ویز تر ہو جاتا ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ یا اس سے پہلے غلطیت واقع ہو جاتی ہے اور ازاں بعد اس غلطیت کا بعضی ہو جاتا ہے۔ بزرگی طبقہ میں کوئی التهابی تغیرات نہیں ہوتے اور درمیانی طبقہ صرف کبھی کبھی انحطاطی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ اس شریان سے جس حصے کو رمد پہنچتی ہے اس کا تھنہ گونا قاص ہوتا ہے لیکن وہ ہنوز ممکن ہوتا ہے۔ توقف عریان (intermittant claudication) اور عرقی دھج الجواج (erythromelalgia) نیز علامات ہیں۔

گہر د شریانی التهاب یا گھلی۔ ایک سزا و حالت ہے جس میں درمیانی طبقہ کا انحطاط اور بطنہ کا بگاڑ ہوتا ہے جو با آفات غلطیت اور ارنیکی گرد شریانی التهاب کے ساتھ ملازم ہوتا ہے۔ ویدیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں اور یہ حالت جسم میں وسیع طور پر پھیلی ہوتی ہے۔

مریض شریانی انحطاطات

(CHRONIC ARTERIAL DEGENERATIONS)

انحطاط مری (senile degeneration) وسطانی انحطاط - medial

(degeneration) - بڑھاپے میں شریان کے درمیانی طبقہ میں انحطاط یا قہر عضلی طبقات کے مقام پر کلسی باتے کے چھوٹے چھوٹے ماسکات کا ماسٹاؤ نہیں لیکن اس قسم کے انحطاط کے انتہائی درجہ کو صلابت مونٹ بولگ (Monckeberg's sclerosis)

کہتے ہیں۔ یہ زیادہ تر بڑی شریانوں بالخصوص رتقی اور نخذی عروق کو اور کبھی کبھی شکی اور کلی کے حصہ زیریں کو مآوف کرتی ہے اور ممکن ہے شیخونی گنگرین کی موجب ہو مہوم ہوتا ہے کہ ابتدائی تغیر درمیانی طبقہ کی اتصالی بافت کے غلیوں اور عضلہ کار باجی امخاطات ہے۔ اس امخاطات کے بعد عضلی بافت کے امخاطات یافتہ بندوں میں چونے کے نمکوں کا جاد ہوتا ہے چنانچہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد درمیانی طبقہ کی جگہ کلیسی مآوفے کے کم و بیش مکمل طبقے پیدا ہو جاتے ہیں۔ پس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مآوف شریان کم و بیش بکستوار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ کسی قدر متسع ہو جائے۔ بطن میں اتقیر و مآوفہ موجود ہو سکتا ہے لیکن کلی مآوفہ کے گرد کوئی التہابی تعامل نہیں واقع ہوتا۔

یہ دراصل بڑے اشخاص کا شریانی امخاطات ہے اور اسے اس نکس کے نام سے دراصل بڑے جو اکثر بطن میں اتقیر و مآوفہ کلی کے متعلق میں واقع ہوا کرتا ہے۔ اتقیر و مآوفہ (athero-sclerosis) (دکن پٹیجی صلابت

= nodular sclerosis) اس حالت کو ایک زائد میں تشوہی التہاب بطن شریان (endarteritis deformans) کہتے تھے، لیکن چونکہ ابتدائی تغیر آؤٹ اور بعض اوقات خالصاً امخاطاتی ہوتا ہے لہذا اب التہاب بطن شریان کی اصطلاح اس قدر عام طور پر نہیں سنی جاتی۔ یہ امخاطات اپنی توزیع میں دراصل حکیتی وار ہوتا ہے، اگرچہ نسبتاً چھوٹی شریانوں میں وہ زیادہ منتشر ہو سکتا ہے۔

اس کے طریقہ پیدائش کے متعلق ہنوز بہت شبہ ہے، لیکن غالباً ابتدائی تغیر ایک مقامی امخاطات ہوتا ہے جس کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ بطن میں کو لیسیٹائی شمی اور لپائیڈی مادے نمودار ہو جاتے ہیں۔ اسی کے ساتھ، مآوفہ کلیسی مآوفہ کی پیداکردہ خراش کی وجہ سے یا بطور ایک تمدنی عمل کے، امخاطات یافتہ مرکز پر اکثر بطن کی ایک دیارت واقع ہو جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ مرکز بطن کے تین حصے میں چلا جاتا اور درمیانی طبقہ سے ششکس ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بطنی نکش اور صلابت محفوظ ہو جائے اور امخاطاتی عمل درود کے طرف پھیل جائے۔ اس حالت میں بطن بالآخر ٹوٹ کر ایک قرح بن جاتا ہے اتقیر و مآوفہ ("atheromatous ulcer") کہتے ہیں۔ بہت بار درمیانی طبقہ میں بھی اس جگہ جہاں وہ امخاطات یافتہ بطن کے قریب

ہوتا ہے، شریانی انخفاط واقع ہو جاتا ہے، لیکن یہاں اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ یہ ایک محض اتفاقی اور خالصاً ثانوی واقعہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ بیان کیا گیا ہے بطن کے انخفاط یافتہ رقبہ میں کو لیٹرل شیم اور لسانڈز وغیرہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان میں سے کچھ متغیر ہو کر صابن بن جائیں، جس کے بعد بطن واقع ہو جاتا ہے، لہذا کبھی کبھی بالخصوص شریانی اور طبعی میں بڑی بڑی کلسی چکٹیاں پائی جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اور طبعی کے تغیرات میں ہیں مختلف الانواع ضررات نظر آسکتے ہیں۔

چنانچہ ان زرد چکٹیوں کے ہمراہ جو بطن میں شیم کے جماؤ کے مقامات پر نمایاں ہوتی ہیں، غیر شفاف سپیدی مائل گدیاں بھی موجود ہو سکتی ہیں جو بطن کی لینی دہازت کا نتیجہ ہوتی اور اپنے نیچے کے شریانی کلسی کو چمپاتی ہیں، انھیں کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ ہر شیم بطور بڑے انخفاط یافتہ بطن کے اوپری تار نکلات (انتغیر وانی قروح) دیکھیں، یا ایسے کلسی صحنہ دیکھیں جو اکثر اوقات شکستہ ورنہ سرخ خلیوں کے باقیات سے ملوان اور بعض اوقات ایک جلداری غلٹ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ درمیانی طبقہ بھی انخفاط ملی کل سے ماؤف ہو چکا ہو، کمزور شدہ دیوار کسی حد تک تن جاتی ہے۔ کبھی کبھی یہ بھی ہوتا ہے کہ ایک کلسی صحنہ عرضاً ٹوٹ جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون شریان کے طبقات میں جا گھستا ہے (تقلبی انورما = dissecting aneurism)۔ لیکن تاوقتیکہ آتشکی میاں اور طبعی التهاب (syphilitic mesoartitis) بھی موجود نہ ہو، بھڑکی دار ندبات نہیں ہوتے۔ مضررات کے ان خصائص کا اختلاف جو کہ برہنہ آنکھ سے نظر آتے ہیں لپائڈی انخفاط اور بطنی صلابت کے اضافی تناسبات پر منحصر ہوتا ہے۔ اور طبعی کے اندر ایسی چکٹی دار کرچی دہازتیں ممکن ہے کہ نسبت کم نقصان کریں، لیکن نسبت چھوٹی شریانوں کی حالت میں معاملہ بالکل دوسرا ہوتا ہے۔ یہ چھوٹی شریانیں بھی بہت کچھ مائل طرز کا مضر ظاہر کرتی ہیں۔ وہ در اہل مرکزی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ زیادہ منتشر بھی ہو۔ بطن کی یہ کرچی دہازتیں درون کے اندر مبعراتی اور اس میں تشوہ پیدا کر دیتی ہیں، اور غلٹیت واقع ہو جانے کی وجہ سے درون باسانی سطوس ہو جاتا ہے، اور اس طرح انضمام پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں درمیانی طبقہ ثانوی طور پر موقوف ہوتا ہے، بے قاعدہ اتساع واقع ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عرق پھٹ جائے یا انھیں

ایسے مقامات میں جیسے کہ دماغ، جہاں عروق کو بہت سمٹوا سہارا حاصل ہوتا ہے۔ ماؤف شدہ شریانی رقبہ کی وسعت مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے بعض اوقات صرف اوڑھنی ماؤف ہوتا ہے اور بعض اوقات صرف چھوٹی شریانیں یا ایسی شریانوں کا ایک خاص گروہ مثلاً اکیلی دماغی یا کلوی۔

شریانی انحطاط کی یہ قسم زیادہ بولڈمی عمر کے زمانوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے اور اکثر موت کا سبب ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ یہ نسبتاً ابتدائی عمر میں واقع ہو یا شروع ہو۔ یہاں ان شمی جہاؤں کا تذکرہ کر دینا ضروری ہے جو اکثر غلافوں کی شکل میں ہوتے ہیں اور مادہ حیات کے نتیجہ کے طور پر بطن کے نیچے کی اتصالی یافتہ کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ "عاجل آتھروما" (early atheroma) کے نام سے ان کو غالباً غلط طور پر موسوم کیا گیا ہے۔

منتشر بیش تکونی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) (شریانی شعوی لیفیت = arterio-capillary fibrosis) - یہ تغیر جو شریانی خون کے دباؤ کی زیادتی کے ساتھ ملازم ہوتا ہے، عموماً ان اشخاص میں پایا جاتا ہے جو زندگی کے تیسرے عاشورہ سے لیکر پانچویں عاشورہ تک میں ہوتے ہیں۔ ماؤف عروق بالخصوص چھوٹی شریانیں اور شریانات ہوتے ہیں اور ابتدائی تغیر ان چھوٹی شریانوں کے درمیانی طبقہ کا تنشی انقباض معلوم ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ کا عضلہ اور نچلے درجہ صر دونوں بیش پروردہ ہو جاتے ہیں لیکن بعد میں وہ مذبول ہو کر ان کی جگہ ایسی بابت کے درختے لے لیتے ہیں۔ اسی کے ساتھ ساتھ بطن میں خلوی عناصر کا نکسا شروع ہو جاتا ہے اور بطن کم و بیش یکساں طور پر دبیز ہو جاتا ہے۔ دبیز بطن میں نچلے درجہ صر کی جدید تکون بھی ہوتی ہے۔ مغیر ترین مشہدات میں خاص تغیر بطن ہی میں ہوتا ہے۔ اس قطرے والے عروق کا دروز بہت تنگ ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ کلی طور پر مٹوس ہو جائے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضو کے اس حصے میں جسے ماؤف عروق سے رسد پہنچتی ہے ذبوی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ ماؤف شریانات کا دبیز بطن بلدیہ پذیر نہ جاتی تغیر سے ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ شمی انحطاط واقع ہو جائے۔

منتشر بیش تکونی صلابت نہایت عام طور پر گردوں میں واقع ہوتی ہے اور

اس کے بعد لحال اور دوسرے اعضا میں جن میں دماغ، لبلبہ، جگر، فوق الکلیہ غدود اور
ضنبہ کم بار حصہ اور امعاء، مشمول ہیں لیکن قلب اور کالسہ کے عضلات نہیں شامل
ہیں۔ بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت قلب پر زیادہ کام کا بار ڈال دیتی ہے اور اس کی بائیں
جانب نہایت معتمد بے بیش پرورش حاصل کر لیتی ہے (ہم مرکزی بیشش پرورش
concentric hypertrophy)۔ یہ حالت بلا کسی اہم کلوئی تغیر کے موجود ہو سکتی
ہے، یا ممکن ہے کہ گردے کی مقدار اندام بظاہر کریں بلکہ ذاتی بھی ہو جائیں لیکن
یہ کلوئی تغیرات محض ذبولی ہوتے ہیں اور ان کا انحصار کلوئی بافت کے رقیوں کی
وموی رسد کے منقطع ہو جانے پر ہوتا ہے (وقف الدہی ذبول ischaemic
atrophy)۔ یہ اولی منتشر بیشش کو نئی صلابت ہے۔

لیکن ممکن ہے کہ ایسے ہی عروقی تغیرات ثانوی طور پر ان گردوں میں
واقع ہو جائیں جو اولی طور پر منتشر یا مرکزی قسم کے مزمن التهابی تغیرات کا محل وقوع
ہیں اور یہ عروقی تغیرات التهابی مضرت میں اپنا حصہ شامل کر دیتے ہیں ان اصابوں
میں بھی خون کا دباؤ بڑھ جاتا اور بایاں قلب بیشش پروردہ ہو جاتا ہے۔ پس معلوم
ہوتا ہے کہ گردوں کے ایک مابقی التهابی عارضہ کی وجہ سے خون کے اندک کوئی مادہ
یا مادے مجموعہ ہو جاتے ہیں اور گردوں اور دوسرے مقامات میں بچھوٹی شریانیں
اور شریانات کا منشی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہی عامل یا اور کوئی خراب
آدم مادہ ان تغیرات کی بھی تحریک کا باعث ہو جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں۔ تاہم
مکن ہے کہ اولی اور ثانوی مرض کے باہمی تعلقات نہایت قریبی ہوں کیونکہ پایا گیا
ہے کہ جنگلی التهاب گردہ (war nephritis) سے خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے اور ان
حالیہ کہ یہ التهاب گردہ خود بظاہر مدفع ہو گیا ہو۔

شریانی صلابت

(arteriosclerosis)

شریانی صلابت کے معنی شریان کی سختی ہے۔ یہ لفظ اکثر محدود مفہوم میں
منتشر بیشش کو نئی صلابت کے مرادوں کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن ہر گز

اس میں ہے کہ ہم کو ایسی اصطلاح حاصل ہو کہ اسی بیان کے ہونے تمام مختلف فرق شریانی
انخطاطات پر بہتر مریض کے پاس اس کا استعمال کیا جاسکے کیونکہ دوران زندگی میں ان میں
تھک تفریق کرنا اکثر ناممکن ہوگا اور ممکن ہے یہ سب ایک ہی مرضی عمل کی فیس ہوں۔
اس کتاب میں یہ اصطلاح اسی وسیع مفہوم کو ادا کرنے کے لئے استعمال کی گئی ہے۔

اس کتاب میں یہ اصطلاح ایک وسیع مفہوم کو ادا کرتی ہے۔ اس کا یہ مطلب ہے کہ اس کا تعلق مختلف شریائی صلاحات کے اسباب سے ہو سکتا ہے۔ لیکن یہ مختلف قسمیں اتنا مختلف ہوتی ہیں کہ ان کو ایک ہی اصطلاح سے نہ ہوں کہ جتنا ان مختلف زمینوں کی وجہ سے ہوں کہ جن میں جراثیمی مسموم یا دیگر عوامل جاگزیں ہوتے ہیں۔ مثلاً نو عمروں میں الہستانی تغیر کا نتیجہ وافر اندرونی سکاثر (منشئرشیش) کو بنی صلاحات ہوتا ہے لیکن بزرگوں میں (cachectic) اشخاص میں ایسا شدید تعامل ناممکن ہوتا ہے اور ان کے خون کا وادہ پست و سلسلہ (انحطاط کشی نوعی = senile degeneration) (32)۔۔۔ البتہ یہ

پست و تنسہ (arteriosclerosis) = (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (570) (571) (572) (573) (574) (575) (576) (577) (578) (579) (580) (581) (582) (583) (584) (585) (586) (587) (588) (589) (590) (591) (592) (593) (594) (595) (596) (597) (598) (599) (600) (601) (602) (603) (604) (605) (606) (607) (608) (609) (610) (611) (612) (613) (614) (615) (616) (617) (618) (619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628) (629) (630) (631) (632) (633) (634) (635) (636) (637) (638) (639) (640) (641) (642) (643) (644) (645) (646) (647) (648) (649) (650) (651) (652) (653) (654) (655) (656) (657) (658) (659) (660) (661) (662) (663) (664) (665) (666) (667) (668) (669) (670) (671) (672) (673) (674) (675) (676) (677) (678) (679) (680) (681) (682) (683) (684) (685) (686) (687) (688) (689) (690) (691) (692) (693) (694) (695) (696) (697) (698) (699) (700) (701) (702) (703) (704) (705) (706) (707) (708) (709) (710) (711) (712) (713) (714) (715) (716) (717) (718) (719) (720) (721) (722) (723) (724) (725) (726) (727) (728) (729) (730) (731) (732) (733) (734) (735) (736) (737) (738) (739) (740) (741) (742) (743) (744) (745) (746) (747) (748) (749) (750) (751) (752) (753) (754) (755) (756) (757) (758) (759) (760) (761) (762) (763) (764) (765) (766) (767) (768) (769) (770) (771) (772) (773) (774) (775) (776) (777) (778) (779) (780) (781) (782) (783) (784) (785) (786) (787) (788) (789) (790) (791) (792) (793) (794) (795) (796) (797) (798) (799) (800) (801) (802) (803) (804) (805) (806) (807) (808) (809) (810) (811) (812) (813) (814) (815) (816) (817) (818) (819) (820) (821) (822) (823) (824) (825) (826) (827) (828) (829) (830) (831) (832) (833) (834) (835) (836) (837) (838) (839) (840) (841) (842) (843) (844) (845) (846) (847) (848) (849) (850) (851) (852) (853) (854) (855) (856) (857) (858) (859) (860) (861) (862) (863) (864) (865) (866) (867) (868) (869) (870) (871) (872) (873) (874) (875) (876) (877) (878) (879) (8

لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ ذیابیلیس ثانوی ہو، کیونکہ عروق کی صلابت کی وجہ سے لبلبہ کی دوسری رسد کا فشل واقع ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ شریانی دیواروں کے عضلی اور لچکدار ہر دو عناصر کو الی طور پر کمزور ہو جاتے ہیں۔ اس لئے وہ تن جاتے اور تسع ہو جاتے ہیں اور ٹیکس اور تشریحی تبدیلیاں دیواروں کو قوی تر کرنے کا کام دیتی ہیں اور خاص طور پر ان نقطوں پر واقع ہوتی ہیں کہ جہاں جوئے خون کے پیکر کھانے کے باعث خاص بار پڑتا ہو یعنی نموں اور ان جگہوں پر کہ جہاں شریانیں شاخ کی صورت میں بھولتی ہیں ٹیکس اندام کے معنی رکھتا ہے اور ان مقامات پر کبھی انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ شریانی دیوار میں دوسری جگہ یہ عمل منتشر ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ ایک ثانوی امر ہے (59)۔

علامات۔ ابتدائی درجوں میں شریان جس پذیر ہوتی ہے اور جب اسے انٹیکٹیوں سے دبا کر سارا خون خارج کر دیا جائے تو انٹیکٹیوں کے نیچے گھمائی جاسکتی ہے۔ شریان موٹی محسوس ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ ٹیکس کی وجہ سے اس کی دیوار سخت محسوس ہو، عرضی قطر زیادہ ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ شریان کی طوالت بڑھ جانے کی وجہ سے عرق پیچ وار ہو جائے۔ نبض ان اکثر کم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی بالکل غائب ہوتا ہے، ممکن ہے کہ علقتیت واقع ہو جائے۔ چونکہ مریض نبض کی رفتار شریان کی استواری کے ساتھ ساتھ بڑھتی ہے، لہذا ”گرم تار“ والے نبض نگار (hot wire sphygmograph) کی وساطت سے اول الذکر کی تعیین سے ایک دی ہوئی حالت میں شریانی صلابت کی مقدار ظاہر ہونی چاہئے۔

شریانی صلابت میں اکیلی مشرأین نہایت عام طور پر آتھیروماٹ ہو جاتے ہیں لہذا عضلہ قلب کے تغذیہ میں خلل واقع ہو کر اس کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے ابتدائی فضل القلب کے علامات موجود ہو سکتے ہیں، یعنی خشکی، سانس پھوٹنا اور زور لگانے پر درد۔

شریانی صلابت بعض اشیاء میں اپنی موجودگی کے باعث مقامی علامات پیدا کر سکتی ہے۔ دماغ میں وہ علقتیت یا تروف پیدا کر کے ان کے میز و مخصوص علامات پیدا کر سکتی ہے۔ شریانی شخ ایک ایسی حالت پیدا کر دیتا ہے جو البیومن بولیٹ کی

موجودگی میں یوریا دسمینت (uræmia) سے مشابہ ہوتی ہے اور کا ذب یوریا دسمینت (pseudo-uræmia) کے نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 303)۔

تحریر و علاج - حفظ باقیدم اس پر مشتمل ہے کہ اس حالت کے اسباب کا علاج کیا جائے۔ بسیار غوری سے اخترا از لازم ہے۔ اصلاح اس وقت بھی جب کہ مرض قائم شدہ ہو واقع ہو سکتی ہے۔ کچھ زمانہ کے لئے کبستر پر آرام کرنے کی ہدایت کر دینی چاہئے کیونکہ انقباضی وضع دوران خون پر سے بار کو دور کر دیتی ہے۔ عموماً آیوڈائیڈز (iodides) دیئے جاتے ہیں اور جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، اگر ناقص درقیت کا کوئی عنصر موجود ہو تو ممکن ہے کہ یہ مفید ہوں۔ خلاصہ درقیت (thyroid extract) بھی آزمایا جائے (شیرین صلابی گروسے کا علاج بھی ملاحظہ ہو)۔

بلند فشار شریانی

(high arterial pressure)

(hypertension = ارتفاع الضغط)

نو عمر تندرست بالعموم میں خون کے دباؤ کی طبی جولانی ۹۵ سے ۱۴۰ ملی میٹر ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 229)۔ اکثر یہ تعلیم دی گئی ہے کہ خون کا دباؤ معرینہ کی عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے۔ فی الحقیقت عمر اور خون کے دباؤ کے متعلق ضابطہ بنائے گئے ہیں۔ یہ رائے شہادت کو غیر صحیح طور پر جانچنے سے پیدا ہو گئی ہے۔ ایسے بہت سے بوڑھے شخص موجود ہیں جن کی شریانیں کال طور پر طبی میں اور جن میں خون کا دباؤ طبی ہے۔ اس کے برعکس شریانی مرض جو بذات خود اکثر خون کے دباؤ کی زیادتی یعنی ارتفاع الضغط پیدا کر دیتا ہے، عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے اور اس واقعہ کی توجہ اس شخص کی ایک جماعت کا اوسط فشار خون بڑھا ہوا پایا جاتا ہے توجہ کرنا ہے۔ ارتفاع الضغط میں ۱۵۰ تا ۲۰۰ ملی میٹر اور زیادہ تک کی قیمتیں مندرج ہوتی ہیں۔ یہ زیادتی عموماً اور حیرت میں، یعنی تیس سال سے اوپر شروع ہو کر اس وقت تک کالی طور پر نمایاں ہو جاتی ہے جب کہ بڑھا چکا نمودار ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ عموماً زندگی کے اسی مرحلہ میں پائی جاتی ہے۔ لیکن یہ شیر خواروں بلکہ نوزائیدہ بچہ میں بھی دیکھی گئی ہے۔ یہ غور و توجہ

نسبت مردوں کو زیادہ متاثر کرتی ہے۔ ممکن ہے شریانی صلاحیت کے عنوان کے تحت بتائے ہوئے تیسری عوامل اس کے ذمہ دار ہوں۔

امراضیات۔ شریانی فشارطبیعی حدود کے اندر ایک سے زیادہ غلظت سے متاثر ہوتا ہے۔ مثلاً قلب کے زیادہ معمول فعل سے بڑھی ہوئی معمولی مزاحمت سے اور خون کی لزوجیت (69) یا حجم کی زیادتی سے دباؤ بڑھ جائے گا، اگرچہ حجم کی زیادتی غالباً ہمیشہ ایک علامتی حالت ہوتی ہے۔ تاہم ارتفاع الضغط کا خاص سبب معمولی مزاحمت کی زیادتی ہے، جو شاید ابتدائے بعض شریانات کے استسجی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن بعد میں اپنی مکمل طور پر قائم شدہ شکل میں یہ شریانات کی دیواروں میں ایک انتہائی نوعیت کے ورم کی وجہ سے ہوتی ہے جو ابھی منتشر بلیش تکونی صلاحیت (diffuse hyperplastic sclerosis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (جولانظ ہو)۔ بعض اصابتوں میں خون کے شریخ غلیات اور ہیموگلوبین بہت زیادہ ہو جاتے ہیں (کثرت غلیات ورمیہ = polycythemia) اور ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں خون کے دباؤ کی زیادتی جزو خون کی بڑھی ہوئی لزوجیت کا ثانوی اثر ہو۔

ایک طبی شخص پر جن کا انکماش دموئی فشار فی الحقیقت ۱۰۰ ملی میٹر سے نیچے تھا، تحقیقات عمل میں لائے سے دن کے وقت ۱۰ ملی میٹر کی زیادتی اور دوران شب میں ایک متاثر کی پائی گئی۔ یہ زیادتی بالخصوص چائے، کافی اور تبا کو نوشی کی وجہ سے تھی۔ ورزش و دماغی کام، افکار اور جوش و تحریر سے دباؤ بڑھ جاتا اور انکماش سے کم ہو جاتا تھا۔ جبل عالی (Alps) پر تعطیل منانے پر ایک نمایاں زیادتی مشاہدہ سے اس کی (34)۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ ہوا کی تخلیف کی وجہ سے آکسیجن کی کمی و ماحول کی مرکز کو پہنچ کر دیتی ہے۔ تجربہ، کتوں میں بعض کو لائڈی تجہیزات کا اشارہ و دماغ کے بطینی نظام کے اندر کرنے سے ارتفاع الضغط پیدا کیا گیا ہے۔ اجسام پاشینیہ (Pacchionian bodies) جن کی وساطت سے دماغی سغای سیال کی نظیر واقع ہو کر وہ ویدی جوف کے اندر پہنچ جاتا ہے، ان تجہیزات سے مدد ہو جاتے ہیں۔ لہذا دماغی سغای سیال کے دباؤ کی ایک مستقل زیادتی ہو کر خون کے دباؤ کی زیادتی ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہے (۱۶)۔ ایک نوجوان مریض کے پیشاب میں ایکست مناعظ مادہ

(pressor substance) پایا گیا ہے (68)۔ ایک داسے یہ دی گئی ہے کہ جگر میں ایک سم کو تباہ نہ کرنے کا نقص پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ اس وقت جبکہ دموں کو یوریا (blood urea) اور غیر پروٹینی نائٹروجن طبعی جوں اور یہ کلمی فعل کا غیر عقل ہونا ثابت کرتے جوں، خون میں امینو ترشوں (amino-acids) یورک ترشہ (uric acid) اور کولسترل (cholesterol) کا مافیا بڑھا ہوا ہوتا ہے، پشاب میں ایمونیا، نائٹروجن (ammonia nitrogen) کی مقدار یوریا نائٹروجن کے مقابلہ میں اس سے زیادہ ہوتی ہے، یہ جتنی حالت طبعی میں تناسب سے کم (۳۰) اور بولی انڈیکان (indican) کی زیادتی پائی جاتی ہے (71)۔

علامات۔ اس مرض کے ابتدائی درجوں میں کم از کم بعض اساتوں میں ارتفاع استمر نہیں ہوتا بلکہ کبھی کبھی ہوا کرتا ہے۔ ازاں بعد یہ حالت مستقلاً قائم ہو جاتی ہے، پریش کو سر کے دروں، بیخوابی، طنین الاذن اور دوران سر کی شکایت ہو سکتی ہے۔ گردن کی پشت میں قذال (occiput) کے قریب درد کا ہونا نہایت تمیز علامت ہے۔ بلند تناؤ کے خصوصیات حسب ذیل ہیں:۔ (۱) استعمال کردہ آلات پر کے اندراجات (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ ج ۱ صفحہ 226)۔ (۲) انگلی کو ایک سخت اور خوب پُرشریان کا احساس اس کے ساتھ زیادہ ویرنگ قائم رہنے والا انگلیاں ہوتا ہے، انبساط کے دوران میں شریان کبھی کامل طور پر خالی نہیں ہوتی، وہ انگلی کے نیچے کھائی جاسکتی ہے، لیکن جب آستے انگلی سے دبا کر خالی کر دیا جائے تو دوران انبساط میں یہ ضرور نہیں کہ وہ نہیں پُر ہو۔ (۳) کلائی قلب اور زرد اور مزیتہ الراس کا ثبوت (۴) مرتبہ اموات قلب، یعنی اس پر پہلی آواز کی اطالت اور غطاؤ اور اولی رقبہ میں دوسری آواز کی ضخیم یا جھنکار وار نوعیت۔

(۵) چشم میں کے ذیادہ امتداد اکثر شریانی تغیرات کی تغین کا ایک قیمتی ذریعہ ہوتا ہے، کیونکہ شبکیہ شریان کے منظر سے یہ دریافت کرنا ممکن ہے کہ دماغی شریان کی کیسا حالت ہے۔ ابتدائی درجے میں چشم بینی تغیرات شریان تک محدود ہوتے ہیں۔ وزیدوں کے ساتھ مقابلہ کیا جائے تو عام طور پر شریاؤں کا درود جسمانت میں کم ہو جاتا ہے۔ شبکیہ شریان کی دیواریں طبعی حالت میں نوز کا کسی حد تک انکسار کر دیتی ہیں، جو کہ شریان کے وسط کے طول میں ایک جگہ ادوجاری کی طرح دکھائی دیتا ہے۔

شریانی صلابت میں دیواروں کی دبازت کے باعث یہ انفکاس زیادہ ہو جاتا ہے اور نسبتہ چھوٹی شریانیں تانے کے تار کی طرح متقل شدہ نظر آتی ہیں اور اذان بعد جوں جوں دیوار کی عتیمت بڑھتی جاتی ہے وہ چاندی کے تار کی طرح پکھل کر دکھائی دیتی ہیں۔ یہ چمک دار و صغریٰ اکثر بے قاعدہ ہوتی ہے اور ایک نقطہ وار منظر پیش کرتی ہے۔ شرائین پھیلا رہی ہوتی ہیں، لیکن چونکہ طبی شریان اس خصوص میں نہایت مختلف الکینیت ہوتی ہے لہذا یہ خاصہ کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔ ان کا درود بے قاعدہ ہوتا ہے۔ وہ اکثر جماعت میں بہت گھٹی ہوئی ہوتی ہیں اور بعض اوقات یعنی دھماگوں جیسی نظر آتی ہیں بعض اوقات وہ طبی عریض کی ہوتی ہیں لیکن کہیں کہیں ان پر پید چکیتی نما جاموؤں کا غلاف چڑھا ہوتا ہے اور وہ ایک پائپ (pipe) کی ٹکی کے ٹکڑوں کی طرح نظر آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ کچھ عریض کے بعد غائب ہو جائیں۔ شریانی وریدی تقاطعات کے مقامات پر مخصوص و میز مناظر نظر آتے ہیں۔ اگر ورید شریان پر سے ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے تو ورید کا خط اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور وہ تھوڑے فاصلے تک شریان کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے۔ جب شریان ورید کے سامنے سے عبور کرتی ہے تو ورید مقام تقاطع پر غائب معلوم ہوتی ہے، کیونکہ وہ شریان کی ویز دیواروں کے پیچھے چھپ جاتی ہے۔ وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع کے بعد ہی جانب پر ورید چھوٹی ہوئی ہوتی ہے، لیکن یہ منظر جسے "banking" کہتے ہیں ہرگز عام نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴)۔

شبکیہ منظر (یعنی شریان صلابتی التهاب شبکیہ arterio-sclerotic retinitis) کہتے ہیں جیسے کہ مزمن مرض براؤٹ میں ملتے ہیں۔ عصب ریشی تہ میں دقیق نزقات کی وجہ سے چھوٹے شکل شکل رقبہ نظر آتے ہیں۔ جب نزقات شبکیہ کی عمیق تر تہوں میں موجود ہوتے ہیں تو وہ سری طور پر دھماکو ہیں۔ لیکن ہر ایک کے درجہ میں خوب واضح کوروں والے چھوٹے ٹھک دار حصے اور دھماکو سے زیادہ اکثر لٹخنی خط (macular region) میں موجود جوں جس کے گرد وہ ایک ناموزون سناسر کا نما شکل بنا دیں یا ممکن ہے وہ ایک ٹھکے نما شکل میں لٹخے اور بصری قرص (optic disc) کے درمیان واقع ہوں۔ ممکن ہے کہ وہ شبکیہ وریدوں



صلاحت شریانی البتہ ایک شبکیہ ایک ایسی عورت میں جس کا انکشافی فکسز نوٹن ۳۰ میٹر پارہ سے
مراخبلور پر زیادہ تھا اور جو اس تصویر لینے کے تقریباً چار سال بعد "سکت" سے مرگئی۔
(آر۔ فاسٹر مور)



یہ تصویر کلوی البتہ ایک شبکیہ میں "روٹی کے جیسے" قطعات ظاہر کرتی ہے جو کبھی البتہ ایک کلیہ میں
دیکھے جاتے ہیں۔ (ڈیوئیو۔ ٹی۔ ہائیز سپانسر)

کے اصلیات کے گرد مجتمع ہوں، لیکن زیادہ اکثر وہ بے قاعدہ طور پر اور صراحتاً منتشر ہوتے ہیں۔ اکثر ان کی ایک بڑی تعداد اس قدر قریب قریب مجتمع ہوتی ہے کہ ایک بچی کاری کے ٹکڑے سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ تسبیحاتی لحاظ سے یہ پچکتیاں شبکیہ کی تین نوائی میں زجاجی ارتشاح کے گول یا بیضوی تو دوں پر شکل ہوتی ہیں۔ شاید ان کے تعلق یہ سمجھنا ممکن ہو کہ ان کی اصلی نوعیت، ان سپید مقامات کی نوعیت سے ماخوذ ہے جو شبکیہ شریان کی چھوٹی شاخوں کی مدد دی سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

غالباً اصابتوں کی اکثریت میں یہ شبکیہ تغیرات مریض کی موت تک قائم رہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ انصاف شدہ خون جذب ہو کر اصلاح واقع ہو جائے، بلکہ انحطاطی وجہ سے تک غائب ہو جائیں۔ ابتدائی درجوں میں بصارت کا ضیاع واقع نہیں ہوتا۔ بصارت کی تدریجی خرابی ناقص و موی رسد کی وجہ سے پیدا ہونے والے شبکیہ کے عصبی عناصر کے انحطاط کے باعث ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ میدان بصارت محدود ہو جائے۔ عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) دیکھا جاسکتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے وقوع سے پہلے قرص (disc) کا کچھ تھوڑا اورم ہو۔ بصارت کا ناگہانی عارضی ضیاع (عارضی کمند = amaurosis fugax) دہارت یافتہ شبکیہ شریان کے تشنج کی طرف متوجہ کیا گیا ہے (جو کہ بعد میں بیان کیا گیا ہے)۔ لگائی تنگی کوئی جس میں درد بالکل موجود نہ ہو۔ کبھی شبکیہ شریان کی حالت کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ شبکیہ صاحب نظر آتا ہے۔ اس کے خلاف نظریہ شاہ دانہ جیسے سرخ و صب کی طرح نظر آتا ہے۔ عروق کے اندر خون کا عموماً ٹوٹ کر سرخ خلیوں کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے بن جاتا ہے جن کے درمیان پلازما کی صاف فضا میں مائل ہوتی ہیں (مویٹی گاڑی کا منظر = cattle-truck appearance)۔

دوسری حالتیں جو ان اصابتوں میں پائی جاتی ہیں (امتا بلند تناؤ کا ثبوت نہیں) جتنا کہ وہ دوران خون کی ان دقتوں کے نتائج ہیں جو بالآخر خراب ترین اصابتوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ حالتیں حسب ذیل ہیں:۔ خفیف البیومین بولیٹ، جوشنا نوی کوی ماؤفیت کے باعث ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شریان سلاخی گروہ صفحہ 532) اگرچہ بیشتر اصابتوں میں وسموی یوریا یا تو برصا ہوا ہوتا ہی نہیں یا محض خفیف سا برصا ہوا ہوتا ہے،

اور گردے کے فعل میں عموماً خفیف سی خرابی ہوتی ہے یا کوئی خرابی ہوتی ہی نہیں جس سے مختلف حصوں میں نزفات، مثلاً زخام (epistaxis) نفث الدم (haemoptysis)، نچکیہ اور زجاجیہ میں کے نزفات اور شاید چھوٹے چھوٹے دماغی نزفات، بواسیر سے خون کا بہنا ویکہ صدریہ (angina pectoris) ٹھنڈی پنڈلیوں میں آئٹھن ہونا۔

بلش بخشی دماغی حملہ یا داء الدماغ (encephalopathy) جو کہ کاذب یوریمیا (pseudo-uræmia) بھی کہلا آئے، بہت ہی میز ہے۔ حملے سے پہلے مٹارن سرعت سے بڑھ جاتا ہے، جو کہ چھوٹی دماغی شریانوں کے شخج یا بعض اوقات دماغی تہج کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ علامات یہ ہیں :- عضلات کے عارضی استرخاآت، تشجات، جیسہ کوری، توہات، ہڈیان، ذہول اور قوما۔ اس سلسلہ علامات کو مزمن دماغی لینیت (chronic cerebral softening) کے عنوان کے تحت زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

اولی ارتفاع الضغط کی بہت سی اصابتوں میں سطحی عروق و مویرک کا متلاشدید درجہ کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اسے اشخاص بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ تنومند و باصحت نظر آئیں، کیونکہ ان کے چہرے کا رنگ سرخ ہوتا ہے اور وہ بعض اوقات سرخ رنگت کی مثالیں معلوم ہوں جو بہت سے تندرست بوڑھوں میں نظر آتا ہے۔ ڈیویلیائی سردی کی بڑھی ہوئی پس پیری (پیر حساسیت = cryesthesia) کا ذکر کرتا ہے جس کی ان مریضوں کو شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے مردہ انگلیاں ہوں یا برودت بالخصوص جواج زیریں میں محسوس ہوتی ہے اور مریض کو موٹا لباس پہننے پر مجبور کر دیتی ہے حتیٰ کہ گرم مٹھوں میں بھی۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں ارتفاع الضغط سے دونوں جواج زیریں میں گنگرین تک کی فوج پہنچ گئی۔ ان اصابتوں کا خاتمہ آخر کار اکیلی علیقت (coronary thrombosis) یا دماغی زخ سے ہو جاتا ہے، یا فعل پذیر قلب سے کہ جس کے ہمراہ استسقا اور تہج الریہ پائے جاتے ہیں یا کبھی کبھی یوریا و مویرت (uræmia) سے (نام نہاد و خبیث بیش بخشی کی اصابتیں)۔ اکیلی علیقت اور دماغی زخ میں موت ناگہانی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اگر خون کے دباؤ کی زیادتی کا سبب شناخت ہو سکے تو اسے رفع یا کم

کرنے کی کوششیں کرنی چاہئیں۔ جہاں یہ یقین کرنے کے لئے مستعمل ہو جو موجود ہو کہ طرز زندگی بھی اس حالت کے پیدا کرنے میں حصہ لے رہا ہے تو گوشت اور زیادہ نائٹروجن شامل رکھنے والی غذاؤں اور پھوسفوریٹ اجسام شامل رکھنے والی غذاؤں سے محترز رہ کر نیز الکحل پائے، تمباکو اور شدید دماغی اور جسمانی محنت سے پرہیز کر کے مدد مل کی جا سکتی ہے۔ کیلوریل (۲ یا ۳ گرین) یا بلیوٹیل (۳ تا ۴ گرین) کنبی کنبی بطور سہل دے کر اس کے بعد ایک صبح بکری نکتین دینا مناسب ہے۔ جب مریض کو بستر میں کامل آرام لینے کے لئے مجبور کر دیا جاتا ہے تو اکثر خون کا دباؤ بہ سرعت کم ہو جاتا ہے۔ عروقی موسعات، جیسے کہ نائٹرو گلیسرین، امال، نائٹ رائٹ (amyl nitrite) یا سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ذبحہ کے وقوع کی صورت میں مفید ہو سکتے ہیں۔ پوٹاشیم آیوڈائیڈ عام طور پر دیا جاتا ہے اور بعض اوقات ڈاک، عضلی ورزشیں، بلند تو اسٹری زونیں، اور علاج بالما، قطع بخش ہوں گے۔ چونکہ خون کے دباؤ کی زیادتی غالباً شریانات کے کسی نرسر یا نرسن ہی التهاب گردہ کی تھوپیض میں ہوتی ہے، لہذا اسے گھٹانے کی کوئی کوشش نہیں کرنی چاہئے۔ ڈیہیڈرٹس ابتدائی درجوں کے لئے موزوں نہیں، مگر اس وقت بہت ہو سکتا ہے جب کہ قلب ایک ترقی یافتہ درجہ ارتعاش میں پہنچ گیا ہو اور نتیجہ موجود ہو۔ ایسی اصابتوں میں آکسیجی خیمہ مفید ہوتا ہے۔ ارتفاع الضغط کی ان اصابتوں میں کہ جن میں بلند ہیوٹو پین موجود ہو، اور بالخصوص اس وقت جب کہ درد جیسے علامات موجود ہوں، قصد کے مندر پر غور کرنا چاہئے۔ مکن ہے کہ ایک پائٹ خون خارج کر دینے سے سکین ہو جائے، اور پھر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اسے مکرر عمل میں لاسکتے ہیں۔ فسل قلب ہونے کی حالت میں بھی قصد لے سکتے ہیں (نہضہ احطہ)۔
ہو شریان صلا تہی گردہ)۔

عرجان متوقف

(intermittent claudication)

وقفہ فہر لنگر اسے یا متوقف عرجان کی اس حالت میں مریض کچھ فاصلہ تک چلنے کے بعد محسوس کرتا ہے کہ اس کی ایک یا دو سرئی ٹانگیں میں کمزوری ہے اور اس کے ساتھ بکرو، بھاری پن، سن پنا، جھمن کے احساسات، درد اور انہضن بھی ہوتی ہے،

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لادما لنگرا کر چلتا ہے۔ جوں جوں وہ آگے بڑھتا ہے قدم کے باحساسات زیادہ ہوتے جاتے ہیں اور بالآخر وہ مجبور ہو کر ٹہر جاتا ہے۔ ماؤف پاؤں یا ٹانگ میں دوران خون کے اختلال کے آثار ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ سرخ ہو جاتی ہے، اکثر ایک زراقی جھلک کے ساتھ، اور دھبے دار اور متورم ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ پاؤں کی انگلیاں پمید اور ”مردہ“ ہوں۔ کچھ دیر آرام کے بعد یہ علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔

ان علامات کی وجہ یہ ہے کہ ماؤف شریانی خون کی اس بڑھی ہوئی مقدار کو لے جانے کے ناقابل ہوتی ہیں جس کی جارحہ کو عضلی ورزش کے دوران میں ضرورت ہوتی ہے۔ تقریباً تمام اساتوں میں ماؤف جارحہ کی ظہری قدیمی شریانی (dorsalis pedis artery) میں یا پینڈل کی قصبیتی موخر (posterior tibial) شریانی میں غیر موجود ہوتی ہے (39)۔ خون کا دباؤ بعض اوقات زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اساتوں میں خفیف عضلی لاغری اور محیطی اعصاب کا انحطاط (التهاب اعصاب محیطی peripheral neuritis) مشاہدہ میں آیا ہے۔ بہت سی مثالوں میں اس شکایت کا نتیجہ جارحہ کی خشک گنگرین کی صورت میں ظاہر ہوا ہے، اور چند اساتوں میں یہ شکایت جوارح بالا کے مرنہ ریناؤ کے ساتھ متلازم پائی گئی ہے۔ بعض اوقات دماغی عروق ماؤف ہو جاتے ہیں اور اسی کے ساتھ سرخ الزوال فالج نصفی اور دوسرے فالج، کوری، درد سر اور ذہنی علامات بھی ظاہر ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ مریضوں کی غالب تعداد میں شریانیوں یا دلیوں کی ملاءبت، انطماسی شریانی التهاب یا آتھیروما، یا انطماسی علقی التهاب عسروق (thrombo angiitis obliterans) کا (جو ملاحظہ ہو) ثبوت ملتا ہے۔ جن اساتوں میں شریانی ملاءبت یا انطماسی شریانی التهاب کا کوئی ثبوت نہیں ملتا، ان میں یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ یہ حالت شریانی شنج کے باعث ہے۔ یہ ایک بالغ زندگی کا مرنہ ہے اور نفرس، ذیابیطس، اور آتھک اور تمباکو نوشی یا شراب خواری اکثر اس کے پیشرو ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب ایک مضبوط بچی کے ذریعہ ایک

بارہ کا دوران خون بند کر دیا جائے، اور اس بارہ کے چند عضلات کو ورزش کرائی جائے تو ان عضلات میں درد پیدا ہوتا ہے۔ یہ درد ایک مادہ، یعنی جب عامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ فعال عضلہ سے آزاد ہو کر گرد و پیش کی بافتی قضاوں میں خارج ہو جاتا ہے، اور جو بافتی رسد کو زیادہ کرنے پر غائب ہو جاتا ہے۔

انذار۔ گنگلرین کے آغاز اور صلابت شریانی کے دیگر نتائج سے قطع نظر، مزین خطرناک نہیں ہے۔ علامات کی تنگی، شریان کی اس قابلیت پر ہے کہ آیا وہ تنگ ہو سکتی ہے یا نہیں۔ اس کا استحان کرنا ہو تو جسم کے کسی دوسرے حصے کو گرم کرنا چاہیے، مثلاً دھڑ پر گرم ہوائی غسل کا استعمال کر کے یا دونوں بازوؤں کو سارے کا سارا ایک گرم مغل میں ڈبو کر جب کہ طبی تعامل یہ ہوتا ہے کہ ٹانگوں کی جلد کی پیش بڑھ جاتی ہے (72)۔ ہمارے خیال یہ تعامل مائل نہ ہو کوئی عملیتی مداخلت انجام نہ دینی چاہئے۔

علاج۔ مریض کو اپنی ورزش محدود کر دینی چاہئے اور دوران خون کو اس نقطہ تک تیز نہ کرنا چاہئے کہ جس پر عروق کے اندر کا تھوڑا سا غل شروع کر دے۔ بستر میں اکثر آرام لیتے رہنا قرین مصلحت ہو سکتا ہے۔ آتشکی اس باتوں میں آلوڈائٹ پوٹاسیم، سلف آرسینال (sulfarsenol) وغیرہ آدھائے جاسکتے ہیں، اور وہ مقامی دواؤں میں ریتاڈ میں مستعمل ہیں، نیز مسٹر ڈیوڈ کی غل گرم، بلند تواتری روکیں، اور لطیف دھک اس میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ برقی حرارت رسانی جو دھڑ پر لگائی جائے مفید ثابت ہوتی ہے۔ آفتی وضع میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (۵ تا ۱۰ فی صدی) مہرہ کے استعمال کرنا اور اس طرح ہفتہ میں کئی مرتبہ چندہ منٹ تک عمیق تنفس کرنا مفید ثابت ہوا ہے۔

اگر گنگلرین واقع ہو جائے تو درد کا ازالہ مارفیا سے کیا جاسکتا ہے اور مناسب موقع پر آؤف حصہ کو متور کر دینا چاہئے۔ شرائین کی حالت، یعنی موجودہ تنگی کی مقدار، شہاع ہکاری کے ذریعہ متین کی جاسکتی ہے اور اس سے یہ فیصلہ کرنے میں مدد ملے گی کہ کیا بتر بہت اور یا زیادہ نیچے کرنا چاہئے۔ گنگلرین اور غنڈر گنگلرین کا علاج اس طرح بھی کیا گیا ہے کہ شریان کے گرد کے اعصاب مشار کی کا استیصال کر دیا گیا ہے تاکہ شریانی شہج موقوف ہو جائے، نیز شریان کے گرد اگلعل کا اشرب کیا گیا ہے (40)۔

الطامی علیتی عرقی التهاب میں قلعی مشارک بڈری (lumbar sympathectomy)

کرنے سے سولہ مریضوں میں سے نو مریضوں میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (65)۔

حمرتی وجع الجواج

(erythromelalgia)

اس حالت میں جیسے سب سے پہلے ویر میچیل (Weir Mitchell) نے بیان کیا، پاؤں اور ہاتھوں میں شدید درد کے حملے ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ہی یا ان کے بعد عروق دمویہ کا اتساع واقع ہوتا ہے جس سے موقوفہ تیز سرخ یا گہرے ارغوانی رنگ کا ہو جاتا ہے، اس کی سطح چمکدار اور وریڈیں ابھرتی ہوئی ہوجاتی ہیں، اور شاید پینہ بھی نکلتا ہے۔ بعض اوقات جواج باللا اور دھڑکی متاثر ہو جاتا ہے۔ درد شدید ظن اور تپک کے ساتھ ہوتا ہے۔ حرارت و درجہ حرارت اور جواج کی مشکلی ہوئی وضع تو یہ حملے شروع ہو جاتے اور بڑھ جاتے ہیں، بروقت سے اور جواج کو اونچا رکھنے سے درد میں قدرے تسکین ہوجاتی ہے۔ ابتدا آدھ حملے چند ہی گھنٹے تک جاری رہتے ہیں لیکن استدا و زمانہ کے ساتھ یہ زیادہ موقظ اور شاید ساتھ ہی کم شدید ہوتے جاتے ہیں۔ یہ حالت ابتدائی ادھیڑ عمر میں ہو ا کرتی ہے اور بچوں میں شاذ طور پر۔

میچیل کے مریضوں میں سے دو میں بالآخر نظامی علامات نمودار ہو گئے۔ او دوسری اصابتیں ایسی دیکھی گئی ہیں جو ہزال شخاع (tabes) انخاعی جو فیتیت (syringo-myelia) اور صلاست منتشر (disseminated sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں۔ حمرتی وجع الجواج کی بعض امدتیں تمزگٹ (ergotism) اور انطاسی قتی شریانی التهاب کے باعث ہونا معلوم ہوتی ہیں۔ آخر الذکر مرض میں حمرتی وجع الجواج متوقف مریجان کے ساتھ متلازم پایا گیا ہے، اور خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ وہ ایک تعویضی میکانیہ کے طور پر عمل کرتا ہے جس سے عروق شریانی کا اتساع ہو کر حصہ موقوف کی دموی رسد زیادہ ہوجاتی ہے۔ بیرنوشوں کے سم انفاری تمز میں حمرتی وجع الجواج مشاہدے میں آیا ہے۔

علاج بیشتر علامات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے، بروقت، مناسب وضع اور ارفیا کے استعمال سے۔ فرادیت (faradisin) اور وک بھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔

جو اسرجی حساسیت (acroparæsthesia) - اس میں ہاتھوں اور پاؤں میں ناگوار یا دردناک احساسات، سننا مٹ یا بے حس، یا اَلپینوں اور سوئیوں کی تھ چھن ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ وعاء کی اختلال بھی ہو۔ یہ خاد مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ ناگوار احساسات اس وقت جب کہ مریض صبح کے وقت بیدار ہوتا ہے، ایک یا دونوں ہاتھوں میں محسوس ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ہاتھ معمول کے نسبت زیادہ شام یا زیادہ صبح، بلکہ متورم بھی ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں دن کے وقت ہاتھوں کا کسی پیش میں زیادہ کام میں لایا جانا یا سونے میں ہاتھوں کی وضع کا ناقص رہنا، اس حالت کے پیدا کرنے کے لئے ایک کافی سبب معلوم ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اس کا کوئی سبب معلوم نہیں کیا جاسکتا۔ اس کی امراضیات غیر واضح ہے :- یہ فساد دماغ کی شخ سے منسوب کیا گیا ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں اس کی کوئی شہادت نہیں ملتی۔ یہ عمومی شلل (general paralysis) ظہری مزال نخاع (tabes dorsalis) اور مائل اقسام کے عوارض میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن عموماً یہ ان سے اور ہٹ کر یا سے الگ واقع ہوتا ہے۔ علاج آرام، متویات، شب کے وقت پوٹاشیم برومائڈ اور مستمر برقی رو پر مشتمل ہے۔

آنورسما

(ANEURYSM)

یہ نام (بسن کے معنی چوڑا ہو جانے کے ہیں) شریان کے اس اتساع پر اطلاق پذیر ہے جو اس کے مرکزی کم و بیش محدود وسعت میں ہو۔ آنورس کے اپنی شکل کے لحاظ سے تکلف نما (fusiform) اور تاجی دار (sacculated) میں منقسم ہیں۔ تکلف نما وہ ہے جس میں عرق کے سائے محیط کا کم و بیش یکساں اتساع ہو جاتا ہے۔ اور تاجی دار وہ ہے جو عرق کی ایک جانب پر ایک ٹکڑو بچہ نما آبجاء بنادے اور جو ترقی یافتہ اصابتوں میں ایک تنگی یا گردن کے ذریعہ عرق سے بڑا ہوا ہو۔ بعض اوقات

بالخصوص جوان یا شکم میں ایک تاجک دار انورسما ایک ابھرے ہوئے مقام پر پھٹ جاتا ہے چنانچہ اس سے خون آہستہ آہستہ گرد و پیش کی ساخت میں رس کر ایک زرد بنا دیتا ہے جو التہابی بافت کے ایک قسم کے دورے سے محدود ہوتا ہے۔ اسے (انورسما منتشر سرخ) (diffused aneurysm) کہا گیا ہے۔ بالآخر ایک تقطیعی انورسما (dissecting aneurysm) اُس وقت بن جاتا ہے جب کہ شریان کے ایک ایسے حصے پر جو اتھیروما سے مآوف ہو، خون اندرونی اور درمیانی طبقتوں میں گھس جاتا ہے اور اُن کے اور بیرونی طبقہ کے درمیان داخل ہو جاتا ہے۔

اسباب۔ انورسما ہر ایسے سبب سے پیدا ہو جاتا ہے جو عروق کو ایک نقطہ پر کمزور کر دے۔ عام ترین سبب اتھیروما ہوتا ہے بالخصوص بڑے عروق میں جن میں اندرونی اور درمیانی طبقات کمزور ہو جاتے ہیں اور خون کے دباؤ سے ساری دیوار اُس نقطہ پر ڈھیلی پڑ جاتی ہے لیکن چونکہ عروق مثلاً دماغ اور پھیپھڑوں کے عروق میں ممکن ہے کہ عرق شریانی التاب کے اُن مقامی اسباب سے کمزور پڑ جائے جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (مثلاً سداویت سے یا اندرونی کے حمل سے)۔ بیرونی طبقہ کے جراحی تضمرات بھی انورسما پیدا کر دیتے ہیں۔ خواہش ایک اور سبب متعہ ہے اور قدیم زمانہ میں جب کہ آج کل کے نسبت سواری اسب کار وراج زیادہ عام تھا، یہ شریان یا عریضی کے انورسما (popliteal aneurysm) کی کثرت وقوع کا باعث تھا۔ اُن نسبت زیادہ عام اسباب میں جو انورسما کے متدہ ہوتے ہیں، آتشک ایک اہم مرتبہ رکھتی ہے اور غالباً زیادہ بار بھی جو دوران خون کے ذریعہ سے اثر کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ نتائج کے متعلق مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص تاجک دار قسموں پر ہے۔ ایک نتیجہ غذا تاجک کے اندر کے خون کی تردیب ہے۔ چونکہ ایسا خون دُست روکے باہر ہوتا ہے، لہذا یہ زیادہ آہستگی سے حرکت کرتا ہے نیز انورسمائی تاجک کی نامواری اس کی تردیب میں مدد ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شریانی زردی مائل رنگ کی فائبرینی فراہمیوں کی متوالی تہیں تاجک میں استرنا دیتی یا اسے تقریباً بیکردی ہیں۔ اور انہی فائبرینی تہوں سے تاجک کی کامل پُری ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ انورسما سے مطہرس یا شغایاب ہو جائیں عرق خاص سے رابطہ جس قدر

آزادانہ رہے گا، فائبرین بننے کا امکان اُسی قدر کم ہوگا۔ چنانچہ نفا انورسا میں ایسی کوئی قزاقمیاں نہیں واقع ہوتیں۔
 انورسا کا ایک دوسرا نتیجہ گرد و پیش کے حصوں پر اس کا دباؤ ہے۔ ممکن ہو کہ ساجہ بہت بڑی جسامت حاصل کر لے۔ ایک انورسا میں کا نمونہ گائز باپشیل (Guy's Hospital) کے عجائب خانہ میں موجود ہے، اور جو محراب اور ملی سے نکلا ہے، اس کا قطرہ انچ تھا۔

انورسا کا ایک تیسرا اثر نزف ہے، جو اکثر موت کا سبب ہو جاتا ہے۔ کھوکھلے احشار اور مصلی کہفوں کے اندر انشقاقات کا وقوع اکثر سرخیج ہلاکت پیدا کر دیتا ہے۔ اتصالی یافتہ یا جین عضلی نضاؤں میں انشقاقات اکثر نیشہ بہت تدریجی اثر پیدا کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ جب وہ جوالج میں ہوں تو کامیاب علاج کا موقع دیں۔
 علامات۔ ان کی تقسیم اس طرح کی جاسکتی ہے، وہ علامات جو تمام انورسموں عام ہوتے ہیں، اور وہ علامات جو انورسا کے مقام وقوع پر منحصر ہوتے ہیں۔
 وہ علامات جو جسم کے ہر حصے کے لئے مشترک ہوتے ہیں یہ ہیں:۔ (۱) سلعہ۔ (۲) نبضان۔ (۳) خریر۔ (۴) درد۔ (۵) دباؤ کے دوسرے اثرات۔

307

صدی اور طی کا انورسا

انورسا صدی اور طی میں سبکٹانڈینے سیٹی مصرعوں سے لے کر انضرام تک کسی بھی حصہ میں واقع ہو سکتا ہے۔ لیکن پہلا اور دوسرا حصہ بیشتر اوقات مآوف ہوتا ہے، اور ان حصوں میں سارے قطرے کے بے قاعدہ اتساعات سے لے کر حقیقی ساجی انورسا تک تمام اقسام واقع ہوتے ہیں۔ دونوں صنفوں میں اوسط عمر جس میں حملہ ہوتا ہے ۴۰ سال یا اس سے ذرا اوپر ہے۔ یہ مردوں میں نسبت بہت زیادہ عام طور پر واقع ہوتا ہے (مردوں کی ۶۸ مثالوں کے مقابلہ میں ان کی ۵۰ مثالیں) (65)۔

علامات۔ یہ بخوبیال سہولت تین زمروں میں بیان کئے جاتے ہیں جن کا انحصار انورسا کے محل وقوع اور سمت بالیدگی پر ہوتا ہے۔ لیکن یہ نہیں خیال کر لینا چاہیے کہ ایک خاص علامت پیدا کرنے کے لئے انورسا کو ہمیشہ ایک خاص مقام پر ہی

ہونا چاہیے۔ اور طبی صاعد کا انورسا جو اکثر اپنے خطاب 'amarant' طبیعیہ والا انورسا
 ("aneurysm of physical sign") کو حق بجانب ثابت کر دیتا ہے، اپنے
 عمر میں پیلینوں اور عظم القص کو متاثر کرتا ہوا آگے کی طرف بڑھ جاتا ہے اور خود کو بطور
 ایک دردناک اور الیم یا بیض سلسلہ کے دوسری یا تیسری دائیں بین منطقی فضا میں یا
 نسبتاً شاخ طور پر دوسری یا تیسری بائیں فضا میں ظاہر کرتا ہے۔ اس پر ایک نرم
 انکماش خیر سناؤ دیتا ہے۔ اس خطہ کا ایک سلعہ واسطے طرف بڑھ جاتا ہے اور فوقانی
 ورید اجوف پر دباؤ ڈال کر بازوؤں کا آؤ یا پیدا کر دیتا ہے، یا وہ واسطے سینہ کے
 بالائی حصہ میں بڑھ جاتا ہے اور دائیں شش کے بالائی نغز کو یا اس کے اند جانے
 والے شبہ کو مضبوط کر دیتا اور متناظر رقبہ پر آواز تنفس کی کمی اور بعد کے درجہ میں سمیت
 پیدا کر دیتا ہے۔ بائیں طرف ایک انورسا شریان ریوی کو دبا سکتا، دائیں قلب کا
 اتساع پیدا کر سکتا، اور بالآخر شریان ریوی کے اندر دھا ہو سکتا ہے۔ اور طبی انورسے
 شفا موقوف پر ایک یا دوسری خاص ریوی شخ کے اندر دائیں بطن کے اندر میں
 آؤین کے اندر یا میں آؤین کے اندر اور فوقانی ورید اجوف (ذوالی نما انورسما
 = varicose aneurysm) کے اندر دھا ہو گئے ہیں۔ اس طرح کے ارتباطات کی تقریباً
 تمام اصابتوں میں جب مریض کافی طویل عرصہ تک زندگی گزار چکا ہو تو ایک خیر سناؤ
 دیتا ہے۔ اور بعض اصابتوں میں اس کے نادر صفات یہ ہوتے ہیں کہ وہ ایک مسلسل یا
 موج دار زیر ہوتا ہے، جو بظاہر پہلی اور دوسری دونوں آوازوں کو ڈھانک دیتا
 ہے اور بالخصوص کرخت، نفی یا گرج دار ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ خیر
 دوہرا، یا صرف انکماش ہوتا ہے۔ اگر ایک فبذ یہ موجود ہوتا ہے، اور طبی صاعد
 کے انورسماؤں کا ایک غیر نادر الوقوع اختتام ان کا سادہ مورد کے اندر واقع
 ہے۔

اور طبی انورسا کا ایک تشفیعی خاصہ جس کو اہمیت دی جاتی ہے یہ ہے کہ
 اس میں اور طبی دوسری آواز کی استثنائی بلندی پائی جاتی ہے اور اسے کو باقیمدیم چوبی
 مسلح الصدر پر رکھے جوئے کان کو ایک دھکے کا احساس ہوتا ہے (انکماش طبی صاعد
 یا بازگشت = diastolic shock or rebound)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک

انورسا اور طبی ذہن میں متداخل ہو جائے اور اس طرح اور طبی باز روی (aortic regurgitation) پیدا کر دے جس کے ساتھ دوسری آواز غائب ہو جاتی ہے۔

مکمل ہے کہ محراب اور طبی کا انورسا جو اکثر اپنے خطاب "علامات والا انورسا" ("aneurysm of symptoms") کو صحیح ثابت کرتا ہے اور اس کے طرف قاعدہ گردن تک بڑھ جائے جہاں وہ ایک نابینا صلع بنا دیتا ہے اور سبباتی یا لاسمی شہین کے انورسا سے شکل شناخت کیا جاتا ہے۔ دباؤ کے اثرات جب وہ موجود ہوں یا انحصار فیصدی کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں اور ضرورتاً اور تہریداً کر دیتے ہیں۔ اور خود صلع کی موجودگی عظم القص کے بالائی سرے پر اہمیت سے اور ایک خیریت سے ظاہر ہوتی ہے۔ اس تمام پر ایک بڑا انورسا قصبۃ الریہ پر دباؤ ڈال کر منجورہ کو نیچے اور بائیں طرف کیلینج سکتا ہے۔ پھر یہ بھی ممکن ہے کہ یہ انورسا نیچے کے طرف بڑھ جائے اور بائیں شعبت پر دباؤ ڈال کر وہ طبیی امارات پیدا کر دے جو بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 145)۔ شعبت پر دباؤ یا قصبۃ الریہ کے ساتھ انضمام ایک طبیی امارت پیدا کر دیتا ہے جسے قصبی کشاکش (tracheal tugging) کہتے ہیں اور یہ اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مریض طبیی کھڑی وضع میں ہو اس کا منہ بند ہو اور ٹھنڈی انتہائی درجہ تک اور پراکھی ہوئی ہو۔ طبیی غصوت کو آنکھوں اور انگوٹھ سے پکڑ کر آہستہ سے اوپر اٹھایا جاتا ہے جبکہ طبعی کو پکڑنے والی آنکھوں کو انورسا کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔ خفیف کشاکش بعض تندرست اشخاص میں بھی معلوم ہوتی ہے لیکن نمایاں حرکت ہو تو وہ انورسا کی ایک قابل قدر علامت ہے۔ اگر انورسا کا دباؤ باز گرد منجوری معصب پر پڑے (جو بائیں شعبت کے گرد لپٹی ہے) تو بائیں میل الصوت کے عضلات متعذرہ کا شلل (abductor paralysis) پیدا ہو کر اداں بید عضلہ متعذرہ کا "شللی تقبض" واقع ہو جاتا ہے اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ جمل مزار کے وسط میں آ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ کیس قدر ضررہ اور ایک دوری رفتی یا تنجاسی کھانسی (clanging or "brassy" cough) پیدا ہو جائے۔

مکمل ہے اور طبی نازل کے انورسے مری پر دباؤ ڈالیں اور عسر الطبع یا نڈا کی باز روی پیدا کر دیں یا وہ صدری قناتہ پر دباؤ ڈالیں۔ اگر یہ انورسا نیچے کی طرف بڑھ رہا ہو تو وہ ریٹھ کی عظمی بافت کو کھانسا ہے، تین شعلی اعصاب کو دبا کر شدید درد پیدا

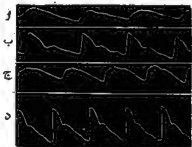
کر دیتا ہے اور ازاں بعد نخاع کو تھلا کر کے پافالچ (paraplegia) پیدا کر دیتا ہے۔ اگرچہ فقرات متکمل ہوتے ہیں تاہم بین تقری غضروف مسلم رہتے ہیں۔ ایسے حالات میں اکثر پیچھے ریڑھ کی ہڈی پر ایک خیر حسنائی دیتا ہے۔ ممکن ہے انورسا جانباً بڑھ جائے ایسی صورت میں وہ شش کو دبا کر پچکا دیتا ہے اور محدود القامہ میت پیدا کر دیتا اور تنفسی خریز کو غائب کر دیتا ہے۔

کعبری نبضوں کی علام

مساوات۔ اگر انورسا لا اسی شریان یا بایں زیر ترقوی شریان لوہائے یا ان میں سے کسی ایک کے مدار کے مقام پر ایک روہننگ عرق کو سدود کر دے تو متناظر نبض نسبت کم دباؤ رکھتی ہے اور اس کی نبض نگاری ترسیم کے اندر ایک ڈھلوان ضرب صاعد پائی جاتی ہے (شکل ۴، ۵، ۶، ۷)۔

علامہ مساوات حذات احد قی (لاتساوی = anisocoria) کو عموماً عصب مشار کی کے ریشوں میں مداخلت ہو جانے کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ کسی بھی جہات

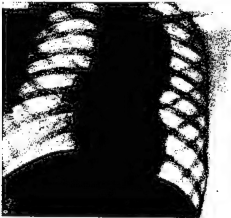
کے انورسا کے ساتھ لاغری، کھانسی، زور لگانے پر یا دودوں کی شکل میں سہر اور درد کا پیدا ہونا عام متلازمات ہیں۔ موت اکثر عضلہ قلب کے متکادم تغیرات سے (جو اکیلی عروق کی صلاحیت کا ثانوی نتیجہ ہیں) واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات وہ ایسے اعضا جیسے کہ مری، قصبۃ الریہ یا شہتہ پر دباؤ پڑنے اور ان کے منجوسی افعال میں مزاحمت ہونے کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے۔ یا شش پر دباؤ پڑنے اور اس میں الہابی اور غوفی اعمال کی وجہ سے



شکل ۴۔ نبض نگاری مساوات۔ ۱۔ ایک مریض میں
انورسا لا اسی شریان کو دبا کر اسی شریان میں کعبری
جدا اسی مریض میں بایں نبض کعبری۔ ج۔ زیر ترقوی عرق
کے پچکاؤ میں نبض کعبری۔ ۵۔ انورسا شریان، جو
طبی ترسیم ظاہر کرتی ہے۔ دباؤ چھ انورس۔



الف۔ اوربلی کا ٹاپکی اینورسٹا۔



ب۔ مرض باکٹریا جس میں واسطہ چوڑا ہو گیا ہے۔ (شعاع نکاشتیں مسٹر
لنڈ سے تاک نئے لی ہیں)

یہ بالآخر سناچہ کے اشتقاق اور نزف کا وقوع یا تو خارجاً جلد کی راہ سے، یا مری یا ناسور یا پھیپھوں کی راہ سے۔

تشخیصیں۔ علامات اور طبی آمارات پر غور و فکر کرنے سے ممکن ہے کہ اورطی انورسا کی تشخیص کا کچھ ایسا ہو۔ لیکن آخری تشخیص ہمیشہ لاشاعوں کے ذریعہ سے کرنی چاہیے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵ الف)۔

ایک انورسا اور وائیں قلب، شریان ریوی یا وریہ اجوف کے درمیان ارتباط کی موجودگی کی تشخیص اکثر مشکل ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ اشتقاق کے وقوع کا وقت بھی ہمیشہ شناخت میں نہیں آسکتا۔ بعض امابتوں میں بہر ذراق اور استقائے مشکلی میں دفعتاً زیادتی ہو جاتی ہے۔ سب سے زیادہ متمیز آمارت وہ مد و جزری خریہ ہے جو انکماش و انبساط دونوں کو حاوی ہوتا ہے، اور اس خریہ سے مشابہ ہوتا ہے جو مفتوح قفۃ شریانی کی مثالوں میں سنا جاتا ہے۔ لیکن یہ نصف سے کم امابتوں میں موجود ہوتا ہے۔

انذار۔ عضلہ قلب کی حالت کا لحاظ کرنا ضروری ہے۔ تمام صدری انورساؤں میں، بشمول عیدہ انورساؤں کے، زندگی کی اوسط مدت ان کے شناخت ہونے کے بعد ڈیڑھ سال اور دو سال کے درمیان ہے۔ لیکن وسطی (median) مدت اس سے بہت کم ہوتی ہے یعنی ۱۲ مہینے۔ بالفاظ دیگر اکثر مریض ۱۲ مہینے کے اندر مر جاتے ہیں، اور اوسط مدت کو وہ مریض بڑھاتے ہیں کہ جن میں زندگی اطالت پذیر ہو جاتی ہے۔ اس بیان کا اطلاق مردوں اور عورتوں پر ہوتا ہے۔ واحد انورسموں کی صورت میں زندہ رہنے کی مدت، عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے، لیکن جب انورسم عیدہ ہوں تو سادہ اس کے برعکس ہوتا ہے (65)۔

علاج۔ سینہ کے انورسا کا علاج عموماً مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۱) آرام و سکون۔ (۲) سختی غذا۔ (۳) واقعات درد اور مسکنات کا استعمال۔ (۴) آئیوڈائیڈ آف پوٹاشیم۔ بعضوں کی رائے ہے کہ مریض کو بستر میں لیٹے ہوئے رہ کر کھلی طور پر آرام لینا چاہئے اور اسے کسی وجہ سے بھی اٹھ کر بیٹھنے یا کھڑے ہونے کی اجازت ہرگز نہ دی جائے۔ لیکن اس طریقہ عمل کی خوبی نہایت مشتبہ ہے، بالخصوص اس لئے کہ بہت سی امابتوں میں بالآخر عضلہ قلب کے تغیرات موت کا باعث بنتے ہیں۔

ہو جاتے ہیں۔ تاہم نہایت زیادہ ورزش سے محترز رہنا بہت اہم ہے۔ ٹفٹنیل (Tufnell) نے جو کئی آرام و سکون کا بڑا حامی تھا، ایسی غذا دینے کی سفارش کی جس میں روزانہ ۱۱ اونس جامدات (۳ اونس گوشت) اور ۱۱ اونس سیال تین وقت کے کھانوں میں تقسیم کر کے دئے جاتے تھے۔ لیکن یہ غذا نہایت صبر آزما ہوتی ہے اور چند ہی مریض اسے لینے پر راضی ہوں گے۔ افیون یا مارفیا عموماً تخفیف درد، غیہ لائے یا بیچینی رفع کرنے کے لئے دیا جاتا ہے، لیکن دوسرے مسکنات بھی کارآمد ہو سکتے ہیں مثلاً برومائیڈ آف پوٹاشیم کلورل پیرالڈی بائیٹ، یا ٹلفوٹل۔ پیلاڈونا کے اساقات یا سردی یا فصد کے ذریعہ آنتوں اساتوں نکالنے سے بھی درد میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم اور سما میں ترویب خون پر خاص اثر رکھتا ہے، کیونکہ اس کے استعمال سے باوجود یکہ غذا میں کوئی تحدید نہ کی گئی ہو، نبضان اور درد میں کمی ہو کر مریض کی حالت میں بہت اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ اسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں روزانہ ۶-۹ یا ۱۰-۱۲ اگر مین تک دینا چاہئے۔ کولٹ (Colt) نے انورسا میں "سار داخل کرنے" کا ایک سادہ طریقہ ایجاد کیا ہے۔ جلد کو عظیم الجتن کرنے کے بعد تاجہ میں ایک قنولچہ اور ایک مینرل داخل کر دیا جاتا ہے۔ اگر خون کا آداوان بہاؤ ہو تو ایک ظرف (container) میں تاروں کا ایک ملا جو اسلٹ قنولچہ کی راہ سے داخل کیا جاتا ہے اور تاجہ میں داخل ہونے کے بعد یہ تار ایک چھتری کی صورت میں مکمل جاتے ہیں اور خون کی تجمید واقع کرتے ہیں۔ تھیوڈور ٹامسن (Theodore Thompson) نے نہایت ہی حیرت انگیز کامیابی کی اطلاع دی ہے، لیکن دو تین امابتوں میں راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ نہایت ہی نمایاں طور پر تمد و پذیر نبضان کے باوجود تاجہ سے بالکل خون نہیں نکلتا۔

شکلی انورسا

امراضیات۔ اس کا معمولی عمل وقوع ڈائفرام اور فوقانی ساراجی شریک کے مبداء کے درمیان ہے اور وہ اکثر محور شکلی (coeliac axis) کے مبداء کو ٹوٹ

کرتا ہے۔ دورانِ بالیدگی میں ممکن ہے کہ وہ مستقل اعتناء سے راضی نہ کرے اور ویریا جوف کو دبا جائے یا غیرت کو متکمل کرے۔ فوقانی ماساریقی کے یا حرقی شریانات کے اندر سائنسہ کم عام ہوتے ہیں اور یہاں اُن پر عام طور پر غور نہیں کیا جائے گا۔

علامات۔ حسب ذیل ہیں :- 'درد' ایک نابض ملکہ کی موجودگی میں پر خیر ہو، اور بعض اوقات دباؤ کی امارات۔ دوسرا شکم کے اندر ہوتا ہے، اکثر شدید اور نوعیت میں دوری یا وجع العصبی (neuralgie) ہوتا ہے، اور کین ران یا پشت کے اندر ہر طرف تشعیر کر سکتا ہے۔ سلسلہ قدرتی طور پر مقام ضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے وہ شریاتی خط میں، غلظ و سلی میں یا قدرے دائیں طرف کو ہوتا ہے۔ وہ گلوچیا یا بیضوی، نابض اور تند و پندیر ہوتا ہے، اور ڈانفرام کے حرکات سے بالکل متاثر نہیں ہوتا یا شاید ہی متاثر ہوتا ہے۔ عموماً اس پر ایک انکماش خیرینا جاسکتا ہے۔ سوائے درد کے دوسرے امارات عام نہیں، کیونکہ مختلف اعضا اس کے تقدم پر آسانی ہٹ جاتے ہیں۔ اور سب عمر کے جس میں مرض کا آغاز ہوتا ہے، مردوں میں ۳۶ سال ہے، اور انورسا کی مدت ۸ اہینے ہے، اور وسطی مدت ۱۲ اہینے۔ موت کا وقوع عموماً پس باریطونی بافت کے اندر یا باریطونی میں یا کھوکھلے احشائوں میں سے کسی ایک حشاء کے اندر تاج کے فشق سے ہوتا ہے۔

تشخیص۔ عورتوں میں شکم کا جس پر طبی اور ملی کا تھننا نہایت عام طور پر محسوس ہوا کرتا ہے، بالخصوص اگر ان کی دیوار شکم کے عضلات کمزور ہوں یا کھوکھلے اسے اکثر غلطی سے شکمی انورسا سمجھ لیتے ہیں۔ شکمی انورسا کو اور ملی کے سامنے واقع ہونے والے سلمات سے بھی میز کرنا چاہئے، بالخصوص سرطان معده (carcinoma of

the stomach) اور نسبت کم عام طور پر مورا کے سرطان سے، جن میں تندرست اور ملی کا تھننا منتقل ہو جاتا ہے۔ اور ملی پر کے سلمات جانتے نہیں پہنچتے، اور اکثر شکل میں ناچھواریا گر یک دار ہوتے ہیں۔ بعض امواتوں میں جب مریض کو آوند حایا پس کے ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل اس طرح رکھا جاتا ہے کہ سلسلہ اور ملی سے دور گر جاتا ہے تو یہ فیضان موقوف ہو جاتا ہے۔ گہرا سانس لینے پر سرطان معده اپنی جگہ سے زیادہ ہٹ جاتا ہے اور انورسا اتنا نہیں ہٹتا۔

علاج۔ یہ انہی اصول پر ہونا چاہئے جو صدری انورسا کے عنوان کے تحت

بتائے گئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات شکمی اور سہا ایک ضاغط (tourniquet) کے ذریعہ قریب یا بعدی انضاط سے یا دوسرے جراحی ذرائع سے علاج پذیر ہوتا ہے۔ شکم شکافی کے دوران میں کولٹ (Colt) کے مارڈائل کئے جاسکتے ہیں۔

اورطی کا پیدائشی تضایق

(congenital coarctation of the aorta)

یہ حالت اس لئے شاذ ہے کہ اس کو شاذ طور پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ اس میں تنہا شریانی کے ساتھ اتصال کے مقام پر اور بائیں زیر تر قوی شریان کے مبداء سے ذرا آگے، اور طلی کی ضیق یا کامل انطکاس ہو جاتا ہے۔ اگر ایسا بچہ زندہ رہے تو اس کے دھڑ اور جوارح زیرین کے دوران خون کو اس طرح مدد ملتی ہے کہ ایک طرف تو زیر تر قوی اور ابعلی شریان کی شاخوں کے درمیان اور دوسری طرف مادی شریان (thoracic arteries) اور شریانی شریان کے درمیان تنعم ہو جاتا ہے۔ تنعم کرنے والی شریانیں خون کی مطلوبہ مقدار لے جانے کے لئے بہت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور بڑی بڑی پیسہ دار نابض عروق بنادیتی ہیں جو بالخصوص عظم الکف کے ظہری کنا لے کے ساتھ ساتھ اور ان کے زاویہ پر نیز دیگر مقامات پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ فشارخون بلند اور قلب نیش پروردہ ہوتا ہے اور یہ خون کو اس تنگ فتحہ کی راہ سے دھکیلتے ہیں۔ اتساع نہیں ہوتا۔ لاشعائیں خلی کناروں پر قس شریانی تنہات کے دباؤ سے پڑے ہوئے اختلالات ظاہر کرتی ہیں لیکن یہ قس پستانی شریاتوں کی وجہ سے عظم القص کے جوانب میں انکماش خرابات ہوں۔ لیکن یہ کہ شکمی اور طلی اور خرقتی اور خذی عروق نبضان سے متراہوں یا آن میں صرف خفیف مانبضان ہوتا ہو جس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ اور طلی کی راہ سے آن میں خون پہنچنے تک خون کی رُو کا زور گھٹ جاتا ہے۔ عضدی اور خذی شریات میں فشارخون کا مختلف ہونا ایک مفید تشخیصی نکتہ ہے۔ یہ نامکن نہیں ہے کہ اس حالت میں رہتے ہوئے سخت عضلی قنحت کی زندگی بسر کی جائے۔ ناگہانی فشل قلب ہونے کا احتمال ہے۔ تشقیص تمام جوان موضوعوں میں کہ جن میں عوام قلب بلند فشارخون ہو، قنحتی شریات کو متنبہ کرنے اور عظام الکف کے گرد تنہات کو تلاش کرنے پر منحصر ہے (61)۔

مرض ریناؤڈ

(RAYNAUD'S DISEASE)

یہ عارضہ جسے پہلے پہل ریناؤڈ نے ۱۸۶۲ء میں جواج کے مقامی اختناق اور تھاکل گنگرین کے نام سے بیان کیا، نسبتاً چھوٹے شرائین عموماً اسبی شرائین کے ایک شخصی مقامی انقباض کے باعث ہوتا ہے جس کی وجہ سے ماؤف حصوں کے دوران کی تھوڑی یا ایقات واقع ہو جاتا ہے۔ اب تک ریناؤڈ کے مرض کا سبب و عاثر کی تشخیص ہی سمجھا گیا تھا اور مشار کی زنجیر کے بعض حصوں کے امتیصال سے اس مرض میں مختلف درجہ کی تخفیف حاصل ہوئی تھی۔ قیاساً ایسا شنج، معانی رکود سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے جو تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے اور آئین ارن کے اثنا عشری انہویہ (Einhorn's duodenal tube) سے آنتوں کی تعمیل کرنے سے علامات دور رکھے جاسکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کہ مزمن قبض کی شکایت رکھنے والے اشخاص اکثر اچھا پاؤ کے ٹھنڈے پڑ جانے کی شکایت کرتے ہیں۔ لیکن اب تازہ شایعات کی جابر دعویٰ کیا جاتا ہے کہ شرائین بلا واسطہ ماؤف ہو جاتے ہیں اور یہ کہ و عاثر کی نظام محض ایک ثانوی حیثیت سے حصہ لیتا ہے (16) اگرچہ اس کے متعلق پھر شبہ کیا جا چکا ہے (70)۔

اسباب۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں بہت زیادہ اکثر وقوع ہوتا ہے اور ابتداً غام طور پر پندرہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان حتیٰ کہ بچپن میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ سرور و اور جذباتی اختلال اس کے اسباب ہوسکتے ہیں۔ بہت سے مریض نازک یا عظیم الدم، عصبی یا شیریلی مزاج رکھنے والے ہوتے ہیں، لیکن بعض ایسے معلوم ہوتے ہیں گویا وہ وقوع مرض سے پہلے تک اچھی صحت میں تھے۔ مرض ریناؤڈ کے ساتھ ہیوگلو بین یوریت (haemoglobinuria)، التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) اور مختلف جلدی ثورات، بالخصوص صلابت جلد (sclerodermia) یا صلابت انگشت (sclerodactylia) پائے گئے ہیں۔ آخر الذکر حالت میں انگلیوں کی جلد موٹی، چکنی اور پھلکا اور ہوجاتی اور بالآخر نہ بول ہوجاتی ہے۔

علامات - دوران حمل میں جو سردی یا جذبات کی وجہ سے یا خود بخود نمودار ہو سکتا ہے، ایک یا زائد انگلیاں سرد، سن اور دردناک ہو جاتی ہیں۔ ان کا رنگ یا تو سپید (مقامی غشیان) یا نیلگوں یا نلی سپید، بنفشی، سلیٹ کے رنگ کا، حتیٰ کہ سیاہ (مقامی اختناق) ہوتا ہے۔ جب انگلیاں نیلی ہوتی ہیں تو انہیں دبانے سے ایک سپید و صبیہ پیدا ہو جاتا ہے جو اپنا سابقہ نیلا رنگ صرف آہستہ آہستہ ہی پھر حاصل کرتا ہے۔ جارحہ کا متعلقہ حصہ اکثر کسی قدر متوجہ ہوا ہوتا ہے اور اس سے اوپر متور سے فاصلہ تک جارحہ میں ایک کبود مرمیہ پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت چند منٹ سے لے کر کئی گھنٹوں تک قائم رہتی ہے۔ شفا یابی کے ساتھ ساتھ مجموعی ناسٹ آؤٹ میں محسوس ہوتی ہے اور کبودی تدریج پہلے قمری اور بالآخر قدرتی گلابی رنگ میں بدل جاتی ہے۔ حمل کی شدت کے دوران میں شریانی رسد تمام تر موقوف ہو جاتی ہے، چنانچہ نیلے رنگ کی کمی بیشی کا انحصار خون کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو عروق شریانیہ اور مجموعی وریدوں میں باقی رہ جاتا ہے۔ مردہ انگلیاں (dead fingers) جو بہت سے طبعی اشخاص میں تکشف (مثلاً دیر تک نہانے) کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں اور بعض اوقات پالا گھاؤ (frost-bite) کی حد تک پہنچ جاتی ہیں مرض ریناؤ کی مثال نہیں ہیں۔

سخت ترین درجہ وہ حالت ہے جسے متشاکل گنگرین (symmetrical gangrene) کہتے ہیں۔ ایک ایسے حملہ کے دوران میں جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، انگلیوں پر مقامی قہمی سیال سے بھرے ہوئے آئینے بن کر پھوٹ جاتے ہیں اور ان کے پھوٹنے کے بعد چھوٹے قرحے رہ جاتے ہیں جو کبودی کے رخ ہو جانے کے بعد مندل ہو جاتے ہیں۔ اس عمل کے کر رہنے پر ممکن ہے کہ ناف حصے پر بہت سے چھوٹے چھوٹے جذبات بن جائیں اور انگلیاں ایک جھری دار چمکا ہوا چمڑے کی جھلی جیسا منظر اختیار کر لیتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے چمکے اتر جائیں اور ناخن جھڑ جائیں۔ دوسری امایوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیاں، آنکھوں یا قیظہ کے بے بغیر سیاہ جھری دار اور گنگرینی ہو جاتی ہیں اور چند ہفتوں کے عرصہ میں جلد کی ایک اوپری تہ حتیٰ کہ زیادہ گہری بافتوں کا کچھ حصہ غشیہ بن کر علیحدہ ہو جاتا

ان شدید امیابتوں میں جو نمایاں ترین علامت موجود ہوتی ہے وہ دوری نوعیت کا شدید درد ہے جو دوسرے جراح میں بھی مشع ہو جاتا ہے۔ قبض تلی اور ضبط پذیر ہو سکتی ہے، لیکن ہمیشہ محسوس ہوتی ہے اور مریض کی عام صحت حیرتناک طور پر کم متاثر ہوتی ہے۔ بائٹوں کی انگلیوں کی طرح پاؤں کی انگلیاں بھی ماؤف ہوتی ہیں اور کبھی کبھی ان سے پہلے ہی ناک اور کان گہود ہو سکتے ہیں لیکن اکثر ان کا اختلاط نہیں ہوتا۔ یہ حیرت انگیز ہے کہ جب قروح مندمل ہو جاتے ہیں تو بہت کم اندام باقی رہ جاتا ہے۔

اس کے محلے ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں اور بعض امیابتوں میں خفیف کمر حملوں کے بعد انگلیاں ایک مستقل سن اور بھری دار حالت میں رہ جاتی ہیں۔

تشخیص۔ شیشوخی گنگرین کی شناخت ان امور سے ہوتی ہے:۔ مریض کی عمر نیز اس میں گنگرین ایک ہی جارجہ اور عموماً جارجہ زیریں کو ماؤف کرتی ہے اس کا مرتقی پذیر ہوتا ہے اور جارجہ کی شریان کی حالت مرض زدہ ہوتی ہے۔ خصوصاً (chilblains) مقامی اعتناق سے سمیقدر مشابہت ظاہر کرتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کی امراضیات بھی شامل ہو۔ اس کا وقوع سردی کے واقع تکشف سے ہوتا ہے۔

انذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا اور علاج سے بہت فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔

مرض ریٹاڈ کا کارگر علاج یہ ہے کہ آنتوں کو مقررہ وقفوں پر جسمانی پیش والے عظیم مالچ کے مدد سے فی مدی محلول کے ۴ تا ۷ پائینٹ سے ایک اٹنا عشری انوب کے ذریعہ سے دھارا جائے جس سے غرض یہ ہے کہ غذائی قنال کے باقیہا کو دھیرے خارج کر دیا جائے۔ متبادلاً ہر صبح کو اسی محلول کے ۴ تا ۷ پائینٹ پی لئے جائیں۔ (پریگ کے) ٹامینیٹک (Tominek) طبیعی مالچ کے اندر ریڈیم کے فوس کے دروں دینی اشاریات کی سفارش کی ہے۔ مقامی تدابیر یہ ہیں:۔ بائٹہ پاؤں کو گرم رکھنا۔ جلنے۔ ٹرک جو مایاتی طریقوں (hydrological methods) جیسے کہ متبادل

گرم اور سرد قطعات کے ساتھ مزوج کی جاسکتی ہے۔ بلند تواتر (high frequency) اور برقی حرارت رسانی (diathermy) - مفید ترین ادویہ آیوڈین اور ورقیہ ہیں۔ موسم سرما میں مریض کو گرم آب و ہوا میں منتقل کر دینا مناسب ہو سکتا ہے۔

التهاب الوريد

(PHLEBITIS)

وریدوں کے التهاب یا التهاب الوريد کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دیواریں دبیں ہو جاتی ہیں اور ان میں خون کے سپید خلیوں کی دررینزش واقع ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ اس کثرت کے ساتھ ہو کہ طبعوں کا حقیقی نتیجہ پیدا ہو جائے۔ وید کے بطن اور نگارہ کا التهاب ظاہر کرنے کے لئے علی الترتیب دروں وریڈی التهاب (endophlebitis) اور گرد وریڈی التهاب (periphlebitis) کی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ گرد وریڈی التهاب وید کے باہر کسی التهابی مرکز کے تماس سے یا تضرب کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ دروں وریڈی التهاب زیادہ اکثر خود وید کے اند خون کی علیقت یا ترویب کے نتیجے کے طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ علیقت یا ترویب مختلف اسباب سے واقع ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو علیقت)۔ ممکن ہے کہ ٹھکا وریڈی دیوار سے جھکا رہے اور ساتھ ہی اس کا تضییع واقع ہو کر وید بالکل مفلوس ہو جائے یا اس کے برعکس ممکن ہے کہ ٹھکے کے اندر راستہ بن کر اس کے اندر سے دوران خون پھر قائم ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں وہ نرم ہو کر ایک ریم نمایع بن جاتا ہے۔ گرد وریڈی التهاب اندر پھیل کر خود علیقت پیدا کر سکتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ وید کے گرد کی بافت میں پھوڑے بن جائیں۔ مهاجر علی وریڈی التهاب (thrombophlebitis migrans) ایک حالت ہے جو کہ حالیہ سالوں میں زیادہ کثرت سے تشخیص کی گئی ہے۔ اس میں جسم کے مختلف حصوں کی اور اشتاد کی وریڈیوں پر حملہ ہوتا ہے۔ غالباً مزرات کسی عرونی مرکز سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ادب کے لئے ملاحظہ ہو 64)۔

علامات۔ التباب الوریڈ میں ماؤف عرق کے عمر میں درد اور الیمیت ہوتی ہے اور اگر کسی اور ری وریڈ کا التباب ہو تو سطح پر بھی کچھ سرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ وریڈ ایک ابھری ہوئی سخت رستی کی طرح محسوس کی جاسکتی ہے اور اس مقامی مرض کے ساتھ کسی قدر عمومی ردّ عمل بھی موجود ہوتا ہے۔ گرد و پیش کی یافت کے سخت ہو جانے، جلد کی سرخی اور اذیمہ اور بالآخر متوج سے پھوڑوں کی تلوین ثابت ہوتی ہے۔ علقہ کے ٹوٹنے پھوٹنے اور اس کے ذرات کے منتقل ہونے کے ثانوی نتائج بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

علاج۔ التباب الوریڈ کا علاج یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو کلی آرام دیا جائے، درد میں کمی کرنے کے لئے گرم کمکادات استعمال کریں یا انگلیسرین اور بیلاڈونا لگائیں اور اگر ضرورت ہو تو اسی غرض کے لئے آمیون کے مرکبات بھی استعمال کریں۔ علقہ کے ٹوٹ کر جبدا ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہئے (ملاحظہ ہو علقیّت اور سدایت)۔ اگر پھوڑے بن جائیں تو شکاف کے ذریعے سے پیپ کو نکالنے کی ضرورت ہوگی۔

علقیّت اور سدایت

(THROMBOSIS AND EMBOLISM)

علقیّت کی اصطلاح کا اطلاق خون کی اس تروییب پر کیا جاتا ہے جو نہ معمول کے اندر (خواہ شرائین میں خواہ وریڈوں میں) یا قلب کے کہنوں میں واقع ہوتی ہے۔ اور خود نکلے کو علقہ کہتے ہیں۔

سدایت سے مراد نکلے کے کسی حصے کا یا کسی دوسری شے دسامات کے ذریعہ طفلیات، شحمی گلوبول (کا دوران خون کے ایک حصے سے دوسرے حصے میں منتقل ہونا اور پھر ایسے عرق میں پہنچنا جو اس کے آگے بڑھنے کے لئے بہت زیادہ تنگ ہوا ہو یاں متروک ہو جاتا ہے۔ سدایت کا وقوع نظامی دوران خون کے محیطہ کو جانے والی شرائین میں نظامی وریڈوں اور پھیپھڑوں کو جانے والی ریوی شریان میں نیز جگر کو جانے والی بالی وریڈ میں ہو سکتا ہے۔ منتقل شدہ ذرے کو سدایت کہتے ہیں۔

قائمرین کی تکوین کی ان حالتوں کے علاوہ جو عموماً تروییب پیدا کرتی ہیں، علیقت کی پیدائش میں دو اور اہم عوامل کارفرما ہوتے ہیں جو یہ ہیں: (۱) خون کی روکی غیر معمولی نسبت رفتاری خواہ گھٹی ہوئی قلبی قوت کی وجہ سے، یا عرق میں مقامی تسد کی وجہ سے، یا خون کی لزوجیت کی زیادتی کی وجہ سے، اور (۲) متعلقہ عرق یا کہنہ کی استریا جھلی کا کوئی ضرب یا اس پر کوئی بے قاعدگی۔ لیکن اس کا اعتراف ضروری ہے کہ اکثر اوقات ساری عوارض (جن میں خود عضویات یا استیاتیات کا حصہ ہو سکتا ہے) اور صحت کی وہ حالتیں جو نفرس میں اور نفاسی حالت (puerperal state) میں موجود ہوتی ہیں، علیقت کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔

چنانچہ ہم دیکھتے ہیں کہ قلب میں خون کی تروییب اس کے بہت بصریوں پر ہوتی ہے، یا اس کے کہنوں کے اندر ہوتی ہے جب کہ یہ تس ہوں یا انتہائی کمزوری کے ساتھ منقبض ہوتے ہوں۔ عروق میں اس کی تروییب اس وقت ہو جاتی ہے جب کہ ان کی دیواریں متضرر ہوں، یا جب وہ عضوی یا گنگرینی اعمال سے متاثر ہوں۔ شراہین میں تروییب بالخصوص اس وقت ہوتی ہے جب کہ ان کی دیواروں میں آشکی یا اتھیرمائی ضربات ہوں، یا وہ انورسانی اقسام میں مبتلا ہوں۔ وریدوں میں تروییب اس وقت ہوتی ہے جب کہ دباؤ کی وجہ سے ان کے خون کی روست پڑ جائے، یا جب کہ مختلف ساری صنعتی اور عدم دھاتی عوارض کے موضوعوں میں خیف ترین مقامی اختلال موجود ہو۔ اس عمل میں پہلا قدم اکثر یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقام متین پر صحیفات دھویہ کا اجتماع ہو جاتا ہے، اور ازاں بعد سپید غلیظ جمع ہوجاتے ہیں یا قائمرین بنتی ہے۔ ایک عرق کے اندر خون کی تروییب کا اثر قدرتی طور پر یہ ہوتا ہے کہ اس میں ایک تسد پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لحاظ سے کہ یہ تروییب شراہین کے اندر ہے یا ورید میں اس تسد کے اثرات جدا گانہ ہوں گے جب رُوب ایک بار بن جاتا ہے تو اس کے اوپر ادنیٰ دوران کرتے والے خون سے قائمرین کے مزید جماؤ حاصل ہوتے رہتے ہیں جن کا نتیجہ ہوتا ہے کہ یہ علاقہ نسبتاً بٹھے اور زیادہ بڑے عروق میں پھیلتا جاتا ہے۔ جب رُوب پہلے پہل بننا ہے تو وہ نرم ہوتا ہے اور وریدوں کو بھردیتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد وہ سبکڑیائے اور اس طرح دوران خون کو از سر نو جاری ہونے دے لیکن رُوب کا اعتقاد ہمیشہ ایسا ہونا نہیں ہوتا۔

علقہ عموماً کسی تھردوں شریان فی التساب (endarteritis) یا دروں وریدی التهاب (endophlebitis) پیدا کر دیتا ہے، عرق کی دیوار کے ساتھ آئس کا انفصام واقع ہو جاتا ہے، اور بالآخر اس جگہ کا تضییع واقع ہو کر عرق کا بحری متقل طور پر مطمئن ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ عفونی خرد عضو سے رو بہ کو توڑ پھوڑ کر ایک ریم نمایان تادیں جس میں جسامت ریم خرد بقیات اور باریک ذراتی ریزے جوتے ہیں۔ قلب اور وریدوں میں علقیات ہونے کا ایک اہم نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رو بہ سے ریزے ٹوٹ کر دوران خون کے دوسرے حصوں میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ پھر وہ سدا ۱۰ بن جاتے ہیں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ نتائج ابتدائی علقہ کے مقام وقوع اور آئس کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ وریدی علقوں سے جو ٹکڑے جدا ہوتے ہیں وہ خون کی رو کے ذریعہ سے وائیں آؤں میں اور وہاں سے دائیں بلیں میں اور شریان ریوی میں پہنچ جاتے ہیں اور اپنی جسامت کے لحاظ سے وہ اس شریان کو یا تو بالکل اس کی اجسامیں یا جرم شش کے اندر سدا ذکر دیتے ہیں۔ قلب کے دائیں جانب میں کے علقات بھی اسی طرح شریان ریوی کی سداویت پیدا کر دیں گے۔ لیکن اور ملی یا مطرانی مصمرات پر کے یا دائیں آؤں کے اندر کے علقات 'دماغ'، 'طحال'، گردوں یا جوارح میں یا اور کسی مقام پر نظامی شریان کی سداویت پیدا کر دیں گے۔

اگر سداویت کے بعد جانب دوران خون فی الفور قائم ہو جائے تو اس کا نتیجہ مدود عرق کے رقبہ کے اندر کی بافت کی موت ہے۔ بافت کے اس طرح متاثر شدہ حصے کو مقعہ (infarct) کہتے ہیں۔ بعض اعضاء مثلاً جگر میں عروق کا نم اتنا کامل ہوتا ہے کہ وہاں مہمات کسی نہیں بنتے۔ لیکن دوسرے اعضاء میں، گو وہاں کچھ مہمات موجود ہوتے ہیں تاہم وہ ایک حصے کے تغذیہ کے لئے کافی نہیں ہوتے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ایک شریان مدود ہو جاتی ہے (جو اس مثال میں معلوم ہے کہ وظیفی منقھائی شریان) تو ایک منمر بن جاتا ہے۔ وہ محسوس اعضاء میں عموماً مخروطی شکل کا ہوتا ہے، لہذا تراش قطع کرنے پر وہ مشکلی یا فاذ شکل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بعد الحات دیکھا جاتا ہے وہ سخت یا نرم ہوتا ہے اور رنگ میں سپید یا زردی یا لائل سپید (سپیل مقعہ = white infarct) یا سیاہی لائل سرخ ہوتا ہے

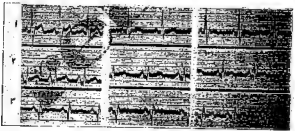
نزفی یا سبخہ (haemorrhagic or red infarct) - سپید منفعہ جو عموماً گردے اور قلب میں پایا جاتا ہے اس میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ تو روئی تغیر ہے۔ بافت اپنی دموی رس سے مترا ہو کر گرد و پیش کی زندہ بافت کا لطف اس میں نفوذ کر جاتا ہے اور اسی میں ترجمہی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ اس کے گرد اگر ویش و نمونیت اور نزف کا ایک تنگ منطقہ پایا جاتا ہے۔ اگر تر و ریب پذیر یا وہ کافی ہو تو منفعہ سخت ہوتا ہے جیسا کہ گردے اور طحال میں دیکھا جاتا ہے۔ اگر وہ نسبت کم وافر ہو تو منفعہ نسبت نرم ہوتا ہے جیسے کہ دماغ میں۔ نزفی منفعہ میں بھی ابتدائی عمل ترویجی تغیر کا ہوتا ہے لیکن اس میں کم ویش کا لطف نزف کا اضافہ ہوتا ہے جو سرخ جیات کے پار جست (diapedesis) کے ذریعہ ہوتا ہے یا تو اس وجہ سے کہ (۱) خاص شریانی شاخ کی مدد دی کے بعد شریانی تنہات تغیری رقبہ کے اندر دوران خون ہونے دینے کے لئے کافی ہوتے ہیں یا اس وجہ سے کہ (۲) جیسا کہ کشش اور آنت میں ہوتا ہے جہاں منفعات ہمیشہ نزفی ہوتے ہیں، ہو کی موجودگی کے باعث شری دیواریں بے بہارا ہوتی ہیں اور جب کلفت تغذیہ کی وجہ سے ان کی استری عملی کے غلیات مردہ ہو جاتے ہیں تو خون ان میں سے اس مطلقا ہے۔ امتداد زمانہ کے ساتھ جب دموی لون جذب ہو جاتے ہیں تو سرخ منفعات سپید ہو جاتے ہیں۔ گردے، قلب اور شکم کے منفعات عموماً سپید قسم کے ہوتے ہیں۔ طحال اور دماغ کے منفعات یا تو سپید یا سرخ ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ منفعات ابتدائی درجوں میں اکثر کثیف و متورم اور بانہوں کی سطح پر ابھرتے ہوئے ہوتے ہیں تاہم بالآخر اگر وہ عفونی نہوں تو وہ سکڑ کر منقبض ہو جاتے ہیں جیسا کہ بالخصوص گردوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عناصر میں شمعی انحطاط واقع ہو کر ان کی جگہ افعالی بافت لے لیتی ہے۔ اگر سداقتی شعیہ علقہ سے آئے یا خبیث التهاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis) سے حاصل ہو تو ممکن ہے کہ اس کے مشمولہ عضویہ منفعات میں عفونی اعمال پیدا کر دیں۔ یہ مرکزیں ریجی ہو کر پھوڑے بنا دیتے ہیں جیسے کہ تھیم الدم میں کشش کے انداز یا کبھی کبھی خبیث التهاب دروں قلبیہ میں دماغ اور گردے میں ہوا کرتے ہیں۔ عفونی سداقتی شریانی دیوار میں سرایت پیدا کر کے بعض اوقات انفرا کے مقام پر شریان کی کمزوری اور اتساع پیدا کر دیتے اور اس طرح سداقتی انفورسما (embolism aneurysm) پیدا

کر دیتے ہیں۔ اگر کسی محلی جیسے (پاؤں، ٹانگ، یا ہاتھ) کی خاص عرق سدود ہو جائے، اور اسے گرد و پیش کی کوئی زندہ باقت تروییب پذیر مائتہ کی رسد نہ پہنچا سکے تو اس کا نتیجہ تروییبی تخیر نہیں ہوتا بلکہ ننگرین ہوتا ہے۔

علقییت اور سدا دیت کی سندرجہ ذیل شکلیں وہ ہیں جو عموماً سشناخت کی جاتی

ہے :-

اکیلی علیقییت (coronary thrombosis)، جو قلب کا وقف الذمی تخیر پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک اولی علیقییت ہو یا سدا دیت کے باعث ہو۔ مریض عمر



شکل ۲۲۔ برقی قلبی ترقیبی تغیرات: اکیلی علیقییت کے (الف) ایک دن (ب) تین دن اور (ج) سات دن بعد، جن سے پہلی تقوید میں (اور کستدر کی کے ساتھ) دوسری تقوید میں) ن۔ موج کا تبدیلیج غائب ہوتا اور (الف) میں ہم برقی فاصلہ (iso-electric interval) مینے ہر اورن موجوں کے درمیان کے معمولی افقی خط کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

اوپر عمر سے زیادہ کا ہوتا ہے۔ بلا کسی ظاہری سبب کے وہ یکایک مینہ یا شرا سبب میں ثابت شدہ درد محسوس کرتا ہے، جو ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کی طرح محیط کے طرف تشع کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مسلسل چند گھنٹوں تک جاری رہے اور اسے بیچن کر دے۔ اس کو تشویش ہوتی ہے، اس کا رنگ شاحب اور کسی قدر ازرق ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی

عنداپسینہ آتا ہے۔ نبض کمزور اور بعض اوقات غیر منظم ہوتی ہے اور خون کا دباؤ کم ہوتا ہے۔ بہر ضروری التوجہ ہوتا ہے اور بعد میں ممکن ہے کہ چین اسٹوکس کا تقاضا ہو جائے کہ یہ قدر تب اور سپید غلیظوں کی کثرت اور اکثر متلی اور تھے ہوتی ہے۔ تار موری نرک، گو یہ ریشہ موجود نہیں ہوتا ہے، تاہم تشنیں کی قطعی طور پر تصدیق کر دیتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم میں نہایت مستمر تغیرات یہ ہوتے ہیں کہ ایک مرتبہ ۱۰ موج ہوتی ہے اور مدت ۱۰۰۰ ملے میں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ (لاحظہ ہو شکل ۴۲)۔ اس درجہ میں نہ تو آئٹل ٹائٹرائٹ (amyl nitrite) سے تخفیف ہوتی ہے نہ ہمیشہ پانچ گریں مار فیاک کے استعمال سے لالہ لکڑ



شکل ۴۲۔ برقی قلبی ترسیم تغیرات اسی مریض سے اکیلے طبیعت کے وقوع کے دو بار آئے اور بارہ منٹوں کے بعد جن سے ظاہر ہے کہ تقوید ۲ اور ۲ میں ۱۰ موج مرتبہ ہو کر طبیعت حالت کے طرف عود کر رہی ہے۔ (دوسری اصابتوں میں ایسے ہی تغیرات صرف تقوید ۲ اور ۳ میں ہوں گے) (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا بیل)۔

کو اس وجہ سے نہیں دینا چاہئے کہ وہ قلب پر بیج اثر رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعد میں یہ پھیپھڑوں کے آؤیما کے ساتھ امتلائی فشل قلب واقع ہو جائے۔ اگرچہ یہ ایک تمثیلی سرگزشت ہے، تاہم اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ اس مرض کا سلسلہ علامات مستمر نہیں۔ ممکن ہے کہ حلقہ غشی کے ساتھ شروع ہو جائے۔ ممکن ہے درود نہ ہو۔ ممکن ہے کہ ناگہانی موت واقع ہو جائے۔ عموماً دروں قلبیہ پر انتقام یافتہ رقبہ سے اندر کی جانب ترویج خون واقع ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ ٹوٹ کر جدا ہو جائے اور کسی دوسری جگہ سداویت پیدا کر دے (35)۔

مکن ہے کہ مریض اس وقت ذبحہ صدر میں مبتلا ہو رہے یا نہیں ہوا، اور اگر وہ شفا یاب ہو جائے تو مکن ہے کہ بعد میں ذبحہ میں مبتلا ہونا شروع کر دے، جس کی وجہ قیاساً ہے کہ قلب کے جو ریشے تندرست باقی رہ جاتے ہیں ان پر زائد از معمول کام کا بار پڑتا ہے۔ مکن ہے کہ مریض گھٹنوں و دونوں، بلکہ ساہلہ سال تک زندہ رہے اور فاعلی کام کرنے کے قابل رہے۔ جان ہنٹر (Jhon Hunter) جسے غالباً پینتالیس سال کی عمر میں اکلین علیقت ہو گئی تھی، بیس سال تک زندہ رہا (36)۔ فوری کلی آرام و سکون اور آکسیجن اس کا علاج ہے۔ آکسیجن کا خیرہ بہت کامیاب ہے اور اس سے درد کو تسکین ہو سکتی ہے۔ ذبحہ اور اس میں تفریقی تشخیص پر بحث کی جا چکی ہے۔

فخذی علیقت (femoral thrombosis) فخذی ورید کی علیقت
سلی ریوی کے آخری درجوں، سرطان، اور دوسرے خستہ کن امراض میں، تپ محرقہ اور انفلوئنزا کے بعد کی نقیبت میں، اور زچگی کے بعد (سید پانی، "white leg") پیدا ہو جاتی ہے۔ شامگ تھوم ہو جاتی ہے، اور ورید کا مسدود ہونا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ موجود رہنے والے التهاب الوریڈ کی وجہ سے عموماً کیتھڈرالمیت بھی ہوتی ہے۔ گاہ بگاہ یہ عارضہ بھی ہوتا ہے کہ تھکے کا ایک حصہ ٹوٹ کر ریوی شریان کی کسی بڑی شاخ میں محفوظ ہو جاتا ہے جس سے موت و فتنہ واقع ہو جاتی ہے۔ تپوں کے بعد کی نقیبت کے دوران میں جواج میں وقوع علیقت کو روکنے کے لئے مریض کی نقل و حرکت کو بہ احتیاط منظم کرنا چاہئے۔ اس کو اس طرح سے لیٹنے کی اجازت نہ دی جائے کہ جس میں وریڈیں آدب جاتی ہوں۔ نرم نکیوں سے سہارا حاصل کیا جاسکتا ہے۔

وندا جی علیقت اور جانبی جوف (lateral sinus) کی علیقت
اندونی گوش یا طلیہ (mastoid) کے غلیوں کے مرن سے پیدا ہو جاتی ہے۔ بیرونی گوش کے تماس کی وجہ سے عفونی عضو یہ اکثر موجود ہوتے ہیں، شدید التهاب الوریڈ شروع ہو جاتا ہے، اور تھکا عفونی ہو جاتا ہے۔ پھر ذوات قلب کے دائیں جانب کے راستے سے ہو کر پیپھٹروں میں پہنچ جاتے ہیں جن میں قیج الدنی خراجات بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات زیادہ عام حالتوں، مثلاً شیرخواروں کے ضمور (marasmus) اور

بالنوں کی اخضریت (chlorosis) اور عدم و میریت کی وجہ سے دوسرے دماغی جو فوں (طولی اور کھنکی) میں بھی علیقت واقع ہو جاتی ہے۔

حوضی (pelvic) وریدوں کی علیقت عورتوں میں حوضی احشاء کے مرض کی وجہ سے اور دونوں صنفوں میں سوزاک کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (نیز ملاحظہ ہو مہاجر علیقی وریدی التهاب)۔

تحتانی ورید اجوف کی علیقت میں یہ لازمی نہیں کہ زندگی ضائع ہو جائے۔ ایک مریض میں جو پچیس برس تک زندہ رہا، کبدی وریدوں کے مدخل کے نیچے سے وریدیں متغیر ہو کر ایک غیر نفوذ پذیر فیٹہ بن گئی تھیں۔ گردوں سے خون کی واپسی کیلئے کے راستے سے اور تطنی اور مجرد (azygos) وریدوں کے راستے سے ہوتی تھی۔ ہیشہ پاؤں اور دیوار شکم کی وریدوں میں بڑی واریت موجود ہوتی ہے اور ساتھ ہی علیقی التهاب الودید (thrombo-phlebitis) برائیسیر (haemorrhoids) اور دوالی ہا قروح کا درجہاں موجود ہوتا ہے۔ سرایت ضربہ اور مرض خبیث انبیاب میں (87)۔ بعض اوقات قلب کے اندر موت سے ذرا پہلے جب کہ دوران خون میں فشل واقع ہو رہا ہو اور اتساع کی حالتوں میں قلب کی دیواروں کے گوشوں میں بڑے ٹھکے بن جاتے ہیں۔ یہ کس عضو کے فعل میں مداخلت کر کے سرعت سے موت واقع کر دیتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ یہ ریوی یا نظامی دوران خون کو سدا دات بہم پہنچا دیں۔ دماغی شریانیں کی سدا دیت اور علیقت کا بیان امراض دماغ کے تحت درج کیا گیا ہے۔

کسی جاسر حد کی بڑی شریان کی سدا دیت زیادہ عام واقعہ نہیں۔ وہ ناگہانی ماورود پیدا کر دیتی ہے جس کے بعد ماؤف یا رحد شش، سرو اور بے طاقت ہو جاتا ہے۔ سدا دیت کے مقام سے نیچے نہیں غیر عموں ہوتی ہے اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ گنگرین ہو جائے۔ طحال اور گردوں میں سدا دیت کا وقوع چنداں عام طور پر شناخت نہیں ہوتا۔ بعض اوقات طحال کی سدا کی وجہ سے بائیں پہلو میں تیز درد ہوتا ہے۔ گردے کی سدا دیت سے دم بولیت اور اکثر اوقات الیو من بولیت بھی پیدا ہو جاتی ہے اور خبیث التهاب دونوں تہذیبیں

اکثر مرکزی سداوی التهاب انگلیہ (focal embolic nephritis) کی حالت موجود ہوتی ہے۔ جاساس تھی (mesenteric) شریان کی سداویت کی اصابتیں واقع ہوتی ہیں جن میں مریض شدید درد شکم اور تہمد میں مبتلا ہو گیا اور اس کے بعد ایک یا دو دنوں میں جھوٹا اور موت واقع ہو گئی۔ اور آنت اور یاریطونی کہنے کے اندر خون پایا گیا ہے۔ اس درید کی علقت کے نتائج بھی بہت حائل ہو سکتے ہیں لیکن اس کے علاوہ زیادہ تدریجاً منویاب ہوتے ہیں۔

جگر کے عروق کی سداویت اور علقت کے اثرات التهاب وریہ البیاب (pylephlebitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ ریوی سداویت اور علقت اور انقسام اور شمی سداویت (fat embolism) کا بیان صفحہ 177 پر درج کیا گیا ہے۔ فوالبید کے ذرات کی سداویت حصص عبیدہ میں تازہ بالیدیں پیدا کر دیتی ہے۔ علاج۔ سداویت کے درمیں مقامی واقع درد ادویہ لگانے سے آرام ہو سکتا ہے۔ اگر کسی جارح کی بڑی شریان مدد ہو گئی ہو تو اس جارح کو نرم روئی کے گالے میں یا مرنن نیالہ (oiled lint) میں لپیٹ دینا چاہئے۔ ریلو برائی (embolotomy) پہلے چند گھنٹوں میں انجام دی جا سکتی ہے یا تھکے کو دست و رزی کے ذریعہ ایک خرد تر شریانی شاخ میں دھکیلا جا سکتا ہے۔

عرقی عصبانی آؤیما

(ANGIO-NEUROTIC OEDEMA)

یہ عارضہ یہ ظاہر و طاحر کی آلہ سے متعلق ہے اور شریانی (urticaria) سے بہت ملتا جلتا ہے۔ لیکن اس کے فزرات قبضہ بڑے ہوتے ہیں۔ جسم کے مختلف حصوں مثلاً چہرہ، چوٹوں، ماتھے یا پاؤں، حلق یا زبان پر محدود المقام اور آم نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ التهابی نہیں ہوتے اور نہ ان کا انحصار جاذبہ (gravity) پر ہوتا ہے۔ ان میں خدو نہیں ہوتا، لیکن ممکن ہے کہ جن چین اور خاکش ہو۔ یہ وقتہ نمودار ہو کر دس چھ یا زائد گھنٹوں تک قائم رہتے ہیں اور بار بار بلکہ روزانہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ جلد کے اوپر چوں

تو یہ بے فرد ہوتے ہیں، لیکن اکثر اوقات حضور کا اذیسا ہلک ثابت ہوا ہے۔ معدی معائی علامات، مثلاً قویخ، تلی، اور تھے، عموماً موجود ہوتے ہیں اور معدی یا معائی غٹائے معافی کے مادہ اذیسا کی طرف منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ یہ مرض اکثر موروثی ہوتا ہے اور ایک ہی خاندان کے اراکین میں دو یا تین پشتوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ دوسرے کی طرح یہ بھی ایک حساسیتی (allergic) مرض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 138) اور ایک غریب پروٹین کی حساسیت پیدا ہونے کی وجہ سے ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ اس خاص پروٹین کو جس کی حساسیت مریض میں پیدا ہو گئی ہے دریافت کر کے اس سے احتراز کیا جائے۔ عفونی مراکز کا استعمال کرنا چاہئے۔ چند مریضوں میں کونین، نائٹرو گلیسرین اور خلاصہ دیتی سے آرام حاصل ہوا ہے۔ ممکن ہے کہ حنجری اذیسا کے لئے ادخال آنیویہ یا قصہ شگافی کی ضرورت پڑے۔ ملروائے (Milroy) کا مرض - یہ دونوں ٹانگوں کا مزمن تیج ہے جو اکثر خاندانی مبادرا کا ہوتا ہے اور اس میں جلد اور زیر جلدی بافتوں کی بیش بخون کارجان ہوتا ہے جس کا منبع نامعلوم ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 Y. Henderson and Johnson .. 1912 *Heart*, 4, p. 69.
- 2 H. Sahli .. 1920 *Schweiz. Med. Wochenschr.*
- 3 { H. Shali .. 1923 *Wien, Arch. f. inn. Med.*, 6, p. 515.
- { H. Shali .. 1923 *Ergeb. d. inn. Med. u. Kindhede.*, 24, p. 73.
- 4 MacIlwain and Campbell .. 1923 *Brit. Med. Journ.* ii, p. 456.
- 5 E. P. Poulton and H. M. Stewart .. 1918 *Lancet*, ii, p. 738.
- 6 Parkinson and Bain .. 1924 *Lancet*, ii, p. 311.
- 7 Poulton and Dowling .. 1921 *Guy's Hosp. Rep.*, 71, p. 253.

- 8 { C. Dukes .. 1921 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 987.
{ Corney .. 1922 *Lancet*, ii., p. 863.
- 9 J. Parkinson and M. Campbell .. 1930 *Quart. Journ. Med.*, 24,
p. 67.
- 10 J. M. H. Campbell and E. P. Poulton .. 1928 Quoted in *Lancet*, ii.,
p. 1281.
- 11 Emanuel .. 1923 *Lancet*, i., p. 591.
- 12 Lewis, Ryffel, Wolf, Cotton & Barcroft .. 1913 *Heart*, 5, p. 45.
- 13 J. A. Calhoun and W. G. Harrison .. 1934 *Arch. Int. Med.*, 53,
p. 911.
- 14 Campbell Hunt and Poulton .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26,
p. 234.
- 15 T. Wardrop Griffith .. 1901 *Brit. Med. Journ.*,
Feb. 2.
- 16 T. Lewis .. 1929 *Heart*, 15, p. 7.
- 17 W. E. Dixon .. 1929 Communication to As-
soc. Phys., Cambridge.
- 317 18 T. Wardrop Griffith .. 1903 *Edin. Med. Journ.*,
p. 105.
- 19 Carey Coombs .. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 16,
p. 309.
- 20 R. T. Grant .. 1931-3 *Heart*, 16, p. 275.
- 21 Newburgh .. 1915 *Amer. Journ. Med. Sci.*,
May.
- 22 C. G. Lambie .. 1926 *Brit. Med. Journ.*, i.,
p. 80.
- 23 Sir W. Osler .. 1908-9 *Quart. Journ. Med.*, 2,
p. 219.
- 24 Sir T. J. Horder .. 1908-9 *Quart. Journ. Med.*, 2,
p. 289.
- 25 Sir Clifford Allbutt .. 1923 *Lancet*, ii., p. 1422.
- 26 T. Wardrop Griffith .. 1915 *Lancet*, Jan. 9.
- 27 W. Evans & C. Hoyle .. 1933 *Lancet*, i., p. 1109.
- 28 Sir James Mackenzie
(Angina Pectoris) .. 1923 *London*.
- 29 Henry Head .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1.
- 30 W. Verdon (Angina
Pectoris) .. 1921 *London*.
- 31 W. W. Payne and E. P. Poulton .. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 17,
p. 53.

- 32 G. Evans .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, Mar. 17, 24 and 31.
- 33 Foster Moore .. 1917 *Quart. Journ. Med.*, 10, p. 29.
- 34 W. Edgecombe .. 1911 *Practitioner*, April p. 515.
- 35 A. G. Gibson .. 1925 *Lancet*, ii., p. 1270.
- 36 J. A. Ryle .. 1928 *Lancet*, i., p. 332.
- 37 Kerr .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1112.
- 38 Bramwell and Hill .. 1922 *Lancet*, i., p. 891.
- 39 Parkes Weber .. 1916 *Quart. Journ. Med.*, 9, p. 289.
- 40 Sampson Handley .. 1922 *Lancet*, ii., p. 173.
- 41 F. R. Fraser, C. F. Harris, R. Hilton and G. C. Linder .. 1928 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 1.
- 42 F. Bach & N. Gray Hill .. 1932 *Lancet*, i., p. 75.
- 43 W. St. Lawrence .. 1920 *Journ. Am. Med. Assoc.*, 75, p. 1035.
- 44 H. J. Starling .. 1923 *Guy's Hosp. Rep.*, 73, p. 388.
- 45 W. Sheldon .. 1930 *Lancet*, ii., p. 394.
- 46 H. F. Swift, Derick & Hitchcock .. 1928 Bath Conference, *Rheumatic Disease*, p. 157.
- 47 M. Campbell and E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, i., p. 61.
- 48 E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, ii., p. 719.
- 49 W. H. Bradley .. 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1635.
- 50 W. R. F. Collis .. 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1632.
- 51 E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, i., p. 339.
- 52 J. F. Carter Braine, W. R. Spurrell, & E. C. Warner .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 473.
- 53 M. Campbell and S. S. Suzman .. 1934 *Am. Heart Journ.*, 9, p. 304.
- 54 C. Bolton .. 1924 *Heart*, 11, p. 343.
- 55 H. A. Treadgold and H. L. Burton .. 1932 *Lancet*, i., p. 277.

- 56 M. Campbell and J. W. 1933 *Guy's Hosp. Rep.*, 83,
Shackle .. p. 168.
- 57 J. Holmes .. 1929 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 739.
- 58 F. Saile .. 1930 *Med. Klin.*, June 20th.
- 59 J. Plesch .. 1932 *Lancet*, i., p. 385.
- 60 E. J. Wayne .. 1933 *Clin. Sci.*, 1, p. 63.
- 61 T. Lewis .. 1931-3 *Heart*, 16, p. 205.
- 62 D. W. Bennett and
W. J. Kerr .. 1931-3 *Heart*, 16, p. 109.
- 63 H. A. Treadgold and
H. L. Burton .. 1932 *Lancet*, i., p. 277.
- 64 S. J. Hartfull and .. 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82,
G. Armitage .. p. 424.
- 65 G. H. Colt .. 1927 *Quart. J. Med.*, 20, p. 331.
- 66 E. D. Telford and .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i.,
J. S. B. Stopford .. p. 173.
- 67 H. A. Treadgold .. 1933 *Lancet*, i., p. 733.
- 68 C. Hoyle .. 1933 *Lancet*, ii., p. 250.
- 69 I. Harris and G. Mc- 1930 *Quart. Journ. Med.*, 23,
Loughlin .. p. 451.
- 70 G. Spurling, F. Jelsina 1932 *Surg. Gyn. and Obstet.*,
and J. B. Rogers .. March.
- 71 R. G. Waller .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, Oct.
.. 11th.
- 72 T. Lewis .. 1931 *Heart*, 16, p. 1.
- 73 Paul D. White .. 1935 *Lancet*, ii., pp. 540, 597.

امراض اعضائے ہضم

امتحان شکم

شکم کا امتحان ان ہی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے جو پیچڑوں اور قلب کی حالتیں کام میں لائے جاتے ہیں یعنی معائنہ، جس قریح اور استماع۔ اور پیشتر مثالوں میں یہی مناسب ہے کہ مریض اضطہاعی وضع میں ہو اور اس کے سر کے نیچے ہمارا لگا ہوا ہو۔

شکم کو بغرض بیان دو آفتی اور دو انتصابی خطوں کے ذریعہ ذوقوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ انتصابی خطوط ہر جانب رباط پوپارٹ کے وسطی نقطہ سے لے کر اوپر کے طرف قلعی حاشیے تک کھینچے جاتے ہیں۔ آفتی خطوط قلعی حاشیے کے زیرین ترین حصوں یعنی ہر جانب کی دسویں قلعی کریموں سے اور حرقہ عروق کے بلند ترین نقطوں کے درمیان عرضی طور پر کھینچے جاتے ہیں۔ وہ خط بات جو ان خطوط کے ذریعہ متعین ہوتے ہیں، اوپر سے نیچے اس طرح گناٹے ملتے ہیں :- وسط میں شراسینی ستری اور خشلی۔ (۲) جانبین ہرقہ قلعی قلعی اور حرقہ قلعی۔ جیسا کہ سینہ میں ہوتا ہے، یہاں بھی کسی ضرورت کا مہج مقام دریافت کرنا ہوتا ہے ایسے حصوں سے پیمائش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو آبسانی شناخت ہو جائیں مثلاً ناف، قلعی خنجر، خلیہ وسطی، عاتہ، مقدم فوقانی حرقہ شوکہ، یا گیارہویں پہلی کی نوک۔

معائنہ = پہلی چیز جسے دیکھا جائے شکم کی جسامت ہے۔ یہ صحت کی حالت میں بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ گیمیاں طور پر بہت بڑی ہو گئی ہوں۔ لیکن اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا یہ کلائی کہوتہ باریطونی میں اجتماع المایع کی وجہ سے (امتساقانہ حرقہ

(ascites =) مایا آنتوں میں گھس گھسنے (تپیل = meteorism, tympanites) کی وجہ سے یا بعد ان یا شرب میں چربی ہونے کی وجہ سے، یا کسی سلسلہ مثلاً میٹریٹ (ovarian cyst) کی موجودگی کی وجہ سے ہے، امتحان کے دوسرے طریقوں کی ضرورت ہوتی ہے بشکم کی کیا اور تشاکل باز کشیدگی فاقہ کشی میں لاغری پیدا کرنے والے امراض میں اور ایسی موت میں دیکھی جاتی ہے جو دماغی امراض مثلاً مدنی التهاب سحالیہ (tuberculous meningitis) اور دونوں مجموعی سلسلہ (intracranial tumour) کی وجہ سے واقع ہوتی ہو۔

معائنہ سے مختلف مقامی کلائنیاں یا آبیمار دیکھے جاسکتے ہیں، جو کہ مختلف اعضا کے سلسلات یا کلائنیوں سے پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً سلسلات جگر، معہ، تہہ کی مثالوں میں متمدہ اصعاء در ریختہ شرب اور مضخم اصعاء جو مدنی التهاب باریطون میں پیدا ہو جاتے ہیں، کلائی، طحال، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) حائلہ رحم، میٹریٹ اور دیگر دواہر اور متمدہ شانہ سے شکم کے بالائی حصے کی مقامی کلائنیاں، جب نیچے کی پیلیوں کو اوپر اور باہر کے طرف ایک جانب دھکیل دیتی، اور اس طرح منطی ناشیہ اور تھیلہ وسطی کے درمیان کے زاویہ کو بڑا کرتی ہیں تو مدہ کا عدم تشاکل پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسا انھوں جگر کے کیسید (hydatid) سرطان اور مچوڑے کی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے۔

جیسا کہ سینہ کے قلع میں پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شکم اور تنفسی حرکات کے تعلق پر غور کرنا بھی اہم ہے۔ زیادہ تمدد سے ڈائفرام کے نزول میں رکاوٹ پیش آتی ہے، اور باریطون کے مادی التهاب سے نزول رک جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان مثالوں میں تنفس تقریباً بالکل صمدی ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں وہ اعضا جو ڈائفرام سے دونوں واسطہ تھیں ہیں یعنی جگر، طحال، معہ اور گروسے، ان کی وضع تو تنفس سے حقیقی طور پر متاثر ہوتی ہے، لیکن وہ اعضا یا سلسلات جو نسبتاً نیچے واقع ہوں، یا جو شکم کی پچھلی دیوار سے ملحق ہوں، اس مسئلہ کے نزول سے نسبتاً بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اور علی کا یا دایمیں ملین کا یا ششکی باز روی میں بڑے ہوئے جگر کا یا نہایت ہی مشاذ طور پر افورسما کا نبضان اور معہ مد سے یا اصعاء کے حرکات دور یہ نظر آسکتے ہیں۔ حرکات دور یہ کا نظراً سکنا شکمی جدران کے پٹیلین اور دوری حرکت کی قوت کے تناسب پر منحصر ہے۔

تجس۔ حالت شکم کے امتحان کے اس طریق کے لئے شکم کی دیواریں جس قدر

مکن ہو ذیلی ہونی چاہئیں۔ اسی واسطے مریض کو منطجی یا نیم منطجی وضع میں ہونا چاہئے اور اس کا سر کسی ہمارے سے بچا ہوا ہو کیونکہ اگر مریض اپنا سر اوپر اٹھائے، مثلاً یہ دیکھنے کے لئے کرکیا ہو رہا ہے، تو شکمی عضلات متعین تر جاتے ہیں۔ شکم کی دیواروں کے ارتعاش میں امداد حاصل کرنے کے لئے بعض اوقات مریض کی ٹانگوں کو قدرے اٹھا دیا جاتا ہے، لیکن انہیں اس وضع میں قائم رکھنے کے لئے مریض کے گھٹنوں کے نیچے ایک تکیہ کا ہمارا لگانے کی ضرورت ہے۔ اگر عضلات شکم کو اٹب طور پر تے ہوئے ہوں، تو مریض کو اندر اور باہر گہری سانس لینے کو کہنا چاہئے اور اس وقت جب کہ ہاتھ شکم پر ہو مریض کو باتوں میں مشغول رکھنا چاہئے یا مریض کو تکیہ پر سے اپنا سر اونچا کرنے کے لئے اور اسے تقریباً ایک منٹ کے لئے اٹھا ہوا رکھنے کے لئے کہنا چاہئے۔ مریض کے ایسا کرنے کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلات تھک جائیں گے، اور اس کے بعد مکن ہے کہ ایک لمحہ کے لئے اس کا شکم امتحان کے لئے ڈیپلاٹ ہو جائے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ شکم کا حق اس وقت کیا جائے جب کہ مریض ایک گرم منخل میں ہو۔ اگر ان ذرائع سے ناکامی ہو اور امتحان کا کرنا اول درجہ کی اہمیت رکھتا ہو تو کسی معدیم جس دوا کا استعمال کرنا چاہئے۔

شکم کا امتحان نہایت نرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہاتھ گرم ہوں اور وہ سطح پر چپے رکھ دئے جائیں، اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے کہ انگلیوں کے سرے وقت شکم کے اندر نہ گرا دوئے جائیں، کیونکہ ایسا کرنے سے عضلات متعین ہو جاتے ہیں اور قابل اعتساب نتائج کا حاصل ہونا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ گہرے تنفس کے دوران میں احشائی کلائیاں یا ٹوبالیدیہ بالخصوص وہ جو شکم کے بالائی حصے میں ہوں شناخت ہو سکتی ہیں حالانکہ دوسرے وقت وہ شاید نظر انداز ہو جائیں۔ شکم کی جانبوں کا امتحان کرتے وقت شاید کوڈ وڈستی طریقہ کے استعمال کو ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے اور وہ یہ ہے کہ ایک ہاتھ کو بائیں سلی کے نیچے، اور دوسرے کو سامنے شکم پر رکھا جائے۔ اگر پہلے ہاتھ کو دوسرے کے طرف دیا جائے جو کہ بے حرکت ہے تو خفیف ترین کلائی یا مزاحمت بھی عموماً محسوس کی جاسکتی ہے۔ مخصوص امایوں میں مریض کو دیکھی مرفقی وضع میں رکھ کر امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ طبی شکم میں ہاتھ کی حرکت کو تمام سمتوں میں بہت کم مزاحمت محسوس آتی ہے۔ محسوس امشاء یعنی جگر، طحال، اور گردے غلی صدر کے بالکل اندر ہوتے ہیں۔ جگر کا بائیں

لختہ جو عرضاً شریف میں واقع ہے، چھوٹے حجم کا 'تپلا' اور نرم ہوتا ہے۔ کھوکھلے اشیا ہاتھ سے آسانی سے دب جاتے ہیں اور اکثر کوئی چیز شناخت میں نہیں آتی سوائے اس کے کہ دسبے اشخاص میں آدھ ملی یا حرقی عروق کا نبضان محسوس ہو سکتا ہے۔

جن کے ذریعہ سے ہم مرض کی حالت میں اعضا کی شکل یا جہات کے تغیرات کو اور سلعات کی موجودگی کو شناخت کر سکتے ہیں اور امراض کے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں:-
 دیوار شکم کی تنیدگی یا ارتخاء کی حالت جو مقامی یا عمومی ہو سکتی ہے۔ مقامی یا عمومی البیت کی موجودگی اس کا اظہار ممکن ہے کہ شکم کو ہاتھ سے چھوتے ہی ہو جائے یا صرف اس وقت ہو جب کہ گہرا دبا جائے۔ شکم میں مختلف قسم کے حرکات محسوس ہو سکتے ہیں، مینے طبی عروق کا یا ایک اور سہا کا یا مرض قلب میں جگر کا نبضان۔ آنتوں کی حرکت دودھ۔ آنتوں میں ہوا کی حرکت (قراقر)۔ ایک قسع مدے میں اس وقت جب کہ اس پر کسی قدر دھت دباؤ ڈالا جائے جبکہ کثیف تر حرکات یا پانی اور جوا کا چھلکنا۔ اور باریطون کی ملہبب سلہاست کی لرزش۔

جن میں آن دو طریقوں کو بھی مشال کرنا چاہئے جن کے ذریعہ استقائے شکمی یعنی کہفہ اربیطون میں ایچ کی موجودگی شناخت کی جاسکتی ہے۔ وہ طریقے یہ ہیں: تقویج اور تغیر ضبعیت (ملاحظہ ہو استقار شکمی)۔

قرع۔ قرع کے ضمن میں ہمیں یہ بالخصوص یاد رکھنا چاہئے کہ کہفہ شکم اوپر کے طرف عظمی صدر کے زیرین حصوں کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے۔ شکم حالت صحت میں ان مشترکہ سطحوں کے صرف اتنے ہی حصے پر لگی ہوتا ہے کہ جتنا آنتوں اور مصلے سے متاثر ہوتا ہے، یعنی آن تمام حصوں پر جو پیلوں سے نیچے واقع ہیں اور بائیں جانب پر قلب کے نیچے کی منسلج کریوں اور پیلوں کے زیرین حصوں پر۔ شکم آن حصوں پر اہتم ہوتا ہے جو جگر اور طحال سے متاثر ہوتے ہیں، یعنی جگر کے لئے دائیں جانب مائے چھٹی پیلی کے بالائی کنارے سے یا پیلوں میں آن حصوں پیلی سے نیچے کی پیلوں پر اور طحال کے لئے بائیں جانب اگلے منجلی خط سے ذرا نیچے کو فوس، دوسریں اور گیارہویں پیلوں پر۔ گنگ اور اہمیت کے اضافی رقبے کھوکھلے احشاء کے اندر گیس کی مقدار میں تغیرات واقع ہونے سے بہت کچھ تبدیل ہو سکتے ہیں اور جگر اور طحال کے اہم رقبے دوران بہت میں نیچے کے طرف اور دوران زفیر میں

اوپر کو ہٹ جاتے ہیں۔ مزید براں معدے اور معاد کے مختلف حصوں کی قرعی آواز کی کیفیت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔

جگر اور طحال کی جسامت کی تبدیلیوں، یا ٹھوس رسولیوں اور دیروں کی موجودگی سے اہمیت کے لئے رقبہ بڑا ہو جائیں گے، اور بالعموم اہمیت کے ساتھ مزاحمت بھی موجود ہوتی ہے جو جس کرسنے پر محسوس ہو سکتی ہے۔ چونکہ ان تبدیل شدہ حالتوں کا حوالہ مختلف اشارے کے امراض کے تحت پیش دیا جائے گا، لہذا یہاں ان کی تفصیل لازمی نہیں۔ قرع سے ہمیں استفادہ شکمی (جو ملاحظہ ہو) کی شناخت کا ایک دوسرا قیمتی طریقہ ملتا ہے۔

استماع۔ التهاب باریطون میں کبھی کبھی جگر پر اور دوسرے مقامات پر فرک کی آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ شکمی انورسٹوں کے ساتھ زیر موجود ہو سکتے ہیں۔ اگر اعوا کے خط پر استماع کیا جائے تو لٹافعی اموری مصرع کی راہ سے معانی مافیہ کے گزرنے کی وجہ سے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ حاد التهاب کی حالت میں یہ حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ جب حاد التهاب زائدہ (acute appendicitis) کا شبہ ہو تو استماع مفید ہو سکتا ہے۔

لاشعاعوں کے ذریعہ امتحان۔ قرعی معدے اور خال خالی کے امتحان کیلئے مریض کو ایک کھانا دیا جاتا ہے اور اس میں کوئی ایسا رنگ ملا ہوا ہوتا ہے جو لاشعاعوں کیلئے غیر شفاف ہوتا ہے، مثلاً بیریم سلفیٹ (barium sulphate) یا البسمہ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا آکسی کلورائیڈ (oxychloride)۔ تفصیلات علی الترتیب اعضا کے بیان کے تحت درج کئے گئے ہیں۔ قولون کے امتحان کے لئے ایک غیر شفاف حقنہ کا استعمال بھی کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے اعضا کا امتحان کرنا جو تو طبیقات دسے کر خدائی خال کو ختمی الامکان غالی کیا جاتا ہے اور شکم کے صفحے لئے جاتے ہیں موافق حالات میں اس طریقہ سے صفراوی عصا کی موجودگی دریافت کی جاسکتی ہے۔ مرادہ کو ظاہر کر دینا گراہم کا طریقہ بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

شکم بینی (coelioscopy)۔ اس طریقہ میں نوکین کے ذریعہ ہم صمیت پیدا کر کے دیوار شکم میں ایک شکاف دیا جاتا ہے۔ کہنہ باریطونی کے اندر جو اور غلی کیاتی ہے اور اس کے مافیہ کو ایک شکم بین (laparoscope) کے ذریعہ دیکھا جاتا ہے۔ یہ طریقہ

خالصاً تشخیصی اغراض کے لئے اس وقت جب کہ ایک استقصائی شکم شکافی نابالغ ہو استعمال کیا جاتا ہے (۱)۔

شکم حاد

(acute abdomen)

بہت سی حاد شکمی حالتوں میں جراحی دست اندازی سے جو موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں ان کے پیش نظر تشخیص کی اہمیت جتنی بھی بیان کی جائے کم ہے۔ اگرچہ مختلف حاد حالتوں کے مزید نشانات بعد میں مختلف امراض کے تحت بیان کئے جائیں گے تاہم مناسب خیال کیا جاتا ہے کہ یہاں مریض کے استمان کے متعلق چند نکات درج کئے جائیں اور ان حالتوں کی ایک فہرست دی جائے جو شکم حاد یا اس سے مشابہ علامات پیدا کر سکتی ہیں۔

سابقہ سرگزشت سے نہ صرف یہ ظاہر ہو جائے گا کہ آیا ایسے ہی حلقے پہلے جوچکے ہیں بلکہ یہ بھی کہ آیا کوئی اشارہ کن علامات جوچکے ہیں مثلاً سورہ معیم کی سرگزشت جو کہ ایک مشقوبہ معدی قرحہ (peptic ulcer) یا حاد التهاب زائده کا پیشرو ہوتا ہے۔ حیض کی سرگزشت اور یرقان، قے الدم، دم بولیت کے سابقہ وقوع کے متعلق دریافت کرنا چاہئے نیز یہ کہ وزن میں کوئی تازہ کمی تو نہیں ہوئی ہے۔ موجودہ حالت کی سرگزشت میں یہ سوالات شامل ہوں گے کہ حملہ کا آغاز حاد طور پر ہوا ہے یا تدریجی طور پر۔ درد کا مقام اور اس کی نوعیت کیا ہے؟ آیا وہ حرکت کر گیا ہے یا کسی خاص سمت میں دوڑتا ہے؟ آیا درد کے ساتھ قے کا کوئی ملازم ہے؟ قے کس نوعیت کی ہے؟ آیا متلی موجود ہے؟ آنسو کی حالت کیسی ہے؟ استمان غذائی نظام کے متعلق ہی نہیں بلکہ مکمل ہونا چاہئے تاکہ اس سے دردوں معدی ضررات مثلاً لمپوری ذات الریہ، التهاب تادمور، اور حاد متلائی فصل قلب، معدی اکیلی عقیقت کے، نزال شلغ کے معدی بحرانات اور گردوں اور بولی خط کے ضررات، یعنی التهاب گردہ و حوض گردہ (pyelonephritis)، التهاب گردہ (peri-nephritis)، حاد التهاب مغز استخوان (osteomyelitis) اور شوک کے مرض پائٹ (pott) اور حتیٰ حالتوں، یعنی یوریا دوسویت (uræmia) ذیابیطی قوما اور قوری قے (cyclical vomiting) کی تشخیص ہو جائے۔ قریح نہایت حاد شکمی علامات

پیدا کر سکتے ہیں، یعنی معائی قولنج، رصاصی قولنج (lead colic) صفراوی قولنج (biliary colic) اور قولنج کلوی (renal colic) جس کے ساتھ آکزلیٹ بولیٹ (oxaluria) بھی شامل ہے۔ اس کے علاوہ عضوی دروں شکمی حالتیں پائی جاتی ہیں، یعنی التهاب زائدہ، مثقوب معدی قرعہ اور کبھی کبھی مثقوب معائی قرعہ۔ حاد معائی قند و خواہ اس کے ساتھ تشخیص ہو یا نہ ہو، حاد التهاب مرادہ (acute cholecystitis) 'التهاب عطفہ (diverticulitis) 'نزفی التهاب لبلبہ، بقی ریوی اور شاموی التهاب باریطون، جل بے محل (ectopic gestation) 'التهاب انبوبہ (salpingitis) اور دوسری امراض النسائی حالتیں، ماساریقی علقیت اور سدادیت، ہینوک کا پری مور (Henoch's purpura) اور دوسرے دروں شکمی نزقات اور تقطیسی اور ملی انورسما (dissecting aortic aneurysm)۔

دوسری مکن حالتیں یہ ہیں:۔ شکمی انفلو منزا، قدون، بالخصوص لٹائنی اور ی ندو کا، حیات مویہ غذائی سیم لیتی، التهاب ورید الباب (pylephlebitis) اور مارینی مالک میں ایبائی زحیر، التهاب جگر اور طیریا۔

التهاب الفم

(STOMATITIS)

منہ کے التهاب یا التهاب الفم (stomatitis) کا وقوع ایک عام نازلی حالت کی حیثیت سے ہوتا ہے جو گالوں کی اندرونی سطح، مسوڑھوں اور لبوں کو متاثر کرتی ہے، اور نسبت زیادہ محدود المقام شکلوں میں اس کا وقوع ملتا ہے (aphthous) تقرق (ulcerative) یا انگری، التهابات الفم کی حیثیت سے ہوتا ہے جو تقریباً بقیدی طور پر خرد عضویوں کے باعث ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ ظاہر ہے کہ بعض خاص حالات خرد عضویوں کے مل کے لئے ضروری ہوتے ہیں، کیونکہ متعدد شخصوں کے دہنوں میں مچی بے شمار خرد عضویہ پائے جاتے ہیں جن میںا نفعات غنیمت، نفعات شحمیہ، ٹارولی (torulae) اور بعض اوقات نفعات ریویہ اور خناق دانی کے حصے شامل ہیں۔

(choroiditis) آسن راسی اریجی سلحہ کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ مردہ دانتوں کو نکال دینا چاہیے۔ لیکن یہی کافی نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس وقت بھی جب کہ دانت تندرست نظر آتا ہو اور اسے نقیب تھپانے سے نہ کوئی درد اور نہ کوئی اہمیت محسوس ہوتی ہو ایک اریجی سلحہ موجود ہو۔ واحد صحیح طریقہ یہی ہے کہ دندانہ شعلہ نگارشیں لی جائیں جن میں جڑوں کے مقام پر صاف فضا کی موجودگی سے اریجی سلحہ کی شناخت آسانی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے جڑ بچائے خود جذب ہو جائے۔ سرایت سے پیدا شدہ ان فضائوں کو بعض تشریحی خصوصیتوں سے تمیز کرنا چاہئے، مثلاً بالائی جڑے میں 'حشکی حفرہ جو کہ مرکزی ثنایا کے راسوں کے درمیان ہے' اور اس سے اوپر انحنی حفرات، 'نکلی مفارہ جو کہ طواحن اور منواکھ کی جڑوں کے قریب ہے۔ زیریں جڑے میں' تحتانی سخی قتال کا خط جو کہ طواحن کے راسوں کے نیچے ہے' اور ذقنی سوراخ جو کہ منواکھ کے نیچے ہے۔

(۲) جو فیزیسی سہیلان میں میں مزمن التهاب ہوتا ہے اور اس کے ساتھ دانتوں کی جڑوں کے گرد کی ہڈی جذب ہو جاتی ہے۔ یہ گردستی خشاکی و بادت کی حیثیت سے شروع ہوتا ہے (جڑوں کے مین گردا گرد کا شفاف رقبہ) اور ممکن ہے سوڑے کے جاشے تک محدود المقام رہے یا تمام جڑ کے گرد پھیل کر عمومی ہو جائے۔ در قہ جافہ (lamina dura) (جو کہ گردستی خشا کے گرد ایک غیر شفاف خط ہے) معدوم ہو جاتا ہے۔ دانتوں کے درمیان جھیں بن جاتی ہیں۔ جب کافرش دانتوں کی جڑوں کے درمیان نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے اور اس کا قہ تنگ ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ غذائی لیے اور پیپ سے بھر جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶)۔ میلیت میں جب قدر کاوٹ ہوگی جوئے خون کی سرایت کا وقوع اسی تناسب سے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جب پیپ کا اخراج آزادانہ ہوتا ہے تو خرد عضویہ نگلے جاسکتے ہیں اور پھر وہ خلف غذائی احتمالات پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن عضویوں کو نگلنے کی نسبت جوئے خون کی سرایت غالباً زیادہ خطرناک ہوتی ہے۔ گوڈریش (Goodrich) اور موزلی (Moseley) کی رائے ہے کہ جو فیزیکی دیسی سیلان اولاً دہن کے نحیف شعریہ (leptothrix) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضویہ نبتات کسمحہ وغیرہ بھی حیشہ پائے جاتے ہیں، اور یہ اس مختلف امراض کا سبب ہوتے ہیں جو جو فیزیکی دیسی سیلان سے ثانوی طور پر پیدا



شکل ۱-۲-۳۔ دانتوں کی شعاع غماشیں جن میں جو فیز طبیعی ہے۔ شیشی خط میں دانتوں کے درمیان با ایک نوک والے شوکے (ٹکا ٹھک Gothic) شوکے اور طبعی اور صحت کی خط میں چینی غلطی کو صحت دیکھنی چاہئیں۔ شکل ۱ میں طبعی معادہ ایک نسبت تمام فضا کے طور پر نظر آ رہا ہے اور اس کا عارضہ خوب واضح ہے۔



شکل ۴-۵-۶۔ جبڑے کی شعاع غماشیں جن میں عامل جو فیزیکی سیلان نظر آتا ہے۔ دانتوں کے درمیان اور گرد کسی قدر جو فیز وقف ہو گیا ہے۔ بائیں کا اکثر حصہ دور کر دیا گیا ہے۔ (ایچ۔ ایم۔ ورکھ کی ملی ہوئی نظروں سے)۔



شکل ۸۔ ۹۔ شعاع خمائیس جو ترقی یافتہ میجر فیزیسیلان ظاہر کرتی ہیں۔ جڑوں کے گرد جو فیزہ تقریباً بالکل آفت ہو گیا ہے۔



شکل ۱۰۔ ۱۱۔ ۱۲۔ شعاع خمائیس جو دانتوں کی جڑوں کے گرد پھیوڑے ظاہر کرتی ہیں۔ یہ صاف فضاؤں کے طور پر نظر آتے ہیں جن میں جزیں بروز کرتی نظر آتی ہیں شکل ۱۲ میں متاثرہ دانت میں ایک بھرت (filling) موجود ہے جو کہ لینی کبھد میں تر گئی ہے۔ بوجہ انجذاب خراجی کبھد میں جڑ کی نوک کا کٹ پڑ جانا بھی ملاحظہ کرنا چاہئے۔ اس شکل میں بڑی اور صاف فضا طبیعی منارہ ہے (ایچ۔ ایم۔ ورٹھ کی لی ہوئی فلموں سے)

ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے عطف التهاب العظم مع زمرہ دانتوں کے اس کے انجذاب کے موجود ہو۔ یا صلابت آفیس التهاب العظم موجود ہو۔ آخر الذکر دانت کے راس پر (جو کہ بعلی بن جاتا ہے) جو فیروزہ کی ہڈی کو معمول کے زیادہ کثیف بنا دیتا ہے (3) عطف التهاب العظم بنتی سبھی سرایت کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے، جو کہ زیادہ تر خون ناپاش قسم کی ہوتی ہے، اور اس کا امتصاص جوئے خون کی راہ سے اس سے زیادہ آسانی سے ہوتا ہے کہ جتنا آسانی سے سن رسی لپٹی سکہ میں ہوتا ہے۔ (2)۔

عقوت دہن کی خصوصیت یہی روک تھام کا یہ طریقہ ہے کہ دانتوں کو بالکل صاف اور نازدار سے پاک رکھا جائے۔ اس کے ساتھ ہی اس امر کی انتہائی احتیاط رکھنی چاہئے کہ برش سے زیادہ سختی کے ساتھ رگڑنے سے سوڑھا غذا ذرا زخمی نہ ہوتا رہے۔ غذا اس کا کافی حیات نہیں ہوتی چاہئیں۔ سن راسی اس کی سلعوں کا علاج یہ ہے کہ دانت نکال دیا جائے، اور زیادہ برش ہوئے جو فیروزہ ریج سیلان کے لئے بھی یہاں بیان درست ہے، کیونکہ اس حالت کا کوئی شافی علاج نہیں ہے۔ دانت کو نکالنے سے چند روز پہلے وہ جلد کا موصوں پر دانت کو کھرچ (scale) کر اور دوسرے طور پر صاف کر لینا مناسب ہے، کیونکہ اس سے عفونی جذب کے رکے کا رجحان ہو گا۔ اس کے علاوہ حتی الامکان تمام خراب باتوں ایک ہی مرتبہ نکال لینا بہتر من ہے (4)۔ تشخیصی علاج یعنی جیبوں کو وقتاً فوقتاً دھو کر صاف کرتے رہنا بھی اختیار کیا جاتا ہے۔

تھامال (thymol) کا آبی محلول ایک مفید محلول دہن ہے، کیونکہ یہ ایک خاص طور پر قوی دافع عفونت دوا ہے۔ تھامال پانی کے امد بہت ہی خفیف حل پذیر ہوتا ہے، چنانچہ صرف اتنی ضرورت ہے کہ پانی کی ایک بوتل میں اس کی دو یا تین قلیں ڈال کر اسے کچھ عرصہ تک رکھا رہنے دیا جائے۔ اگر بیرونی پیش بند ہو تو یہ محلول زیادہ قوی ہو جاتا ہے اور منہ میں ایک ملن کا احساس پیدا کر دیتا ہے، لہذا اسے استعمال سے پہلے ہلکا کر لینا چاہئے۔

نازلتی التهاب الفم (catarrhal stomatitis)

اسباب۔ نازلتی التهاب الفم دوا تو کیمیائی یا میکانی خراش سے پیدا

ہو سکتا ہے، جیسے کہ ترشوں اور قلیویات کے تماس، کثرت شراب نوشی یا ٹوٹے ہوئے یا بوسیدہ
دانتوں کی موجودگی ہے۔ دویم وہ ایسے التهاب سے پیدا ہو سکتا ہے جو ہم پہلو حصوں سے
پھیل آئے، جیسے کہ ناک یا آنٹی بنوم سے۔ سویم بعض سموم کے عمل سے، یعنی پائے، جمت،
اور سنگیاسے۔ اور چہارم بعض عمومی اور بیشتر ساری مالتوں کی وجہ سے، جیسے کہ کھسرا،
چیچک، آتشک، دارالطفر سفید، خونی عدم و مویت وغیرہ سے۔

علامات یہ ہیں:۔ سوڑھوں، لبوں اور گالوں کی اعضاء، مخاطیہ کا ورم اور
زائد سرخی، زبان کا ورم، کثرت رقیق اور تعدی مخاطہ کے افراد کا بڑھ جانا، جو سطح پر ایک عتاد
کی طرح چپک جاتا ہے، اور ہم پہلو لغتانی غد کا ورم۔ چبانے اور نگلنے میں درد ہوتا ہے،
اور ممکن ہے کہ سانس بدبودار ہو۔ بعد کے درجوں میں خراشیدگی اور اوپری قیچ
واقع ہوتا ہے۔

علاج۔ حتی الامکان خراش کے تمام اسباب دور کئے جائیں، اور واقع
عقوننت غسولات کام میں لائے جائیں، جیسے کہ بورک آئینہ (۲ تا ۴ فی صدی)، پوٹاشیم
پیکریت (۳ فی صدی)۔ اور ما بعد درجوں میں نسبت بہت زیادہ قابض محلولات، جیسے
کہ پھشکری (alum) (۵ گرین فی اونس) یا گلیسرین آف ٹینائن (glycerina of tannin)

قلاعی التهاب الفم

(aphthous stomatitis)

یہ بچوں میں ہوا کرتا ہے، بالخصوص پہلے اثنار کے زمانہ کے قرب میں، اور بالغوں
میں اکثر ہوتا ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ سوڑھوں اور زبان پر، اور لبوں اور گالوں کی
اندرونی سطح پر گول رمادی چکیتیاں یا قلاعات بن جاتے ہیں۔ یہ قطر میں ۲ تا ۴ ملی میٹر
اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں، اور اگرچہ آبلوں کی طرح نظر آتے ہیں
لیکن درحقیقت سرخ رنگ کے نیچے ایک فائبرینی ارتشاح ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔
کچھ عرصہ کے بعد سرخ جھڑک گر جاتا ہے، اور چھوٹے رمادی رنگ کے قروح بد جاتے ہیں
جن کے حاشیے تنگ اور سرخ ہوتے ہیں۔ بتلا شدہ بچے بے چین ہوتے ہیں اور

انھیں کیپتھریٹ پر مبنی ہے، رقیق کی خفیف سی زیادتی ہوتی ہے، اور دو دو پیئیں یا چھ پیئیں میں درج ہوتا ہے۔ یہ قروح چند روز میں مندل ہو جاتے ہیں، لیکن بعض مریضوں میں ممکن ہے کہ پھر نمودار ہو جائیں۔ بالٹوں میں قلاعات اتنے بے شمار نہیں ہوتے جتنے کہ بچوں میں۔

علاج۔ دافع عفونت غلولات اور گلیسرین شم بوراکیس (glycerinum boracis) استعمال کئے جاتے ہیں۔ بالٹوں میں نائٹریٹ آف سلفور (nitrate of silver) کے لگانے سے دردنی الفور کم ہو جاتا ہے اور اکثر جلد شفا ہو جاتی ہے۔

گنگرینی التهاب الفم (gangrenous stomatitis)

یہ مرض جسے آکلندا الفم (cancreum oris or noma) بھی کہتے ہیں کمزور بچوں میں ہوتا ہے، یا ایسے بچوں میں جو خراب منجی حالات میں ہوں یا ایسے بچوں میں جو ساری مرض سے محتیا ب ہو رہے ہوں جن میں کھسرا اور تپ محرقہ عام ترین ہوتے ہیں۔ یہ جراثیمی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تغیرات بہت سریع الوقوع ہوتے ہیں۔ گال کی اندرونی سطح پر تھلب کا ایک چھوٹا سا نقطہ پیدا ہو جاتا ہے، اور جلد ہی گال کی ساری دیوار تہ تحت ہو کر مرکز میں سیاہ اور آس پاس سفید ہو جاتی ہے، یہ الفاظ دیگر ایک غشیہ بن جاتا ہے۔ اگر یہ بڑھتا رہے تو کال میں سورج ہو جائے گا، اور اگر یہ لبوں پر ہے تو موڑھا ماؤف ہو کر دانت گر پڑیں گے۔ درد یا تپ بہت کم ہوتی ہے، لیکن بچہ جلد خستہ ہو کر مر جاتا ہے۔

علاج۔ بچہ کو بچانے کا واحد طریقہ یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو فی الفور نائیک ایسڈ سے کٹ کر دیا جائے یا پاؤف سے اس کا استعمال کر دیا جائے۔ علاوہ ان میں بچہ کو غذا اور ریشیات سے بہرہ راز دینا چاہئے۔

قلاع (thrush)

قلاع کمزور اور ناقص نشہ رکھنے والے شیرخواروں میں اور انھیں میں

جنہیں ماتھ سے غذا دیکھائی جاتی ہے، یا جو اسہال میں مبتلا ہوں اور باغلوں میں لاغری پیدا کرنے والے امراض کے آخری درجوں میں مثلاً سیل ریوی (phthisis) 'سرطان' اور تپ محرقہ میں دیکھا جاتا ہے۔ لبوں، گالوں، موڑموں، سناٹوں اور زبان کی غشائے مخاطی پر دودھ جیسی سپید جکیتیاں ہو جاتی ہیں جو شکل میں بے قاعدہ، منتشر یا مجتمع سطح سے قدیمے اور پراکھی ہوتی، اور ایک بار یک سرخ لکیر سے گھری ہوتی ہیں۔ اگر ایک ایسی جکیتی کو چھیل کر نکال دیا جائے تو اس کے نیچے کی غشائے مخاطی شوخ سرخ رنگ کی پائی جاتی ہے، بلکہ اس جگہ کو قند رتھون بہتا ہے اور تھوڑے عرصے کے بعد جکیتی پھر بن جاتی ہے۔ وہ سرخلی جھلکوں جیسی گھلو بچوں اور ایک قطر یعنی بو بیضی فطر (oidium albicans) کے بذروں اور فطری جال (mycelium) پر مشتمل ہوتی ہے کیٹیلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ مدارینہ مالک میں قلاع بہت سی قسموں کے فطر کے باعث ہو سکتا ہے۔ یہ فطر پہلے سرطہ کی درمیانی تہوں میں نمودار ہوتا ہے اور پھر وہاں سے اوپری اور گہری تہوں کے طرف دونوں سمتوں میں پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اس التهاب الفم کا سبب جو اس کے ساتھ ہوا کرتا ہے، فطر کی بالیدگی ہے۔ لیکن وڈگیل (Vogel) نے بیان کیا ہے کہ ورن کے افزائے جو سپید جکیتوں کے نمودار ہونے سے پہلے ترشٹی ہوتے ہیں فطر کے جاؤں میں مدد ہوتے ہیں۔ جن بچوں کو قلاع اور اسہال ہوتا ہے، ان میں اکثر اوقات مبرز کے گرد انسیجات ہوتے ہیں، جس کی بنا پر حرام کا یہ خیال ہے کہ قلاع بچے کے اندر سے گذرنا ہوا نیچے سے نکل گیا ہے، لیکن گوشتیدہ اصابتوں میں قلاع بلعوم اور مری تک پھیل جاسکتا ہے، تاہم وہ استوائی سرطہ سے ڈھکے ہوئے حصوں پر نہیں واقع ہوتا۔ یہ مبرزی طبع یا تو اجمارہ قسیمی (erythema intertrigo) یا پید نشی ناریدہ (congenital syphilide) ہوتا ہے۔ قلاع سے کیتھد مقامی تکلیف اور ننگے یا دودھ پینے میں درد پیدا ہو جاتا ہے، لیکن ان کے علاوہ جو علامات ہوں وہ بالخصوص صحت کی باہق حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علاج۔ مریض کی عام حالت کی اصلاح کرنی چاہئے۔ شیر خواروں میں غذا کو مناسب بنانا اور اسہال کو روکنا چاہئے۔ کھانے کے بعد ہر بار منہ کو ایک نرم کپڑے کے ایک تارہ کرے سے پونچھ کر صاف کر دینا چاہئے اور جکیتوں کو بوریکس (borax) کے محلول (اگر مریض ایک اونس میں) سے چھوڑ دینا چاہئے یا قدرے ٹھیکہ یکن آفتاب بوریکس

(glycerine of borax) منہ کے اندر باقی رہنے دینا چاہئے۔

مری کا تسد

(OBSTRUCTION OF THE OESOPHAGUS)

یہ غذائی نالی کے اس حصے کی اہم ترین امر انضیاتی حالت ہے۔ اس کے اسباب یہ ہیں۔
اجسام غریبہ کا پھنس جانا جیسے کہ مصنوعی دانوں کا۔ واسطی یا لیسٹروں (mediastinal growths) اور نہایت ہی شاذ طور پر صدی انور کے سماؤں کا باہر سے دباؤ ڈالنا۔ خود نالی کی دیواروں میں سرطانی یا دوسرے اسلعات کی بالیدگی۔ اکتال ہجوم سے متغیر ہو جانے کے بعد اس میں جو قروح پیدا ہو جائیں ان کے انقباض سے ضیق پیدا ہو جانا۔ عضلی دیواروں کا فعلی شنج۔ قزاق کا عدم ارتخاء یعنی شنج الغواد (cardio-spasm)۔ عطفے۔ آخری چار حالتوں پر غور و علمدہ ضرور کیا جائے گا۔

مری کا سرطانی سلعہ

(carcinoma of the oesophagus)

یہ عموماً مری عمر میں ہو کرتا ہے اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے یہ بالبد مری کے بالائی ٹکٹ کے نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ اسکے درمیانی اور زیرین ٹکٹ میں واقع ہوتی ہے لیکن قصبۃ الریہہ کی دو شاخوں کے مقابل اور مری کی قزاقی انتہا پر وہ بالخصوص کثیر الوقوع ہوتی ہے۔ مری کا سرطان ہمیشہ اولی ہوتا ہے۔ رفتہ رفتہ وہ اندرونی مری میں ناہموار متغیر سطح پیدا کر دیتا ہے۔ رسولی مری کو جزئی یا کلی طور پر گھیر لیتی ہے اور انتصافاً اسے اناہمہ آنچ تک پہنچاتی ہے۔ مزید برآں یہ اکثر قصبۃ الریہہ یا پیچھے پیچھے کی جڑ کو نافذ کر دیتی یا یاد گرد جزیری اعصاب پر دباؤ ڈالتی ہے۔ واسطی لمفی غدہ بڑے ہو جاتے ہیں اور عام طور پر حقیقی غدہ بھی ابتداء ہی سے بڑے ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی اور نمایاں علامت عسر البلع ہے۔ مریض ٹھوس چیزیں نگلنے میں وقت محسوس کرتا ہے جب کہ وہ سیالات پر آرام آتا رہتا ہے۔ یہ وقت بتدریج زیادہ ہوتی

جاتی ہے اور بالآخر ٹھوس غذا چھوڑ دینی پڑتی ہے۔ صرف مائعات لئے جاسکتے ہیں اور اگر ایک وقت میں ایک منہ بھر سے ذیادہ مانع لینے کی کوشش کی جائے تو وہ واپس نکل آتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ مریض کو اچھو لگ جائے۔ درد عموماً نہیں موجود ہوتا۔ چند مہینوں کے بعد مریض ڈبلا ہونا شروع ہوتا ہے اور اس کی طاقت و توانائی کم ہوتی جاتی ہے۔ یہ علامات عموماً ترقی پذیر ہوتے ہیں لیکن کبھی کبھی رسولی کی سطح پر سے بعض حصوں کے ریزہ ریزہ ہو کر غلیظ ہو جاتے ہیں نتیجہ ہوتا ہے کہ مری کا قطرہ پھر بڑا ہو جاتا ہے اور مریض کی حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی تدارک نہ ہو سکا ہو تو محض خستگی سے ناپسچیدگیوں کے باعث موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس طرح پر بعض مریضوں میں رسولی کے پھیلنے سے قصبۃ الریہ کے ساتھ ارتباط واقع ہو جاتا ہے۔ خدا کے ریزے سانس میں اندر پہلے جاتے ہیں اور عفونی شبی ذات الریہ (septic broncho-pneumonia) شروع ہو جاتا ہے۔ دوسرے مریضوں میں ذیالید کا حملہ براہ راست کوشش پر ہوتا ہے اور گنگرین یا شبی ذات الریہ جس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذات الجنب یا قبیح الصدر بھی موجود ہو مریض کو موت کے گھاٹ اتار دیتا ہے۔ اور بھی دوسروں میں اس وقت جب کہ بالید بالائی ستر پر ہوا باز گرد خجری اعصاب پر دباؤ پڑنے سے ہزار کے عضلات متبیدہ مشلول ہو جاتے ہیں جس سے ممکن ہے کہ اختناق پیدا ہو جائے۔ شاذ امایوں میں ایسا بھی ہوا ہے کہ رسولی نے اودھلی کو کھا کر ہلاکت خیز نرفت پیدا کر دیا۔ بالآخر سرطان کے جلاؤ دوسرے اعضا میں بھی پھیلنا ہو جاتے ہیں بالخصوص جگر اور پیچیدڑوں میں۔ کبھی کبھی یہی موت کا سبب ہوتے ہیں اور اسکا ایک مری کے اندر کی بالید اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ بچنے میں کوئی وقت نہیں پیدا کر سکتی۔

تشخیص۔ پچاس سال سے اوپر کی عمر والے شخص میں تبدیلی بڑھتا ہوا عسر البلع۔ امایوں کی غالب تعداد میں مری کے سرطان سلسلہ کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ عسر البلع کی حالت نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً غذا مری کے اندر تنگی کے مقام سے اوپر ہی ادرائے عرصہ تک پھری رہے کہ اس کی باز رفتی کو مریض یا کوئی غیر ملاحظہ متنبہ علی سے سمجھ لے اور اس طرح ایک مددی مری کی غلط تشخیص ہو جائے۔ مریض اکثر درد خشک لیول جاسکتا ہے جہاں تسد و وقع ہوتا ہے۔



قصبتہ اتریہ کی روشناسی کے مقام پر ایک مریض کی تفتیق کی شعاع جمداشت جو کہ ترچی وضع میں لی گئی ہے۔ بیرم سلینٹ
 کے استلاچہ جو کہ مریض نے نگل لیا ہے وہی کاجالانی مرہم پر محفوظ ہے۔ بیرم کی بائیک سی دھاری شمس صفت کے
 پینڈے سے مری میں نیچے گزرتی دکھائی دیتی ہے۔ بالید کے سبب سے درون کی بے تمام گی چھی طرح دکھائی گئی ہے۔
 بیرم کے سامنے کاسایہ اوٹلی کی محراب ہے۔ (مشر ڈیولونڈ سے لاک کے لئے ہونے مہند سے)

بسمتھ کھلانے کے بعد اگر لاشعاع کا استعمال کیا جائے تو تسدو کی موجودگی کی نہایت آسانی کے ساتھ تصدیق کی جاسکتی ہے، اور اس وقت تسدو کا ٹھیک مقام اور اسکی وسعت بھی بتلائی جاسکتی ہے۔ ان شعاعوں سے یہ بھی ظاہر ہو جائے گا کہ مری کے اندر ہے یا باہر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۷)۔ جب تسدو مری کے اندر واقع ہو تو پھر بھی سرطانی سلسلہ ندبی یا شیمی ضیق، عطاقت، اندوہ کے عدم ارتخاد کے درمیان امتیاز کرنا ضروری ہے۔ مری بلین کے ذریعہ راست معائنہ کرنا چاہئے۔ عدم ارتخاد کی حالت میں مری بہت قسح ہوتی ہے، لیکن رسولی کی صورت میں اتساع زیادہ نہیں ہوتا کیونکہ آخر الذکر حالت میں تسدو زیادہ مادہ طور پر واقع ہوتا ہے۔ ایک بند پولی ٹی جس کے اندر اسے وزنی کرنے کے لئے پارہ بھر دیا گیا ہو مری کے اندر داخل کی جاسکتی ہے (Hurst)۔ رسولی کی حالت میں یہ نہیں گزرے گی، لیکن عدم ارتخاد کی حالت میں عموماً گزر جائے گی۔ بڑے اور سخت عسقی عقد کی موجودگی سے بھی رسولی کی تائید ہوتی ہے۔

انذار۔ یہ یکساں طور پر خراب ہوتا ہے۔ اگر تسدو دور بھی کر دیا جائے تو بھی خیریت رسولی تھوڑے ہی عرصہ میں آگے پھیل کر مہلک ثابت ہوگی۔ مدت حیات عموماً چھ سے بارہ مہینوں تک کی ہوتی ہے۔

علاج۔ اگر ایک چھوٹی جسامت والی شمع گذاری جاسکے تو ہر دوسرے یا تیسرے دن اس کے استعمال سے راستہ کو کچھ عرصہ تک کھلا رکھا جاسکتا ہے۔ لیکن غذا کے لئے راستہ کو کھلا رکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ادخال انبوب اس طریقہ میں جو کہ کریش انیبر (Krishaber) کا ایجاد کردہ ہے کچھ ترسیم کر لی جائے۔ ایک انبوب تضیق کے آر پار گذار کر اسے کئی دن تک یا مستقلاً علی الحال رہنے دیا جاتا ہے اور مریض کو اسکی وساطت سے سیال غذا دی جاتی ہے۔ اگر یہ تدابیر ناقابل عمل ہوں تو تفویذ معللہ (gastrostomy) کے عمل کے ذریعہ معدے کو کھول سکتے ہیں۔ بعض اوقات مری کی بالید پروڈیم کے مقامی استعمال سے عسقی میں تخفیف حاصل کی جاتی ہے یعنی لاشعاع کے استعمال سے اچھے نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

نبدی تضیق

(cicatricial stricture)

اس میں بھی خاص علامت عسر البلع ہے۔ لیکن یہ سرطان ہے اس امر میں مختلف ہوتا ہے کہ یہ ایک خاص درجہ سے ترقی نہیں کرتا، اور اس کے سوا کہ اس کے اوپر کی انبویہ کا اتساع ہوتا ہے، کوئی دوسرا نومی اثر پیدا نہیں کرتا۔ اس اتساع کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ غذا تضیق کے مقام سے اوپر اکثر مجتمع ہو جاتی ہے اور کچھ عرصہ کے بعد واپس نکل آتی ہے۔
تفحیص۔ مری بیچا کے ذریعہ متعین کی جاتی ہے۔

علاج میں کامیابی کا کافی موقع ہوتا ہے بشرطیکہ جس یا پائے کی نلی تضیق کی راہ سے معدے کے اندر داخل کی جا سکے۔ اسے باقاعدگی کے ساتھ دن میں ایک یا دو بار استعمال کرنا چاہئے، اور رفتہ رفتہ زیادہ بڑے بڑے آلات گذارنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ ممکن ہے کہ مائع غذا کی ہمیشہ ضرورت پڑے تا موافق اصابتوں میں تغویہ معدہ کا عملیہ مناسب ہوتا ہے۔

شنجی تضیق

(spasmodic stricture)

درحقیقت یہ ایک بالکل عام حالت ہے، اگرچہ عموماً اس بات کا صحیح اندازہ نہیں کیا جاتا۔ ننگلے میں دقت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی مطلق اور مینہ میں تضیق کا ایک دروازہ احساس (سوزش مینہ) ہوتا ہے۔ یہ شنجی لاشاعوں سے پہچانا جا سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۳۳)۔ ممکن ہے کہ وہ سوزش بعضی علاماتی مخلوط کی ایک خصوصیت ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۳۳) اور اس طرح سے نلی الہوا کے جسم راہ پایا جائے۔ دروغالباً مری کے اتساع کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے جیسا کہ لاشاعی ترکیب سے ظاہر ہے، شنجی مطلق نہیں ہوتا بلکہ غیر شفاف کھانے کا کچھ حصہ تضیق کے پار نکل ہی جاتا ہے۔

علائیہ پلومر ونسن (Plummer-Vinson syndrome)۔ یہ ایک فعلی



الف. مریوی علقہ پریم کھانے کے بعد۔ (شعاع چکاشت لٹڈ سے لاک نئے لی ہے)



ب۔ سوزش میں ترقی طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع چکاشت۔ مری ہوا سے تھوہے اور بالائی اور نیچے

دونوں سراں پر شخ موجود ہے۔ (ڈیپو۔ ڈیپوین W. W. Payne: اور ای۔ پی۔ پوٹن E. P. Pott)

عسر البلیع ہے جو ایسے مریضوں میں ہوتا ہے جن کو ناشائستہ عموماً اور بعض اوقات تشنم الطحال کی شکایت ہوتی ہے۔ ناخن اکثر اوقات چبے جاتے ہیں۔ یہ تقریباً خالصتہ عورتوں میں ہوتا ہے اور اکثر مریض اپنے پورے دانت نکلوا چکے ہوتے ہیں۔ زبان صاف اور سرخ اور بلعوجی دیوار مجلی ہوتی ہے۔ یہ حالت پہلے ہل پرٹرکن (Paterson) اور برون کیلی (Brown Kelly) نے ۱۹۱۹ء میں دریافت کی تھی (۵)۔ تشنم بلعوجی اور مری کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ نکلنے سے متعلق بلعوجی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے ہو یا حلقی بلعوجی عضلہ کے مرتبہ نہ ہو سکنے کی وجہ سے ہو۔ علاج کا مقصد عدم دمویت کو اور شمعوات گذار کر عسر البلیع کو شفا دینا ہے (۶)۔

فواد کا عدم ارتخاؤ

(achalasia of the cardia)

(شبیخ الفواد = cardio-spasm) (عدم دمری = œsophagectasia)

(مری کا خود مختار تھوڑا = idiopathic dilatation of the œsophagus)

دیوار مری کا زیرین ۲ یا ۳ انچ جو اکثر امتحانات بعد المات میں مرنی حالت

میں اور اوپر کی دیوار سے قدرے زیادہ موٹا نظر آتا ہے، فواد کی عضلہ عاصروہ ہے۔

زندگی کے دوران میں فواد اپنے طویل اور مدور ہر دو قسم کے عضلہ ریشوں کے انقباض

سے بند ہوتا ہے۔ ہر دو دی حرکت کی موج کے آگے وہ ڈھیلا پڑ جاتا اور بالآخر پچھلے

مضبوطی کے ساتھ منقبض ہو جاتا ہے اور غالباً اس عمل کے دوران میں معدے کے اندر

قدرے منتشر ہو جاتا ہے (۷)۔ نکلنے کے بعد حرکت دو دی مری کے بالائی سرے سے کثیف

آہستہ آہستہ بڑھتی ہے اگرچہ سیال غذا ایک دم نیچے چلی جاتی ہے۔ چنانچہ قبل اس کے کہ عضلہ

عاصروہ ڈھیلا ہو سیال کا بیشتر حصہ چند ثانیوں تک اس کے اوپر کاربہتا ہے۔

امراضیات۔ فواد کے عدم ارتخاؤ (۱۵، ۱۶) یا شبیخ الفواد کی حالت میں فواد

بند رہتا ہے۔ لیکن جس مضبوطی کے ساتھ وہ بند رہتا ہے وہ مختلف اساتذوں میں مختلف

اوقات پر مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نچر ڈالنے میں وہ مطلق مزاحم نہ ہو یا ممکن ہے

اس کی مزاحمت ایسی ہو کہ اس پر غلبہ نہ حاصل ہو سکے (۸)۔ یہ پایا گیا ہے کہ آوند باخ کا

ضغیرہ جو طولی اور مدور عضلوں کے درمیان واقع ہے، ملہتب ہو جاتا ہے اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں تلف ہو جاتا ہے (۹)۔ ابتدائی درجوں میں مری کے شلول حصے سے اوپر عضلی طبقہ بیش پروردہ ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غذا کا میابی کے ساتھ فواد کے آر پار گذر جاتی ہے اور کوئی علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ بعد میں اتصال مختلف درجہ کی بیش پرورش کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مری کے مخاطی طبقہ میں بھی کچھ مزمن التهاب موجود ہو۔

ضغیرہ اور بلخ غالباً عصب ثانیہ کے لئے ایک بدل چوکی ہے، اور یاد رکھنا چاہئے کہ خرگوش میں عصب ثانیہ کی پیچ کر کے سے فواد مرتبھی ہو جاتا ہے۔ لہذا عدم ارتشاک کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ مری کے زیریں سرے کا شلل ثانیہ ہے جس سے عضلہ عاصرو حرکت دہری کی موجوں کے آگے بند رہتا ہے۔ چونکہ عصب مشارکی کے دہریے جو عضلی ریشوں کو پہنچتے ہیں غالباً صحیح و سالم رہ جاتے۔ اور غالباً عضلہ عاصرو کا انقباض پیدا کرتے ہیں، لہذا یہ عجیب خیز نہیں کہ عموماً ایک حقیقی فواد کی شخ دکھایا جاتا ہے۔

فواد کا عدم ارتشاک تشک کے سبب سے ہو سکتا ہے اور عضلہ فی ضیق (mitral stenosis) میں بھی ہوا ہے، جہاں قیاس ہوتا ہے کہ مسح یا یاں آذین عصب ثانیہ کو دبا دیتا ہے۔ وہ معدی قرحہ اور سرطانی سلعہ کی حالت میں بھی واقع ہوا ہے۔ عموماً اس کا کوئی ظاہر اسبب نہیں پایا جاتا۔

علامات۔ بعض اوقات اس کے مریضوں میں برسوں تک یہ شکایت ہوا کرتی ہے کہ جھلنے کے بعد انھیں حلق میں غذا کے چپک جانے کا احساس ہوتا ہے، شراسیف کے مقام پر حقیقی رد ہوتا ہے غذا باز رو ہو جاتی ہے یا ان کے بیان کے مطابق تھ ہوتی ہے۔ یہ حالت اکثر بتدریج پیدا ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ابتداءً شخی ہو اور وقتاً فوقتاً عود کر آتی ہو۔ کسمتھ (bismuth) کی غذا لینے کے بعد لاشاعی امتحان کیا جائے تو ظاہر ہوتا ہے کہ مری مسح ہو کر ایک ٹکڑا نما جسم بن گئی ہے جس کا زیریں سر انقباض زیادہ چڑا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹ اور ۲۰)۔ ممکن ہے کہ یہ انشاع مری میں سے بھی نکلے جاوے۔ جن تک اصابتوں میں مری کے عریض ترین حصے کا اندرونی محیط ۱۶.۱ سینٹی میٹر دم ہوتا ہے (انج) ناپ تک پہنچ گیا ہے۔



ترچہ مجھے مور پر دیکھنے پر مری کی شجاع کشادہ تھی جس میں مری کے اتساہات اور فراک کا عدم منتہا، بتایا گیا ہے۔ چند سے کا
 تنگ حصہ فراک کے مثل کے مقام پر ہے۔ فخری نمود کے سامنے کا سایہ دایا ڈیڈاں مری۔ اسٹریڈیو لنڈ سے
 ٹاک کے لئے یونے صف ہے)



صفحہ ۱۹ سے امتیاز کرنے کے لئے ایک طبی مری کی شعاع شکاشت لی گئی ہے۔ ایک سرخ کشف منہ پر ہیرم کھانے کے دو تین سیکنڈ بعد کیا گیا اس وقت جبکہ یہی خواد تا مرفی نہیں ہوا تھا کہ ہیرم کو معدہ میں گر جانے سے۔ خواد کا دو ہر مایہ یعنی چوند سے پر ہیرم کی تنگ مصاری اس لئے ہے کہ دوران کشف میں خواد کا مقام ہیرم عمود کے وزن سے بدل گیا تھا۔ (ڈیلیو۔ ڈیلیوین اور ای۔ پی۔ پرنٹن)

علاج۔ بعض اصابتیں جہلک ثابت ہوئی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں مریضوں نے اس وقت کا ارتعاش غذا سے، یا عموماً غذا کو نہایت احتیاط کے ساتھ چبانے سے کیا۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ سیال اتنا جب مری کے طول کے برابر پہنچ جائے تو وہ سیال سکونی دباؤ کے زور سے عضلہ عامرہ کے آر پار اچار استہ نکال لیتا ہے جس سے اس کا لیول کوئی قدر گر جاتا ہے اور اس طرح کچھ غذا پہنچ جاتی ہے۔ بعض اصابتوں کا تدارک زیادہ متعدی کے ساتھ اس طرح کیا گیا ہے کہ ایک پارے سے بھری ہوئی زبر کی نلی ہر کھاتے سے پہلے معدے میں داخل کر دی گئی ہے، یا ایک انبوہ فزی کو معدے میں داخل کر کے اور سارے وقت علی مالہ رکھ کر مریض کو چار دن تک غذا دی گئی ہے۔ غیر العلاج اصابتوں میں شکم کی راہ سے معدے کو کھول کر عضلہ عامرہ کا اتساع عمل میں لایا جاتا ہے۔

عطف

(diverticula)

مری کی دیواروں میں جیبیں (pouches) پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی تقسیم (۱) فشاری عطفوں (pressure diverticula) اور (۲) جستی عطفوں (traction diverticula) میں کی جاتی ہے۔

۱۔ فشاری عطف، اجسام غریبہ کے مغز و نہ ہو جانے سے، یا دوسرے مقامی تضر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بظاہر عضلہ طبقت مزور ہو جاتا ہے، اور مخاطی اور تحت المخاطی طبقات عضلی ریشوں کے درمیان سے باہر ابھر جاتے ہیں، چنانچہ عضلی ریشے عطف کی پوشش میں حصہ نہیں لیتے۔ جب ایک بار ایسا ہو جائے تو اس ناچ کے اندر غذا جمع ہو جاتی ہے، اور یہ تھیلی بستر ریح بڑی ہو جاتی ہے یہاں تک کہ یہ ۳ یا ۴ انچ کے قطر تک پہنچ جاتی ہے۔ ۲۔ جستی عطف، جو عموماً کوئی علامتیں نہیں پیدا کرتے، پاس کے حصوں سے مری کے چپک جانے کی وجہ سے نمودار ہو جاتے ہیں مثلاً متعلقہ یا مدنی شعبی غد کی دساعت سے جس سے طبقات قیف ناموسرہ میں باہر پہنچ آتے ہیں۔ عطفوں کی شکل عموماً نیم کروی ہوتی ہے وہ پیچھے، بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر نہایت عام ہوتے ہیں، جب کہ وہ گردن کے دونوں طرف یا بعض اوقات

صرف بائیں طرف ہی بروز کرتے ہیں۔ اس کے بعد دوسری عام ترین جلد مری کے زیریں
پیرے کے قریب ہے (۱) (صفحہ ۲۳ الف)۔

علامات یہ ہیں:۔ عسر البلع، غذا کی بازروی جس کے ساتھ اکثر اچھو لگ جاتا
ہے یا کھانسی ہوتی ہے، اور ناچ کے اندر غذا کی تحلیل سے سانس میں بدبو آتا۔ غذا
اتنی جمع ہو سکتی ہے کہ مری بالکل مدود ہو جائے۔ عطفوں کی تشغیص، پیریم پگٹنے کے بعد
لاشعاعوں کے ذریعہ سے کی جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸ الف، اور ۲۳ الف) اور مری
زین سے بھی ہو سکتی ہے۔

عللج - غلبہ کر کے جب کا استیصال کر سکتے ہیں۔ خیف احصا توں میں منہ بھر کر
پانی اندر لے کر اور ازاں بعد اس پانی کو بذریعہ بازروی باہر نکال کر جب کو باقاعدگی
کے ساتھ دینا ممکن ہے۔

معدے کا امتحان

معدے کی وضع، مریض کی وضع کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ انتصابی وضع میں معدہ
کا فوادی سرِ اعظمی صدر کے اندر واقع ہوتا ہے، اور اس کا حجم اور ثواب شکم کے اندر بڑھتا
ہے۔ آفتی وضع میں معدہ اور بھی پیچھے گر کر پیلوں کے نیچے چلا جاتا ہے، اور شراہیف
میں اس کا صرف توانی حصہ رہتا ہے۔ معدے کے اندر عیشہ کی قدر ہو اور جو رتی ہو
اور اس کی شناخت کا ذریعہ وہ کامل قلبی آواز ہے جو سامنے بائیں صدر کے
زیریں حصے کا قزع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ رقبہ اوپر پیش قلبی اہمیت سے
اور پیچھے طحالی اہمیت اور ریوی لنگ سے محدود ہوتا ہے۔ معدے کے قزع سے
جو آواز حاصل ہوتی ہے اسے اس آواز سے تمیز نہیں کیا جاسکتا جو آنتوں کے اندر
کی ہوا کے سبب سے ہوتی ہے، لہذا معدے کا خاکہ دریافت کرنے کے لئے یہ طریقہ
کسی کام کا نہیں۔ معدہ کے متعلق حیرت انگیز امر یہ ہے کہ اس کی جسامت اور وضع میں
بہت بڑے اختلافات واقع ہو سکتے ہیں مگر جن سے غذا کی تغیر پذیر مقداروں کے لئے
گنجائش نکلتی ہے۔ دوسرے احشاء کی طرح معدے میں طولی اور مدور عضلی ریشوں کی

ایک نظام موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے علاوہ اس میں ترچھے ریشوں کا ایک اندرونی نظام بھی ہوتا ہے جو مری کے مدور ریشوں سے نکل کر نیچے کے طرف معدے کے انحنائے سفیر کے برابر چلے جاتے ہیں اور اگلی اور پچھلی سطحوں پر ایک پکھلے کی طرح پھیل جاتے ہیں۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ اس نظام کا تعلق انحنائے کبیر کے نیچے کے طرف ہونے والی اس حرکت سے ہے جو معدے کی پُری کے ساتھ ساتھ ہوتے نکلتی ہے۔

معدے کا لاشعاعوں سے امتحان

اس کی وساطت سے معدے کی شکل، جماعت، اور حرکت پذیری کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہے۔ مریض کو ذیلے یا دودھ روئی کی غذا دی جاتی ہے، جس میں ہستہ کے ایک جامد المیہ کے ۲ اونس جو بہتر ہے کہ کسی کلورائیڈ ہو یا بیریم سلفیٹ کے ۴ اونس شامل ہوتے ہیں۔ پھر شامیں استعمال کی جاتی ہیں اور اس سیاہ سے جو کہ پردہ پر مشمولہ لاشعاع المیہ کی وجہ سے گرتا ہے۔ معدے کی وضع اور جماعت ظاہر ہو جاتی ہے۔ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ معدہ ایک انتصابی حصے اور ایک افقی حصے پر مشتمل ہوتا ہے، جن کو ایک صغیر پر ایک نرا وقتی ٹکڑا جدا کرتا ہے۔ فمہ فوادیہ کے لیول پر ایک خیالی افقی خط، انتصابی حصہ کو دو میں تقسیم کرتا ہے۔ اوپر کے حصے کو جس میں عموماً ہوا موجود ہوتی ہے، قعر اور نیچے کے حصے کو جسم کہتے ہیں۔ افقی حصہ بوابی دھلیز اور بوابی قنال پر مشتمل ہوتا ہے۔ انشاعشری کا پہلا حصہ معدے کے فعل کے انشامیں کیوئس (chyme) کو وصول کرتا اور کچھ مدت تک باقی رکھتا ہے، چنانچہ لاشعاعوں کے تحت وہ بھی معدے کی طرح ایک سیاہ سایہ ظاہر کرتا ہے، جس کی شکل اکثر مثلثی ہوتی ہے اور جس کا قاعدہ بواب کی طرف ہوتا ہے۔ اس حصے کو اثنا عشری کلا (duodenal cap) کہتے ہیں اور اس میں اندر معدے میں غلغلیہ واقع کرنے والی بواب کی شفاف لکیر ہے۔ اس شفاف لکیر کے وسط میں قافرت بوابی قنال دکھائی دیتی ہے، جو کیوئس کی اس مقدار کے لحاظ سے جو اس کے اندر سے گزر رہی ہو نسبتاً چوڑی یا تنگ نظر آتی ہے۔ عضلی انقباض کی دودی الحركت مومیں جو جسم مندہ سے بواب تک واقع ہوتی ہیں اور ان کے ہمراہ وہ تغیرات بھی جو کہ جسم مندہ اور بوابی دھلیز کی شکل میں واقع ہوتے ہیں لاشعاعوں سے شناخت ہوتا ہیں

انتصابی وضعوں میں طبی معدے کی اوسط وضع ایسی ہوتی ہے کہ اس خنکے کبر تر خفی عرفوں (یا ناف) سے بالکل نیچے ہوتا ہے اور اس خنکے صغیر اس سے اوپر کہ تاہم تندرستی کی حالت سے متجاوز نہ ہوئے بغیر معدے کی وضع میں وسیع اختلافات ہو سکتے ہیں۔ معدہ لمبا ہو کر نیچے بہت دور تک پہنچ سکتا ہے اور اسے بعض اوقات گرا ہوا معدہ (dropped stomach) کہتے ہیں جو عموماً زین قلعشی (hypotonic) بھی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۱ نیز صفحہ 340 پر شکل ۴۸)۔ یا ممکن ہے کہ وہ حرقعی عرفوں سے بالکل اوپر مڑاؤ اس صورت میں اسے بلش قلعشی (hypertonic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲)۔

افتی وضع میں جب کہ مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوا ہو، معدہ پیچھے گر کر ڈائفرام کے نیچے چلا جاتا ہے اور اس طرح انتصابی وضع کے نسبت وہ اس وضع میں زیادہ بلند واقع ہوتا ہے۔ عمود الفقرات اکثر معدہ کو دو میں تقسیم کر دیتا ہے۔ یہ مشاہدہ میں آیا ہے کہ جذبہ کی وجہ سے، یا بیہوشی کے دورہ سے ذرا پہلے یا سستی پیدا کرنے والی (مثلاً مینگ کی) بو کے بعد انتصابی وضع میں دیکھنے پر ممکن ہے معدہ کئی انچ گرا ہوا نظر آئے۔ اس کے برعکس جب مومنوع کی بھوک تیز ہو جاتی ہے تو معدہ پیش منشی ہونے کا رجحان رکھتا ہے (۱۱)۔ معدے کی اوسط وضع ہر شخص کی جسمانی ساخت پر منحصر ہوتی ہے۔ جب جسم چوڑا اور چھوٹا ہو، یعنی جب سینہ کا گھیر جمانی طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر زیادہ ہو تو معدے کی وضع اونچی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472) اور اس کے برعکس جب سینہ کا گھیر صدر کے طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر کم ہو تو معدے کی وضع نیچی ہوتی ہے۔ بلند معدہ کی حالت عموماً معدی دس کی بڑھی ہوئی ترشگی کا تلازمہ پایا جاتا ہے (۱۲)۔ ایک ہی خاندان کے افراد معدے کے تغلی کی مدت اور امتحانی غذائی منشی کی قسم میں باہم مماثلت ظاہر کرتے ہیں۔

معدے کا کوئی لاشاعی استھان مکمل نہیں ہوتا، آموستیک معدے کے تغلی کی شرح دریافت نہ کی جائے۔ غذا اکلنے کے دو یاڑ اور آٹھ گھنٹے کے بعد مریض کا استھان کیا جاتا ہے یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا اب بھی معدے میں کوئی سبب باقی رہ گیا ہے۔ معمولی طور پر معدہ چار گھنٹوں میں خالی ہوتا ہے۔ چھوٹا پیش منشی معدہ اکثر دو گھنٹوں میں خالی ہو جاتا ہے۔ اگر آٹھ گھنٹے کے بعد بھی معدے کے بیشتر باقیہ موجود ہیں تو یہ بولانی ضیق (pyloric stenosis) کی ولالت ہے۔ دیکھا جائے گا کہ یہ اوقات ان اوقات کو

کیفیت پر زیادہ ہیں جو کسری استھانی غذائی طریقہ کے ذریعہ حاصل ہوتے ہیں۔

معدے کے مافیہ کا امتحان

تجسّ کے امتحان سے اور دوران ہضم میں معدے کے اندر سے مصنوعی طور پر نکالے ہوئے اُمّات کے امتحان سے ہم یہ جاننے کی کوشش کرتے ہیں کہ مرض کی مختلف اقسام میں اور خاص کر ہضم کے مزمن فسادات میں ترشوں (پپسین (pepsine) یا معدے کی حرکی قوتوں کی قلت کیسے حاصل ہوتی ہے۔

تجسّ۔ اگر مریض کو استغفرغ جو جائے تو مائع کی مقدار رنگ و بو اور قوام کو نو کرنا چاہئے۔ حال یہاں لی ہوئی چیزیں (مثلاً طیران پذیر روغن یا اکمل) بویں ترمیم کر دیتی ہیں۔ بلع بے رنگ یا مختلف درجہ کے بھورے رنگ کا یا صفر کے لون سے زرد یا سبز یا خون سے گلابی یا سرخ رنگ کا ہو سکتا ہے۔ خون معدی اس کے تھام سے اکثر تبدیل ہو جاتا ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر سیاہ بھورا اور غیر شفاف ہو جاتا ہے، اور دوسرا قہوہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ قوام میں تجسّ پانی جیسی یا مخاط کی وجہ سے کم و بیش لچ ہوتی ہے یا وہ کف دار ہوتی ہے۔ نیم ہضم شدہ یا نا ہضم شدہ غذا کی موجودگی کو دیکھنا چاہئے۔

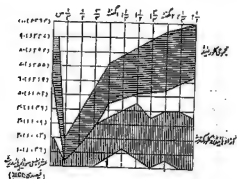
خود بین سے دیکھنے پر حیوانی اور نباتی یا قہیں شناخت ہو سکتی ہیں جیسے کہ عضلی ریشے، سیلوکوس، نشاستہ کے ذرات، روغن کے قطرے، خون کے سرخ جسامات، سپرڈیٹ اور کثیر التعداد خرد عضویہ بالخصوص ٹاڈولی (torulae) اور ذبقات حزمیہ (sarcinae) اور بعض اوقات عیسے آپریوٹاس (Oppler Boas bacilli)۔ کیسیائی امتحان کے لیے تجسّ سیال کو باریک ٹل میں سے چھانا جائے اور ان کاشفات کے ذریعہ سے جوابی بیان کئے جائیں گے جیسے نمونے معدے کا امتحان کیا جائے۔

امتحانی غذا۔ معدے کے افعال ایک امتحانی غذا دینے سے اس سے زیادہ صحیح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں کہ تجسّ قہے کا امتحان کرنے سے۔ اس کے دو طریقے متعمل ہیں:-
(۱) آیوٹسٹ کا امتحانی ناشتا پہلے معدے کو دھو ڈالتے ہیں، ماغذا جو ۲ یا ۱/۲ اونس روٹی یا ٹوسٹ (toast) اور ۲ اونس ٹکی چائے پر مشتمل ہوتی ہے صبح کے وقت خالی پیٹ

دیجاتی ہے۔ ایک گھنٹہ کے وقفہ کے بعد معدے کے مافیہ کو نکال کر ان کی تھپڑ کر لی جاتی ہے۔ مقطر شدہ حصہ کے دو نمونے لئے جاتے ہیں اور انھیں بذریعہ بخیر خشک کر کے اور AgNO_3 کاربونیٹ ملا کر اور بغیر ملائے ان کی ترمید کی جاتی ہے۔ اس سے مجموعی کلورین کا اور اس کلورین کا جو فلزی کلورائیڈ کے طور پر مزوج ہے، ارتکاز حاصل ہو جاتا ہے۔ پھر AgNO_3 (سلوڈ نائٹریٹ) استعمال کر کے۔ وول ہارڈی معایتیں (Volhard titrations) عمل میں لائی جاتی ہیں۔ مجموعی کلورین اور فلزی کلورین کے درمیان جو فرق پایا جاتا ہے اس سے "خالص ہائیڈروکلورک ایسڈ" کی مقدار معلوم ہو جاتی ہے، یعنی اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو آزاد ہے اور اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو پروٹین کے ساتھ مزوج ہے۔

(۲) کسری امتحانی غذا (Fractional test meal)۔ صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے ایک چھوٹے سوراخ والی زبرکائی جس کے سرے میں چھید ہوں، معدے کے اندر داخل کی جاتی ہے، اور ایک پچکاری کے ذریعہ سے معدے کے مافیہ (مکونی برن) = "resting juice" نکال لئے جاتے ہیں۔ پھر حسب ذیل غذائی جاتی ہے:۔ ناشتہ کی جے کا آٹا ڈوڈیل اسپون (یعنی بقدر اونس) ایک کوادٹ (چم گیالن) پانی کے ساتھ یہاں تک، آٹا ڈوڈا کہ اس کا حجم ایک پنٹ رہ گیا ہو اور پھر اسے ٹل میں سے چھان لیا گیا ہو۔ ہر پانچ گھنٹے کے بعد معدی مافیہ کے تقریباً دس دس سی سی کے نمونے باہر نکال لئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ معدہ خالی ہو جائے۔ مضافاً صفراء خون، فٹ اسٹاؤ ڈیکسٹروزی موجودگی نوٹ کی جاتی ہے۔ عشر الطبعی سوڈیم ہائیڈریٹ کے ذریعہ ان نمونوں کا معائنہ اس طرح کی جاتی ہے کہ اس کے لئے ڈائی میتھل (dimethyl) کو بطور نمائندہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ معائنہ باری رکھی جاتی ہے یہاں تک کہ اس نمونہ کو فینال تھالین بھی قلعوی ظاہر کرے پہلی معائنہ سے آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ ("free HCl") معلوم ہوتا ہے۔ اور قلعی کی وہ مقدار جو فینال تھالین کو متغیر کرنے کے لئے دیکار ہوتی ہے، مجموعی ترشگی ("total acidity") ظاہر کرتی ہے۔ مجموعی ترشگی اور آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ کے درمیان جو فرق حاصل ہوتا ہے وہ خاصہ ستمر ہوتا ہے۔ اگر دوسرے ترشے جیسے کہ لیکٹک ایسڈ، موجود ہوں تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ ہو جائے۔ مجموعی کلورین کی تعیین یوں کی جاتی ہے:۔ ۵۰ یا ایک سی سی مافیہ میں عشر الطبعی سلوڈ نائٹریٹ

(0.1N AgNO₃) اور ایک سی سی مرکب ٹائٹریک ایٹڈ (conc. HNO₃) ملا دیں۔ اس آمیزہ کو گرم کریں تاکہ اگر بیروٹین موجود ہو تو وہ مرقد ہو جائے۔ اب ایک سی سی مکمل آمیزہ کریں۔ الکھلی عشر الطبعی پوٹاشیم سلفو سائینٹ (0.1N KSCN) کے ذریعہ زائد پلوٹ ٹائٹریٹ کی معاشرت کریں اور اس کے لئے آئرن آئیم (iron alum) کا ایک قطرہ نمایندہ کے طور پر استعمال کریں۔ (یہ ایک ترمیم شدہ ڈول ٹارڈی معاشرت ہے)۔



شکل ۴۴۔ پیمائش دار تپہ۔ فی صدی ٹیسٹی طلبا میں آزاد ہائڈروکلورک
وینٹ (HCl) اور مجموعی کلورین (Cl) کی حدود کا نشان ظاہر کرتے ہیں (14)۔
نن۔ سکونی رس۔

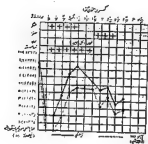
کوئی کھانا آٹے بغیر، گرم ٹائین (histamine) کا شراب کرنا اور اس کے بعد
صدی ماقہہ کا امتحان کرنا حال ہی میں رائج ہو ہے۔ ایک الکھلی امتحانی غذا (۰.۵ سی سی
فی صدی الکھلی) کے بھی استعمال کی جاتی ہے۔ الکھلی میں ایک سی سی فیٹال تسمین لائی جاتی
ہے تاکہ تغلی کی مدت تانی جائے۔

آزاد ہائڈروکلورک ایٹڈ اور مجموعی کلورین دونوں کھاتے کے شروع ہی سے

بڑھنے لگتے ہیں لیکن ازاں بعد ہڈیوں کو کلوڑک ایسڈ تو کم ہو کر گزنا شروع ہوتا ہے اور مجموعی کلوڑکین بڑا برہمن رہتی ہے یہاں تک کہ یہ ایک انتہائی نقطہ پر پہنچنے کا رجحان رکھتی ہو (18)۔ معدی رس کی ترشگی پر اثر ڈالنے والے دوسرے عاملات یہ ہیں۔ لعاب ہن کی مقدار، اشتناعشری کے مافیہ کی بازروی اور معدی رس میں مخاط کی مقدار (یہ اس کی تبدیل کر دیں گے)۔ اور وہ سرعت کہ جس کے ساتھ معدہ خالی ہوتا ہے (یہ اسے بڑھا دیں گے)۔ جب آزاد ہڈیوں کو کلوڑک ایسڈ موجود نہ ہو تو اس حالت کو بے ترشگی (achlorhydria) کہتے ہیں، لیکن اس سے یہ مطلب کہ کوئی "خالی ہڈیوں کو کلوڑک ایسڈ" موجود ہی نہیں، ایسے مسئلے HCl کا کوئی افزائیا کل پیدا ہی نہیں کیا ہرگز نہیں ہو سکتا اور اس لحاظ سے یہ اصطلاح کی قدر مبالغہ پیدا کرنے والی ہے۔ "خالی ہڈیوں کو کلوڑک ایسڈ" دراصل مجموعی ترشگی کی قیمت کے ساتھ کی قدر قریبی طور پر تقناظر ہوتا ہے (13)۔ شکل ۴۴ میں، مافیہ صدی طبی طبایع آزاد HCl اور مجموعی کلوڑک ایسڈ ساید رقبوں کے اندر واقع تھے جو مجموعی ترشگی آزاد HCl کے نسبت تقریباً اتنی صدی زائد ہوتی ہے۔

نفسی اثرات HCl کے منفی کو بہت کچھ بدل سکتے ہیں۔ مثلاً جب ایک طالب علم کو تنہیم کے تحت مثلی کا احساس پیدا کر دیا گیا تو اس احساس سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ہو گئی، اسی طرح بھوک کے احساس سے معدہ بہ سرعت خالی ہو گیا جو بلاشبہ سحر کی قابلیت ٹرہ جانے کی وجہ سے واقع ہوا۔ یہ ان لاشاعی مشاہدات سے جو اوپر بیان کئے گئے تھے مطابقت رکھتا ہے۔ شدید عضلی درد اور گرم غسل HCl کا افزائ کم کرنے والے اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر کرنے والے پائے گئے ہیں۔ ہلکی درد مثلاً جو محبوب دوستوں کی محبت میں کی جائے اس کے برعکس اثر پیدا کرتی ہے (20)۔ سب سے زیادہ طاقتور معدی رس جو ترشہ اور پیمین ہر دو لحاظ سے طاقتور ہو، اشتہا کے بعد اور گوشت کھلانے کے بعد مفرز ہوتا ہے (18)۔ شہم کھلانے سے افزائ اور تحریک دونوں کا اختراع ہو جاتا ہے، بالخصوص اگر شہم ناسیر شدہ ہو (19)۔ جسم معدہ کے قرح کے ہمراہ کوئی عینز منفی نہیں پایا جاتا۔ لیکن اشتناعشری اور بوائی قرح کی حالت میں (شکل ۴۵) اکثر معدے میں نہایت ترشگی سکونی رس ہوتا ہے، اور آزاد HCl میں جو کئی غذا کے ساتھ ترقیق ہونے کی وجہ سے ہو جاتی ہے اس کے بعد

HCl کا قیہ سرعت بڑھتا رہتا ہے یہاں تک کہ ساری غذا معدے سے علی باقی رہے جس کی تعین نشانی کے غائب ہو جاتے سے ہوتی ہے۔ کس نقطہ کے بعد معدہ واکس کا افراز پھر بھی ہوتا رہتا ہے (میش افراز)۔ مگر ہے کہ معدہ خود کو نہایت سرعت کے ساتھ خالی کر دے (مثلاً عشری عجلت) = "duodenal hurry"۔ توابی ضیق کی حالتوں میں (مثلاً ۱۴) غذا معدے کے اندر طویل عرصہ تک رہتی ہے جیسا کہ نشانی کی مسلسل موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔



جوں جوں معدی کس کا افراز زیادہ ہوتا جاتا ہے HCl کا ارتکاز بھی بڑھتا جاتا ہے۔ متعلقہ عدم وسویت (pernicious anemia) کی حالت میں استحالی غذا مشکل عام میں بتلائی گئی ہے۔ کس میں آزار HCl اور مجموعی کلورائیڈ کی کمی مزمن التهاب معدہ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے باعث ہوتی ہے۔ معدی سرطانی سلعہ (جو ملاحظہ ہو) کی بعض اصابتوں میں بھی ایسا ہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے، کیونکہ اس صورت میں بھی مزمن معدی التهاب موجود ہو سکتا ہے۔

نسل ۵۴ مثلاً عشری ثور (duodenal ulcer)

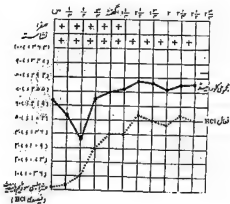
کی ایک اصابت جس سے یہ منظر ہوتے ہیں:۔ نہایت ترشی سکونی میں غذا کے بعد سرعت بلند ہو جانے والا منہ، اور معدے کا جلد خالی ہونا۔ باقاعدہ ترشی کا گزر کر کم ہو جانا ایک حد تک کس بازوئی کے باعث ہوتا ہے جو مثلاً عشری سے واقع ہوتی ہے۔

خون کے لئے کاشتات۔ جب تھے، یا معدی مافیہ میں خون کا اظہار شوخ سرخ رنگ کے خون یا در و قہوہ کی حیثیت سے نہ ہو تو ایسی صورت میں بھی وہ اتنی کافی مقدار میں موجود ہو سکتا ہے کہ

کیسانی کاشتات سے شناخت ہو جائے۔ لیکن کس سے بھی زیادہ۔ اگرچہ کہ ہرگز کے اندر محضی خون کے لئے امتحان کیا جائے، کیونکہ معدی مافیہ میں خون کا ایک شائبہ نضرہ

کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

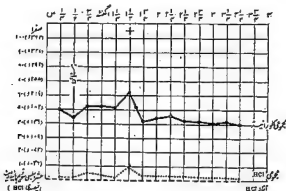
گوا یا کم کے ذریعہ امتحان (Guaiacum test)۔ براؤن گلیش آریٹیک
ایسڈ اور پانی کی مساوی مقدار میں ملا کر ایسٹھر کے ساتھ بلایا جائے۔ ایک امتحانی ٹی کے امد
اس ایسٹھری غلام میں ٹیچر آف گوا یا کم کے ایک یا دو قطرے اور پھر اوزونک (ozonic
alcohol) (یعنی الکحل کے اندر ہائیڈروجن پراکسائیڈ) کے ۲ سی۔ سی آمیز کر دئے جائیں



حک ۴۶۔ مزمن ہوائی ترقہ کے باعث ہوائی تسد کی حالت، جو معدے پر غذا
کار کوہ (stasis) ظاہر کرتی ہے، نیز یہ کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اور جیوئی کلورین کے
منحصر ترقہ کر ایک مستحیلوں تک پہنچ گئے ہیں۔ (18)۔

جس سے ایک شوخ نیلارنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ بعض نرؤں کا ثبوت ایسی وقت سمجھا
جا سکتا ہے جب کہ مریض نے کم از کم اڑسالیس گھنٹے پیشتر سے کلوروفیل (سبزی) اور
غول شامل رکھنے والی غذاؤں، یعنی گوشت اور سبزیوں سے اجتناب کیا ہو۔

قصہ یہی کاشف کے طور پر یہ بھی مناسب ہے کہ اتھرنی غلام کا امتحان ایک طیف ہما کے ذریعہ آئسڈ ہماجن (acid hamatin) کی موجودگی کے لئے کیا جائے۔
 332 ازاں بعد اتھرنی غلام ۳۰ فی صدی HCl کے ساتھ ملا لیا جائے اور آبی غلام کا طیف ثنائی امتحان آئسڈ ہما ٹوپورفاٹین (acid hemaloporphyrin) کے لئے کیا جائے۔ اس شے کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ خون جسم کے اندر متغیر ہو گیا ہے اور



نکسل ۷۳۔ تہلف عدم دوسیت (pernicious anemia) کی حالت جو آزاد HCl کی غیر موجودگی، ترشگی کی کمی (acid gastric) کی کمی اور مجموعی کلورین کی کمی کا مرکب ہے (31)۔

یہ دو غذائی خال میں بہت اوپر سے، یعنی معدے، جیموٹی آنت، یا قولون کے بالائی حصے سے آیا ہے (Ryffel)۔
 خجور پڈی بر محل لا بین (flexible gastroscope) تشخیص کے لئے
 حال ہی میں رائج ہوئی ہے (93)۔

سورہضم اور فعلی اختلالات

(DYSPEPSIA AND FUNCTIONAL DISORDERS)

سورہضم کی اصطلاح کا مفہوم یہ ہے کہ بالائی غذائی قسط کے آن افعال میں خلل واقع ہو گیا ہے جن کا طبی تعلق نگلی ہوئی غذا کی تیاری سے اور غذا کے چھوٹی آنت میں بفرس انجذاب منتقل ہونے سے ہے۔ یہ فعلی اختلالات مختلف علامات پیدا کر دیتے ہیں جن میں غذا سے پہلے یا بعد دوا تکلیف کا ہونا سب سے زیادہ نمایاں ہے اور چونکہ یہ علامات اور ان کو پیدا کرنے والے فعلی اختلالات ہمیشہ لازم لزوم ہوتے ہیں مثلاً ہزال شجاع کے معدی بھرانے کے ساتھ معدے کی غیر معمولی حرکت ضرور پائی جاتی ہے لہذا سورہضم کی اصطلاح کا استعمال محض ان علامات کو بیان کرنے کے لیے بھی کیا جاسکتا ہے۔ بلاشبہ مسدہ ہی وہ عضو ہے جو نہایت عام طور پر مایوف ہوتا ہے لیکن جیسا کہ بعد میں بتلایا جائے گا اس سلسلہ علامات کے پیدا کرنے میں مری اور آٹا عشری بھی حصہ لے سکتے ہیں۔ ”بد مضی“ (”indigestion“) کی اصطلاح اکثر اس سے زیادہ وسیع معنوں میں استعمال کی جاتی ہے، یعنی سورہضم یا جھیرنی آنت میں قلت جذب ظاہر کرنے کے لئے، یا ان دونوں کے اجتماع کو ظاہر کرنے کے لئے جس سے غیر ہضم شدہ براڑ (”undigested stools“) کی اصطلاح نکلی ہے۔ مسدہ کے دوسرے فعلی اختلال جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے اگرچہ بعض اوقات سورہضم کے ساتھ بھی موجود ہوتے ہیں لیکن وہ اکثر بالکل الگ واقع ہوتے ہیں۔

سورہضم حاد

(acute dyspepsia)

حاد سورہضم ناکافی طور پر چسائی ہوئی غذا یا خاص طور پر خراش آور ذریعہ کی غذا یا حد سے زیادہ مقدار میں غذا کے لینے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ کامل صحت کی حالت میں ہر شخص یہ غلطی کر سکتا ہے کہ وہ غذا کی اس سے زیادہ مقدار کھائے کہ معنی

اُس کا معدہ بڑھتا رہتا ہو۔ یا غذا کی معمولی مقدار کے ساتھ کوئی ایسی چیز جیسی کہ برف یا
قہوہ یا انگلی مشروب زیادہ مقدار میں کھائے کہ جو ہضم کے عمل میں سستی پیدا کر دے اور غلیظ
شدہ سب مقدار چند گھنٹوں تک معدے ہی میں پڑی رہے۔ یا غیر متوقع طور پر ہضم نہ ہو سکا
مگر ہے کہ اس وقت عام سنگی کی وجہ سے ہو جس نے معدہ کو بھی متاثر کر دیا ہو۔ مثلاً بلا ناشتہ
کے کئی گھنٹہ تک چلنے یا بلندی پر چڑھنے کی شدید ورزش کے بعد ممکن ہے کہ معدہ ایک
مستقل غذا بالکل ہضم نہ کر سکے۔

علامات۔ غذا لینے کے فوراً بعد یا چند ہی گھنٹوں کے بعد معدی غلے میں
تندہ اور بے آرامی کا احساس ہونے لگتا ہے یا حقیقی درد ہوتا ہے۔ اگر وہ کھانا کھیں
شکایت پیدا ہوتی ہے رات کے وقت بہت دیر کر کے لیا گیا ہے تو ممکن ہے کہ تھوڑی
بے آرامی کے بعد مریض کو نیند آجائے لیکن چند گھنٹوں کے بعد وہ معدے کی تکلیف
سے جاگ اٹھتا ہے اس کی زبان خشک ہوتی ہے اور شاید اس کے سر میں درد ہوتا
ہے اور ممکن ہے کہ وہ کئی گھنٹوں تک جاگتا ہوا اٹھتا رہے۔ بعض اوقات قلب کے مترادف
انکماشات کی وجہ سے ہریش قلبی غلے میں ایک تیز بھڑبھڑاہٹ محسوس ہوتی ہے یا منفرد
مترادف انکماشات نسبتاً طویل تر و قفوں سے محسوس ہوتے ہیں۔ صبح کے وقت غدا کی غیبت
نہیں ہوتی زبان خشک اور فزاک اور جلد چمچھی ہوتی ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے عرصہ میں
یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ دوسری امساہتوں میں تھے جو کہ شکایت نسبتاً جلد عباتی
رہتی ہے اور عموماً معدہ اپنے سارے مافیہ سے خالی ہو جاتا ہے جو اگر ہضم ہوئے بھی تو
ناکمل طور پر ہوتے ہیں اور ان میں معدی مخاط ملی ہوئی ہوتی ہے۔ اس سے ذروں اکثر
فی الغور تخفیف ہو جاتی ہے۔ دوسرے موقعوں پر تھے مکرر ہوتی ہے اور صفرا و اجزاء عشر
سے معدے کے اندر بذریدہ بازروی آگیا ہے، بعد کی قیوں کے ساتھ بھل جاتا ہے۔
بعض اوقات بعد کے بارہ گھنٹوں کے عرصہ میں آنتوں کے اندر غیر ہضم شدہ یا اثرات
آور مادہ آجانے کی وجہ سے ان کا نسل تیزی کے ساتھ ہو کر اجاتیں ہو جاتی ہیں۔

علاج۔ جہاں درد شدید ہو اور اس کا سبب ظاہر ہو ایک تیز آور دوا
مثلاً سال وولٹائل (sal volatile) یا عرق الزہرب (ipecaquanah) سے تیز
اُترام مائل ہو سکتا ہے۔ مگر اپنے عمل میں قاصر رہے تو معدے کے مافیہ ایک نلی کے ذریعہ

خارج کئے جاسکتے ہیں۔ نسبتہً خفیف تر امیابتوں میں اسے قدر کافی ہوتا ہے کہ نہایت مقوی اسابرف پیاس بجھانے کے لئے دے دیں اور معدے میں اور کوئی چیز صرف اس وقت داخل کر دیں جب کہ یہ تکلیف دہ علامات رفع ہو جائیں۔

مزمن سودہ من

(chronic dyspepsia)

اوپر جو بحث کی گئی ہے وہ یہ ظاہر کرنے کے لئے کافی ہے کہ مزمن سودہ من کوئی مرض نہیں بلکہ ایک سلسلہ علامات ہے جو بالائی غذائی نسلے کے فصل کے اختلال سے پیدا ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ اس مسئلہ پر غور کرتے وقت دو سوالات کو الگ الگ رکھنا چاہئے۔ (۱) وہ کونسا عصب ہے جس کے افعال کا اختلال سودہ من کا باعث ہوتا ہے اور کس طرح یہ اختلال علامات پیدا کر دیتا ہے؟ (۲) وہ کونسا ضرر ہے جو در اختلال پیدا کرتا ہے؟

موجودہ زمانہ میں یہ دریافت کرنا کہ علامات کس عضو میں پیدا ہو رہی ہیں ایک نسبتہً آسان امر ہے۔ دو کی علامت کے متعلق نہایت کامل طور پر تحقیقات ہو چکی ہیں (۷)۔ جب وہ شرایف میں خوب اوپر قفس خجری کے قریب یا عظم القفس کے پیچھے محسوس ہو تو وہ مری سے پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸۰ اب اور صفحہ ۳۲۵)۔

تحت القفس مری کی حرکت کی تفریق در وقت سے اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض سے منگنے کی حرکت کرائی جائے۔ پیدا شدہ حرکت دودی کی مچ جو ا انجینی سیکٹر کی شرح مری میں نیچے کے طرف پھیلتی ہے مری کی درمیں ایک لمحہ کے لئے تخفیف پیدا کر دیتی ہے لیکن اگر یہ دو بہت خفیف ہے تو ممکن ہے کہ یہ موج اس میں شدت پیدا کر دے۔ منگنے کا فعل در وقت میں کوئی فرق نہیں پیدا کرتا لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ در وقت دو تین قہیں بہت عام طور پر لازم ملزوم ہوتی ہیں۔ معدہ کا در و شرایف پر محسوس ہوتا ہے اور یہ غالباً مری کے در کے نسبت ذرا نیچے اور بعض اوقات اس میں ضلی ماسیہ کے برابر برابر اور نہایت عام طور پر ناف کے گرد اگر دہوتا ہے۔ اثنا عشری کا در و

تقریباً اسی لیول پر لیکن خطہ وسیانی سے ذرا دائیں طرف کو محسوس ہوتا ہے۔ یہ اس وجہ سے (jejunum) کا درد غالباً ناف سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔

حشائی درد (visceral pain) تجربہ شدہ اس طرح پیدا کیا جاسکتا ہے کہ ایک حشائے اندر رکھی ہوئی ہوا کی تھیلی میں بھوک کر ہوا بھردی جائے۔ یہ درد حشائی دیوار میں کی الی عصبی خیمتاؤں کے کھینچ کر تن جانے کی وجہ سے ہوتا ہے (21'22)۔ مری ایک ایسا عضو ہے جس کی تحقیقات نہایت کامل طور پر کی گئی ہے۔ مری کے اندر مذکور بالا جسم غریب کی موجودگی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دودی الحریکت موجوں کا ایک سلسلہ اس کے نیچے تک گزر جاتا ہے۔ ہر بار جب کہ ایک موج تھیلی پر پہنچکر اسے پھٹکا دیتی ہے، درد کم یا غائب ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلہ منقبض ہو کر تھیلی کے قطر کو کم کر دیتا اور عصبی ساختوں پر پڑے ہوئے بار کو دور کر دیتا ہے، قطع نظر اس کے کہ اس انقباض سے ایک بلند "انگھاشی" دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ موج کے گزر جانے کے ساتھ ہی درد و پھر ہونے لگتا ہے، کیونکہ دوران "انبساط" ("diastole") میں دیوار پھرتن کر کھینچ جاتا ہے۔ ایسی صورت میں درد غیر مسلسل یا "مڑوڑ" کا سا ہوتا ہے۔ ایک سادہ عضلہ کے تناؤ کی تعریف یہ کی گئی ہے کہ یہ اس کا وہ تناؤ ہے جو کہ دوران انبساط میں ہوتا ہے اور وہ درد جو تجربہ شدہ پیدا کیا جاتا ہے اس تناؤ کے بڑھ جانے کے ساتھ وابستہ ہے۔ اگر ایک نہ پھکنے والی آبی تھیلی استعمال کی جائے تو درد مسلسل اور نہایت شدید ہوتا ہے کیونکہ حرکت دودی کی موج اپنے مریں رک جاتی ہے۔ یہ درد ایک حد تک تو مسلسل کھینچنے کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس منطقہ کے اندر کی عصبی ساختوں پر بار کی وجہ سے بھی ہوتا ہے، جو کہ تھیلی سے اوپر انگھاشی طوعہ پر منقبض عضلہ کے اور اس سے نیچے کے اس عضلہ کے درمیان ہے جو کہ ہم ابعادی طور پر منقبض اور اسی لئے اب تک تھیلی سے تنا ہوا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ درد ہر حرکت دودی کے ساتھ بد سے بدتر ہو جاتا ہے۔ یہ تجربہ اس درد نامک شیعہ کا قایم مقام ہے جو قنات کے اندر گھٹائے صفراء یا رنگ بڑے کی موجودگی کے ساتھ وابستہ ہے۔ کھوکھلا خلاء میں بڑا ہو جانے کی ایسے (شیرنگٹن کی اصطلاح میں) اپنی وضع "یا گینٹا" ("posture") بدلنے کی بڑی طاقت ہوتی ہے اور اگر کوئی جسم غریب ایسا ہو کہ وہ ابتدائے علامات پیدا کر دے تو اس کا یہ علامات

پیدا کرنا اس وقت موقوف ہو جاتا ہے جب کہ مضمون اپنے ریشوں کی تطویل یا جدید ترتیب کے ذریعہ آخرا کافی بڑا ہو جائے کہ وہ بدون کچھ ہوئے اس جسم غریب کو اپنے اندر گرفت کر سکے۔ لیکن یہ عمل صرف کیتھرتدریجاً ہی واقع ہو سکتا ہے۔ ایسا اسے کسی ریشے کی ضمنی تطویل میں اور اس کے اس کھنچاؤ میں فرق کرنا چاہئے جو کہ درد پیدا کرتا ہے۔ خراش مقابل کا طریق عمل بالخصوص یہ ہے کہ وہ کینڈسے کی زیادتی معکوس طور پر پیدا کرتی ہے۔

دوبنے یا خلوت کا احساس معدے میں پیدا ہوتا ہے۔ سینہ میں گرہ یا ہوا کے گولے کا احساس مری میں پیدا ہوتا ہے۔ اور متلی کا احساس جو طبع کی پشت اور اس کے زیریں حصے میں محسوس ہوتا ہے مری کے بالائی حصے کے معکوس اختلافات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ یہ احساسات نوعی منتہائی اعضا کی وجہ سے ہوتے ہیں جو اس سے بہت تر درجہ کے تناؤ کا رد عمل ظاہر کرتے ہیں جتنے درجہ کا المی عصبی منتہا میں ظاہر کرتی ہیں۔ لیکن جیسے جیسے تناؤ بڑھتا جاتا ہے ان احساسات پر درد کا احساس غالب آجاتا اور ان کی جگہ لے لیتا ہے، جیسا کہ جسم میں دوسری جگہ بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ پری کا احساس دیوار شکم کی توسیع کے باعث ہو سکتا ہے۔

334

پانی کی ایک چھوٹی تیلی کے ذریعے سے عمل میں لائے ہوئے مشاہدات سے جو کہ مریضوں پر دوران احساس درد میں کئے گئے، ایک سلسلہ انتباہات کی موجودگی ظاہر ہوئی۔ یہ انتباہات مری معدے، آئنا مشری یا صائم میں دیکھے گئے۔ مزید برآں شہ کے اندر کا اجسامی داؤ بھی بڑھا ہوا تھا اگرچہ اس زیادتی کی مقدار مختلف مریضوں میں مختلف تھی۔ انتباہات کا رجحان درد کو کم کر دینے کا تھا اور یہ درد ایک مریض میں بعد کے عقلی ارتشاح کے دوران میں محسوس ہوا جب کہ شہ کے بڑے ہوئے اجسامی داؤ کی وجہ سے آئنی منتباؤں کا کھنچاؤ واقع ہو گیا۔ گویا مصنوعی طور پر پیدا کئے ہوئے درد اور قدرتی طور پر پیدا ہونے والے درد کے درمیان بہت بڑی مشابہت پائی گئی۔ مزید برآں مختلف احساسات کے درمیان نہایت قریبی تعلقی مشاہدے میں آیا۔ معدے کو ہوا سے پھلانگنے سے مری میں بھیجا اور پر سے نیچے کے رخ دودی الحوت میں پیدا ہو گئیں (معدی مریوی متبہ یا زردی معکوسہ)۔ ایک مریض میں جسے آلام الرجی تھے، معدے کے

انتقاضات کے تقریباً ایک ثانیہ کے بعد اشتراعی میں بھی ویسی ہی موجیں پیدا ہوئیں۔ سورہ منعم کا درد دیوار کی عصبی المی منتہاؤں کے کھینچاؤ کے باعث ہوتا ہے، جسکی قطبیت دوسرے مشاہدات سے ہوتی ہے کہ سورہ منعم اکثر معدے کو خالی کرنے کی ناکام کوششوں کا نتیجہ ہوتا ہے (24)۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں تھکان کے باعث عضلہ غیر معمولی طور پر متغیر ہو جائے اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ المی منتہاؤں کا کھینچاؤ نسبتاً بہت ترانجاسطی دباؤ کے تحت واقع ہو جائے۔ لیکن جہاں دباؤ زیادہ ہو وہاں عضلات عاصرہ کی ہنزاں محدود ہی بھی واقع ہونی چاہئے، ورنہ مافیہ خارج ہو جائیں گے اور یہ بہت ممکن ہے کہ سورہ منعم کے علامتیہ کا اولیٰ انحصار ذیل کی دو علامات میں سے ایک پر ہو۔ عضلہ دیوار کی غیر معمولی متغیر پذیری۔ یا عضلات عاصرہ کی محدودی یا شاید ان کا عدم ارتخار۔ ممکن ہے کہ عضلات عاصرہ کے علاوہ دوسرے مقامات مثلاً مری یا اشتراعی میں یا معدے کے انحنائے کبیر پر محدود انتقاضات (شنجیات) پیدا ہو جائیں۔ معدے میں کا درد عموماً دو قسم کا ہوتا ہے۔ وہ غذا کے تھوڑی دیر بعد ہو سکتا ہے یا چند گھنٹوں کے بعد اس وقت ہوتا ہے جب کہ معدہ غذا سے خالی ہوتا ہے، یعنی نام تہاد المر الجوع۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ان قسموں کے درد کیساتھ دو اہم علامات پائے جاتے ہیں، جو دونوں کے دونوں دیوار کا کھینچاؤ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ یہ ہیں :- (۱) طبع البواج بالکل بلا ارادہ ہو سکتا ہے اور (۲) معدی غشائے مخاطی سے دیر تک افراز ہونا۔ فی الحقیقت یہ علامات تعویضی سمجھے گئے ہیں، کیونکہ طبع البواج دباؤ کو زیادہ کر دیتا اور اس طرح معدے کے خالی ہونے میں تہمت ہوتا ہے اور افراز کا دیر تک ہوتے رہنا کسی مضرت رساں شے کے لئے ایک ترقیق (diluent) کی طرح عمل کرتا ہے، اسی طرح جس طرح دہن میں ہونے والی خراش رقیق افراز کثرت پیدا کر دیتی ہے (24)۔

اب تک ہم نے ہائیڈروکلورک ایسڈ کے متعلق کوئی غور نہیں کیا کہ آیا یہ بھی درد کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لے سکتا ہے یا نہیں۔ ۵۰ فی صدی HCl کے ۲۰-۳۰ سی سی معدی ملی کے ذریعہ دینے پر معدی قرحہ کی مصیبت ۳۵ مریضوں میں درمیان صورت میں اور ۳۴ مریضوں میں بلا درد کے ہوئی۔ اشتراعی قرحہ کے لئے ایسے اعداد ۴۱ اور

۶۴ تھے۔ مزید برآں ان امعاءتوں میں بھی درد ہوا کہ جن میں ہضم شدہ سے بہت دور تھا (۱۶) ، لیکن ان امعاءتوں میں التهاب المعده کو خارج از بحث نہیں کیا جاسکتا تھا۔ ترشہ سے جو درد پیدا ہوتا ہے، وہ شاید معدہ کا تناؤ بڑھ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ سورہ ہضم کی متلی یا پیری کا احساس یا درد ممکن ہے کہ معکوس طور پر قے یا ابلایا پیدا کر دے، جو غذائی خلیے کے بالائی حصے کے لئے اپنے مافیہ خارج کرنے کا سریع ترین اور محفوظ ترین طریقہ ہے۔ یہ ڈھانچے کے مختلف عضلات کے قوی انقباضات کی وجہ سے ہوتا ہے جن سے معدے کے مافیہ فری کی راہ سے اور دہن میں سے ہو کر زور خارج ہو جاتے ہیں۔ بالغوں میں قے عموماً ایک نہایت دردناک فعل ہوتا ہے۔ لیکن یہ درد غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے کے مافیہ ایک مسدود فواد میں سے زور خارج کئے جاتے ہیں۔ قے بجائے خود بلا درد ہوتی ہے، جیسا کہ خود راقم الحروف نے ایک بار اس وقت مشاہدہ کیا جب کہ اس نے ایک سخت قائم طیر کے سرے پر بندھی ہوئی تعلیلی کو خود اپنی مری کے نیچے دھکیلنے کی کوشش کی۔ اس کے سوا کچھ نہیں ہوا کہ وہ شکمی انقباضات سے باہر نکل آئی۔ نہایت چھوٹے بچوں کی قے اور سہیر یا قے بلا درد ہوتی ہے، اور اکثر یہی صورت حالات اس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ قے دروں مجموعی مرض کی وجہ سے ہو۔ استخوانے صغیر کے زیریں حصے کا بیج قے کے حرکات پیدا کر دیتا ہے۔ عضلات شکم منقبض ہوتے ہیں اور معدہ بے حرکت رہتا ہے (۱۱)۔

335

(۲) مزمن سوء ہضم پیدا کر دینے والے ضررات :-
(الف) خود معدہ ہی اولی سبب ہو سکتا ہے، یا تو اپنے عضلات کی کمزوری کی کمی کے نتیجے کے طور پر (اس حالت میں معدہ اکثر ٹنک پڑتا ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ ۳۳۹) یا جلی عضوی مرض جیسے کہ معدی قرعہ اور سرطان اور بوابی عین یا مزمن التهاب معدہ کے نتیجے کے طور پر۔

(ب) سورہ ہضم معکوس طور پر ان ضررات سے پیدا ہو سکتا ہے :-
عنفی ضررت جو کہ فاصلہ پر واقع ہوں، نیز اشخاص عشری قرعہ مزمن التهاب زائدہ شکم صغیر اور مرارہ کے دوسرے ضررات، مزمن التهاب لبلبہ، ضررات گردہ، یا انقباض

حرکت پذیر گردہ اور سنگ گردہ۔ وہ قبض کے بعد ثانوی طور پر بھی ہو سکتا ہے۔ ہزال ثغاع کے متعدی بحرقات میں اولیٰ ضرر پچھلی عصبی جڑوں میں ہوتا ہے۔ ڈیوچہ مسدود یہ (augina pectoris) ایک ثانوی سودہ ہضم پیدا کر سکتا ہے (بالخصوص مسوئرش سینہ)۔ یہ امر کہ ان مثالوں میں سودہ ہضم کی پیدائش معکوس طور پر ہوئی ہے، مشابہت ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔ مزمن التهاب زائندہ میں زائندہ کے رقبہ پر دست و داری کرنے سے معدے کے اختناک کبیر کا ایک محدود مقام شیخ پیدا ہو گیا۔ ایسا ہی شیخ علیہ کے وقت ایک اثنا عشری قرحہ کی بار میلونی سطح کی برقی پیچ سے پیدا ہو گیا (11)۔ سنگیائے صفرا سے تھان کے ایک مریض میں شریعی دور و معدی حرکات کے ساتھ وابستہ پایا گیا۔ ایک مزمن طور پر ملہتب زائندہ کی دست و داری کرنے پر معکوس تحت القہتی درد دیکھا گیا (25)۔

(ج) سودہ ہضم نسبت زیادہ عام عوامل کے باعث بھی ہو سکتا ہے:۔ حل پر مبنی غریبہ کے لئے حساسیت (ملاحظہ ہو صفحہ 138) 'دماغی تشویش' معدے زائندہ تحت اور دوسرے ضعیف اثرات جیسے کہ طویل علالت، بخار، عدم دمویت، مرض برائٹ، جو کہ معدے کی دیوار کی زیر تنیدگی پیدا کر کے یا اس کے افراد میں مداخلت کر کے عمل کرتے ہیں۔ قلیل شکرمویت، درد کے ساتھ بھوک کا احساس پیدا کر سکتی ہے۔ یہ امر کہ بعض اشخاص بلا کسی ظاہری سبب کے ماری عمر سودہ ہضم میں مبتلا رہ سکتے ہیں، گذشتہ زمانوں میں اس خیال کا موجب ہوا کہ ایک سودہ ہضم "بلا سبب" (dyspepsia sine materia) بھی ہوتا ہے۔ لیکن ان مریضوں میں اگر غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو اغلب ہے کہ قطع نظر نمایاں عضوی مرض کے کوئی نہ کوئی ضرر ضرر پایا جائے گا خواہ یہ دیوار معدہ کی اس کمزوری کی شکل میں ہو جسے بے تنشی سودہ ہضم (atonic dyspepsia) کا نام دیا گیا ہے، یا غشائے مخاطی میں نرزی تاہکلات کی صورت میں جو (24)۔ موجودہ راقم الحروف مزمن سودہ ہضم میں خفیف نرف کی کثیر الوقوع موجودگی سے بہت متاثر ہوا ہے۔ راقم الحروف کے مریضوں کی غالب تعداد معدے اور اثنا عشری کے لاشعاعی مناظر میں کوئی صریح غیر طبی حالت نہیں ظاہر کرتی، لیکن اجابتوں میں بھی خون موجود ہوتا ہے اور وہ ہیما توپورفرین کا لطیف ظاہر کرتی ہیں۔ اور یہ اب

مزمن التهاب معدہ کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ترشہ ترشی (acid dyspepsia) کی اصطلاح ایک ہی مختلف الوقوع علامت، یعنی کھٹی ڈکاروں کے طرف اشارہ کرتی ہے جن کے ساتھ معدی افراز میں کثرت حمض الملع کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ عصبی سوء هضم (nervous dyspepsia) کی اصطلاح عصبی مرض یا اختلالی وماغی حالتوں کا سوء هضم بیان کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جیسے کہ عدم اشتہا اور قلی کے عوارض، مریض کے غماز پر محسوس ہونے والی بے چینی اور ڈوبے کا احساس جو کہ بعض نفسی عصبانی حالتوں کا میز خاصہ ہیں۔

عصبی عدم اشتہا (anorexia nervosa) - وماغی مادہ کے اس مرض میں جس کا ذکر گیل (Gull) نے کیا ہے، مریض (جو کہ عموماً ایک نوجوان عورت ہوتی ہے) غذائے سے انکار کر دیتی ہے یا بہت کم غذا لیتی ہے اور لاغر ہو جاتی ہے۔ وہ بیان کرتی ہے کہ وہ بیمار نہیں ہے بلکہ ممکن ہے کہ وہ غیر معمولی چستی بھی ظاہر کرے۔ مرض کی ابتدا بہت سی مثالوں میں اس طرح ہوتی ہے کہ مریض اپنا جسم پھر برا بکھنے کی کوشش کرتی ہے۔ وہ اپنا وزن حد سے زیادہ گھٹا دیتی ہے، یہاں تک کہ غذا دان والے فکر کرنے لگتے ہیں بلکہ اس کا پیچھا لیتے ہیں اور سرزنش کرنے لگتے ہیں، لیکن اس کا وہ اثر بھی ہوتا ہے کہ وہ اور بھی زیادہ مستعدی کا اظہار کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ تغذیہ کی کمی سے تمدن کی نو بہت پہنچ جائے۔ علاج سختی کے ساتھ کرنا چاہئے اور اس مقصد کے لئے بستر میں آرام و سکون اور ایک مجوزہ غذا دینی چاہئے اور ایک خاص مہرصہ ہونی چاہئے تاکہ یہ یقین ہو کہ وہ غذا و حقیقت لی گئی ہے۔ سرکش یا مستی مریضوں میں ممکن ہے کہ ناک کی راہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

سودھنم کی علامات - سبب مرض کے دفع کر دینے کے بعد ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک باقی رہیں۔ اس کی مثال ایک سچر سے ملتی ہے جس میں مری کو ایک پختلی سے پھلایا گیا تاکہ وہ پیدا کیا جائے۔ عظم القصر پر کی جلد الیم بھی اور پشت میں درد تھا۔ سچر بہ ختم ہونے کے بعد یہ دونوں علامتیں چند گھنٹوں تک قائم رہیں اور دوبارہ دن معمولی سوء هضم کا ایک شدید حملہ ہو گیا۔ غالباً مری کے عقلی ریشے حقیقی طور پر متاثر ہو گئے تھے اور ان سے محسوس معدی اختلالات پیدا ہو گئے۔

علامات۔ یہ مختلف مریضوں میں مختلف ہوتے ہیں۔

درجہ ۱۔ سورہ ہضم کا اظہار اکثر اوقات شراہ یعنی شطے میں در دے ہوتا ہے، چونکہ لینے کے بعد شروع ہو جاتا ہے، اور کچھ عرصہ تک جاری رہ کر تب ہیج موقوف ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً ناف کے گرد اور بالخصوص اس سے ذرا اوپر یا قفسِ خجری کے لیول پر یا بائیں قفسی حاشیہ کے برابر برابر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عظم القفس کے پیچھے محسوس ہو۔ اس درد کو وجع القلب (cardialgia) یا سوزشِ سینہ (heartburn) کہتے ہیں۔ اکثر یہ ”پشت کے آ پار“ جا کر شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ معدی درد سر میں محسوس ہو کر دردِ آبر و پیدا کر دیں۔ دوسری اصابتوں میں درد اس وقت شروع ہوتا ہے جب کہ معدہ خالی ہو، اور ادخالِ غذا سے اس میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کے بجائے صرف ایک تکلیف، ضیق، یا پیری کا احساس یا جی ڈوبنے کا احساس ہو۔ ممکن ہے کہ شدید درد کے ساتھ یا اس کے بعد اوپر کی پلڈ پراپری الیمیت موجود ہو، یا شکم کو دبانے پر عمیق الیمیت پائی جائے۔

راحیت۔ اس کا وقوع بد ہضمی کی تمام قسموں میں عام ہوتا ہے۔ معدہ پھول جاتا ہے اور ساتھ ہی بالائی شکم میں تکلیف ہوتی ہے اور ڈکار آنے سے درد میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ راحیت کا سبب عموماً مائع الہوا سمجھا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 338)؛ لیکن بعض اوقات راحیت جزو اس CO₂ کی وجہ سے ہوتی ہے جو اثنا عشری کے قفسی مافیہ کے بازو دھونے اور معدے میں ترشائی معدی مافیہ کے ساتھ اس کے مل جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس طرح معدے کے اندر کی گیس میں بعض اوقات ۱۰ فی صدی CO₂ پائی گئی ہے۔

متلی سورہ ہضم کی ایک عام علامت ہوا کرتی ہے، اور قے نسبت کم کثیر الوقوع علامت ہے، بد اشتنائے الکلی سورہ ہضم کے، جس میں وہ اکثر ہوا کرتی ہے قے مکرر مادہ یا تو کھائی ہوئی غذا پر مشتمل ہو سکتا ہے یا صرف مخاط پر۔ متواتر قے ہونے کی حالت میں ممکن ہے کہ صغائرِ اخون کی چند دھاریاں خارج ہوں۔ حرقان القلب (pyrosis or water brash) اس حالت کا نام ہے، جس میں مائع کی کچھ مقدار ڈکار کے ذریعہ سے منہ میں آ جاتی ہے۔ یہ مائع بعض اوقات تعدیلی تعامل والا یا قلیوی ہوتا ہے، اور بعض

حالت میں اسے عموماً بیشتر ریت پر مشتمل سمجھا جاتا ہے۔ لیکن اکثر ترششی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ حلق میں اور منہ کے حصے کے کچھے جلن کا احساس ہوتا ہے۔ یہ ترشہ سے جلنے کی وجہ سے نہیں ہوتا کیونکہ اس طاقت کا ترشہ مری میں کوئی احساس نہیں پیدا کرتا۔

عام علامات - زبان مختلف طرز کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات وہ خردوار ہوتی

ہے۔ یہ قرچیلی اور سپید یا دبیر اور زرد یا بخوری ہو سکتی ہے۔ وہ فرجوا اکثر پائی جاتی ہے

رقیق غذا کی وجہ سے ہو سکتی ہے جب کہ چبانے کا عمل نہ ہوا ہو یا سیلان ریت کی کمی کی وجہ سے ہو سکتی ہے جب کہ سطح کے چھلکے رگڑ کر جہانہ ہو سے ہوں۔ اس کے ساتھ سانس بوجھا

ہوتی ہے۔ قبض اکثر ہوا کرتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ اس کی آٹھائیں کبھی کبھی اسہال ہو جاوے

بھوک تغیر پذیر ہوتی ہے ممکن ہے کہ پیاس موجود ہو یا مخصوص قسم کی حالت میں سورجھم

کے ساتھ اکثر جلدی ثورات (احمر از گلابی کٹی) (rosacea) (ششری) (urticaria)

اور معمولی کٹی پائے جاتے ہیں۔ بدن پر عام طور پر یا زیادہ صحیح الفاظ میں عصبی نظام پر جو اثر

ہوتا ہے اس کا اظہار کمندی، محنت کے لئے بے رغبتی، چکر، نظر کے نوسٹرونی (حساسات)

غنودگی، چڑچڑے پن اور دماغی سستی کی صورت میں ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں خفیف عدم

دمویت یا پھیپھائیں کی مقدار نقصان مند ہے اور مزین اصابتوں میں جھری پر تحلیف یا

تشویش کے متعلق آٹھ پائیا جانا بھی غیر عام نہیں۔ لیکن دوسری مثالوں میں خرابی معدی کی

کوئی علامت نہ ہوتی ہے۔

تشخیص - سورجھم کے علامات اور غذا یا بھوک کے ساتھ ان کا وابستہ ہونا

اس قدر مخصوص و متمیز ہے کہ تشخیص میں کوئی وقت پیش نہیں آتی۔ بائیں ہند اس حالت

کے سبب کی تشخیص کرنا ایک بالکل دوسری بات ہے اور دیرینہ اصابتوں میں کمال عام

سریری امتحان کے علاوہ غذائی خطہ کے لاشعاعی امتحان، مخفی خون کے لئے براؤکے

امتحان، امتحانی خوراک اور اثنار عشری کے مافیہ کے تجزیہ ان سبب سے قیمتی معلومات

کا حامل ہونا ممکن ہے۔ اس وقت بھی جب کہ معدے کا کوئی بڑا مرض خارج از بحث

کر دیا گیا ہو، مخفی خون کی موجودگی ممکن ہے غنائے مخاطی کے نرخی ضرر پر دلالت کرے

جو ممکن ہے کہ مزین معدی التهاب کی وجہ سے ہو۔

علاج - اگر کوئی مرض یا ناقص طرز زندگی سورجھم پیدا کر رہی ہو تو اس کا

تداؤک کرنا ضروری ہے۔ خصوصاً نفی عفونت کے دفعیہ کے طرف متوجہ ہونا چاہئے۔ سوہم جیم کے حیاتی علاج کی جامعیت بندی حسب ذیل طریقے پر کی جاسکتی ہے :-

337

(۱) غذائی انتظام ایسی غذاؤں سے کہ جن کے اندر پھلوں کے پھول اور پھلکوں کی شکل میں غیر ہضم پذیر نقل موجود ہوں پر مبنی کرنا چاہئے اور مخصوص غذا کو کھانے سے پہلے پوری طرح چا لینا چاہئے، یادداشت ہوں کہ اس کا پورا کر کے کھانا چاہئے۔ تیز خوشبو یا سالے دار چیزوں کی ہوتی غذاؤں کو کئی کئی اجزاء والے کھانوں گرم سالوں کھانے پھلوں اور کچی چیزوں جیسے کہ مولیوں (salad) وغیرہ کا استعمال ممنوع ہے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے، لیکن جن چیزوں کی عبادت ہے ان کی نام بنام فہرست دینا ناممکن ہے۔ بہت کچھ خود مریض کے تجربہ پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل اصول یاد رکھنا چاہئے :- لحمی غذاؤں کے پیچھے کر کے ایک اعلیٰ درجہ کا ترشی رس پیدا کرتی ہیں جس کے ساتھ پیسین بھی پیدا ہوتی ہے اور یہ غذاؤں ایسے واسطہ کے اندر بہتر ہونا ہضم ہوتی ہیں۔ نشاستہ دار غذاؤں میں رینی کے انزیم (enzyme) سے ہضم ہوتی ہیں جس کے لئے خفیف سے قلعوی واسطہ کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن شحمی غذاؤں کو کمزور کر لینا کم از کم کر دیتی اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر واقع کر دیتی ہیں۔ پسندیدہ معمولی حالات کے تحت اور بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کی مقدار کم ہو گشت کھانے کے شروع میں دینا چاہئے تاکہ معدی رس کی پیدائش کی تیسج ہو اور پیسہ کھانے کی تکمیل نشاستہ دار غذاؤں اور شحم کے ذریعہ کرنی چاہئے جو سبزیوں، آج (cereals)، پاپیٹوں اور ساتھ ہی مکہ یا بالائی کی صورت میں ہوں۔ اس کے برعکس اگر معدی رس کا افزائشیت افراط کے ساتھ ہو تو ابتدائی شحم (پاپیٹ اور نس روغن تیل) یا روغن کے اندر سادہ ترین پھلیاں مکہ کے ساتھ دی جائیں اور ان کے بعد گوشت اور آماج وغیرہ دینے سے بہترین نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ شحم کے ذریعہ افزائش کو کم کرنا طریقہ غالباً بہتر ہے بہ نسبت اس کے کہ معدہ کے اندر ہائیڈروکلورک بن جانے کے بعد اس کی تبدیل دواؤں کے ذریعہ کی جائے۔ لحمی غذاؤں کے ساتھ چربی نہیں دینی چاہئے اور مکہ کے لحم خنزیر میں زیادہ چربی کی موجودگی ہی اس کا سبب ہو کہ وہ ناقابل ہضم ہوتا ہے۔ پچھلی جگہ کی بہت سی قسموں میں چربی نہیں ہوتی، عموماً سب سے زیادہ قابل

برداشت ہوتی ہے۔

زیادہ شدید احاساتوں میں معمولی جسامت کا کھانا لیا ہی نہیں جاسکتا اور یقیناً صورت حالات ایسی ہوتی ہے کہ جب معدہ میں غذا احتوڑی مقدار میں ہو تو وہ اپنا فصل بہترین طور پر انجام دیتا ہے اور جب معدہ بھرا ہوا یا بالکل خالی ہو تاکہ تو درد یا تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ ایسا اسلئے غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں اور متواتر وقفوں کے بعد دینا مناسب ہے۔ بلکہ بے ناشتے اور دوپہر اور رات کے کھانوں کے علاوہ ان اوقات پر بھی تھوڑا کھا لینا چاہئے۔ صبح کے وقت سوکر اٹھنے کے بعد صبح کے درمیانی وقت میں ۲ بجے شام کو اور رات کو صوفے سے پہلے۔

غذا کے مایع حصہ پر دو نقطوں سے نظر ڈالی جاسکتی ہے۔ اولاً سیال کا وہ حجم جو غذا کے ٹھوس حصے کے ساتھ مل کر ہضم کے لئے مناسب (optimum concentration) پیدا کر دیتا ہے۔ اس کو کھانے کے دوران میں یا کھانے کے فوراً بعد لے لینا چاہئے اور یہ جو میں گھنٹوں میں ایک پنٹ لیٹر ڈیڑھ یا نو تک لیا جاسکتا ہے۔ مزید سیال جو مقدار میں ایک یا دو پنٹ ہوتا ہے وہ ہے جو کہ جسم کے عام تحول میں ضروری ہوتا ہے۔ اسے کھانے سے پاؤ یا آدھ گھنٹے پہلے لینا چاہئے۔ یادداشت اور مایعات کو ہمیشہ گرم کر لینا چاہئے۔ مناسب ترین سیالات پانی، ہلکی چائے یا کوکو ہیں اور یقیناً دودھ بھی جو کہ ایک اہم غذا بھی ہے۔ الکحل نہیں لینی چاہئے۔

سوء ہضم کے بعض مریض بہت لاغر ہو جاتے ہیں کیونکہ وہ ناگوار نتائج کے خوف سے غذا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ایسے مریضوں کے لئے بستر پر کام کرنا ضروری ہے اور انہیں اپنی قاعدی احتیاج (basal requirement) (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۷) سے زائد غذا لینے پر مجبور کرنا چاہئے یہاں تک کہ ان کا وزن بھرتا رہے۔ ایک عمدہ تجویز یہ ہے کہ تغیر پذیر ناشتہ اور دوپہر اور شب کا کھانا دیا جائے اور غذائی مقدار قاعدی احتیاج کے مساوی ہو۔ علاوہ ازیں سوکر اٹھنے کے بعد ایک بجے صبح ۲ بجے شام کو اور شب میں آخری چیز کے طور پر ۳ پنٹ (ایک سیر دو چھٹا تک) دودھ لے لیا جائے۔

ادویہ۔ یہ صرف اسی وقت تجویز کی جائیں جب کہ غذا کی بہ احتیاط تنظیم

کرتے تھے باوجود علامات کی شکایت ہو۔ ایک نہایت نفع بخش چیز CO_2 ہے جو معدے کے اندر آزاد گزرتی جلد کستی ہے اور جس کا فعل معدی انقباض کا امتناع کرنا یا ڈکاریں لانا ہے جن سے دروں معدی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ دو آمیزے تیار کئے جاتے ہیں :- (۱) سوڈا یا کارب۔ گرین ۳۰، فیما مدہ جتیا نہ مرکب، تاجحد ایک اوش۔ (۲) مائٹریک آئیڈ، گرین ۳۰۔ آپ کلورفارم، تاجحد ایک اوش۔ ڈکاریوں کا اعظم اثر چل کرنا جو تو پہلے آمیزے کے بعد فوراً دوسرا آمیزہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر اس سے خفیف تر اثر پیدا کرنا ہو تو پہلے آمیزے کا ایک ٹی سپون مل لینے کے بعد دوسرے آمیزے کا ایک ٹی سپون مل لیا جائے اور اس کا تکرار کیا جائے یہاں تک کہ در دیا خفیف کا ازالہ ہو جائے۔ سوڈا یا کارب کے بجائے تیار شدہ کلچر (prepared chalk) اور میگنیا کارب (mag. carb.) کے مساوی حصوں کا ایک ٹی سپون مل قدرے پانی کے اندر ملا کر اسی طرح استعمال کیا جاسکتا ہے۔ میگنیا کارب اس قبض کو رفع کرنے میں مفید عمل کرے گا جو اکثر موجود ہوتا ہے۔ جب سوڈا یا کارب تنہا دیا جاتا ہے تو درد رفع کرنے میں اس کا مفید اثر تقریباً یقینی طور پر اسی وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے میں کے ترشہ سے CO_2 آزاد ہوتی ہے، نہ کہ سوڈا یا کارب کی قوی خاصیت کی وجہ سے۔ مائٹریک آئیڈ دینے کا یہ فائدہ ہے کہ وہ اس عمل کو اور بھی زیادہ یقینی کر دیتا ہے اور دوران ہضم میں دفعہ معدی رس کے ہائڈروکلورک آئیڈ کی تبدیل کر دینا غالباً بہت سی اصابتوں میں ایک خراب مزاولت ہے۔ اگر CO_2 کے اثر سے بالکل علیحدہ ایک قلی تجویز کرنا مقصود ہو تو میگنیم آکسائیڈ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ یہاں یہ شبہ ہو کہ خٹائے مخاطی میں ضررات موجود ہیں، کوئل ان ضررات کو ایک پلستر سے ڈھانکنے اور اس طرح ان کی خفالت کرنے کے مقصد سے بسمتھ (bismuth) یا کے اولین (kaolin) تجویز کر سکتے ہیں۔ لیکن انہیں خاصی بڑی مقدار میں مثلاً ۴ تا ۵ ڈرام کی مقدار میں لماب (mucilage) کے ساتھ پانی میں معلق کر کے دینا چاہئے۔ سوہ ہضم کی بعض اصابتوں میں مرقق ہائڈروکلورک آئیڈ، ایک ڈرام تک کی مقدار میں پانی کے ساتھ خوب ہلکا کر کے کھانے کے ساتھ اور اس کے بعد لیا جائے تو بہت مفید ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کا HCl پست ہو اور بہت رطوبت کے ساتھ چہرے کی کتھا ہٹ موجود ہو جیسے کہ گلابی کئی کی اصابتوں میں۔

دوسری دوائیں جن کو کاسیر ریاح کہتے ہیں، زائد وداز سے لی گئی ہیں اور ان کی طبی اہمیت ہے۔ وہ یہ ہیں :- سال وولٹائل (Sal volatile)، کچیلہ کا صمغیہ (tr. nucis vomica)، آرسٹرکینین (strychnine)، عرق الزہب (ipecaeuana)، تباقی مریات (vegetable bitters) جیسے کہ کیا لمبا کی جڑ (calumba root)، اور طیران پذیر روغنیات (volatile oils) جیسے کہ روغن پودینہ۔

طبیعی طریقے - شکم کے بالائی حصہ پر لگائی ہوئی حرارت ایک قوی متذبذب ہے اور غالباً اناعلیٰ خراش مقابل کی طرح، منکوس طور پر موثر حشائی حرکات پیدا کر کے کرتی ہے۔ حرارت کا استعمال کھانسنے کے بعد گیمگی ٹیسٹو (Gangee tissue) کو شکم کے گرد باندھ کر یا ایک چھوٹی فصل پذیر گرم پانی کی فیسیلی یا برقی یا سمولی پولیٹروں یا پلسترول [جن میں امنی فلاجیسٹین (antiphlogistin) یا تھر موجن دول (thermogene wool) شامل ہیں] کی وساطت سے کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے طریقے جن کا اطلاق سقوط المعدہ (gastroptosis) کی حالت پر ہوتا ہے کہ جس میں افحال حرکت کی قلت ہوتی ہے، صفحہ 340 پر بیان کئے گئے ہیں۔ نہایت شدید و حاد و غیر علاج پذیر و دسمدہ کی اماتہوں میں معدے کے اندر ایک نئی گڈاڑا چاہئے تاکہ دباؤ کم ہو جائے۔ یہ مار فیا دینے کے نسبت زیادہ مناسب ہے، لیکن بعض اوقات مار فیا کا دینا ناگزیر ہو جاتا ہے۔

بلع البرہوا

(azrophagy)

بلع البرہوا یا کثرت ہوا نگہنے کی حالت ریجی سودہ مضیق کی ایک قسم پیدا کر دیتی ہے گذشتہ زمانہ میں معدے میں گیس کا اجتماع تخمیر کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ لیکن طبی طور پر یہ کسی معدہ بہ حد تک نہیں واقع ہوتا کیونکہ معدی افیہ بہت ترشٹی ہوتے اور معدے میں بہت قلیل عرصہ تک ٹہرتے ہیں۔ معدہ کا سرطانی سلسلہ جو بوالی منسیتی (pyloric stenosis) پیدا کر دیتا ہے وہ خاص حالت ہے جس سے تخمیری استعداد پیدا ہو جاتی ہے کیونکہ اس حالت میں پخت ترشٹی اور غذا کا رکود دونوں موجود ہوتے ہیں۔ طبی طور پر تھکے ساتھ کس قدر ہوا نگلی جاتی ہے جو لاشاعوں کے ذریعہ معدے کے اندر

دائیں ڈایاگرام سے بالکل نیچے ہی ایک صاف رقبہ کے طور پر دیکھنے میں آتی ہے اور وہ طبعی آواز پیدا کر دیتی ہے جو معدے کے بالائی حصے پر قزع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ وہ حالت جو بلع الہوا کے نام سے مشہور ہے، صرف اسی وقت موجود سمجھی جاتی ہے جب کہ ہوا کی بہت زیادہ مقدار میں تنگی جائے اور خاص کر جب کہ یہ عمل کھانوں کے درمیان بھی جاری رہے۔

بحث اسباب۔ بلع الہوا کی امایاتوں کے تین گروہ ہوتے ہیں۔

- ۱۔ سوء المزاجی۔ اسے اس طبی میکانیت کا جس کے ذریعہ سے معدے میں ہوا داخل ہوتی ہے (24) مبالغہ آمیز حالت سمجھنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 335)۔
- ۲۔ خراب عادات۔ یہ سورہ ہضمی قسم سے قریبی تعلق رکھنے والا گروہ ہے اور ممکن ہے کہ اسی سے پیدا ہو جائے۔ مرینس کہتے ہیں کہ اسے محسوس کرتا ہے جیسے کہ شریف میں تنگی یا پری کا احساس اور اسے محسوس ہوتا ہے کہ اچھی طرح ڈکار لے کر وہ اس میں تخفیف پیدا کر سکتا ہے۔ تخفیف کا یہ احساس ممکن ہے کہ خود بخود پیدا ہو جائے یا حادثہ یعنی یا حادثہ قریح، یا کسی دوسری بیماری کے حلقہ کا نتیجہ ہو۔ نیز یہ اصلی سبب کے دفع ہو جانے کے بعد بھی بدستور قائم رہتا ہے۔ یہ معدے میں گیس کی زیادتی کی وجہ سے نہیں ہوتا اور معدہ اکثر تقریباً خالی ہوتا ہے۔ مریض ڈکار لے کر تخفیف مرض کی کوشش کرتا ہے، لیکن اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہوا زور کے ساتھ معدے کے اندر داخل ہو جاتی ہے جس سے تکلیف اور بڑھ جاتی ہے۔ مریض ایسا ایک دو بار اور کرتا ہے یہاں تک کہ ہوا کی بہت بڑی مقدار جمع ہو جاتی ہے۔ ایک اور مرتبہ ڈکار لینے پر ساری گیس نایاب ہو جاتی ہے اور فی الفور کامل آرام کا احساس ہوتا ہے۔ تھوڑے عرصہ کے بعد پھر وہی تکلیف کا احساس ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہی دور غیر متعین طور پر بار بار ہوتا ہے۔ دوسرے مریضوں کو یہ شکایت ہو جاتی ہے کہ ہر چند سیکنڈ کے بعد ان کو بلند آواز کے ساتھ ڈکاریں آتی ہیں جس کی وجہ سے وہ خود اپنے لئے اور دوستوں کے لئے ایک بال ہو جاتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ ایک قسم کا "قلص" ("tie") ہے اور اکثر شریانی ہوتا ہے۔ ایسی امایاتوں میں جو معدے میں نہیں داخل ہوتی، بلکہ وہ مری کے اندر چھپی جتا کر فی الفور زور کے ساتھ باہر نکال دی جاتی ہے۔ اور بھی دوسری امایاتوں میں ہوا متناہ

کے ذریعہ معدے کے اندر کھینچ آتی ہے۔

۳۔ افراط طریق۔ اس کا سبب مبہم ہے۔ لیکن جب یہ پیدا ہوتا ہے تو مریض اسے دن بھر براہ منگتے رہتے ہیں اور ساتھ ہی ہوا بھی نگلی جاتی ہے۔

علامات یہ ہیں:- شرا سیف میں پری اور ساتھ ہی تکلیف کا احساس اور بعض اوقات شدید درد کے ساتھ تمدد و کاریں، ہچکی، عدم اشتہا، تھیں، بعض میں کولک اختلالات بھی ملے البتہ اسے منوب کئے جاسکتے ہیں، سینے چہرہ کا اعتلا، درد سر، جسم کا گرم ہو کر چلتا جانا، اختلاج، سرعیت ضربات قلب، متنازعہ انکماشات اور مری میں پیدا ہونے والے تحت الفصی صوبہ یہ پایا گیا ہے کہ اگر معدہ کا سنجری تمدد پیدا کیا جائے تو مری کی حرکت و ودیہ میں زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ نگلی ہوئی ہوا کا اکثر حصہ بواب کی راہ سے آگے چلا جاتا ہے اور لاشعاہوں سے عارضی طور پر لاشعاہی کے پہلے حصے میں دیکھا جاسکتا ہے۔ پھر یہ چھوٹی آنت میں سے گذر کر قولون کے اندر بڑے بڑے ٹکڑوں کی شکل میں جمع ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مافیہ کے آگے بڑھنے میں مزاحمت زیادہ ہونے لگتی ہے اور اس طرح اس سے قولونی رکود کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ آخر کار ہوا مزید راہ سے گزرنے میں رکھ کر مکمل جاتی ہے۔ قولون کی راہ سے اس کے گزرتے وقت اکثر تشنگی کی آواز پیدا ہوتی ہیں، جن کو قرا قرا کہا جاتا ہے۔

تخصیص۔ معدے اور معا کے اندر زیادہ گیس کی موجودگی لاشعاہوں سے دیکھی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ معدہ چھوٹا ہو یا بڑا ہو۔

علاج۔ سورہ یوسفی قسم پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔ دوسری قسموں میں مریض کو احتیاط کے ساتھ پوری صورت حالات سمجھا دینی چاہئے اور اسے کھانوں کے درمیان میں جس قدر ممکن ہو کم ہنگنے کی ہدایت کرنی چاہئے۔ ایسا کرنے میں مریض کو اپنے منہ میں ایک سگریٹ کی منہ مال (cigarette-holder) پر دے رکھنے سے یا غصروف دہتی سے اوپر گردن کے گرد ایک تنگ گھوبند پہننے سے مدد مل سکتی ہے۔ ان ذرائع کی وساطت سے وہ ہنگنے کے عمل کے آغاز سے مطلع ہو جاتا اور اپنے آپ کو قابو میں رکھ سکتا ہے۔ تنفسی ورزشیں بھی مفید ہوتی ہیں۔ کھانے کے وقت سیالات کو غور کیا جائے چنگھنا نہ چاہئے بلکہ ایک گھاس کے تنگے میں سے لینا چاہئے۔ (مذاہرہ اچھا متواضع)

ہسٹریائی اصابتوں کے لئے ممکن ہے کہ علاج کے خاص طریقوں کی ضرورت پیش آئے
(ملاحظہ ہو صفحہ 785)۔

سقوط المعده

(gastroptosis)

احشاء پر سقوط کی اصطلاح کا اطلاق ہوتا تو اس کا یہ مفہوم ہے کہ شکم کے اندر وہ معمول کے نسبت ایک نیچی جگہ پر واقع ہیں۔ سقوط المعده کا تہنا پایا جاتا ہے، لیکن اکثر اوقات وہ احشاء کی عمومی گراؤٹ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جسے سقوط الاحشاء (visceroptosis) یا مرض گلیٹنارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ اس مرض میں ممکن ہے سقوط کبد (hepatoptosis) (۴۷)، سقوط طحال (splenoptosis)، سقوط کلید (nephroptosis) (دائیں طرف کا ۱۹) اور سقوط قون (coloptosis) (۴۸) موجود ہو۔ یہ تمام حالتیں خاص کر قولون اور اس کے عوجات کی گراؤٹ بالکل تندرست شخصوں میں بھی مل سکتی ہے۔ ان احشاء کے سقوط کے یہ معنی ہیں کہ پورا احشاء گر پڑتا ہے، لیکن سقوط المعده کی اصطلاح اس مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتی، کیونکہ معدے کی چوٹی علی طور پر پیشہ ڈایا فرام سے متاس رہتی ہے۔ معدے کا زیریں حصہ ہی گر پڑتا ہے، یعنی یہ حشاء لمبا ہو جاتا ہے۔ ڈایا فرام کی گراؤٹ سناؤ ہی واقع ہوتی ہے (۲)۔

اسباب۔ صفحہ 327 پر بتایا گیا ہے کہ سقوط المعده بالکل تندرست اشخاص میں بھی واقع ہو سکتا ہے، یعنی لمبے اور تنگ سینہ اور شکم والے اشخاص میں۔ یہ حالت مردوں کے نسبت عورتوں میں بگنی عام ہوتی ہے۔ جن عورتوں کو کوئی بچہ نہ ہوا ہو یا زیادہ سے زیادہ ایک یا دو بچے ہوئے ہوں، ان کے نسبت اکثر یہ ان عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے جن کو کئی بچے ہو چکے ہوں۔ یہ بالخصوص تیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہے۔ علامات کا پہلے پہل انکشاف حاد نوعی حیات یا التباب، تائد و دور کے بعد یا شکم کے جراحی علیہ کے بعد یا داغی اور جسمانی محنت یا بار کے بعد ہوتا ہے۔ بہت زیادہ محنت بھی سقوط المعده پیدا کر سکتی ہے۔

علامات۔ قبض سب سے زیادہ عام ہے (۶۷) پھر شکم کی تکلیف (۲۵) ریحیت (۴۵) نقصان توانائی (۴۴) درد شکم (۴۳) وزن کا کم ہونا (۳۶) درد سر (۳۱) متلی (۲۲) اور لپٹی (۲۲)۔ سینہ کی علین کسیدہ رمیز ہوتی ہے۔ یہ یقین کرنے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ معدی تقرح سقوط المعده میں ان امایوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے جن میں شکی علامات کے ساتھ معدی طبعی محل وقوع رکھتا ہو لیکن لاشعاعی مناظر سے اس امر کے طرف اشارہ ہوتا ہے کہ آٹھ عشری تقرح (۲۳) کسیدہ زیادہ عام ہوتا ہے۔ نیپڑی سے ڈھکی ہوئی زبان (۴۶) ناکانی دانت (۲۲) جو فیزی میلانیم (pyorrhoea alveolaris) (۱۹) عام تھے۔ عام عقیدے کے خلاف معدی بیش تر شکی کثیر وقوع تھی (۴۹) لیکن کم تر شکی بھی تھی (۲۱)۔

تختخص۔ سقوط المعده کو شناخت کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ غیر شفاف کھانا دینے کے بعد بطن کو اتھاری وضع میں رکھ کر لاشعاعی کے ذریعہ سے دیکھا جائے۔ طبی حالت میں انتھائے صغیر حرقی عروق سے اوپر ہوتا ہے اور انتھائے کبیر ان سے نیچے۔ جب معدہ گرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ انتھائے کبیر اس قدر نیچے ہو کہ انتھائی امایوں میں وہ ارتفاق عانی تک پہنچ جائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱ صفحہ 340)۔ جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے۔ معدے کے محل وقوع کا نیچے ہونا تندرستی کی حالت کا منافی نہیں اور ایسے حالات موجود ہیں جو عارضی طور پر اس حالت کو پیدا کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 328)۔

سقوط المعده عموماً قلت تنش (۷۱) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور یہ غالباً علامات پیدا کرنے میں سب سے زیادہ اہم عامل ہوتی ہے۔ قلت تنش کا ثبوت غیر شفاف کھانے کی تنوسوسی سی کی مقدار میں متواتر دینے سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ طبی حالت میں حصہ اس کا قائل اس طرح ظاہر کرتا ہے کہ وہ غذا کے استواء کو ایک متعلق بلندی پر قائم رکھتا ہے (شکل ۴۸) نفس اور بطن میں (۷۱) خواہ دی ہوئی غذا کی مقدار کچھ بھی ہو لیکن جب معدہ میں قلت تنش ہوتی ہے تو غذا کا ابتدائی حصہ نہ نشین ہو جاتا ہے اور

لے تو بطن میں درج کئے ہوئے اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ سقوط المعده کی غیر یقینیہ (۷۱) (امایوں میں) میں شکی علامات موجود تھے کتنی امایوں میں یہ علامتیں موجود تھیں (26)۔



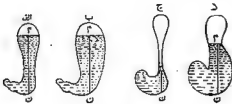
ایک گرتے ہوئے یا اطالت پذیر مدد کی شدت محکاشت جو کہ پریم سے بھرا ہو ہے۔ انہی کیہ کا ذریعہ تھوڑی مدت میں ارتفاق سے عین اوپر واقع ہے۔ یہ حرقعی عرف سے بہت نیچے ہے۔ مدد کا بالائی حصہ نظر نہیں آتا لیکن مدد کے وسط کے قریب درون نگاہ نظر آتا ہے۔ یہ اطالت پذیر مدد کی دیواروں کے شک پڑنے کی وجہ سے ہے۔ ریت گھڑی مدد کی طرح اس میں کوئی شیخ یا ندلی انقباض نہیں جب مدد گرتا ہے تو اس کا جھڑپس سے زیادہ ہوتا ہے لہذا یہ ایک قسم کا تسع مدد بن جاتا ہے۔ دوسری قسم میں جو کہ بواہی نیت کے ساتھ متلازم ہے ایک بالکل دوسرے منظر نظر آتا ہے۔ (طالعہ ہوسفہ ۲۶ صفحہ 351) (مسٹر ڈیویٹ سے لاک کے لئے ہوسفہ)



ایک پیش تنشی معدہ کی شعاع شجاشت۔ یہ ایک چھوٹا سا معدہ ہے جو کہ ہیریم سے بچا ہوا اور ہیریم کی وارپڈ عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے۔ ہیریم میں بہت بلند ہی پر ہے اور رفتی دھڑوں سے جو کہ تصویر میں دکھائے نہیں گئے بہت اوپر واقع ہے۔ آٹا عشری کا اول حصہ معدہ کے برابری سرے کے پیچھے چھپا ہوا ہے۔ ہیریم کے قعر معدہ گزر چکا ہے اور بہت نظر آ رہا ہے۔ معدہ کے قعر میں ایک بہت بڑا ہوا کا بیڈ جو کہ کینس ڈایا فرام کے عین نیچے نظر آتا ہے معدہ میں کینس کا ایلائی لیول جو کہ رفتی ہے براہے نیچے نظر آتا ہے۔ (مشرف لیولنڈ سے لاک کے لئے ہونے محض ہے)

بعد کے حصے معدے کو ایک عمیقی کی طرح پُر کر دیتے ہیں (24) (ملاحظہ ہو شکل ۴۸ ج اور ۵)۔ معدے کے خالی ہونے میں عموماً تاخیر ہو جاتی ہے (۵۷) اور لاشعاعی شہادت سے اکثر پتہ چلتا ہے کہ زائدہ دودھ کی غیر طبعی حالت (۵۹) 'قولون میں تاخیر (۶۶) سقوط القولون (۴۷) اور لفافنی رکود (۴۲) موجود ہے۔ معدہ کے نیچے ہونے اور اکثر قلت تنفس کے باوجود معدے کے حرکات دودھ کا عملی پائے گئے۔

تحریر کا طریقہ یہ ہے کہ عمر بھر باقاعدہ ورزش کی جائے، تنگ کاسیٹوں (corsets) اور زیادہ محنت سے احتراز کیا جائے، غذا ایسی لی جائے کہ جس میں پھل



شکل ۴۸

اور ترکاریاں بہ افراط ہوں، پاختہ جانے میں پابندی وقت کی عادت ڈالی جائے اور آنتوں کی ہر بے قاعدگی یا علامات سورہ ہضم کے طرف فوری توجہ کی جائے۔

سقوط المعدہ کی ایک سرری علامت یہ ہے کہ ناف سے اوپر خط وسطیٰ میں دبائے سے درد پیدا ہو جاتا ہے اور اگر ہم زمان طور پر ارتفاق عانی سے عین اوپر دبایا جائے تو اس میں فوری تخفیف پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج۔ نسبتاً تخفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ کسی علاج کی ضرورت نہ ہو اگرچہ ان میں بھی عضلات شکم کو جناسنگ یعنی اکھاڑے اور کسرت وغیرہ کی ورزشوں گھوڑے کی سواری یا چھلکتی یا شمشیر زنی کی مشقوں سے کچھ تقویت دینا مفید ہے۔ شکمی دُک اور بھلی بھی مفید ہو سکتی ہے۔ زیادہ نمایاں اصابتوں میں ایک پیسٹی

مسلل دن بھر پیچے رہنا چاہئے۔ یہ پیٹی ایسی بنی ہوئی ہو کہ ارتفاق عانی سے عین اوپر سخت دباؤ ڈالے۔ اور پیٹی کے اندر کے طرف ایک چھوٹی انجری ہوئی گدی رکھنا ایک عمدہ تجویز ہے۔ جہاں مدد بہت قریب ہو ایک وقت میں کھانے کی تھوڑی تھوڑی مقداریں یعنی چائیس، اور کھانے کے بعد مریض کو دائیں کر دے پر لیٹ جائے یا پاؤں اور ہاتھوں کے بل چلنا چاہئے جس سے غذا کو بواب کے آر پار گزرنے میں آسانی ہوگی۔

ہسٹیریا ئی قے

(hysterical vomiting)

دوسرے ہسٹیریا ئی مظاہر کی طرح، ہسٹیریا ئی قے بھی عموماً کسی ایسی شکایت سے پیدا ہو جاتی ہے جس کی علامتوں میں سے قے ایک علامت ہوتی ہے، اور جب اصلی شکایت رفع ہو جاتی ہے تو یہ قے ایذا کی وجہ سے جاری رہتی ہے۔ وہ قے جو حمل کے ساتھ قدرتی طور پر متلازم ہو کر قی ہے، ایذا پذیر افراد میں اشی و جو سے جاری رہ سکتی ہے۔ اس قسم کی قے التهاب زائمدہ دودھ کے حملہ کے بعد اس وقت بھی جاری رہ سکتی ہے جب کہ زائمدہ دودھ جراحی عمل کے ذریعہ سے خارج کر دیا گیا ہو۔ دوران جنگ میں ”گیس زدگی“ کی علامتوں میں سے قے ایک علامت تھی، اور بہت سی اماتوں میں ہسٹیریا ئی قے پیدا ہو گئی۔

علاج۔ دوسری ہسٹیریا ئی اماتوں کی طرح، اس میں علاج نفسی (psychotherapy) کا استعمال کرنا چاہئے۔ مریض کو اصلی صورت حال سے سمجھا دینا چاہئے۔ تمام مخصوص دوائیں اور غذائیں جو ابتداء قے کی وجہ سے تجویز کی گئی تھیں، اور جو ممکن ہے کہ زائمدہ ایذا اس حالت کو جاری رکھیں، اب بند کر دینی چاہئیں، اور مریض کو معمولی غذا لینے کی ترغیب دینی چاہئے۔ عمیر العلاج اماتوں میں سے کسی راہ سے اشتنا عشری میں ربر کی ایک پستلی نلی گزار کر مریض کو غذا دینا چاہئے۔

دوری قے

(cyclical vomiting)

بچی اور ہسپتالی مزا ولت دونوں میں یہ شکایت تین تا تیرہ سال عمر والے بچوں میں نسبتاً عام ہوتی ہے، اگرچہ اس کا امکان ہے کہ اسے "مغز کے حملوں" ("bilious attacks") کی تشخیص کے تحت نظر انداز کر دیا جائے جو غذا کی کسی بے احتیاطی سے منبہ کر دیے جاتے ہیں۔ اس کے حملے مختلف فاصلوں پر ہوا کرتے ہیں اور ذہنی یا دماغی ہیجان (جیسا کہ حیلوں کی شرکت سے یا امتحان دینے سے پیدا ہو جاتا ہے) سرایت (جیسے کہ زکام یا التهاب لوزہ) زائد عضلی محنت (جیسے کہ مسابقتی کھیلوں میں) یا بھٹنے سے (جیسے کہ موٹر کی سواری میں) شروع ہو جاتے ہیں۔ اکثر ان کی موجودگی کی ایک خاندانی سرگزشت ہوتی ہے، اور اس شکایت کے موضوع بعض اوقات (گو کہ ہمیشہ نہیں) معمولی صحت کی حالت میں نہیں ہوتے، اور وہ بعض غفلت، شہوب، عصبی مزاج، شب بولی (nocturnal enuresis)، بچھڑی پن (backwardness)، کیٹون بولیت (ketonuria) وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علامات۔ حملہ دفعۃً شروع ہو جاتا ہے۔ علامات جو دو یا تین دن تک جاری رہتے ہیں یہ ہیں:۔ کلمندی، غنودگی، درد سر، قے، اور انبساط۔ ارتقاع حرارت جو ممکن ہے کہ ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک پہنچ جائے، پہلے دن ضرور موجود ہوتا ہے۔ درد شکم ہوتا ہے جو اکثر دائیں حرقی حفرہ میں ہوتا ہے اور بیض اوقات اس کے ساتھ الیسیٹ اور استواری ہوتی ہے، چنانچہ التهاب زائدہ دودھ سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں پاخانے حملہ کے آغاز میں بدبودار اور حملہ ختم ہو جانے کے بعد غیر معمولی طور پر بڑے تھے۔ قاعدہ ہے کہ حملہ کے دوران میں قبض ہو کر آئے۔ مریض کی قے اور سانس دونوں میں ایسیٹون (acetone) کی بو آتی ہے اور قارورہ کے اندر ایسیٹون اجسام (acetone bodies) یعنی ایسیٹون ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid) میٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پائے جاتے ہیں۔ یہ کیٹونیت حملہ کے آغاز میں قے

شروع ہونے سے پہلے موجود ہو سکتی ہے۔ اگر قے جاری رہے تو بچہ تھک رہی دُلا ہو جاتا ہے، اُس کا شکم باز کشیدہ، چہرہ لٹکا ہوا ہوتا ہے اور آنکھوں میں گرہے پڑ جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کا حمل مہلک ہوتا ہے اور ذرہ در ذرہ بلیاں، یعنی تشنجات کے ساتھ ہبوط یا کیتونیت کی وجہ سے قوا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 466)۔ مہلک امواتوں میں جگر یا لوم شمی اعظا کی حالت میں پایا گیا ہے۔

امراضیات۔ بعض امواتوں میں قلیل شکرد مومیت پائی گئی ہے، اور بعض میں خون کی شکر معمولی مقدار میں ہوتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ عصب مشاری کے تہیج کے ذریعہ سے ایڈرینالین کا افراز زیادہ نکلتا ہے اور یہ نگوین شکر کو بڑھاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479) اور بالآخر جگر کی گلائیکوجن کو گلوکوز کی شکل میں یہ افراط منتشر کر دیتا ہے جو جسم کے اندر بہ سرعت جل جاتا ہے۔

تھریئر اور علاج۔ حملوں کی روک تھام اور علاج اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ بہ افراط شکر دی جائے۔ اگر بچہ بے ہوش ہے تو ہ فی صدی ڈکسٹروین (dextrose) ایک انسی انبوبہ کی راہ سے جو کہ بواب یا اثنا عشری تک داخل کر دیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479) اور معائنہ و تنقیح کی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ کیتونیت کا علاج بہ کثرت سیالات سوڈائی کارب و غیرہ دے کر کرنا چاہئے، لیکن انسولین نہیں دینی چاہئے۔

معده اور اثنا عشری کا واقتراع

342

(acute dilatation of the stomach & duodenum)

معدی اور اثنا عشری ایلاؤس

(gastric & duodenal ileus)

معدہ۔ اس قسم کی امواتیں نسبتاً نادر ہیں، اگرچہ اب بہت امواتوں کا اندراج ہوا ہے۔ ان کے وقوع کا سبب آسانی سے سمجھ میں نہیں آتا۔ ان کی غالب تعداد میں تشدد کا کوئی مرتبہ سبب نہیں ہوتا، لیکن بیض امواتیں معدے کو حد سے زائد بھر لینے کے بعد (خاص کر سبزی ترکاریوں سے) پیدا ہو سکتی ہیں۔ کثیر المقدار میں جلد پیدا ہو کر معدہ اسی طرح پھول جاتا ہے جس طرح کہ ایک بھیڑ کا پیلا معدہ (rumen)

ہرے گہروں کھالینے کے بعد چند اصابتیں تصرف لگنے کے بعد واقع ہو گئی ہیں اور گمان غالب ہے کہ ان میں معدی عضلہ مشلول ہو جاتا ہے، اور ایک چوتھائی سے زائد اصابتیں جراحی اعمال کے بعد ہوتی ہیں۔ ایسی اصابتوں میں قیاس ہے کہ معدیم مس (anaesthetic) دو باعث مرض ہے، بالخصوص جب کہ وہ ایتھر ہو، کیونکہ اس معدیم مس کے ساتھ مریضوں کے ہوا نکل لینے کا امکان ہوتا ہے۔

اس کا آغاز عموماً نہایت ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو تھوے ہوئے لگتی ہے جس کے ساتھ وہ بار بار ہرے بھورے یا رمادی سیال کی بڑی مقداریں باہر نکالتا ہے۔ پس کے ساتھ معدی تکلیف، درد، اور آلیمیت ہوتی ہے۔ شکم عموماً اپنے بائیں اور زیریں حصوں میں بہت پھولا ہوا ہوتا ہے، لیکن شراہیف نسبتاً چپا ہوتا ہے۔ سرچ حرکت دودی بالکل استثنائی طور پر پائی جاتی ہے (سی۔ تنہائیں کی جھج کردہ چولیس اصابتوں میں سے صرف ایک میں)۔ لیکن گلگ، توج، اور جھکاؤ کی مختلف مقداریں حاصل ہوتی ہیں۔ مریض مہبوط ہو جاتا ہے، اسے پیاس لگتی ہے، پیشاب کی مقدار کم ہوتی ہے، اور قبض ہوتا ہے۔ یہ علامتیں چند روز تک قائم رہ سکتی ہیں۔

موت کے بعد مدہ بے انتہا متمد ہوتا ہے، اور نیچے عاز تک پہنچ کر اپنے اوپر خم کھاتا ہے، اور اس کا ایک حصہ اثنا عشری کے طرف واپس لوٹتا ہے۔ بعض اوقات تمدد کچھ دور اثنا عشری میں بھی پھیل جاتا ہے۔

باکس (Box) اور والیس (Wallace) کے مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اتساع جب ایک بار شروع ہو جاتا ہے تو تمدد مدہ شکم میں گر جاتا ہے اور اثنا عشری میں ایک ثنیہ پیدا کر کے اس سے ایک تمدد پیدا کر دیتا ہے، جس کی وجہ سے مدہ سے گیسوں کا خارج ہونا رک جاتا ہے اور اس طرح اتساع میں اور زیادتی ہو جاتی ہے۔ اور گیس جتنی زیادہ جمع ہوتی، اتنے ہی زیادہ یقینی طور پر وہ خارج نہیں ہونے پاتیں۔

علاج۔ ایک نلی داخل کر کے مدہ کے مافیہ کو جو کہ بہت دباؤ کے تحت ہیں نکال لینا چاہئے۔ مریض کو منہ کے بل لیٹنا چاہئے۔ اور بستر کی پائنتی کو اونچا اٹھا دینا چاہئے تاکہ کوئی ثنیات جو موجود ہوں سیدھے ہو جائیں۔

اشناعشری۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ اسلاریتی عروق کے ذریعہ سے تشنگی پیدا ہو کر خواہ اس کے ساتھ اشناعشری صائمی عوج کے قریب شیخ ہو یا نہ ہو قند و پیدا ہو جائے ہے۔ اشناعشری کے اتصال کی ایک مزن حالت غالباً زیادہ شاذ نہیں اور اس کے ساتھ سووہنم کے علامات، قند و شکم اور معفرانی قیے بھی ہوتی ہے (28)۔

التهاب معدہ

(INFLAMMATION OF THE STOMACH)

حاد التهاب المعدہ

(acute gastritis)

اسباب۔ معدہ کا حاد التهاب یا حاد معدی نازالت مختلف اقسام کے خراش آلودوں کے ذریعہ پیدا ہو سکتی ہے۔ معدی التهاب کی شدید ترین قسم قوی صفی ترشوں یا دوسرے آکالات سے قسم واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ زیادہ عام اسباب ناقابل ہضم غذا مثلاً جمید گاجھلی، کیکرے یا کھیرے دار جھلی، یا کچے پھل، یا ایسے گوشت مچھلی پھل، سبزی ترکاریوں یا دوسری غذا میں جو سرخ رنگی ہون کا احتمال کرنے سے پیدا ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 367)۔ چنانچہ یہ مرض گرمی کے موسم میں عام ہوتا ہے۔ شیر خوار بچے اکثر التهاب المعدہ میں مبتلا ہوتے ہیں جس کے ساتھ التهاب المعاء متلازم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 365)۔ متعدد معدی نازکلات جماد معدی قرحہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں حاد التهاب المعدہ کی ایک قسم ہیں۔

مرضی قشریخ۔ آلیکسی سینٹ مارٹن (Alexis St. Martin) کی مشہور اسابت میں یہ ثابت کیا گیا کہ خراش کی غلطی کی خراش کے بعد جلد ہی تغیرات نمودار ہوجاتے ہیں۔ سرخ دانے پیدا ہوجاتے ہیں جو بعض اوقات دھبی مواد سے بھر جاتے ہیں یا سرخ چکیاں یا قلعاعی پٹریاں یا خراشید گیاں موجود ہوتی ہیں۔ معدی رس کا اقرار کم متعارف ہو گا اور غلط آواز ادا ہوجاتی ہے۔ بعض اوقات خفیف ترن بھی

واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ اکال قسم سے جو علامات پیدا ہو جاتے ہیں وہ یہ ہیں:- شراہیف میں ملود و اودا آئیت، خون اور مخاط کی تھیں اور ہبوط۔ بارہا اس کا نتیجہ موت ہوتا ہے۔ یہ اماتیں ممویات کی کتابوں میں بیان کی گئی ہیں۔

حاد التهاب المعدہ کی اس امات میں کہ جس سے زیادہ واسطہ پڑتا ہے، علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ حاد و مہتمم کے شیرخواروں کے معدی محسائی التهاب کا بیان حد میں درج ہوگا۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تب محرقہ، افصلو ستر اور التهاب سب زائدہ و دیر (appendicitis) جیسے امراض کا آغاز حاد و التهاب المعدہ کی صورت اختیار کرتا ہے۔ علاج۔ کچھ عرصہ تک غذا بالکل روک دینی چاہئے۔ ازال بعد غذا اسی قسم کی دینی چاہئے جیسی کہ ہضمی قرحہ کے بیان میں درج کی گئی ہے۔ درد کے لئے گرم تحکیمات یا پولکس کام میں لائی جاسکتی ہیں یا نہایت شدید اماتوں میں مارشیا کا شراب کیا جاسکتا ہے۔ اس واسطے بعض اوقات مسلسل تھیں میں افادہ ہو جائے گا۔ بمعہ اودا ایک فوار جرحہ (ملاحظہ ہو صفحہ 337) یا آیوڈین کے صغیرہ کی ۲ یا ۲ بڑی ایک چائے کے چمچ بھر پانی میں ہر نصف گھنٹے سے دینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ حکم کے شروع میں سینی عمل (syphonage) کے فدیہ معدے کو دھو ڈالنا اکثر مفید ثابت ہو۔

حاد تقیحی التهاب المعدہ (acute suppurative gastritis)

یا فلغمونی التهاب معدہ (phlegmonous gastritis)۔ معدے کی دیواروں کا تقیح ایک نہایت شاذ واقعہ ہے، جریا تو ایک معدہ و خراج کی شکل میں ایک دیر و دیریش کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات عموماً حاد و مہتمم و (acute intestinal obstruction) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں اور ساتھ ہی شراہیف پر شدید درد ہوتا ہے (30)۔

مزمّن التهاب المعده

(chronic gastritis)

بوجہ اُن سرسّخ تغیرات کے جو موت کے بعد معدے میں اُس کا بعد المات
ہضم واقع ہو جانے کے باعث رونما ہو جاتے ہیں، یہ مرض انتہائی بحث و تحقیق کا مستحق
رہا ہے۔ تاہم موت کے بعد فی الفور شکم کے اندہ اپنی صدی خالہین کا اشراب کر دینے
سے عمدہ تثبیت حاصل ہو سکتی ہے۔ مزمّن التهاب المعده دو طریقوں سے پیدا ہو جاتا
ہے :- (۱) جوئے خون کے ذریعہ معدے میں آن تھی یا ساری علامات سے جو پوری
معدی سطح کو مآؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ (۲) بلا واسطہ، ایسے مضر حالات
کا غشائے مخاطی پر اثر ہونے سے جو کہ معدہ کے درون میں موجود ہیں۔ یہ اولاً بوابی التهاب
المعدہ (pyloric gastritis) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں (جس سے معدے کا
بوابی حصہ مآؤف ہو جاتا ہے) کیونکہ معدے کے مافیہ دوری کسی جگہ کے تحت اسی حصے
زیادہ زور کے ساتھ دبائے جاتے ہیں (31)۔

ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک کا افرافراز ہو، اور یہ افرافراز کھانا
معدہ سے گزر جانے کے بعد بھی جاری رہے ہے، ترشگی مزمّن التهاب المعده کا آخری توجہ
ہے۔ "معدی بے کیلوگی" ("achylia gastrica") کی اصطلاح اس خیال سے رائج ہوئی
تھی کہ بعض اشخاص جتنی طور پر ہائڈروکلورک ایسڈ (HCl) کا افرافراز پیدا نہیں کر سکتے
اور کسری استعافی غذا کے اعداد و شمار سے یہاں تک پتہ چلتا ہے کہ ممکن ہے کہ مافیہ دوری
تندرست طلباء اس طرح مآؤف ہوں۔ لیکن یہ بعید الفہم معلوم ہوتا ہے کہ معدے کے اندہ
تندرست مقرر ترشگیلیہ موجود ہوں اور اُن کا کوئی فعل نہیں۔ مزید برآں اس وقت بھی
جب کہ آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (free HCl) غیر موجود ہوتا ہے پیپسین (pepsin)
اور کلورائیڈ کسی حد تک موجود پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۷۴) اور غالباً یہ
ہائڈروکلورک ایسڈ ("active HCl") بھی موجود ہوتا ہے۔ قطع نظر اس کے بعض اساتذہ
میں یہ بے ترشگی حد سے زیادہ اشاعہ شری باز و مافیہ دوری کے سبب سے ہوتی ہے (14)۔ یہ ممکن ہے
کہ افرافراز کو پیدا کرنے کے لئے ایک ایسی استعافی غذا جو مافیہ دوری کے مافیہ دوری کے

ضرورت ہو یا ہسٹامین (histamine) کے ذریعہ گرام کا اثر اب کرنے کی ضرورت ہو۔ مستقل بے ترشگی یا بے کیلوسی کوئی فعلی حالت نہیں ہو سکتی۔ لہذا شدید عام دوسریت یا سرطان المعده کی غیر موجودگی میں اس حالت سے مزمن التهاب معدہ ظاہر ہوتا ہے۔ یہ ذیابیطس اور گرہوں کے مرض میں عام ہے۔

اسباب۔ مزمن التهاب معدہ کا ایک خاندانی میلان پایا جاتا ہے۔ بچوں میں حادثہ ساری امراض اور بالخصوص حادثہ دیہوی التهاب سے مزمن خون زاد التهاب پیدا ہو سکتا ہے۔ اور بالعموم میں یہ مختلف حادثہ دیہوی سرائیوں مثلاً زحیر، حمایت معویہ، التهاب زائندہ دودیہ، نیز ریوی تمدن گریو کے مرض پلاگرا، رشیت نما التهاب معاقل اور کھل کے تسامات الدم کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ التهاب المعده کی بوائی قسم ایسی قد کا جو کہ ٹھیک طور پر تیار نہ کی گئی ہو، ادویہ اور خاص کر کھل کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔ یہ علامات پہلے تو بامذہر و کھڑک ایسڈ کے افزادات کی تسبیح کرتے ہیں جو ممکن ہے کہ بہ افراط پیدا ہو جائیں۔ اور بعد میں صرف اسی وقت جب کہ التهاب معدہ سارے معدے میں پھیل جاتا ہے بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے پایا گیا ہے کہ بے ترشگی کی کثرت وقوع عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔

مرضی تشریع۔ خون زاد قسموں میں ابتدائی التهاب اپنی موجودگی بذریعہ کی دوریزش سے ظاہر کرتا ہے جو معدی غد کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد غد مذبول ہو جاتے ہیں اور اس کی جگہ آریکی یافت پیدا ہو جاتی ہے یا بعض مقامات پر غد وکیری ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات معوی سرطلہ معدہ جام قناخلید اور بلکہ مع غد وکیری (Lieberkuhn's glands) کے پیدا ہو جاتا ہے۔ جراثیمی التهاب المعده (follicular gastritis) میں تیشیل لطف آسا جراثیم کی کورین ہوتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات بوائی قسم میں بھی واقع ہو سکتے ہیں لیکن مزید برآں ممکن ہے کہ غشائے مخاطی کی سطح طرہ و طرح بلکہ ایکساکامہ سدائیت ظاہر ہو اور اوپری تا کلمات تیز ہوتے ہیں۔

علامات۔ خون زاد قسم میں عام ترین علامات یہ ہیں :- رکیحیت، قبض یا اہسال یا باری باری سے دونوں ترشگی زبان، مذبول طلیخوں یا تفرح کے ساتھ جیسی کہ مختلف عدم دوسریت میں پائی جاتی ہے، تکان، انخفاض بے خوابی اور شقیقہ لیکن جو کہ

سورہضم کی علامتیں بالکل ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی موجودگی کا انحصار التهاب کی خالت پر ہوتا ہے۔ یاغنا میں مخفی خون پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس بوابی التهاب المعده بالکل ایسے ہی علامات پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ ایک مجاور البواب قرصہ (جو لاطظم ہو) کے ہوتے ہیں اور ساتھ ہی بائزر و کلورک ایسڈ کا افراز معمول کے نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے اور درد گڑبگڑی بلکہ قے الدم موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں جب معدے کا بوابی حصہ ہضمی قرصہ کے باعث بقدیہ علمیہ دور کر دیا گیا ہو تو اس کا خرد بین سے امتحان کرنے پر پایا جائے گا کہ اکثر اوقات ایک بوابی التهاب المعده بلکہ التهاب اثنا عشری موجود ہے جو اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ہضمی قرصہ اکثر اوقات محض اسی حالت کی ایک ترقی یافتہ شکل ہے۔ مزمن التهاب معدہ آخری درجوں میں جب کہ بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے خرد غلوی عدم دمویت (سادہ عدم حامضی عدم دمویت) متلف عدم دمویت اور خلع شوکی کے تحت الحماہ مجموعی اختلاط کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ یہ سرطان معدہ کی استعداد پیدا کرتا ہے لیکن یہاں جو قوت پیش آتی ہے وہ یہ ہے کہ بے ترشگی عورتوں میں نسبت زیادہ عام ہے، حالانکہ سرطان معدہ مردوں میں زیادہ عام ہے۔

تشخیص۔ بے ترشگی کی اہمیت پہلے بیان کی گئی ہے۔ وہ سورہضم جو پیش آتی ہے اس کے ساتھ متلازم ہو التهاب المعده سے اور بالخصوص اس کی بوابی قسم سے متوب کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ اس کے دوسرے اسباب مستثنیٰ کر دئے گئے ہوں۔

علاج۔ بے ترشگی کے لئے ایک ڈرام بائزر و کلورک ایسڈ مرتقی (acid hydrochlor. dil.) چار آؤنس پانی میں کھانے کے ساتھ دینا چاہئے۔ سورہضم کے

علاج پر پہلے غور کیا جا چکا ہے۔ ہضمی قرصہ

(peptic ulcer)

معدہ اور اثنا عشری کا قرصہ

ترشٹی مند کسی کس کے ساتھ عادتاً متکاس ہونے والے حمالی اعشیہ پر قرصہ واقع ہوتا ہے نہایت امکان ہوتا ہے۔ ایسے قروح کو بہ لحاظ ہولت ہضمی کہتے ہیں اور ان کی کئی قسمیں ہوتی ہیں۔ حاد قرصہ (acute ulcer) جو نہایت عام طور پر متحد ہوتا ہے

شکل میں غصائیے خنالی کے ایک چھوٹے سے اوپری تادکل سے لے کر ایک ایچ قطر تک مختلف ہوتا ہے۔ مزمن قروح (chronic ulcers) عموماً منفرد ہوتے ہیں اور ان کی بہترین جماعت بندی ان کے محل وقوع کے لحاظ سے کی جاسکتی ہے :- (۱) جسم معدہ میں عموماً اختنائے صغیر پٹہ اور اگلی سطح کے نسبت زیادہ تر پچھلی سطح پر۔ (۲) معدے کے بوابی حصے میں، عموماً اختنائے صغیر اور پچھلی سطح پر لیکن پھیلنے پر قطعاً بوابی سے لے کر ایچ دور رہتے ہیں اور اس سے زیادہ قریب نہیں جاتے۔ (۳) اثنا عشری کے پہلے حصے میں عموماً پیچھے کی طرف۔ اس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہیے کہ اثنا عشری کے پہلے حصے کا فعل اس کے دوسرے حصوں کے فعل سے بالکل مختلف ہوتا ہے لیکن وہ معدے کے بوابی حصے سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مثلاً ترشگی کیوں بواب کی راہ سے اثنا عشری کے پہلے حصے میں دھکیلی جاتی ہے اور جب تک کہ حرکت دودھ کی دوسری سوچ کچھ اور کیوں آگے کے طرف نہ دھکیلے جو اس کی جگہ لے وہ وہیں خیر رہتی ہے۔ عین بوابی حلقہ پر واقع ہونے والے قروح چنداں عام نہیں۔ جسم معدہ میں کے قروح اکثر مزین خصائص رکھتے ہیں اور ان قروح اور بوابی قروح کو محض اس وجہ سے کہ یہ دونوں اتفاق سے ایک ساتھ معدہ کے اندر واقع ہوئے ہیں "معدی قروح" کے عنوان کے تحت ایک ساتھ گروہ بند کر سکتے ہیں۔ بہت کچھ غلط بحث پیدا ہو گیا ہے حالانکہ بوابی قروح اثنا عشری کے قروح کے ساتھ نسبتاً زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ بوابی اور اثنا عشری قروح پر ایک ساتھ مجاویر البواب قروح (juxta-pyloric) کی حیثیت سے غور کرنا چاہئے۔

345

اسباب۔ مادہ ہضمی قروح بے قاعدہ طور پر جا بجا منتشر واقع ہوتے ہیں اور غالباً مرد و عورت دونوں جنسوں میں بالکل عام ہیں۔ لیکن وہ عورتوں میں نسبتاً زیادہ عام ہوتے ہیں اور بالخصوص جسم معدہ کو مآذوف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس مقام کے بعض قروح مزمن ہو جاتے ہیں اگرچہ ان میں سے بیشتر کافی سرعت کے ساتھ مندمل ہو جاتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ بعد میں وہ پھر پیدا ہو جائیں اور پھر مندمل ہو جائیں۔ اس عمل کا تسلسل یعنی مادہ ناکس تفرج کریت گھڑی معدہ (hour-glass stomach) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے اس قسم کا معدہ مردوں کے نسبت

عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے (32)۔ مضمی تقریح عورتوں میں نہایت عام طور پر جسم معدہ کے اندر واقع ہوتا ہے، لیکن مردوں میں وہ نہایت عام طور پر مجاور البواب خطنے میں ہو کر ہوتا ہے اور اس قدر اچھی طرح منسلک نہیں ہوتا۔ اسی وجہ سے ہم کہتے ہیں کہ (۱) مزمن اشتناعشری قرحہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چوگنتے سے لے کر چھ گنتا تک زیادہ عام ہوتا ہے، لیکن (۲) مزمن معدی قرحہ دونوں جنسوں میں تقریباً مساوی طور پر عام ہوتا ہے کیونکہ بوابی خطنے میں مذکر تقریح کی کثرت وقوع سے جسم معدہ کی موثقت کثرت وقوع کی تقریباً تبدیل ہو جاتی ہے اور (۳) قرحی مذبات زیادہ عام طور پر جسم معدہ میں ہوتے ہیں (33)۔ حال میں یہ اوفا کیا گیا ہے کہ عورتوں میں اشتناعشری قرحہ معدی قرحہ کی نسبت زیادہ عام ہے، لیکن یہ کہ التهاب مرادہ کے سلسلہ علامات سے اس کی شناخت پائی جاتی ہے (29)۔ مضمی قرحہ خاندانوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ نہایت اتفاقی طور پر معدی قرحہ آشک کے سبب سے ہوتا ہے۔ علاوہ وقئے الدم جو نوجوان عورتوں میں اس قدر عام ہے اور جسے معدی تضییض (gastrostaxis) کہتے ہیں، حادث قرحہ کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ضررات اکثر اوقات اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ انہیں مضمی ساء کلات کہتے ہیں اور اس قدر وسیع پھیلے ہوئے کہ ممکن ہے کہ غشائے مخاطی تقریح خون کا منظر پیش کرے۔ ایسی حالت میں مزمن التهاب المعدہ کا اشتہاد ہو جاتا ہے۔ مضمی قرحہ اور بوابی التهاب المعدہ کا تعلق بیان ہو چکا ہے۔ اشتناعشری قرحہ کا وقوع شیرخوار بچوں میں بھی بیان کیا گیا ہے۔

مضمی تشریح۔ حاد قرحہ۔ ابتدائی درجہ میں ممکن ہے کہ ایک اوپری تنخری ضرر موجود ہو جس کے عارضے سرخ ہوں اور جو مخاطی طبقہ کی ایک خفیف سی امی ہوئی اور دبیز چمکتی پرواقع ہو پھر اکتہاف واقع ہو کر اس کے پیندے میں چھوٹے چھوٹے عروق منکشف ہو جاتے ہیں اور یہ پیندا اکثر متغیر خون کی ایک تیلی سیاہ پرت سے ڈھلک جاتا ہے۔ جب امسال ہونا ہو تو اس پرت کے جدا ہو کر اتر جانے سے ایک صاف پیندا باقی رہ جاتا ہے۔ یہ قرحہ ایک سنبہ کی ہوئی شکل کے ہوتے ہیں۔ نسبت چھوٹے قرحہ بالکل اُتھلے ہوتے ہیں کیونکہ وہ صرف مخاطی طبقہ کو موقوف کرتے ہیں۔ نسبت بڑے قرحہ چھید کرتے ہوئے عضلی طبقہ میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کی شکل

نہایت ماننا چوتھی ہے کیونکہ قرحہ جوں جوں زیادہ زیادہ گہرائی تک پھیل کر آجاتا ہے اسی قدر وہ زیادہ تنگ ہوتا جاتا ہے۔ مزمن قرحہ عموماً نسبت بہت بڑا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کا قطر ذرا یا انچ تک پہنچ جائے۔ وہ دیوار معدہ میں گہرا پھیلتا ہے۔ الہتانی یعنی آسا مادہ کی درز میں ہونے کی وجہ سے اس کی کوریں دبیز اور آنچھری ہوئی ہوتی ہیں اور متفرق سطح کے اوپر سایہ کئے ہوئے ہوتی ہیں۔ اور وزارت تھوڑے فاصلہ تک اس پاک کی غشائے مخاطبی میں پھیل جاتی ہے جب مزمن قرحہ فعال حالت میں ہوتا ہے تو اس کے پیندے میں انشائی الہتانی ارتشاح کا ایک تنگ منطہ ہوتا ہے جب وہ حالت اندمال میں ہوتا ہے تو عیشہ علیہ ہو کر قرحہ کا پیندا صاف ہو جاتا ہے اس کے ماحشیے نسبت زیادہ جیسے ہو جاتے ہیں اور سطح اندر کے طرف بڑھ کر پیندے پر آ جاتا ہے۔ قرحہ نقی میں عمل اندمال ٹھہرا ہوا ہوتا ہے۔

جب یہ قرحہ باریطون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون پھسکر اشتباہ واقع ہو جائے۔ یہ اشتباہ معدہ اور اثنا عشری دونوں کی پھلی دیوار پر بہ نسبت اگلی دیوار کے زیادہ عام ہے۔ حشائی افیہ کہفہ باریطونی میں داخل ہو جاتے ہیں اور شدید عام الہتباب باریطون یا ایک زیادہ محدود المقام پھیڑا پیدا کر دیتے ہیں اگرکہ معدی خراج: perigastric abscess یا سائبر ڈائفرامی پھیڑا subphrenic abscess (ملاحظہ ہو صفحہ 416)۔ اب یہی پھیڑا ممکن ہے ڈائفرام کو چھید کر ذات الریہ ذات الجنب یا الہتباب تار مور پیدا کر دے یا ممکن ہے کہ یہ قولون یا اثنا عشری میں چھید کر دے یا پھر ممکن ہے کہ یہ عام کہفہ باریطونی میں پھیوٹ پڑے۔ مزمن اشتباہ کی اصطلاح اس قرحہ کیئے استعمال کی جاتی ہے جو ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا کر کے محدود ایک کہفہ باریطونی کے اندر ٹھیک رہتا ہے اس سے انفمات بن کر خاص کہفہ باریطونی کے ساتھ مواصلت منقطع کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ انفمات اس قدر کثیف ہوں کہ سرطان کا گمان پیدا کر دیں۔ معدہ اس قرحہ کی راہ سے ایک بڑے کہفہ سے مواصلت حاصل کر لیتا ہے جو معدے سے باہر ہو گا ہے اور بعض اوقات تاجہ صغیر کے بیشتر حصے پر شامل ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ الہتانی عمل صلیغ تک پھیلتا ہے اور اس سے پہلے کہ ارتشاح واقع ہو سکے معدے کو منقلہ اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ چپکا دیتا ہے۔ یہ عضو بیشتر

اوقات لیل یا نیکر کا یا یاں لختہ ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی ڈانفرام طحال، قولن، اگلی دیوار، شکم بلکہ فرق الکوی کیسے کے ساتھ بھی انضمام واقع ہو جاتا ہے۔ پھر تقرجی عمل اس کی جیسے ہوئے عضو کے اندر پھیل جاتا ہے اور اس طرح ممکن ہے کہ جگر اور لیل کے اندر کہنے بن جائیں۔ نہایت مشاذ اصابتوں میں قولن کے اندر یا جلد کے آر پار ناسور پیدا ہو سکتے ہیں۔ نزف ایک عام واقعہ ہے، جو بیشتر ان معدی عروق میں سے ہوتا ہے جو قرح کی دیوار میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات لیل کے ساتھ انضمام ہونے اور اس کا قرح واقع ہونے کے بعد طحالی شریان سے بھی نزف ہوتا ہے۔

لیکن بہت سے قرح بالکل اچھے ہو جاتے ہیں، چنانچہ اکثر چھوٹے چھوٹے ندبات پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر مشکل سے نظر آتے ہیں اور بار بار امتحان بعد المات میں نظر آتے ہو جاتے ہیں۔ نسبت بڑے ندبات جو دبیز اور تھیری دار ہوتے ہیں، خود بھی ایسے انتہا تکلیف کا باعث ہو سکتے ہیں۔ مثلاً وہ اب کے مقام پر یا اس کے قریب وہ اپنے انعقب سے ضیق اور اس کی وجہ سے اتساع معد کا پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر وہ بوائی پر کے قریب ہوں تو ممکن ہے کہ معدہ منقبض ہو۔ بعض اوقات ایک ہی ندبیت گھڑی اندر انقباض قرح کی وجہ سے ہوتا ہے۔ گہرے معدی انضمام بعض اوقات درد اور کھنچاؤ کے احساسات پیدا کر دیتے ہیں۔ سرطان کے ساتھ معدی قرح کے تعلق پر صفحہ 353 پر غور کیا گیا ہے۔

امراضات۔ بولٹن (Bolton) نے ایک مخصوص معدہ ہی مصل تیار کر کے اور معدے کی باریطونی سطح کے نیچے اس کا اشراب کر کے حیوانات میں تجربہ قرح پیدا کئے۔ اشراب کا نتیجہ یہ ہوا کہ خلیات حیویت ر بودہ ہو گئے اور معدے کے باؤڈروکلوٹربک آئیڈ نے ان خلیات کے ہضم میں حصہ لیا، جس سے ایک حاد قرح چل بن گیا۔ جب معدی مافیہ کو قوی رکھا گیا تو قرح نہ بنا۔ انسان میں قرح قریبی طور پر واقع ہونے والے قرح کی توجیہ بھی اسی اصول کے مطابق کی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے کئی مختلف عاملات ہوں جو بولٹن کے معدہ ہی مصل کا عمل کرتے ہوں، مثلاً سداویت جو کسی دوسرے مقام پر کے عضوی مرکز، مزمن طور پر تھیب نامہ معدہ یا مرارہ عضوی و انتوں یا وسیع اور صراحت زدہ احترافات کی وجہ سے پیدا



الف۔ مری کے زیرین سہ پر کا عطفہ۔ مریض جیت رہا ہے۔



ب۔ انٹنا صغیر پر مادی قرض جو کہ ایک طاقتور کے ذریعہ دکھایا گیا ہے۔ کچھ مقابل شیخ
موجود ہے۔ (شعلہ شجاعتیں مسٹر لنڈ سے تاک نے لی ہیں)

ہو جائے۔ یا چھوٹے عروق کی وریدی طہقیت یا نزف، جو بعض اوقات بائی تعد کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ مثلاً موقوفوں پر مکن ہے کہ معدہ براہ راست کسی چوٹ سے زخمی ہو جائے، یا ایک ادلی بوابی التهاب المعدہ موجود ہو۔ ہائڈروکلورک آئیڈ اور پمپین تھری یافت کو ہضم کر کے قرصہ پیدا کر دیتے ہیں۔ قروح جو لیٹن جو تھری پیدائے گئے یا سانی چنہ ہی ہفتوں میں اچھے ہو گئے۔ جب ان قروح کو جراثیمی کاشتوں سے سرایت زدہ بنانے کی کوشش کی گئی، یا جانور کو عدم الدم بنانے کے لئے اس کا خون نکال لگایا تو اندمال کی شرح میں بہت کم تبدیلی ہوئی۔ لیکن جب ان جانوروں (دبلیوں) کو دودھ کے بجائے گوشت کی غذا دی گئی یا بواب کی کسی قدر مسدودی پیدا کی گئی، تاکہ معدہ خالی ہونے میں تاخیر ہو جائے تو اندمال واقع ہونے میں واضح طور پر تاخیر ہوئی۔ بندروں میں ہائڈروکلورک آئیڈ دینے سے اندمال میں کی مقدار تاخیر ہو گئی، اور بواب کو جزر مسدود کر دینے سے یہ تاخیر نمایاں طور پر زیادہ ہو گئی۔ اس میں شک نہیں کہ انسان میں بہت سے قروح کافی سرعت کے ساتھ اچھے ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی کچھ تعداد ایسی ہے جو کہ قائم رہتی ہے اور بتدریج متغیر ہو کر مزمن قرصہ بن جاتی ہے جس کے بعد ممکن سبب ہو سکتے ہیں۔ (۱) ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک آئیڈ اس تغیر کے پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہو۔ لیکن مجاور البواب قرصہ کی حالت میں معدی صامی تنوی (gastro-jejunosomy) کا عملیہ معدی رس کے ہائڈروکلورک آئیڈ میں بہت کم تغیر پیدا کرتا ہے اور ان مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عامل کوئی بڑی اہمیت نہیں رکھتا (39) (۲) معدی دیوار کے تناؤ کی زیادتی بھی عام ہے جو درو یا تحلیف کے احساسات پیدا کرتی ہے اور یہ حرکات جو کہ غالباً عضلات خاصہ کی مسدودی یا بالائی غدالی خطے کے مختلف حصوں کے شججات یا مزمن اثناعشری ایلائوس (chronic duodenal ileus) (40) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں ممکن ہے اس میں بھی زیادہ اہم عامل ہوں، کیونکہ نسبتاً بلند درجہ کے دباؤ کے اندر اجابت حامل ہوئے ہیں (۶)۔ ممکن ہے کہ ایک دائرہ خاصہ قائم ہو جائے، یعنی اولاً قرصہ بلند تناؤ پیدا کر دیتا ہے اور وہ اس کے اندمال کو روکنے کا ارجمان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک آئیڈ اس طرح عمل کرتا ہو کہ وہ بواب کی معکوس مسدودی پیدا کر کے اس طرح میکانیکی عامل کو زیادہ شدید کر دیتا ہو۔

بالآخر یہ حقیقت بیان کر دینا ضروری ہے کہ لوہہ تین اور مختلف مٹیوں سے بہت قہریت والے نیقات سببیہ کی ایسی فلیس جدا کی گئی ہیں جن کے وریدی اشربات جانوروں میں ہضمی قرح پیدا کر دیتے ہیں اور انسان کے قرحوں میں بھی یہی دقیق عضو نیوے وقت کی طور پر موجود ہوتے ہیں چنانچہ معلوم ہوا ہے کہ جس طرح تپ محرقہ کے عیسے آنت پر حملہ آور ہوتے ہیں اسی طرح یہ بھی معدے اور اثنا عشری کے لئے ایک نوعی الف رکھتے ہیں۔ اس منظر کو انتخابی تجزیر (elective localization) کہتے ہیں (41)۔

ہضمی قرح کے ساتھ التهاب زائدہ دودھ اور التهاب مرادہ ہیزاں طور پر موجود ہو سکتے ہیں (شکلی مثلث) اور تینوں اضرار سے ایک ہی بقعہ سببیہ تقریباً کیا گیا ہے (29)۔

علامات - حاد قرحہ - متعدد اماتوں میں پہلی دلائل قرح سے نزف ہونے کی وجہ سے ہوا کرتی ہے۔ معدی قرحہ کی اماتوں میں اکثر اس سے قلعی الدم یعنی خون کی تہ ہو جایا کرتی ہے اور ممکن ہے کہ خون خالص ہو یا معدی افیہ کے ساتھ مخلوط ہو۔ مریض کو غشی سی محسوس ہوتی ہے، شرا سیف میں شق کا احس ہو تا ہے اور چند منٹ میں خون کی تہ ہو جاتی ہے جس کی مقدار ایک یا دو پینٹ تک ہو سکتی ہے۔ معدے کے اندر نکلے ہوئے خون میں سے کچھ آنت کے اندر پہنچتا ہے اس کی ہیملوگلوبن (haemoglobin) متغیر ہو کر ہیماٹن (haematin) اور ہیماٹوپورفارین (haematoporphyrin) بن جاتی ہے اور پھر براہِ اجابتیں ہوتی ہیں وہ سیاہ راب جیسی یا نار کول جیسی ہوتی ہیں۔ اسی حالت کا نام براہِ دم الامو (melana) ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی اجاتیں تہ الدم کے موقوف ہو جانے کے چند گھنٹوں بعد ظاہر ہوں۔ خالص خون کی تہ آنتِ اذہی ہلک ہو تا ہے۔ عموماً وہ بالکل موقوف ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ مکرر ہو۔ خون کے نقصان کی وجہ سے شدید درجہ کی عدم رمویت اور کمزوری ہو جاتی ہے۔ اثنا عشری قرحہ میں تہ الدم کا ہونا بھی ممکن ہے۔ لیکن ارجحان یہ ہوتا ہے کہ خون کا بیشتر حصہ براہِ دم الامو براہِ دم الاسود کے طور پر خارج ہوتا ہے۔ نزف کے علاوہ ہضمی قرحہ سورہ ہضم کے علامات پیدا کر سکتا ہے جن کا آغاز حاد ہوتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ شاید معدی اضرار کی حالت بھی ہو جاتی ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (صفحہ 335 پر)۔

انتعاب سے شافہی اس کی موجودگی کی پہلی دلائل مہمل ہوتی ہے۔

جسم مہملہ کے مہمل قرحہ کا سمیتر خامہ ۵ درجہ ہے جو غضروف خجری کے عین نیچے، شرعیف میں گہرائی پر محسوس ہوتا ہے یا بعض اوقات ناف سے زائد قریب یا خط درمیانی سے دائیں جانب کو یا بائیں جانب کو اور بائیں کے نسبت دائیں جانب کو زیادہ کثرت سے۔ یہ اوتال غذا سے پیدا ہو جاتا ہے اور کھانے کے نصف گھنٹے بعد سے لے کر دو گھنٹے بعد تک شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تھوڑے سے تک شدت کے ساتھ جاری رہے اور تھوڑے سے اس میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے یا اس وقت جب کہ غذا معدے کو چھوڑ کر آگے جاتی ہے اس میں اتفاق ہو جاتا ہے۔ درد کی نوعیت، ناخوشی یا تھک یا سوزشی ہوتی ہے اور یہ کسی دو برسے معدی عارضہ کے نسبت اس مرض میں زیادہ شدید نوعیت کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات پشت میں آنسوئی ٹھہری اور دو برسے قطنی خراش کے درمیان بلکہ پیشانی پر بھی درد ہوتا ہے۔ درد کے ساتھ ہی اور اکثر اوقات درد کے رفع ہو جانے کے بعد بھی کچھ تھوڑے عرصہ تک جلدی بیش حسیت دیکھی جاتی ہے یا اگر بلکہ میں ہلکی سی تھک بھری جائے تو تکلیف معلوم ہوتی ہے۔ سوزش سینہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۳۸) کی مقدار عام ہوتی ہے لیکن گرسنگی کے در و صرف ایک چوتھائی اساتوں میں ملتے ہیں۔ مگر معدے کے بالکل خالی ہوجانے میں اکثر تاخیر ہوتی ہے اگرچہ ابتداً جلدی معدے سے باہر چلی جاتی ہے (۳۳) ہاڈروکلورک آئید کا انسداد طبی یا ایجاٹا ہے (۳۹)۔

مزمون مجاور البواب قرحہ۔ درد کی نوعیت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہے۔ لیکن بعض اوقات درد ناف کے دائیں جانب محسوس ہوتا ہے اور وہ غذا کے دو تین یا چار گھنٹے بعد شروع ہوتا ہے یا مریض کو علی الصباح جگا دیتا ہے۔ یہ درد کچھ غذا لینے سے کم ہو جاتا ہے، اس واسطے اس کو دس دگر سٹنگی کہتے ہیں۔ اس مرض کی امابشیں دو قسموں کی ہوتی ہیں:۔ (۱) جب کہ بواب آزادانہ طور پر کھلتا ہے اور معدہ جلدی غذا کو خارج کر کے خالی ہو جاتا ہے۔ سکونی میں کی نمایاں بیش تر شکی ہوتی ہے جو شاید اثناعشری قرحہ کی حالت میں نمایاں ترین ہوتی ہے اور معدہ خالی ہو جانے کے بعد نہایت تیز تر شکی میں اس کا افراز طویل عرصہ تک ہوتا رہتا ہے۔ (۲) جب کہ بواب

ابتداءً تو آزادانہ طور پر کھلتا ہے لیکن بعد میں اس کا شنج ہو جاتا ہے۔ یہ بوابی ضیق کا ابتدائی درجہ ہے۔ معدی کس کا ہالڈروکلورک آئڈ ایک چڑھتا ہوا مٹھنی ظاہر کرتا ہے، اور اس کے ساتھ بھی لمبیل عرصہ تک افزائش اور پیش تر شنجی پائے جاتے ہیں۔ لیکن معدے کے خالی ہونے میں دیر ہو جاتی ہے، اور قے کا ہونا عام ہے۔ جب کوئی بڑی شریان متاثر ہوگئی ہو تو ممکن ہے کہ نزف شدید ہو یا جھلک ہو جائے۔ اس حالت میں قے کئے ہوئے خون میں اس کی شریانی جھلک باقی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ علامات میں تخفیف ہو جائے لیکن سرگزشت اس قدر طولانی نہیں ہوتی جس قدر کہ جسم عمدہ کے قرح میں کیونکہ آہنا زہیر بوابی ضیق کی وجہ سے علامات عمرائہ شدید تر ہو جاتے ہیں اور اساسی علاج کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔

مزمن، مٹھنی قرح میں دوسرے وہ علامات بھی جو مزمن سوء ہضم کے تحت بیان کئے گئے ہیں [جیسے کہ ریخت (flatulence) اور تمدد (distension)] عموماً موجود ہوتے ہیں۔ مسلسل درد قے کی وجہ سے غذا کا تشل ناقص ہوتا اور نقصان خون قہقہائی طور پر بدلیا دیر سے مریض کی عام حالت کو کمزور کر دیتے اور عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن بخار نہیں ہوتا، زبان صاف ہوتی ہے، اور بھوک اکثر نہایت اچھی ہوتی اور تسلی غیر موجود ہوتی ہے۔ سائیم قبض اکثر ہوا کرتا ہے۔ امتحان شکم سے عموماً کچھ ظاہر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ شکم کی دیواروں کی کچھ سختی موجود ہو یا وہ تھپی ہوئی ہوں۔ صرف ایسے پرانے قرحوں میں جن میں دبازت زیادہ ہوگئی ہو یا دوسرے اعضا کے ساتھ انضمام ہو گیا ہو، سلسلہ ایسی کوئی چیز محسوس ہو سکتی ہے۔ اور اگر بوابی ضیق پیدا ہو جائے تو ممکن ہے کہ تقس معدہ شناخت کیا جاسکے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶) اور مری حرکت دینی موجود ہو۔

تقصیر۔ قحط الدم کے مریض میں جہاں نزف ہی واحد علامت ہو ساری مباداوالے حادثہ قرح کی تقصیر قائم کرنے سے پہلے کہ بیت جگر (cirrhosis of the liver) اور لمبائی عدم دمویت (splenic anemia) کا خیال ضرور کر لیا جائے۔ قحط الدم کو قحط الدم کے ساتھ یا کمیر کے بعد واقع ہونے والی خون کی قے کے ساتھ خلط ملا نہیں کر دینا چاہئے۔ مزمن مٹھنی قرح کے ساتھ جن شکایتوں کے خلط ملا ہو جائے گا

امکان ہوا کرتا ہے وہ یہ ہیں۔ سوہرہ ہضم کے مختلف اقسام جو پہلے بیان کئے گئے ہیں، سرطان اور مزمن التهاب زائدہ دود یہ (زائدہ سوہرہ ہضم: appendix dyspepsia) یا وہ سوہرہ ہضم جو حصوات صفراء (gall stones) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔

ایک ایسی استحقاقی غذا اسے جو "آزاد" یا فعال ہڈیوں کو رکھ دینا بلکہ اس کا ظاہر کرنے، مجاور البواب قرص کی تائید ہوتی ہے۔ اس غذا میں خون کی نہایت خفیف سی مقدار کی موجودگی نہایت مسنی خیز ہے، گو کہ ممکن ہے کہ وہ غشائے غامی کی خفیف سی اس مزید سے پیدا ہو گئی ہو جو غلی سے واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن پانچوں میں غلی خون کی اور برازی غلا صلیں، یہاں تو پور فریسن کے طیف کی موجودگی معدی یا اشتا مشری قرص کی تائید میں ایک قیمتی شہادت ہے۔

مزمن معدی قرص کی تائید میں سب سے زیادہ قیمتی شہادت غیر شفاف غذا کھانے کے بعد لاشعاعوں کے تذبذب سے حاصل ہوتی ہے۔ انٹلے منیر کے قریب معدے کی کور پر ایک چھوٹا ابھار ایک قیف یا پھیلنے کی شکل میں نکلا ہوا نظر آتا ہے (جسے ملاحظہ یا عطفہ کہتے ہیں) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۳ ب)۔ اس ابھار کا انحصار قریب کھانے کے اندر معدی افیہ کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ اور اگر عمل اندام میں وہ کھانے کا مادہ ہے تو یہ ابھار نہیں نظر آئے گا۔ معدے کی پھیلنے والی سطح پر کھانے کا قریب کھانے کے وقت نظر نہیں آئے گا جب کہ معدہ بھرا ہوا ہو۔ اسکی تشخیص کے لئے یہ ضروری ہے کہ جب مریض پہلا نوالہ کھائے تو دیر اور شکم کو ہاتھ سے اس طرح پھلا دیا جائے کہ کھانا ہوا غیر شفاف مادہ دیر اور معدہ پر پھیل جائے۔ اس میں کچھ مادہ قریب کھانے میں چپک کر اس کو نمایاں کر دے گا۔ سب میں نہیں مگر بعض اوقات میں یہ ابھار انٹینا کے کبیر کے ایک گہرے دندائے یا کشاؤ یا ٹلمہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جو اسی لیون پر یا اس سے کسی قدر اوپر یا نیچے ہوتا ہے اور شنج کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ محدود المقام دردناک نقاط بھی ہوں۔ ممکن ہے کہ بلا ابھار کے یہ دھماکہ ہمارے نظر سے اور اس کا اعلیٰ وقوع مستقل رہے جب کہ علامات پر سے یہ نتیجہ نکالا جائے گا کہ قرص مندمل ہو گیا ہے۔ ایسی حالتیں ممکن ہے کہ بعضی افراد کے ہوا کی وجہ سے یہ کشوہ مستقل ہو جائے اور ایک مذہبی سریت گھڑی معدلہ پیدا ہو جائے۔ یہ دھماکہ اشتا مشری قرص یا التهاب زائدہ دود یہ کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے لہذا یہ

بقاات خود مدی قرحہ کا شخص نہیں۔ یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ مدے کے خالی ہونے میں کتنا وقت لگتا ہے، تاکہ بوابی شیخ اور اسی طرح مدی بوابی منیق کا پتہ لگ جائے۔ نسبت قابل وازدمن سے یہ اشارہ ہوگا کہ مدی قرحہ آتشکی ہے، چنانچہ دوسرے مناسب طبی علاج کے علاوہ واقع آتشک مذابیز اختیار کرنا چاہئے (38)۔

مزمن اشاعشری قرحہ کی تشہیں اشاعشری کلاہ کے اشاعی منظر سے کی جاسکتی ہے۔ اگر غیر شفاف غذا کے ساتھ سوڈیم یا کاربونیٹ دے دیا جائے تو یہ کلاہ بہترین دیکھائی دیتی ہے۔ اس قرحہ کی شکلیں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں، کیونکہ ان کا انحصار کچھ تو قریبی کھنڈ پر ہوتا ہے اور کچھ عضلی لمبہ کے شیخ پر (ملاحظہ ہو صفحات ۶۲ اور ۶۵)۔

اشاعشری کے علفات، اشاعوں سے نظر آتے ہیں اور نسبت عام ہیں۔ قرحہ سے ان کو تمیز نہیں کیا جاسکتا اور بلاشبہ لبس اصابتوں میں وہ مندل شدہ قرحات ہی ہوتے ہیں۔ تاہم علامات اکثر اوقات قرحہ کے علامات سے ملتے جلتے ہیں۔ پاکٹ، بالعموم ایک انچلی کی نوک کی جاست رکھتا ہے اور حصہ اول اور حصہ دوم کے اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ لیکن یہ کہ وہ حصہ دوم اور حصہ سوم میں اور تھامیں واقع ہو، لیکن یہاں اس کا علامات پیدا کرنا اس قدر عام نہیں ہے۔ مزاج کے ساتھ انعام ہوتا اور حصہ دوم اور حصہ سوم کے اتصال پر مروڑ پڑتا، علفات سے ملتے جلتے مستطیل پیدا کرتا ہے (34)۔

انذار۔ مزمن مدی قرحہ کی ۱۵۰ اصابتوں اور مزمن اشاعشری قرحہ کی ۲۰۰ اصابتوں پر ایک ساتھ غور کر کے ان کے سبب موت کا تجزیہ کیا گیا تو ظاہر ہوا کہ ۱۵ فی صدی میں موت کا سبب انشعاب ہے جو مدی قرحہ کے نسبت اشاعشری قرحہ کی حالت میں زیادہ عام تھا۔ ۹ فی صدی میں نرف، ۵ فی صدی میں طویل تردد کے اثرات، سرطان وغیرہ، ۱۱ فی صدی میں عملیہ کے نتائج، بالخصوص ریوی پیچیدگیاں سبب موت ہیں اور ۱۱ فی صدی میں موت کے سبب کا قرحہ سے کوئی تعلق نہیں (37)۔

حادث قرحہ میں نرف اگرچہ عام ہے لیکن وہ شاذ ہی ہلک جوتا ہے اور انشعاب بھی شاذ ہے۔ مزمن قرحہ میں نرف ہلک ہو سکتا ہے اور انشعاب کا ہونا غیر معمولی نہیں لیکن ان پیچیدگیوں سے پہلے تقریباً ہمیشہ شدید درد ہوتا ہے



ایک شعلہ شعلہ اشت پر کر کہ تفریح کی وجہ سے نہایت ہی مضمونی خوش رہنا مشرقی کا خاصا ہر کر آتی ہے۔ شنا مشرقی اور صاف کو
مکمل لیاں اپنے مکمل واکر کے لئے فریڈنکز آئی ٹی۔ کولتایا ایک سیمینار میں ایک حرکت رو دی ہو جی ہے مسدود کا
ہوا اپنے حق کا ہر کر آتا ہے۔ (مسٹر ڈیوڈ سے لاک کے لئے ہر نہ مضمون سے)



الف

شعلہ شعلہ اشت پر کر کہ تفریح کی وجہ سے نہایت ہی مضمونی خوش رہنا مشرقی کا خاصا ہر کر آتی ہے۔ شنا مشرقی اور صاف کو
مکمل لیاں اپنے مکمل واکر کے لئے فریڈنکز آئی ٹی۔ کولتایا ایک سیمینار میں ایک حرکت رو دی ہو جی ہے مسدود کا
ہوا اپنے حق کا ہر کر آتا ہے۔ (مسٹر ڈیوڈ سے لاک کے لئے ہر نہ مضمون سے)

دوسرے تھیں کی دیکھ رہا ہوں مرلی پانی پانی ہے۔



ایک شجاع و شجاعت جو کہ انشا پرستی پر تامل کر رہی ہے۔ انشا پرستی کا ایک ترکیب بندی جو جو دیک کے باعث شہرہ بہ
 جس کے ساتھ شیعہ اور شایہ انداز میں بھی موجود ہے۔ یہ کہ وہ اب بھی صمیمی بنا کر لیا گیا ہے۔ (سرگزشتِ لڑنے والے کا کہ
 لئے ہونے محض رہے)



الف

ایک شجاع و شجاعت جو کہ انشا پرستی پر تامل کر رہی ہے۔ انشا پرستی کا ایک ترکیب بندی جو جو دیک کے باعث شہرہ بہ
 جس کے ساتھ شیعہ اور شایہ انداز میں بھی موجود ہے۔ یہ کہ وہ اب بھی صمیمی بنا کر لیا گیا ہے۔ (سرگزشتِ لڑنے والے کا کہ
 لئے ہونے محض رہے)

جو کچھ مدت تک رہتے ہیں۔ یہ اس امر کی دلالت ہے کہ موثر علاج ضروری ہے۔ وہ دیکھ کر عدم موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ قرعہ مندل ہو رہا ہے اور ایسی معدیہ حالت میں یہ پیچیدہ گیائی پیدا ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے۔ ایسے حالات کے تحت بہت سے علامات اور بالخصوص درد کے زائل ہونے میں مدد پہنچتی ہو، بڑی سے بڑی جسامت کے مریض قروح کا اندام مال واقع ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس عمل میں مہینوں لگ جائیں۔

۱۔ علاج۔ معاصر علاج میں سے اہم ترین یہ ہے کہ معدے کو حتی الامکان آرام دیا جائے۔ مریض کو چاہئے کہ بستر پر لیٹ جائے، تمباکو نہ پیئے، اور چند ہفتوں بعد تک ورزش بھی صرف تھوڑی ہی کرے۔ معدے کو "آرام دینے" کی کوشش کا قیم طریقہ جس میں مریض کو لگاتار ہفتوں تک منہ کی راہ سے کوئی غذا لینے کی اجازت نہ دی جاتی، بلکہ اس کے بجائے براہ معارفہ تغذیہ غذا پہنچائی جاتی، اب ترک کر دیا گیا ہے۔ خالی معدے کے منہ پر نقبازات گرسنگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ علاج ایک منظر پر مبنی تھا۔ معدے کو آرام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ غذا ایک وقت میں تھوڑی لی جائے اور کثیر التوقع و تقون کے ساتھ لی جائے۔

دن کے وقت مریض کو ہر گھنٹے یا دو دو گھنٹے کے فاصلوں سے غذا دی جاتی ہے، لیکن شب میں کامل آرام دیا جاتا ہے۔ غذا کی خاص چیز دوہ ہوگی، اور اس کے ساتھ کچے انڈے بھی ملائے جاسکتے ہیں بشرطیکہ مریض انہیں برداشت کر سکے۔ رائب (Junket) اور بالائی، آراروٹ، کسٹڈ، آلو، یا آرٹی چوک پوری (Artichoke puree) غذا اے بنجر (Benger's food) سرخ منقہ کی جیلی اور تازہ پھل کا رس بھی علاج کی ابتدا ہی سے دے سکتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد دہلی چائے، چٹلی روٹی (bread) اور مکہ اور ٹوسٹ، پیسی ہوئی، مچھلی، چوزے کا قہر، اور گوشت کا قہر بھی شامل کیا جاسکتا ہے۔ خاص کھانے سے پہلے مریض زیتون کا آدھا اونس دیدیا جائے۔ الکحل اور تمباکو نوشی کی اجازت نہ دی جائے۔ مریض کو کسی وقت بھی بھوک نہ لگنے پائے۔ مشلذرات کو باگ، اٹھنے پر ایک بار زائد غذا کی ضرورت ہونا ممکن نہیں۔

دوا، استواری، پانخانوں کے منحنی خون اور ترخہ کی لاشعاعی شہادت کے جلتے رہنے کے

چودہ روز تک بستر میں لٹا کر علاج جاری رکھنا چاہئے۔

بعضی طرح کے علاج میں قلوبیات (بالخصوص سوڈیم بائی کاربونیٹ) بہت مستعمل ہیں اور طریقہ سیپی (Sippy's method) میں اتوار مرتبہ دینا دیکر معدی مافقہ کو ہمیشہ قوی رکھنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں اتنی قوی دی گئی ہے کہ بوالہتاب گردہ اور بول دمویت پیدا کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئی (42)۔ اس امر کے متعلق کہ آیا معدی رس کا ترشہ فی الحقیقت مزمن قرحہ کو تازہ رکھنے کا سبب ہو سکتا ہے پہلے ہی شبہ ظاہر کیا گیا ہے۔ بہر صورت زیادہ معمولی طریقہ سیپی کو کہ چربی بالائی یا روغن زیتون وغیرہ کی صورت میں دے کر بیش تر شلگی کا رد عمل کروا جائے۔ رات کو المحروف کا طریقہ صرف دو سفوف استعمال کرنے کا ہے یعنی پری پیروچاک (prepared chalk) اور ایک آمیزہ میگنیشیم کاربونیٹ (magnesium carbonate) اور پری پیروچاک کا۔ ان دونوں میں سے کسی کا ایک ٹی سپون فل پانی یا دودھ میں ہر کھانے کے بعد اور اس سے دو گنی مقدار شب میں سب سے آخری چیز کے طور پر لینا چاہئے۔ دوسرے سفوف کا استعمال زیادہ بار کر کے امعاء کے فعل کو باقاعدہ بنالیا جائے۔ ان ادویہ کا متعادل درد اور ساتھ ہی سوزش سینہ میں تخفیف پیدا ہو جائے سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تخفیف اس وجہ سے ہو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) آزاد ہو جاتا ہے۔ اور جب کم تر شلگی موجود ہو تو ساتھ ہی قدرے سائٹرک ایسڈ (citric acid) تجویز کر دینے سے نہایت کامیاب نتائج حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ہمارا مقصد یہ ہوتا چاہئے کہ مریض کو طویل عرصہ تک درد اور تکلیف سے بچایا جائے اور اس طرح بھی بتدریج مندل ہو جائے گا۔ دد کے علاج کے لئے دوسری دوائیں یہ ہیں: پنچسیر بیلادونا۔۔۔ قطرے اور ایٹروپین کے اشروبات بقدریلہ گرمین، امیون جموٹری مقداروں میں، خلاصہ یا مینغیہ کی شکل میں، یا لائیکو مارغینی، لائیکو کورینڈی (liquor morphinae hydrochloridi) یا ۱۰ قطرہ کی مقداروں میں۔ شبہ اصابتوں میں تحت الجدی اشراب استعمال کیا جاسکتا ہے، مگر بول ہی کے افاقہ حاصل ہو جانے کے علاج بذریعہ امیون کو موقوف کر دینا چاہئے۔ شراہیف پر مقامی لاسقات کا استمال کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں جن میں مذکورہ بالا طبی علاج سے

درد اور تکلیف جلد وقوع نہ ہو جائیں، ایک اثناعشری آنہوہ کے ذریعہ سے غذا پہنچانا پڑے یہ آنہوہ ایک وقت میں ایک ہفتہ کے لئے اسی وضع میں رکھا جاتا ہے، اور یہ بالخصوص مزمن معدنی قرحہ کی حالت میں قابل استعمال ہے۔

اگر کثرت نزف واقع ہو تو مریض کو مارفیا کے زیر اثر آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے، اور کلسیم کلورائیڈ (calcium chloride) ایک گرمین .. قطرے پانی کے اندر کا دروں عضلی اثر اب کیا جاسکتا ہے (فلز ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔ ایک معدی آنہوہ داخل کر کے مافیہ معدہ کو متوران کے آلہ تفریح (Senoran's evacuator) سے خارج کر کے معدے کو یا تو برف جیسے ٹھنڈے پانی سے یا ۱۲ درجہ فارن ہائٹ والے پانی سے دھو ڈالنا چاہئے تاکہ وہ متہج ہو کر متقبض ہو جائے۔ ایڈی تالین (۱۰۰ امیں) والے محلول کے ۲ تا ۳ قطرے) معدے کے اندر رہنے دینا چاہئے۔ نزف موقوف ہو جانے کے بعد چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہیں کھانی چاہئے، مگر پانی پیا جاسکتا ہے، جس کی مقدار ایک وقت میں ۵ اونس سے زائد نہ ہو۔ شریف کے مقام پر برف لگانا چاہئے۔ جب موت کا خطرہ ہو تو نقل الدم عمل میں لاسکتے ہیں۔ یہ نزف کو عادی رکھنے کا رجحان نہیں رکھتا، جیسا کہ خون کا دباؤ بڑھ جانے کی وجہ سے ممکن الوقوع خیال کیا جاسکتا ہے۔ مزمن قرحہ سے نزف روکنے کے لئے جراحی تدابیر (مثلاً آدنوی عرق کو گرہ لگا کر باندھ دینا) بھی کامیاب ثابت ہوئی ہیں۔

اگر ایک ایسے مریض پر جس کا معدی قرحہ میں مبتلا ہونا معلوم ہو، اشتباہ کے علامات (ملاحظہ ہوا التهاب باریطون) کا ظہور ہو جائے تو جس قدر جلد ممکن ہو، سسے پانچ یا چھ گھنٹے کے اندر شکم کو محلول کر کہنہ باریطونی کو دھو ڈالنا اور قرحہ کو ٹانگے لگا کر نسی دینا چاہئے۔

پرانے تقریب میں جس کے ساتھ درد اور قے یا شدید نزفات بار بار واقع ہوتے رہتے ہیں، یا قرحہ کے آس پاس بہت وبازت ہو گئی ہو، قد قتی طور پر جراحی علیہ کے متعلق غور کیا جائے گا۔ یہ ان امایوں میں نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے جن میں قرحہ کے ساتھ بواب کا ضیق یا ندبی ریت گھڑی معدہ موجود ہو۔ مزمن معدی قرحہ کے لئے ذیل کے جراحی علیہ کئے جاتے ہیں۔۔۔ معدی صابھی تقویہ

(gastro-jejunosotomy) بعض اوقات امتیصال قرعہ کے ساتھ، ایکو اڈ کے ذریعہ اس کے آثار یا صائمی تغویہ (jejunosotomy) کے ساتھ صدی صدی تغویہ (gastro-gastrosotomy) جزئی معدہ پر آری (partial gastrectomy) (یعنی معدے کے بوابی حصہ کا امتیصال) اور معدے کا وسطی "آستین نما" جزئی امتیصال ("sleeve"-resection) مزمن اثنا عشری قرعے کے لئے یہ اعمال جراحی کئے جاتے ہیں۔ قرعہ کا امتیصال صدی صدی اثنا عشری بوابی ترقیع (gastro-duodeno-pyloro-plasty) اور صدی صائمی تغویہ (gastro-jejunosotomy)۔

تھوڑے جب کوئی قرعہ متدل ہو گیا ہو تو اس امر کی احتیاط کرنی چاہئے کہ اس کا نکس نہ ہوئے پائے جو باسانی واقع ہو جاتا ہے۔ دانتوں کو تین، زائدہ دوویہ مرادہ وغیرہ میں کے عفونی مرکزوں کا تدارک کرنا چاہئے، اگر ضرورت ہو تو علیہ کے ذریعہ سے کھانا زود ہضم ہونا چاہئے اور منظم و قفول کے ساتھ کئی بار کر کے لینا چاہئے، اور غذا کے اُن قواعد پر عمل پیرا ہونا چاہئے جو صفحات 337 اور 349 پر درج ہیں۔ بالکل بے پیریز ہی بہتر ہے، اگرچہ شاید ہلکی انگوری شراب اور نمایت کم طاقت والی و سکی کھا کے وقت دے سکتے ہیں۔ مریض کو چاہئے کہ آہستہ آہستہ کھائے اور خوب چاکر کھائے اور تمباکو نوشی کم کرے۔ دانتوں کی خبر گیری ضروری ہے۔ مریض کو آئادہ دینا چاہئے کہ درد کا حملہ ہونے پر ایسی غذا لے کر کہ جس میں زیادہ درد دہرولٹ جائے اور کھانے سے پہلے روغن زیتون لیا جاسکتا ہے۔

معدی صائمی تغویہ کے عواقب۔ اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ معدی صائمی تغویہ کے علیہ کے بعد شفا یابی ہونا ہرگز ضروری نہیں۔ گائی (Guy) کے ہسپتال میں 1918ء اور 1919ء کے درمیان ۱۰۸ علیہ کردہ امایوں میں سے ۵۵ فی صدی مریض سات برس بعد شفا یاب یا نسبت بہت بہتر حالت میں پائے گئے، اگرچہ ۲ فی صدی مریضوں کی حالت غیر تشفی بخش تھی۔ بہترین نتائج بوابی متیق میں پائے گئے (38)۔ ایک گروہ میں جنہیں معدی صائمی تغویہ کے بعد علامات کی شکایت تھی، اہتمام مختلف حالتیں ظاہر ہوئیں۔ معدی صائمی یا صائمی قرعہ (۲۸) معدہ میں تاحسیر (۱۸) انتہائی اثنا عشری قرعہ (۱۰) صفراء کی بازرونی (۵) علیہ کی وجہ سے سود ہضم

(۲۴) وغیرہ علامات ذیل کی شکایت پائی گئی۔ درد (۵۰) ریکٹ (۲۰) تھے (۲۵) کمزوری (۲۶) قبض (۲۷) اہمال (۲۲) اور وہ اسے (۲۲)۔ ممکن ہے کہ مریضوں میں شکریہ بولیت پائی جائے اور شحم کے تشل کی قلت ہو (۲۵)۔

معطلی صائنی اور صائنی قروح (gastro-duodenal & duodenal ulcers) معدی صائنی قروح عین مقام قفہ پر واقع ہوتا ہے اور بیشتر اصابتوں میں وہ کسی غیر جذب پذیر مہیسنز کے ٹانگے کے استمال سے یا دومی صلو سے یا دوران علیہ میں شکنجوں سے کو تشلگی ہو جانے کی وجہ سے ہو کر تا ہے (۴۴)۔ صائنی قروح مقام اتصال سے ذرا ہی آگے واقع ہوتا ہے اور وہ یہ ظاہر نہیں علامات کی موجودگی کے سبب سے ہوتا ہے جو کہ اشتاعشری قروح پیدا کرتے ہیں جیسے کہ ایسی مرکزی عنونت سے ملت زدہ ہو جائے جس کا اتصال نہ کیا گیا ہو، بیش تر تشلگی جو باوجود علیہ کے بہ طور باقی رہ گئی ہو اور قم کے گرد یا چنبر ناول میں شجاعت اور تبدیل شدہ ذاتی تحریک۔ علامات ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ اشتاعشری قروح میں اگر بایں استثناء کہ اب مقام درد نسبت کسی قدر نیچے اور شکر کے بائیں جانب ہوتا ہے۔ جب یہ قروح نقب لگاتے ہوئے قولون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ تبرز کے وقت شریبی درد ہو۔ بعض اوقات صائنی قولونی نواسیر واقع ہو جاتے ہیں اور ان کے ساتھ برازی مادے کی تھے ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا دینے کے بعد یہ لاشعاع سے عموماً نہیں دکھلائی دیتے۔

علاج۔ ثانوی قروح کا علاج اسی اصول پر کرنا چاہیے جس طرح کہ ہضنی قروح کا کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ علیہ کرنے کی ضرورت لاحق ہو اور اگر وہ اب اچھی طرح کام کر رہا ہے تو ممکن ہے معدی صائنی تنویہ کو بند کیا جاسکے۔ دوسری اصابتوں کے علاج کا انحصار لاشعاعی کشافات پر ہوتا ہے۔ اگر معدہ غیر معمولی سرعت کے ساتھ خالی ہو جاتا ہے تو کھانا کھاتے وقت مایات نہ لے جائیں۔ ممکن ہے کہ ذلک اور معدی تخیل مفید ہو۔ عموماً یہ مریض شحم کو اچھی طرح برداشت نہیں کر سکتے۔

اتساع المعده

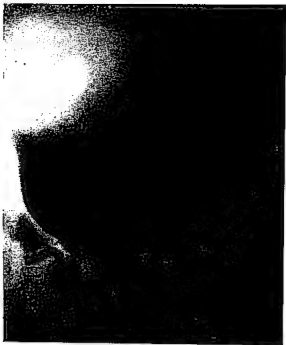
(DILATATION OF THE STOMACH)

مکن ہے کہ اتساع معده نہایت تدریجی طور پر واقع ہو (مزمن اتساع = chronic dilatation) یا مکن ہے کہ بالکل دفعتہ ہو جائے (حاد اتساع = acute dilatation)۔ آخر الذکر کا بیان اس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔

مزمن اتساع المعده

یہ مہلک و ذلیل کا نتیجہ ہوتا ہے:— (۱) وہ مختلف حالتیں جو بواب کی مسدودی پیدا کر دیتی ہیں جس سے معدی دیوار بھی بیش پروردہ ہو جاتی ہے۔ اور (۲) وہ حالتیں جو عضلی دیواروں کی قوت انقباض کو مستحکم کر دیتی ہیں (ملاحظہ ہو سقوط المعده)۔ مسدودی کے اسباب یہ ہیں:— بواب یا اثنا عشری کے تفرج کے بند ہونے۔ بواب کا شنج جو قرب و جوار کے تفرج کا ثانوی نتیجہ ہو۔ معدے کے بوابی حصے کا سرطان۔ بواب کا بیش پروردگی منقہ۔ بیرونی دباؤ انقباضات کے ذریعہ جڑ جانا یا ایک مستوطہ گردے کا کھینچاؤ۔ اور بالکل استثنائی طور پر اکال اشیاء کی وجہ سے پیدا شدہ بند ہونے لیکن یہ عموماً مہلک و ذلیل کو موقوف کرتے ہیں۔

بوابی ضیق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات۔ نمایاں اماتوں میں جب شکم بڑھتا ہو تو وہ غیر متساوی نظر آتا ہے اور اپنے بائیں نصف میں ایک گول ابھا پیش کرتا ہے۔ یہ ابھار ناف کے لیول سے نیچے تک پھیلتا ہے، اور اس کا زیری حاشیہ ایک خم رکھتا ہے جو نیچے اور باہر کے طرف محاذ ہوتا ہے اور منعلی حاشیہ کے زیریں حصے سے خط درمیانی کے دابنے جانب تک جاتا ہے۔ وقتاً فوقتاً حرکت دہری کی ایک موج اس ابھرے ہوئے حصے پر سے عرضاً بائیں جانب سے دائیں اور نیچے کی جانب جاتی ہے۔ بائیں جانب کی انتہا پر ایک حصہ تقریباً، تھیلی کی جسامت کے برابر بہ سرحد ایک محاذ ابھارتا دیتا ہے، جیسے



شعاعِ محاشیہ ایک مسطح معدہ کی جو کہ تغیر کے بعد بوالی میں کائنات کی تہ ہے۔ معدہ بڑا ہے اور شکم کے اوپر اعضاء کی طرح پھیلا ہوا ہے اور اعضاء کی کثیر تر قوتی عرف سے کچھ دور نیچے تک چلا گیا ہے۔ کھانا کھانے کے دو گھنٹہ بعد یہ پریم سے بھر جاتا ہے۔ لیکن کھانے کے تھوڑے عرصے بعد بواب کی راہ سے گزر چکے ہیں اور معاصرین کی گفتگو میں اس طرح سے منظر فرماتے ہیں جن کی یہ پر معدہ کہ بوالی صف کے آنا: میں حرکت و دوی کی ایک شیفہ موج نظر آتی ہے۔ (مسٹر ڈیو لٹ سے لاک کے لیے ہونے والا)

دبائے پر قطعی طور پر مزاحمت محسوس ہوتی ہے۔ چند ہی ثانیوں میں یہ ابھار میٹھ جاتا ہے اور ایک دوسرا حصہ، جو نسبتہ دائیں طرف کو ہوتا ہے، اُسے ہی حصر تک پھول کر ابھر آتا ہے۔ جب معدی دیوار کا ایک ایک حصہ کے بعد دیگرے سخت ہو کر ابھر جاتا ہے تو اس کے بعد سارا ابھار میٹھ جاتا ہے۔ یہ منظر خود ر و طود پر رونما ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ دیوار شکم کو ہاتھ لگانے سے شروع ہو جائے، یا اُسے انگلی سے تیزی کے ساتھ چپکنے سے، یا بعض اوقات محض شکم کو برہنہ کر دینے سے۔ اسے موٹی حرکت دودی کہتے ہیں۔ شکم کے تیز حرکات سے جیسے کہ مریض کو ہلانے پر چوتے ہیں مایہ فیہ میں حرکت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ چھلک سنی جا سکتی اور محسوس کی جا سکتی ہے۔ لیکن اس کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی، تا وقتیکہ یہ کسی غیر طبی رقبہ پر نہ پانی جائے، مثلاً ناف سے ایک انچ نیچے، یا اُس وقت جب کہ طبی طور پر معدے کو خالی ہونا چاہیے، یعنی کھانا کھانے کے چھ یا سات گھنٹے بعد۔

مزمن انساع کی بہت سی اصابتوں کا ایک نمایاں خاصہ وہ طرز ہے کہ جس پر قے ہوتی ہے۔ غذائیں یا چارون تک معدے میں رہتی ہے اور پھر کینارگی ۳ یا ۲ پنٹ سیال قے کے ذریعہ نکل آتا ہے۔ یہ عموماً رماوی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر جھاگ ہوتا ہے۔ اور خود بینی امتحان سے اس میں لہج کے کثیر التعداد بندرے، نیقات خرمیہ (sarcinae) اور لمبے عصا کی شکل کے حصیے نظر آتے ہیں، جو آپلر جو آس کے عصیات (Oppler-Boas bacilli) ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قے زیادہ بار بار ہوتی ہے اور اس کی ایک وقت میں باہر نکلی ہوئی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔

قے کے علاوہ مریض تکلیف یا حقیقی درد میں مبتلا ہوتا ہے جو مایہ فیہ کے اجتماع کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے، اور اُن کے نکل جانے پر اس میں عارضی طور پر آفاق ہو جاتا ہے۔ شدید پیاس، کزوری، لاعری، شہوب اور قبض بھی دیکھا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ ذہنی انقباض اور بعض اوقات وقفہ وار ٹکڑ (tetany) اور شہجائے ہوں۔ مقدار بول قلیل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کیتونیت موجود ہو (یہ وہ حالت ہو جس میں جسم کے اندر استونی اجسام (acetone bodies) پائے جاتے ہیں)۔

تشخیص۔ بالآخر اس کا انحصار لاشعاعی امتحان پر ہوتا ہے، جو غیر شفاف غذا کھلانے کے بعد کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶)۔ معدہ نیچے کو اور دائیں طرف بڑھ جاتا ہے۔ ابتداءً ممکن ہے کہ حرکت دودی غیر معمولی طور پر تیز ہو اور اس کے ساتھ معدہ جلد خالی ہو جاتا ہو۔ پھر حرکت دودی وقفہ کے ساتھ ہونے لگتی ہے اور اس کی موجوں کی گہرائی مختلف ہو جاتی ہے، چنانچہ چھ گھنٹوں کے بعد تقریباً آدھا کھانا بطور ثفل باقی رہ جاتا ہے۔ آخری دو چوں میں ممکن ہے کہ حرکت دودی محض گاہ بے گاہ نظر آئے اور وہ مخالف سمت میں چلتی ہو اور چوبیس گھنٹے کے بعد بھی معدہ بھرا ہوا ہے۔ کسری امتحانی غذا (fractional test meal) (ملاحظہ ہو شکل ۴۶، صفحہ 331) سے بھی معدے کے خالی ہونے میں تاخیر اور آزاد ہائڈروکلورک آئینہ کا بتدیرج چرستہ ہوا معنی ظاہر ہوتا ہے۔

انذار۔ بواب کی تنگی کی وجہ سے واقع ہونے والے اتساع کا اس وقت تک باقی رہنا لازمی ہے جب تک کہ تسد ویدہ کرنے والا مرض باقی ہے، اور جراحی علاج کے علاوہ دوسرے علاج سے محض وقتی تسکین ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج جراحی ہے اور زیادہ کثرت سے معدی صائمی تقویہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ ایک وقتی تسکین وہ تدبیر کے طور پر معدے کو طبی مالح سے دھو ڈالنے کا عملیہ (نفیل) اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حد سے زیادہ تھکے ہوئے معدے سے طبع اور غیر مضغ شدہ غذا کا اجتماع خارج ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی یہ اس نازلت کے لئے بھی نفع بخش ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ اتساع کے ساتھ موجود ہو۔ زیر کی ایک نئی جو ایک قیف سے لگی ہوئی ہوتی ہے معدے کے اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ قیف کو منہ کے لیول سے اوپر اٹھا کر اور اس میں پانی ڈال کر معدے کو بھردیا جاتا ہے۔ پھر قیف کو نیچے لا کر اور اسے ایک مناسب طرف میں الٹ کر یا اس سے بھی بہتر سینورن کے آلہ تفصیرج (Senoran's evacuator) کے ذریعہ سے معدہ کو خالی کر دیا جاتا ہے۔ مالح کا استعمال وقفہ دار مرکز کا ازالہ کرنے کے مقصد سے کیا جاتا ہے۔ دھونے کا عمل روزانہ ایک بار سے چار بار کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے کرنا چاہئے۔



ایک شعلہ شگفتہ جو کہ ریت گھری انقباض ظاہر کرتی ہے۔ بالائی خانہ جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ایک گول زیریں کنارہ دکھاتا ہے اور زیریں خانہ کے اندر داخل ہونے کا نقطہ انخسار صغیر کے قریب واقع ہے اور بالائی خانہ کے فرش سے اوپر ہے۔ یہ اس امر کی دلیل ہے کہ ریت گھری معدہ اندلی انقباض کی وجہ سے ہے گو کہ ہمیشہ کچھ شیش بھی ساتھ موجود ہوتا ہے۔ قوی بائیلہ (ulcer crater) میں انخسار صغیر کے قعر پر واقع ہے۔ یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ قعر کا دائرہ اس طرف کا کنارہ معدہ کی طرف متعرج ہے۔ بیریم نیچے زیریں خانہ میں چمکتا ہوا نظر آتا ہے جہاں یہ معدہ کے پس منظر سے پریشی جاتا ہے اور انقباض کی شکل دکھاتا ہے۔ معدہ سا قعر ہے کیونکہ اس کا زیریں سر اور قعری عرف سے بہت نیچے ہے۔ اٹنا عشری کلاہ دکھائی نہیں آتی کیونکہ ابھی تک بیریم معدہ سے بالکل نہیں بھلا۔ (مسٹر ڈیو لنڈ سے ٹاک کے لئے ہونے صفحہ سے)

معدہ کا ریت گھڑی انقباض

(HOUR-CLASS CONTRACTION OF THE STOMACH)

یہ حالت تقریباً ہمیشہ ایک مزن معدی قرحہ کے انداب کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اگرچہ کبھی کبھی گرد معدی انقباضات بھی معدے کو بگڑے سے پیوستہ کر دیتے اور متنبی واقع کر کے ایسی ہی شکل پیدا کر سکتے ہیں۔ سرطان معدے کا شقیق پیدا کر سکتا ہے اور سقوط المعدہ کی حالت میں معدہ ایک بالائی اور ایک زیریں حصے میں منقسم ہو جاتا ہے جن کے درمیان میں ایک تنگ گردن حاصل ہوتی ہے۔ لیکن حقیقی ریت گھڑی انقباض سے ان حالتوں کی تفریق کرنے میں کوئی دقت نہیں پیش آتی۔

علامات متلازم معدی قرحہ کے علامات ہوتے ہیں۔ لیکن جب اخرا الذکر کا طور پر مندل ہو چکا ہے اور تضیق بہت زیادہ ہوتا ہے تو مریض کو یہ شکایت ہوتی ہے کہ وہ ایک وقت میں غذا کی صرف تھوڑی مقدار ہی لے سکتا ہے، اور نسبتاً بڑی مقداریں فوراً واپس نکل آتی ہیں، چنانچہ اس پر مری کے تسکین کا شبہ ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ یہ غیر شفاف غذا دینے کے بعد لاشعاعوں سے عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ معدہ ایک تنگ گردن کے ذریعہ سے دو خانوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ گردن بالائی خانہ سے دائیں جانب ٹھڑی ہوتی ہے، دکھ اس کے سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصہ پر۔ یہ بالکل تیز خاصہ ہے اور اس حالت کو معدے کے اس تنگ پڑنے سے تفریق کرتا ہے جو سقوط المعدہ میں ہوا کرتا ہے۔ اگر قرحہ کامل طور پر مندل نہیں ہوا ہے تو علاوہ انداب کے نظام عضلی کا کچھ شنج بھی موجود ہوگا۔ یہ تسکین کو زیادہ کر دیتا ہے، چنانچہ ان دونوں خانوں کو ہر یک کی محض ایک نہایت باریک سی لکیر جوڑتی ہے۔ جب شنج موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ احتیاط کے ساتھ دست درازی کرنے پر یا صلیح (belladonna) کی ایک مقدار دینے کے بعد کی قدر ڈھیلا پڑ جائے۔ ایک فاعلی قرحہ کبھی موجود ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا اور وہ گردن کی دائیں جانب کو ایک اُسمار کے طور پر نظر آتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۷)۔

سرطان کی حالت میں بالید معدے کے اندر ابھری ہوئی ایک مافد قبہ کی طرح نظر آئے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 355)۔ لیکن اگر وہ ایک قرعے سے پیدا ہوئی ہے تو لاشعاعی منتقل و یا ہی ہو سکتا ہے جیسا کہ ریت گھڑی انقباض میں۔
عکسلاج - واحد کارگر تذبذب و مرث جراعی علاج ہے۔ تنگی کو چھڑایا جاسکتا ہے یا قریبی کہنہ کو بعدی کہنہ سے یا صائم سے جوڑ دیا جاسکتا ہے۔

پیدائشی پیش پریشی

یہ بوائی سندوکی ایک قسم ہے جس کے علامات بالعموم پیدائشی کے چند روز بعد سے لے کر چھ یا سات ہفتہ بعد تک اور نہایت عام طور پر زندگی کے ابتدائی چار ہفتوں کے دوران میں ظاہر ہوا کرتے ہیں (47)۔ (ذکیوں کے نسبت یہ مرض لڑکوں میں تقریباً پانچ گنا زیادہ عام ہے۔ علامات یہ ہوتے ہیں: تھکے کا ہونا اور قبض (جس کی وجہ یہ ہے کہ آنتوں تک جو غذا پہنچتی ہے اس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے) اور لاغری۔ اور تھکے شدہ مادے اکثر کثیر المقدار ہوتے ہیں اور بہت زور کے ساتھ باہر نکلتے ہیں۔ ابتداً وہ غذا پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن کچھ عرصے بعد جب کہ التهاب معدہ قائم ہو جاتا ہے تو ان میں مخاط اور متغیر شدہ خون بھی ہوتا ہے، لیکن مشاوی کبھی مفراتہ بائیں جانب سے دائیں جانب کے طرف حرکت دیتی ہے جو بائیں صلیبی کا اس قدر تمیز خاص ہے دیکھی جائے گی۔ اور تقریباً تمام اصابتوں میں (جن میں مگن ہے کہ خوراک لیتے وقت اور اس کے بعد نہایت عجز کے ساتھ اور دیر تک امتحان کرنا پڑے) خط وسطی کے دائیں جانب، غلیظ حاشیہ سے ذرا نیچے، ایک سلیو یا دانت پائی جائے گی جس کا قطر $\frac{1}{4}$ یا $\frac{1}{2}$ ہوگا اور جو بواب کے انقباض کے ساتھ سختی میں وقتاً فوقتاً بدلتی رہے گی اور اس طرح سندوں سے تمیز کی جائے گی۔ جو حرکت ہونی مرض کے بغیر بھی مرئی حرکت دیتی ہوگا واقع ہونا ممکن ہے لہذا ایسی تشخیص کے لئے سلیو کی موجودگی ضروری ہے۔ لاشعاعوں سے بھی بدول سکتی ہے۔

یہ دہارت بواب کے عضلی ریشوں کی بالخصوص مدور ریشوں کے طے بند کی
میں تکوین ہے اور غالباً جنینی زندگی کے دوران میں نمایاں ہو جاتی ہے۔ دہارت
یافتہ تو دس کے اندر غشائے مخاطی میں شکنیں بڑی ہوتی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج یہ ہے کہ معدہ کی تنفیل کی جائے اور اس کے بعد گامی
قدائیں دی جائیں۔ تنفیل کے بعد (جس میں قلیات کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیے
کیونکہ ان سے کثیر قلویت ہونے کا خطرہ ہے) معدہ میں اٹروپین کی چھوٹی چھوٹی خوراک
باقی رہنے دینی چاہیے۔ لیومینال (luminal) کی ایسی خوراکوں سے کہ جن سے بچہ
غٹو رہے، عمدہ نتائج درج کئے گئے ہیں۔

اس ملک میں بہترین نتائج رام سٹیٹ (Rammstedt) کے عملیہ کے ذریعہ
حاصل ہوئے ہیں۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ باریلیونی سطح سے سلعہ کے اندر ایک طویل شش
غشائے مخاطی تک دیا جائے تاکہ تسدو رخ ہو جائے۔ عملیہ کے بعد غذا بہت آہستہ
آہستہ بڑھانی چاہئے۔ یکایک بڑھا دینے سے بالعموم اسہال آئے لگتے ہیں، کیونکہ
گذشتہ تجربہ کے دوران میں غذا کا، پیچ موجود نہ ہونے کے باعث مہنسی انزیموں
(enzymes) کا افزا بہت کم ہو گیا ہے۔ کم خوراندہ (under-fed) شیر خوار بچوں میں
اس وقت جب کہ ان کی غذا کو بہت سرعت سے بڑھا دیا جائے اسی قسم کا عدم تحمل
پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس عملیہ کے بعد اسہال ہو جاتا ہے جس میں براز خمی ہوتا ہے
(48)۔ اس سے گمان ہوتا ہے کہ اس مرض میں صفرووی اور غالباً باقروسی عدم کفایت بھی
کچھ حصہ لیتی ہے۔

سرطان معدہ

اسباب۔ معدے کا سرطان تینس سال کی عمر سے پہلے شافی دیکھا جاتا ہے
اس کی ۶۰ فیصدی اماتیں چالیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر میں واقع
ہوتی ہیں۔ یہ علاقوں کے نسبت مردوں میں وگن عام ہے۔ توارث سرطان معدہ میں کمی
نمایاں خصوصیت نہیں۔ یہ امیر و غریب دونوں میں مساوی الوقیع ہے اور کسی خاص جیش

کے ساتھ تعلق نہیں رکھتا۔ اس کے متعلق بڑی بحث ہوئی ہے کہ آیا سرطان عموماً معدی قرحہ سے پیدا ہو جاتا ہے یا نہیں۔ اس رائے کے خلاف یہ واقعہ ہے کہ اٹھارہویں قرحہ نہایت عام ہے حالانکہ اٹھارہویں کا سرطان نہایت شاذ ہوتا ہے۔ سرطانِ معدہ کی پچاس سالہ امواتوں کے ایک گروہ میں ۵۶ فی صدی کی سرگزشت ایک سال پہلے تک باقی تھی لیکن اس سے زائد نہیں۔ ۷۰ فی صدی میں دو سال پہلے تک کی سرگزشت موجود تھی (57)۔ لہذا بیشتر امواتوں میں اس سرسری طور پر یوں سمجھئے کہ دو تہائی مریضوں میں سرطان خود بخود شروع ہو جاتا ہے (46)۔ اگرچہ مزمن التهابِ المعدہ اور بالخصوص معدہ کی سندائیت، ممکنہ اسبابِ معتدیں۔ باقی ماندہ امواتوں میں یہ معدی قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

امراضِ باقی تشریح۔ سرطانِ معدے کے تمام حصوں کو آؤف کر سکتے ہیں لیکن مریضوں کی غالب تعداد میں بوابِ آؤف ہوتا ہے۔ اور مرض یہاں سے معدے کے متصل حصوں میں پھیل جاتا ہے، بالخصوص اٹھارہویں کے صغیر کے برابر بواب۔ اگر یہ فوادی سے کو آؤف کرتا ہے تو عموماً اس کا حلہ مری پر بھی ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات معدے کی دیوار کیساں طور پر دردِ سختہ اور دبیز ہو جاتی ہے اور معدہ بحیثیت لمبوی شکل گر چھوٹی جسامت کا ہو جاتا ہے (معدہ نامعدہ = leather-bottle stomach) چند ہی سستیات کو چھڑ کر سرطانِ معدہ گروہ آسا سرطان (spheroidal carcinoma) یا استوائی نما سرطان (cylindrical carcinoma) کی شکل میں ہوتا ہے، اور اول الذکر نسبتاً نہایت زیادہ عام ہے۔ ان دونوں میں سے ہر قسم یعنی بات کی زیادتی کی وجہ سے جرزئی (scirrhus) ہو سکتی ہے، یا اس کی قلت کی وجہ سے لمبی (medullary)۔ اور دونوں میں کو لائڈی انضمام واقع ہو سکتا ہے، اگرچہ یہ گروہ آسا قسم میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ جرزئی تیز تر عام ترین ہے۔ لمبی سلسلہ شافی ہے۔

سرطان کی ابتداء غشائے مخاطی کے خدو کے سطحی غلیوں کی مشن پائیدگی سے ہوتی ہے۔ یہ پائیدگیاں تحت المخاطی بافت کے اندر ابھر جاتی ہیں پھر مزید گہرائی میں اور تھیں تمام طبقات کو آؤف کر دیتی ہیں۔ معدے کی دیوار موٹی ہو جاتی ہے اور بالابتداء ابھر جاتی ہے اور اس سے معدہ کا دورِ نہایت تنگ ہو جاتا ہے۔ بالابتداء اٹھارہویں پر ملتا اور وہیں اپنی آخری درجوں میں وہ اکثر اندرونی سطح پر متفرع ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ متعدد غشائے مخاطی عملی

ناموں کی گرگی بالیدگیاں ظاہر کرے، جو کہ مزمن التهاب معدہ کا نتیجہ ہوتی ہیں۔
 ممکن ہے کہ یہ تقریبی عمل عروق کو متاثر کر کے نرف پیدا کر دے۔ ساوہ قرص کے
 نسبت سرطان میں یہ بہت کم ہوتا ہے کہ نرف کثیر مقدار میں ہو۔ بوابی بالید کے پیدا کردہ
 ضلیق کا نتیجہ اکثر اوقات اسلع معدہ ہوتا ہے۔ لیکن ایک ستارہ نامہ معدہ (leather
 bottle stomach) چھوٹا ہوتا ہے۔ جب بالید باریطونی سطح تک پہنچ جاتی ہے تو عام
 طور پر دوسرے اعضا سے معدہ کا انفصام واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد ممکن ہے کہ
 اس عضو پر (جس کے ساتھ انفصام واقع ہوا ہے) سرطان کا حمل ہو جائے۔ اس طرح جگر
 اور لیلیہ پر اکثر اوقات اور طحال یا قولون پر کبھی کبھی حمل ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالات میں
 ایک معدی قولونی ناسور کا پیدا ہونا ممکن ہے۔ فوادی سرے کا سرطان اکثر اوقات
 مری پر حملہ آور ہوتا اور اسے مدد و کر دیتا ہے۔

مختلف اعضا باریطون، جگر، لیلیہ، پھیپھڑوں اور متصلہ لمفائی غدوں میں ثانوی
 جماؤ واقع ہو جاتے ہیں۔ یہ ماساریتی، پیس باریطونی اور بانی غدو ہیں۔ لیکن جیہ کہ مری
 کے سرطان میں بھی ہوتا ہے، بعض اوقات منفی لمفائی غدو بالکل ابتدا میں ماؤف ہو جاتے
 ہیں۔

علامات - سریری نقطہ نظر سے ان اساتوں کے دو گروہ ہوتے ہیں، اس
 لحاظ سے کہ آیا بوابی فعل میں خلل اور اس کے ساتھ معدی مافیہ کا غیر معمولی احتباس ہو ہے
 یا نہیں۔

(۱) اس گروہ کے ابتدائی درجوں کے علامات خاص کر سورہضم کے علامات
 ہوتے ہیں۔ اول تو عدم اشتہا اور متلی ہوتی ہے اور پھر جی کا ڈوبا جانا، غذا کے
 بعد درد اور ریخت۔ یہ علامات شراییف میں یا سوزش سینہ کے مقام پر ہو سکتا ہے۔
 جب سرطان بواب کے مقام پر واقع ہو تو تھکے کا اس حالت میں جلد ترواح ہونے کا
 امکان ہوتا ہے، یہ نسبت اس کے کہ جب وہ اس نقطہ سے دور واقع ہو۔ تھکے میں غذا
 موجود ہوتی ہے جو ہضم کے مختلف مراح میں ہوتی ہے اور اس کے ساتھ کم و بیش
 مخاط یا خون کی دھاریاں ملی ہوتی ہیں۔ تھکے کے ساتھ ملا ہوا خون اکثر درد و قہر کا منظر
 دکھاتا ہے۔

پھر وہ ایک نمایاں علامت بن جاتا ہے اور اگر بالید متعلقہ اعضا (جیسے کہ لبلبہ) پر حملہ آور ہو جائے تو وہ مستمر ہوا کرتا ہے یا اس کا اٹھنا کھانے پر منحصر نہیں ہوتا۔ وہ مثالوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے یا قطعی خطہ میں۔ وہ اکثر و خیزی اور مغزق چٹا ہے، لیکن ممکن ہے کہ ناقب سوزشی قارض یا خارق ہو۔ اس قسم کے سرطانِ معدہ میں شدید بیٹی اختلال کے علامات نسبتہ جلد شروع ہو جاتے ہیں۔ مریض دیر چلا ہوا ہوتا ہے اس کی طاقت گھٹ جاتی ہے اور رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور ترقی یافتہ اماتوں میں لاغری اور علان دمویت بہ درجہ انتہا موجود ہوتے ہیں۔ آنٹوں میں زیادہ ترقض ہوا کرتا ہے۔ براز دم الاسود بہ طور ایک ابتدائی امارت کے شاذ ہوتا ہے لیکن مخفی خون (ملاحظہ ہو صفحہ 330) عام ہے۔

(۲) جب اباب کے فعل میں کوئی نخل نہ ہوا تو بالید عموماً جسمِ معدہ میں ہوتی ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ممکن ہے کہ جب تک کہ بالید بہت دیر ترقی یافتہ نہ ہو جائے کوئی علامات موجود ہی نہ ہوں۔ اور پھر قرب و جوار کی ساختوں کی درخیزی کی وجہ سے پشت میں درد محسوس ہونے لگے۔ لیکن ایسی بالید سے منسلک خون بہتا ہے اور ستیرہ خون پانٹوں کے اندر پایا جاتا ہے۔ اس سے جو عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے سلعہ غیر جس پذیر ہونے کی حالت میں اس سے تکلف عدم دمویت (pernicious anemia) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ترقی پذیر ضعف موجود ہو۔

عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ سرطان کی اماتوں کی غالب تعدادیں ایک صلحہ کسی دکنی وقت پایا جاتا ہے اگر یہ وہ ابتدائی ترین یا چار مہینوں میں شاذ ہی ملتا ہو اور بیض اعداد و شمار کی رد سے وہ ابتدائی چھ مہینوں کے اندر مرث ۳۲ فی صدی اماتوں میں ملتا ہے۔ سلعہ کا محل وقوع بلاشبہ معدے کے ماؤف حصے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اباب سلعہ عموماً خط درمیانی میں یا کینقدروائیں طرف نقصِ مخزوی اور ات کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ جب معدہ بہت قس ہوتا ہے تو یہ سلعہ ات سے بھی نیچے ہوتا ہے۔ جہاں میں وہ ایک اخروٹ سے لے کر ایک چوٹی مارگی کے برابر ستر اور ستر نہایت سخت ہوتا ہے۔ ابتداً وہ آزاد ہوا اور پھر حرکت پذیر ہوتا ہے اور شقی کرتے پر نیچے چلا جاتا ہے، لیکن نسبتہ بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ وہ انفصالت پیدا کرتے اور

زیادہ مثبت ہو جائے۔ اکثر اوقات اس میں ذیرافتادہ اور طی کا مدم مقل ہو جاتا ہے۔ قرع کرنے پر وہ اہم یا غیر کامل طور پر لگی ہوتا ہے۔ اسے ہاتھ لگانے سے درد محسوس ہوتا ہے کبھی کبھی انتھاب کینہہ باریطونی کے اندر واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد انتھاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس حادثہ کے علامات مبہم ہوتے ہیں اور صاف نمایاں نہیں ہوتے۔ پس باریطونی غدہ کا سرطان پیروں کا نتیجہ پیدا کر دیتا ہے اور یہی نتیجہ بڑی گریز کی عظمت سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ صدی تولونی ماسور (جو بیشتر سرطان کے معدے سے تولون تک پھیل جانے کا نتیجہ ہوا کرتا ہے) کی نمایاں خصوصیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ معدے کے غیر منظم شدہ مافیہ براہ راست تولون کے اندر اور یہاں سے براہ صاف تعقیب چلے جاتے ہیں یا یہ کہ برازی قے ہوتی ہے، کیونکہ تولون کے مافیہ معدے کے اندر چلے جاتے اور پھر سر یہاں سے قے کے ذریعہ نکل جاتے ہیں۔

سوت عموماً خستگی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے اور یہ خستگی غذا کے ناقص شل کا نتیجہ ہوتی ہے یا باریطون کے اندر ثانوی بالیدگیوں کے بہ سرعت پھیل کر استعارتی ہونے کا یا مگر کے اندر ثانوی بالیدگیوں پھیل کر مسلسل ارتفاع حرارت ہونے کا کثیر القادہ ترف یا انتھاب باریطون، انتھاب شیمی یا ذات الریہ اس منظر کو ختم کر سکتے ہیں۔ مدت مرض۔ یہ بیماری عام طور پر چھ ماہ سے دو سال تک جاری رہتی ہے۔ دو تہائی اصابتیں آٹھ مہینے سے کم جاری رہتی ہیں اور ایک نہایت بخوڑی تعداد دو سال سے زائد تک جاری رہتی ہے۔

تشخیص۔ سرطان اپنے آخری مراح میں سلسلہ کی موجودگی کی وجہ سے معدے کے دوسرے بیشتر امراض سے شناخت کر لیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایک بڑے پورے سخت حقیقی غدہ کے مل جانے سے بالخصوص جب کہ یہ غدہ بائیں جانب ہو، اس شخص کے طرف اشارہ ہوتا ہے۔ اگر کوئی سلسلہ شناخت نہ ہو سکے تو جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے سرطان کا شلف عدم دمویت (pernicious anemia) کے ساتھ یا مزمن موہنم اور اس سے متلازم انتھاب اللعدہ یا مہنمی قرعہ کے ساتھ غلط ملط ہو جانا ممکن ہے یا ممکن ہے کہ خالصاً وجع اعصابی دروں کے متعلق یہ خیال کر لیا جائے کہ یہ سرطان کی وجہ سے ہیں۔ تشخیصی اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ حصوں کا وہ تشابک اور انضمام جو

قرعہ سے پیدا ہو جاتا ہے سرطان کی مشابہت پیدا کر دے۔ مریض کی عمر اور مرض کی نشانی
تقلیل مدت، یہ بھی اس کی تشخیص میں اہم عناصر ہیں کیونکہ بیشتر امایوں میں سرطان
مابعدہ مدی قرعہ کا نتیجہ نہیں ہوتا۔

لاشعاعیں غیر متناظر ظاہر کرتی ہیں۔ بسمتہ کی خوراک کی وجہ سے سایہ ایکہ
کم و بیش وسیع صاف رقبہ یا "نقص پری" کے ذریعہ سے منقطع ہوتا ہے۔ یہ رقبہ
یا نقص دو یا زیادہ اندازہ یا صد فی خاکوں کے ذریعہ سے اس سایہ میں متداخل ہوتا ہے۔
یہ اس تغیر بالید کا قائم مقام ہے جو معدے کے درون میں ابھرتا ہے (ملاحظہ فرمائیے
۲۸ الف)۔ دبائے پر یہ الیم ہوتا ہے اور اس کی شکل مستر ہوتی ہے۔ یہ حرکات
دودہ میں شرکت نہیں کرتا جو معدے میں دوسرے مقامات پر نظر آسکتے ہیں۔ ممکن
ہے کہ کوئی نقص پری مرنی ہونے سے پہلے حرکت دوی کا یہ انقطاع ہی ابتدائی ترین
امارت ہو۔ متنازعہ مناسبت کی حالت میں یہ نظر آتا ہے کہ ایک متعادل تنگ نالی کی
راہ سے بلا کسی مرنی حرکت دودی کے سیدھی اشاعشری کے اندازہ سرعت گرتی ہے
(ملاحظہ فرمائیے صفحہ ۲۸ ب)۔ ۱۶ فی صدی امایوں میں ایک طبی لاشعاعی روئداد حاصل
ہوتی (57)۔

مریض کو شب میں دودہ کے اندر دوی بیون غل کوئلہ (charcoal) دینا
چاہئے اور دوسرے روز علی الصبح اس کے معدے کے باقیہ کا امتحان کرنا چاہئے
(49)۔ سارہ پیٹنیر مرنی خون کی موجودگی سرطان کی طرف اشارہ کرتی ہے، بالخصوص
جب کہ خون اس طرح ایک سے زائد مواقع پر پایا جائے، لیکن کوئلہ کی موجودگی سے
معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوتی ہے۔ ۷۴ فی صدی امایوں میں سکونی نالی
میں خون موجود تھا اور ۸۷ فی صدی میں آزاد ڈیڈر وکلورک آئیڈ بالکل (57)۔
خون کا مسلسل رساؤ سرطان کا مزید خاصہ ہے اگرچہ اتفاق سے ہر نڈر وکلورک اور نزف اغلباً قرعہ کا نتیجہ
ہوتا ہے۔ دودہ جیسی تھے دونوں حالتوں میں دیکھی جاتی ہے۔

350

معدے کو دھو ڈالنے کے بعد ایک امتحانی خوراک دی جائے۔ امتحانی
خوراک کے اندر میکیک آئیڈ کی موجودگی سرطان معدہ پر دلالت کرتی ہے۔
۶۴ فی صدی امایوں میں بے تربشگی تھی۔ چنانچہ آزاد ڈیڈر وکلورک (سڈ پیٹر



الف۔ معدہ پریم سے بھرا ہوا ہے۔ بوالہ صند میں سرخان کی ہرچوگی افسردہ سے نکال کر ہوتا ہے۔ اٹنا ہوشی کا وہ چہرہ طرح نظر آتی ہے۔ (شعاع تجکاشت مسٹر ڈیولنڈ سے لاک نے لی ہے)



ب۔ سرخان کی وجہ سے ایک تیارہ نما معدہ۔ (شعاع تجکاشت مسٹر ڈیولنڈ سے لاک نے لی ہے)

مقدار میں عموماً پایا جاتا ہے۔ بلکہ ممکن ہے کہ بیش تر شکی بھی موجود ہو (57)۔ لیکن اکثر "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" ("active HCl") میں اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ ("free HCl") کی مقدار میں بڑی کمی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک مستلزم مزمن التهاب الکحدہ کے باعث معدنی کلورائیڈ گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں معدنی کلورائیڈ بڑھا ہوا ہوتا ہے جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ بالید سے لےنے والے مصل سے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تبدیل ہو گئی ہے۔ صرف ۶۴ فی صدی اصابتوں میں معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوئی۔ ۶۴ فی صدی میں خون کسی نہ کسی وقت موجود تھا اور باقی ماندہ ۳۶ فی صدی میں جب پانخاؤں کا فنی خون کے لئے امتحان کیا گیا تو خون مختلف مقداروں میں موجود پایا گیا۔ لہذا امتحانی خوراک اور پانخاؤں دونوں میں خون کی غیر موجودگی تقریباً ہمیشہ سرطان کو خارج از بحث کرے گی، لیکن راقم الحروف نے ایک پہل سالہ مریضہ کی ایسی اصابت دیکھی جس کا سرطان معدہ ہونا جراحی علیہ سے ثابت ہو چکا تھا، مگر جس میں امتحانی خوراک اور پانخاؤں میں کوئی خون نہ تھا، اگرچہ بے ترشگی موجود تھی اور لاشعاعوں سے ایک بڑا نقص پوری ظاہر ہوا۔

اِندازہ۔ یہ ناموافق ہوتا ہے کیونکہ تا وقتیکہ بالید اور تمام سرایت زدہ غدوکا بالکل استیصال نہ کیا جاسکے موت ناگزیر ہے۔

علاج۔ مشتبہ ابتدائی اصابتوں میں شکم شکی کے علاج کا مشورہ دینا چاہئے، کیونکہ بالید کا استیصال ہی تقریباً واحد شفا بخش طریقہ ہے۔ اس وقت جب کہ ایک گولہ محسوس ہو سکے یہ علیہ بعد از وقت ثابت ہوگا کیونکہ اس وقت تک بالید پھیل چکتی ہے اور لسانی غذاؤف ہو جاتے ہیں۔ معدی صناعی تغویہ کا علیہ ایک مختصر تجربہ کے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔ یعنی لاشعاعی علاج بھی آزمایا جاسکتا ہے۔

اگر اتساع خناں علامت ہو اور ہر چند روز کے بعد غذا کی بڑی مقداریں قے سے نکل جاتی ہوں تو ممکن ہے کہ معدے کو روزانہ دعوڈالنے سے غرضی تسکین معلوم ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 352)۔ مریض کو دو محسوس ہونے کے وقت ایک تہی دہل دینے کی ترکیب سکھلا دینی چاہئے، کیونکہ بعض اوقات صرف ایسی سادہ تدبیر سے

تکلیف حاصل ہو جاتی ہے۔ ورنہ مزمن سودا البضم کے تحت بیان کردہ تدبیریں کام میں لانی چاہئیں۔

معدے کے غیر خبیث سلعات۔ اس زمرہ میں ذیل کے سلعات شامل ہیں۔ غلیٰ سلعا، عضلی سلعا، معین لیلیٰ، شحمی سلعا، لیفی شحمی سلعا، لمغائی غلیٰ سلعا اور دیوے۔ یہ بہت کم واقع ہو کر تھے ہیں۔ پہلے تین سب سے کم غیر عام ہیں اور کبھی کبھی وہ بواب کو مسدود کر کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں علامات کا انحصار سلمہ کی جسامت اور جائے وقوع پر ہوگا۔

قبض

(CONSTIPATION)

آنتوں کے صحت مند فعل کا انحصار غذا کی کافی وید پر ہوتا ہے کہ جس کا فضلہ براز کا مادہ بناتا ہے نیز معانی رسول کے قدرتی افراز پر اور ایک ایسے معانی عضلی نظام پر جو آسانی کے ساتھ جھینچ ہو اور اتنا کافی قوی ہو کہ براز کو ایک مقام سے دوسرے مقام تک آگے دھکیل سکے۔ لیکن یہ فعل مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے جو باین ہر ممکن حد تک درست ہوں۔ بیشتر اشخاص میں پانچ دن یا سات دن بھر میں ایک بار ہوتا ہے، لیکن دوسروں میں روزانہ دو بار اور بعضوں میں صرف ایک دن چھ دن ہوتا ہے۔ جب چوبیس گھنٹے کے طبی عرصہ سے زیادہ تک یا بعض اشخاص میں دو دن تک احتباس براز ہو تو یہ قبض ہے۔ یہ نتیجہ ہوتا ہو (بڑی آنت کے طول میں براز کی عام حرکت میں تاخیر کا (قولونی رکود = colonic stasis) اور حوضی قولون اور مسار مستقیم کی تفریق میں تاخیر کا (عسر تبرز = dyschezia) اور مجموعی طور پر ان دونوں افعال میں تاخیر کا۔

۱۔ معانی قتال میں براز کی عام حرکت خالصاً غیر ارادی ہوتی ہے اور اس کا انحصار معانی دیوار کی کافی عضلی طاقت پر ہوتا ہے، جسے مناسب غذا ایسے مقول

تحریک پر نہیں ہے۔ کمزور عضلی نظام ایک موروثی تصور ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ آخری عمر تک طاری ہو کر شیعہ خونی قبض (senile constipation) کا سبب بن جائے۔ عضلہ کی عارضی کمزوری حمیات اور حاد امراض میں واقع ہو جاتی ہے، اور عدم دمویّت، اضطراب (chlorosis) کساحت اور آن امراض کا نتیجہ ہو سکتی ہے جن میں عصبی انقباض ہوتا ہو جیسے کہ لیبیولیا، ہپاکت، اعصاب (neurasthenia) وغیرہ۔ مقامی طور پر ممکن ہے یہ ریخی تمدد اور غشا، مغالی کی نازلت کا نتیجہ ہو۔

357

مسار کو پہنچ بالخصوص غذا سے حاصل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مقدار میں ناکافی ہو، یا از حد خشک ہو، یا اس میں میکانی ہتھیات کی قلت ہو، جن میں نباتی اشیاء کا سیلولوز (cellulose) سب سے زیادہ اہم ہے۔ نیز معلوم ہوتا ہے کہ بعض افراد میں آنتوں میں غیر معمولی قوت ہضم و جذب کے باعث اس قدر کم نقل باقی رہتا ہے کہ افراغات لازمی طور پر بہت کم مرتبہ ہوتے ہیں۔ اس حالت کو ”گریسی قولون“ (”greedy colon“) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ معدے کی بہت سی خرابیوں میں بالخصوص جہاں قے بار بار ہوتی ہو قبض ہو کر رہتا ہے۔ مزید برآں حوض یا مشکم کے الہابی یا صری نوعیت کے دردناک مقامی عوارض سے آنت کا معکوس فعل براہ راست متنب ہو سکتا ہے۔

قولونی رکود کی تشخیص صرف اسی وقت ہو سکتی ہے جب کہ ایک غیر شفاف خوراک دینے کے بعد مسار کا استھان کیا جائے۔ معمولی حالات میں چار گھنٹوں کے اختتام پر معدہ خالی ہوتا ہے اور غذا لفائفی کے انتہائی سرے پر جمع ہوتی ہے۔ دوسری خوراک لینے سے لفائفی کی انتہا پر اور قولون کے اندر خاص فعلیت پیدا ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے مقامی مافیہ پر سرعت آگے کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ (معدی لفائفی اور معدی قولونی معکوسات) (50)۔ غیر شفاف غذا اس سے کئی طور پر غائب ہو جانے کے عموماً چار گھنٹے بعد لفائفی کو چھوڑ چکی ہوتی ہے۔ لیکن لفائفی رکود کی تشخیص بلا خطر صرف اسی وقت کی جا سکتی ہے جب کہ اس غذا کے کھانے کے چھ گھنٹے بعد تک اس کا خفیف ساحصہ بھی عور کے اندر داخل نہوا ہو، یا جب کہ اس غذا کا بیشتر حصہ غذا کھانے کے نو گھنٹے بعد بھی لفائفی کی انتہا ہی میں ہو اور یہ معلوم

ہو چکا ہو کہ معدے نے خود کو تین یا چار گھنٹوں میں خالی کر دیا ہے۔ طبی طور پر غیر شفا
 غذا چوبیس گھنٹے میں سارا مستقیم میں پہنچ جاتی ہے۔ قولونی رکود اس وقت
 موجود ہوگا جب کہ اس مدت کے اختتام پر وہ اب بھی بکلیہ اعود یا قولون صاعد میں ہو
 یا جب کہ چوبیس گھنٹے میں وہ طحالی تعریج میں پہلی مرتبہ پہنچی ہو لیکن غیر شفاف
 غذا اس خوراک کے کھانے کے اڑتالیس گھنٹے بعد بھی قولون مستقیم میں موجود
 ہو۔ اگر قولونی رکود شدید رہے کہ اسے تو لفافنی اعودی مصراع کے پار معاشی نافیہ
 کے گزرنے میں بھی تاخیر ہوگی (لفافنی رکود) لفافنی رکود قولونی رکود کے بغیر بھی
 واقع ہو سکتا ہے، بالخصوص سخت الحاد التهاب نائڈہ کی امالتوں میں (فلائیڈ خضابط
 = (controlling appendix -

۲ چوبیس گھنٹے کے دوران میں جو براز حوضی قولون کے اندر جمع ہو جاتا ہے اس کے
 سارا مستقیم کے اندر داخل ہونے سے تیز کی خواہش پیدا ہوتی ہے اور سارا مستقیم کے
 اندر براز کا یہ داخلہ ناساتہ کھانے کے تیس یا آٹھ گھنٹے کے تیس یا کسی اور
 روزانہ وقفہ کے تیس سے محسوس طور پر واقع ہو جاتا ہے۔

تیز کے آخری عمل یعنی مستقیم کے اندر براز کے داخلہ اور اس کی آخری
 تعریج میں خلل واقع ہونا نام نہاد عاداتی طب (habitual constipation) کا ایک
 عام سبب ہے۔ ہرسٹ (Hurst) نے اسے عسر تیز کا نام دیا ہے۔ اس خلل کی
 انجام دہی کا انحصار ایک تیس پر ہوتا ہے جو سارا مستقیم سے متصل ہوتا ہے اور اس
 جمیعت پر جو حوضی قولون کی طرف سے ظاہر ہوتی ہے۔ ان اشخاص میں جن میں
 ایابت پابندی اوقات کے ساتھ ہوا کرتی ہے، یہ تیس روزانہ ایک خاص وقت پر
 پیدا ہوا کرتا ہے اور اگر اسے عمل کرنے دیا جائے تو اس کا نتیجہ افراغ ہوتا ہے لیکن
 اگر اس تیس سے بے اعتنائی کی جائے اور پانچ گھنٹے کی خواہش کو دیا جائے تو
 جس کے موقع پر اس محسوس کے نسبت کم فعال ہونے کا امکان ہوتا ہے اور کچھ زمانہ
 گزر جانے کے بعد ممکن ہے کہ یہ تیس محسوس ہی نہ ہو۔ چنانچہ اس خواہش کا دینا اور اس کے
 احساس سے بے اعتنائی کرنا تبص کے عام اسباب ہیں۔ کام پر جانے کے لئے جلدی
 کرنے والے اشخاص کی حالت میں عدم فرصت، بڑے مکانات میں یا ٹرکوں کے

دوسروں میں مجموعی شرم بڑے دفاتر میں جگہ کا کافی نہ ہونا اور بہت سے لوگوں میں محسوس کائی یہ اس کا سبب ہوتے ہیں چنانچہ اس عمل کو ملتوی کر دیا جاتا ہے یہاں تک کہ پابندی وقت کی عادت بالکل چھوٹ جاتی ہے، براز دو یا تین دن بلکہ ایک ہفتہ تک محسوس رہتا ہے اور پھر صرف تین اوویہ یا حقہ کے استعمال سے افراغ حاصل کیا جاسکتا ہے۔

عسبر تیز کا ایک دوسرا سبب ان ارادی عضلات کی کمزوری ہے جو افیہ شکم کو بھینچتے ہیں اور قولون سے معارف تقیم کے اندر اور معارف تقیم سے مبرزی گذرگاہ کے آریاد براز کے گذرنے میں مدد جوتے ہیں۔ یہ طبیعی عضلات شکم ڈایا فرام عضلہ رافع المبرز اور عرضی فرش کے دوسرے عضلات ہیں۔

اگر غیر شفاف خوراک کا بیشتر حصہ اس کے کھانے کے چوبیس گھنٹے بعد عرضی قولون اور معارف تقیم میں پہنچ گیا ہے اور اگر باوجود اس کے تیز کی خواہش نہ ہو تو عسبر تیز کی تشخیص قائم کی جاسکتی ہے۔

براز کے گذرنے میں میکانیکی روکاؤں جیسے کہ قولون کا تضلل یا مثنی، براز کی سخت گٹھلیاں، بالید کی وجہ سے تضیق، عضلہ عاصرة المبرز کا شنج، اور قولون کا شنج (یعنی وہ حالت جسے شنج الاحشاء: entrosiasm کہتے ہیں) بڑی آنت کے کسی بھی حصہ میں تاخیر واقع کر سکتی ہیں۔ ان میں بعض حالتیں بلند تردد میں مکمل تسد پیدا کر دیتی ہیں۔

علامات۔ اگر آنتوں کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو ان کا عمل معنی ایابت دو تین چار یا زیادہ دفوں کے وقفہ سے ہوتی ہے۔ قولون یا معارف تقیم برازی یافتہ کی سخت گول گٹھلیوں (مڈوں) سے پُر ہو جاتی ہے جو کیتھارٹک پیکلے رنگ کی ہوتی ہیں اور باجم پیوستہ ہو کر تودے بنا دیتی ہیں۔ پانخانہ پھرنے کی خواہش کا نتیجہ پہلے شاید یہی ہوتا ہے کہ کاتھنے کی کوشش ہوتی ہیں جو غیر موثر ثابت ہوتی ہیں۔ لیکن بالآخر کچھ سڑے جھلکے ہیں اور مکن ہے کہ چند گٹھلیوں کے اندر کیچہ اور دو یا تین بار مکرر ٹھیکر، یہاں تک کہ نیچے والی آنت خالی ہو جائے۔ اس کے بعد کئی روز کے دوسرے عرضی تک آنت غیر فعال رہتی ہے معنی ایابت نہیں ہوتی۔ اس احتباس کے دوران میں مکن ہے کہ مریض مختلف الاقسام کی بے آرامیاں محسوس کرے۔

مقتضی طور پر مکن ہے کہ بچان میں پری یا بھاری پن کا احساس ہو یا اسے مزیزی خارش کی شکایت ہو۔ اور مکن ہے کہ آوردہ یا صوری میول جائیں اور بواسیر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات اعصاب حوض پر برازی تو دوں کے دباؤ کی وجہ سے نیچے مانوں تک درد ہوتا ہے۔ اکثر شکم میں اوسط درجہ کا تمدد ہو جاتا ہے جس کے ساتھ شاید رنجیت اور ڈکاریں بھی ہوں۔ زبان اکثر فردار، سپیدی مائل یا میلی بھوری ہوتی ہے اور مکن ہے کہ سانس میں بدبو ہو۔ بعض مریضوں میں کستی اور پریشانی کا احساس ہوتا ہے، چستی یا آازگی مفقود ہو جاتی ہے اور حقیقی درد سر ہوتا ہے یا نیناں تک ہوتا ہے کہ بہت زیادہ فرسنی انخفاض ہوتا ہے۔ بعض اصحاب ان علامتوں کو اور بہت سی دوسری علامتوں کو امعاء کے مافیل کی بہت رفتاری یا معوی سرکود پر محمول کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 360)۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ اکثر قبض حقیقتاً زیادہ عادی ہوتا ہے عام احتمال ایتقد ر کم ہوتا ہے۔ اور بہت سے لوگوں میں باوجود اس کے کہ انھیں آخری تفریغ بہت دن پہلے ہوئی تھی خود میں کسی خرابی کا احساس نہیں ہوتا۔

جہاں براز مساوی تقیم میں محسوس ہو جاتا ہے آخر الذکر اسے جگہ دینے کیلئے بے انتہا تسخ ہو جاتی ہے۔ براز کی وہ حالت کہ جبکہ اس کے سدے بن جاتے ہیں اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وہ قولون میں محسوس ہو جاتا ہے اور اس اعتبار سے دوران میں اس کے اندر جو کچھ پانی موجود ہوتا ہے اس میں سے زیادہ تر کے جذب ہو جانے کا موقع پیدا ہوتا ہے۔ اس وقت بھی جب کہ مساوی تقیم سدوں کے قودوں سے پر ہو کر تپتی ہوئی ہو، مز سے کیقدر برازی سیال خارج ہو سکتا ہے یا مخاط کے افزا کی تحریک ہو سکتی ہے اور مکن ہے کہ ان مایعات کے اخراج سے اسپال کی مشابہت ہو جائے۔ نسبتاً زیادہ وسیع نازلتی التهاب قولون اور برازی قرح بھی قبض سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

حوضی قولون کے اندر برازی مادے کا اجتماع مکن ہے ایسا جو کہ وہ شکم کے حصہ زیریں میں ایک بڑی رمولی بناوٹ جس کا امتیازی خاصہ یہ امر ہے کہ انجلی کے سخت دباؤ سے اس میں گڑھا پڑ سکتا ہے۔

علاج۔ بخلائیہ کہا جاسکتا ہے کہ قولونی رکود کا علاج غذا کے ذریعہ سے اور شدید تر درجوں میں ذلک شکمی ورزشوں اور ادویہ سے کرنا چاہئے اور عسر تبرز کا علاج ترغیب اور ورزشوں سے اور شدید تر درجوں میں درجہ دار مقنوں سے۔ سیار رکھنا چاہئے کہ بعض مریض ہر دوسرے یا تیسرے روز پاخانہ جانے کی صورت میں پہلے چنگے رہتے ہیں۔

مریض کو روزانہ پابندی وقت کے ساتھ اور بلا محنت کے پاخانہ جانا چاہئے خواہ اسے اس وقت حاجت معلوم ہو یا نہ ہو اور اس طریقہ کو بقیہ زندگی بھر ایک عادت کے طور پر جاری رکھنا چاہئے، لیکن ممکن ہے کہ اس طرز عمل کے عمدہ اثرات کا پورا اظہار مہینوں کے بعد ہو۔ عسر تبرز کی حالت میں اگر دودھ وضع اختیار کرنی چاہئے غذا کی ترمیم اس، بیج پر کرنی چاہئے کہ اس میں کافی سبزیاں، ترکاریاں، نماز و یا مصنوعی پھل، یا سلا د معد سلا د کے تیل کے مشاغل ہوں۔ لال روٹی (brown-bread) پیئے چھنے آٹے کی روٹی، یا بجئے کے دانے سے بعض اوقات آنتوں کو مطلوبہ تہیج حاصل ہو جاتا ہے۔ غذا کافی مایع بھی ہونی چاہئے، اور بعض لوگوں میں ناشتہ سے پہلے ایک گلاس ٹھنڈا پانی پینے یا ایک سیب کھالینے سے روزانہ ایک اجابت ہو جاتی ہے۔ حریص قولون کی اصابتوں میں دانے، آلوؤں یا دھن پخت کردہ پھلوں میں جذب ناپذیر پسے ہوئے اگارا گار (agar agar) کے ایک دو چھوٹے ٹکڑے ملا لینا مفید ہوتا ہے۔

ان لوگوں میں جو نقل و حرکت کم کرتے ہوں اور گھر میں بیٹھے رہنے کی عادتیں رکھتے ہوں جلنے کی ورزشیں، شمیر بازی، گھوڑے کی سواری، گاڑی کی سواری، گاڑی ہانکنا، کھینچنا، یا سوئٹش ورزشوں سے عضلات شکم کو خاص طور پر ورزش کرائی جائے اور قولون کی مالش اس خطہ کے طول میں کی جائے جو غیر شفاف خوراک کے بعد لاشعاعوں سے ظاہر ہوا ہو۔ عورتوں میں فرش حوض کو ورزش کرائی جائے جتنی مریضہ کو کہا جائے کہ وہ صبح و شام مز کو تیس بار اندر کھینچے اس طرح جس طرح کہ ریح کے اخراج کو روکنے کے لئے کیا جاتا ہے۔

لیکن بائیں ہند ممکن ہے کہ پھر بھی ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑے۔

اور ان کے انتخاب میں احتیاط اور غور کی ضرورت ہے۔ عام طور پر نہایت تیز یا شدید الفضل مہلات سے پرہیز کیا جائے، کیونکہ ان سے بہت سے سستے دست ہو جاتے ہیں، جن کے اثر سے معوی عضلہ کئی طور پر خستہ ہو جاتا ہے اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعد میں کئی دن تک کوئی تفریح نہیں ہوتی۔ لیکن یہ پہلے ہی بتلایا گیا ہے کہ قبض کا انحصار حرکت وادی کی قلت پر ہوتا ہے، اس واسطے حد سے دائرہ پیچ اور خشکی سے خاص طور پر احتراز لازم ہے۔ اس نقطہ نظر سے اس سے بہت فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ معمولی لطینات کے ساتھ اسی دوائیں بھی شریک کر دی جائیں جو معوی عضلہ پر مقوی اثر رکھتی ہوں۔ یہ بالخصوص کچلا اور لوہا ہے۔ سنا کی پھلیاں جنھیں چند گھنٹے ٹھنڈے پانی میں بھگو کر کھا اور پھر پیایا جاتا ہے، ایک مفید لطین ہیں۔ کاسکیرا سیگریڈا (cascara sagrada) کا مائع خلاصہ ۳۰ یا ۴۰ قطروں کی مقداروں میں شربت زنجبیل (syrup of ginger) کے ساتھ شریک کر کے یا اس کا خشک خلاصہ ۲ یا ۳ گرین کی مقداروں میں گولی کی صورت میں روزانہ شب کے وقت دیا جاسکتا ہے۔ خالص لیکوڈیرا (lucoid) حالت مرض کی ضروریات کے لحاظ سے پہلے اوش تا اوش کی مقداروں میں روزانہ ایک یا دو بار دیا جاسکتا ہے۔ آلائن (aloin) یا ۱/۲ اگرین او کچلے کا خلاصہ ۱/۲ یا ۱/۴ اگرین، ایک کارگر امتزاج ہے جس کا استعمال صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے کرنا چاہئے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ خلاصہ لفلح (extract of belladonna) ۱/۲ اگرین یا عرق الذہب (ipeacacuanha) ۱/۲ اگرین شامل کر دینا مفید ہوتا ہے۔ سلفیٹ آف آئرن (sulphate of iron) (اگرین) آلائن اور کچلے کے ساتھ بھی نہایت مفید ہوتا ہے۔ اگر روزانہ ایک گولی ناکافی ہو تو دو بلکہ تین گولیاں لی جاسکتی ہیں۔ لیکن ہر صورت اصل علاج یہ ہے کہ فال اہمال سے پرہیز کرنا چاہئے اور جیسے ہی کہ اس کے چمدا ہونے کا امکان معلوم ہو روزانہ تین گولی کو گھٹا کر دو یا دو سے ایک کر دینا چاہئے۔ اور آخر کار آنتوں کا فعل یعنی اجابت بلا کسی قسم کی خارجی مدد کے نمود ہونے لگیں۔ بعض مادی شکلی حالتوں میں یا شکی عملیات کے بعد ایسی مین سلی سلیٹ (eserine salicylate) یا پیکوٹرین (pituitrin) کا تحت الجذبی اثر کاما جاسکتا ہے۔ قدرتی نمکین پانی (natural saline waters) جیسے کہ رویناٹ

(Rubinat)، پولنا (Pullna)، ہیناڈی جنوس (Hunyadi Janos) اور سوڈیم کے طبیس موجود ہوتے ہیں) کارلس باڈ (Carlsbad) (جو خاص کر سلفیٹ آف سوڈیم ہے) جب کبھی دستیاب ہو سکیں مفید ہوتے ہیں۔ انہیں مریض ناشتہ سے پہلے ایک واٹر گلاس بھر سے لے کر ایک نصف نمبر تک لے سکتا ہے۔ کارلس باڈ کے نمک جو مختلف چشموں کے پانی سے نکالے گئے ہوں یا خود سلفیٹ آف سوڈیم بھی دے سکتے ہیں۔ آدھے نمبر گرم پانی میں ایک چھوٹا چمچ بھر تک حل کر کے ناشتہ سے پہلے پی لینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں آنت کے اندر بالخصوص سارمیتیم میں جو منقعات (aperients) کے راست عمل کے نقطہ سے نیچے ہوتی ہے، براز کا اجتماع ہوتا ہے، اس لئے اکثر ٹھنڈے پانی کے حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب براز کا ایک بڑا اجتماع واقع ہو گیا ہو تو ممکن ہے کہ حقن کے ساتھ آنکلی کی مدد سے بھی کام لینا پڑے۔ اس کے بعد چند روز تک حقن کا استعمال جاری رکھنا چاہئے تاکہ زیادہ قدرتی طریقہ قائم ہوئے تک اس سے آنت کو تحریک حاصل ہوتی رہے۔ اس عمر تیز میں جو ترغیب اور ورزشوں سے شفا یاب نہ ہو، گلیرین کے دو چار حقن آزمائے جاسکتے ہیں۔ انہیں ایک آؤش گلیرین سے شروع کرنا چاہئے اور بدینہ گلیرین کو کم کرتے ہوئے اس کے بجائے پانی کی مقداروں بدن زیادہ بڑھاتے رہنا چاہئے۔

قتل غذائی تسمم الدم

(alimentary toxemia)

قتل غذائی تسمم الدم سے مراد خون کے اندر آن سموم کا جذب ہونا ہے جو قاتل غذائی سے اخذ ہوتے ہیں۔ اب یہ تین زیادہ مستحکم ہوتا جا رہا ہے کہ کثیر التعداد غذائی امراض یا مائیں بلکہ صریح امراض بھی اسی تسمم الدم کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اس سے پہلے کہ یہ نظریہ بالکل سائنٹیفک بنیاد پر قائم کر دیا جاسکے بہت سی مشکلوں پر غالب آنا پڑے گا۔ فی الحال ہم اس سے اور کچھ زیادہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ علاج جو اس مفروضہ پر مبنی رکھا گیا اکثر کامیاب ثابت ہوا۔ ظاہر ہے کہ سبب اور نتیجہ کی درمیانی کڑیوں کا پتہ لگانا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

اولاً ممکن ہے کہ ان سموم کا منبع وہ عضویات ہوں جو باہر سے داخل ہو جاتے ہیں جیسے کہ عفونت دہن (oral sepsis) کی صورت میں کہ میں کا ذکر پہلے ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 321) اور ایسی صورت میں جوئے خون کے اندر بنقات سمجیہ داخل ہو جاتے ہیں یا وہ خرد عضویات جو دانتوں کے خانوں (sockets) سے آتے ہیں متواتر نکلے جاتے ہیں اور مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ غذائی خستے کے مختلف حصوں میں جا کر موجود ہوتے ہیں اور وہاں سرایتیں پیدا کر دیتے ہیں۔ حال ہی میں رشیث نما التهاب مفصل (rheumatoid arthritis) اور التهاب عظمی مفصلی (osteo-arthritis) کی مفرانہا اسی سبب کی طرف منسوب کی گئی ہیں۔ دوئم ممکن ہے کہ دراصل خود غذا ہی میں زہر موجود ہوں یا پروٹینز بمقدار کثیر موجود ہوں جو تحلیل ہو جائیں یا کاربوہائیڈریٹس بمقدار کثیر موجود ہوں جن میں تخمیر پیدا ہو جائے۔ اور توئم ممکن ہے کہ عذوق قبض کے نتیجہ کے طور پر غذا ایویں کہنا زیادہ موزوں ہوگا کہ براز بہت کم رہے بلکہ جمبو بس رہے یہاں تک کہ اس میں براشچی یا کیمیائی تغیرات نمودار ہو کر سموم یا زہری کیمیائی اشیاء پیدا ہو جائیں (معموی ساکود)۔

معلوم ہوتا ہے کہ ہضم کے پیچیدہ اعمال جو خال غذائی میں ہندسے سے معائنہ تھیم تک (بشمول ہر دو) واقع ہوتے رہتے ہیں اور تاخیر و اختلال کے وہ امکانات جو ایک ایسے طویل کھنڈ میں موجود ہیں، کیمیائی زہروں یا سموم کی تکوین کے لئے اور دوران خون کے اندر ان کے داخلہ کے لئے وافر موقع بہم پہنچاتے ہیں۔ لیکن ابتدائی شاید یہ صرف جدید زہروں یا سموم کی پیدائش کا ہی سوال نہیں ہوتا بلکہ اس میکائیت کے ٹوٹ جانے کا بھی سوال ہوتا ہے جو غذائی قتال یا دوسرے مقامات کے زہروں کو خون کے اندر داخل ہونے سے طبعاً روکتی ہے۔ یہ میکائیت ہمتی افرازات غذائی اشیاء اور ان کا مٹا جگر کا اہم سمیت فعل اور ممکن ہے کہ غده دوقی کا فعل ہے۔

لیکن یہ غیر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ آیا وہ جزائیم جو عموماً آنت کے اندر پائے جاتے ہیں کوئی حقیقی نقصان کرتے بھی ہیں یا یہ کہ وہ کن حالات میں ایسا کرتے ہیں اور کیمیائی اشیاء کے متعلق یہ ہے کہ ابھی بہت کچھ جانتا باقی ہے کیوں کہ بعض اصحاب تو یہ خیال (indol)، اسکاتال (skatol) اور فینال (phenol) کی تکوین اور انہیں مٹانے

(ethereal sulphates) کی زائد کوین کو بہت اہمیت دیتے ہیں اور دوسرے اصحاب جیسے کہ میلان بی (Mellanby) امائنس (amines) میں بہت خطرہ دیکھتے ہیں، جو کہ اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ معوی جراثیم کی وساطت سے پروٹین پاش آمینو ایسڈز سے ان کی کاربن ڈائی آکسائیڈ الگ ہو جاتی ہے۔

غذائی تسمم کی ان اصابہ تون پر رائے زنی کی چنداں ضرورت نہیں۔ جن میں نویں عقیصے موجود رکھنے والی تحلیل پذیر غذا کا ادخال ہو جاتا ہے اور اس کے اثر سے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

نقرس (gout) اور اس سے ملال حالتیں ایسی غذا کے طویل استعمال کی طرف منسوب کی جاتی ہیں جس میں پروٹینز کی مقدار بہت زیادہ ہو، لیکن یہ امر ابھی تک حشری بحث میں ہے کہ آیا ایسا اس وجہ سے کیا جاتا ہے کہ پروٹینز جلد تحلیل ہو جاتے ہیں یا آیا خود معنویہ پروٹینز کے ساتھ کوئی تعلق رکھتے ہیں؟ آیا جراثیمی مسموم یا دوسرے کیمیائی مرکبات جیسے کہ پورینس (purins) یہ فائدہ پیدا کر دیتے ہیں۔ اسی طرح ممکن ہے کہ کاربوہائیڈریٹس کی زیادتی بچوں میں ایک تھی حالت پیدا کر دے، جیسے تپ، متلی، ہری اجاتیوں کے ساتھ اہمال اور تمدد شکم موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض جلدی ثورات کا انحصار معدی معوی بے قاعدگیوں پر ہوتا ہے، مثلاً سیب وار پھیلی کھانے کے بعد شدید شری (acute urticaria) پیدا ہونا خواہ یہ راستہ تسمم کے باعث ہو یا جیسا کہ بیشتر کا یقین ہے، استہفاف کی ایک مثال ہو۔

تھوڑے عرصہ سے تیسرا جزو عامل و طبی کا مرکز بن گیا ہے، یعنی مزمن قبض یا بعدی رکود جو احتباس براز پیدا کر دیتا ہے، مگر تھوڑا سا (Sir Arbuthnot Lane) نے اس احتباس کی طرف بہت سے خراب نتائج منسوب کئے ہیں۔ اس کا کہنا ہے کہ ابتدائی زندگی میں نامناسب غذا دینے سے اور انتصابی وضع قائم رکھنے سے آنتوں میں الٹک پڑنے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے اور یہ کہ ان کو سہارا دینے کے لئے مختلف حصوں میں باریطونی انفلامات بن جاتے ہیں اور یہ کہ ازاں بعد مسلسل احتباس کی وجہ سے اور مجبوس برازی مادے کے زائد ہو چھ کی وجہ سے لافنی کے آخری سرے پر اور آنتا عشری میں شغیات بن جاتے ہیں جو احتباس کو اور بھی بڑھا کر اس سے اوپر کے

حصوں کا اتساع پیدا کر دیتے ہیں اور ساتھ ہی تمام احشاء کا عمومی مقبوط بھی ہوتا ہے۔ اس عمومی رکود کے نتیجہ کے طور پر جو برازی مادہ اس طرح مجبوس ہو جاتا ہے اس سے سمیات پیدا ہو جاتے ہیں جو مقامی اور عمومی دونوں طرح سے مضر اثر رکھتے ہیں۔ مقامی نتائج حسب ذیل کہے جاتے ہیں :- التهاب زائدہ دودھ (appendicitis) ، آئنا عشری آئوہ شنج بواب (spasm of the pylorus) ، معدی اتساع (gastric dilatation) ، معدی قرعہ ، معدے کا سرطانی علمہ اور جو فیسری سیلان ریم (pyorrhoea alveolaris)۔

مریض کی عام حالت میں اس عمومی رکود سے جو قسم پیدا ہو جاتا ہے وہ اسے جسم کی ہر بافت میں محسوس ہوتا ہے :- ہاتھ ٹھنڈے ، دوران خون ناقص ، چہرے کا رنگ کس یا ہی مالی ، چہرے اور بدن کی لونیت ، صلیب کا دھندلا پن اور طمرہ کا ہتیج ، ذہنی سستی ، انخفاض دودھ بے خوابی ، جسمانی یا دماغی محنت کی ناقابلیت ، وجع العصب وہ بیان کرتے ہیں کہ اس کے اثرات عورتوں میں بالخصوص تکلف ہوتے ہیں :- چربی کم ہو جاتی ہے ، گردے ٹھک پڑتے ہیں ، رحم پس خمیدہ ہوتا ہے ، پستان کا دودھری مرض (cyatic disease) اور سرطان پیدا ہو جاتا ہے ، اور تناسلی بولی خطے کی سرایت آسانی واقع ہو جاتی ہے۔

لیکن یہاں اس کا اعتراف ضروری ہے کہ دوسرے شاہدین یہ یقین نہیں رکھتے کہ مزمن عمومی رکود دراصل اس قدر خراب نتائج پیدا کر دیتا ہے۔ وہ یہ عقیدہ رکھتے ہیں کہ ایسے مریض جن علامات کی شکایت رکھتے ہیں وہ دراصل اس ہناکت اعصاب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں جو استبطان کی عادت کے باعث نویاسید ہو جاتی ہے اور بالخصوص اپنی آنتوں کے حرکات پر ہمیشہ مبالغہ کے ساتھ توجہ دینے سے۔

پروفیسر آر تھو کیتھ (Prof. Arthur Keith) معمار میں رکود کے مہلار کے متعلق سر آر تھو ناٹ سے مختلف رائے رکھتے ہیں۔ معمار اور معدے کے حرکات پر لاشعاعوں کے ذریعہ مشاہدات اور آؤد بیک کے خفیہ سک (Auerbach's plexus) اور ستلازم عمومی سانمتوں کی خوردبینی تحقیقات کی بنا پر وہ یہ نظریہ پیش کرتے ہیں کہ حرکات دودھ ، عمومی قتال میں جداجدہ نقطوں سے شروع ہوتے ہیں جو ان حرکات

لحاظ سے مندرجہ ذیل شعبوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں :- اشاعشری، صائی، لٹافنی، قونی، قولنی اور بعدی قولنی۔ ان میں سے ہر شعبہ میں حرکت دودید بالائی سرے پر زیادہ قاعلیٰ اور جوں جوں وہ نیچے کے طرف بڑھتی ہے نسبت کم قاعلیٰ دیکھی گئی ہے چنانچہ نیچے کے سرے پر ایک ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو عضلہ عاصروہ کے فعل سے مماثل ہوتی ہے۔ کیونکہ ان میں سے ہر شعبہ کے بالائی سرے پر قلب کی جونی آفرینی گروہ (sino-auricular node) سے متعلق ایک عصبی عضلی بافت تسلیم کرتا ہے جسے وہ اسی واسطے کہ یہی بافت کے نام سے موسوم کرتا ہے۔ اور ماساریقی (اکوڑیک کے) ضغیرے کو وہ آفرینی بطینی بندل (auriculo-ventricular bundle) کا شیل تصور کرتا ہے۔ وہ خیال کرتا ہے کہ ان میں سے کسی ایک شعبہ کے طول میں اس کی بالائی گروہی بافت سے نیچے کے طرف صدات کے بغیر منتقل میں تغیر و تبدل ہونا متعلقہ شعبہ میں موی رکود کی توجہ کر سکتا ہے بغیر اس کے کہ تین کے بیان کردہ انضمامات بندوں اور ثغنیات کی ضرورت ہو۔ وہ اس عقیدے کی طرف میلان رکھتا ہے کہ ممکن ہے کہ علی الترتیب مری اور معدے میں بھی اسی سے مشابہ عصبی عضلی بافت اسی طریقہ پر فعل کرتی ہو۔

طالع نہایت کمال طور پر طبی اصول کے مطابق غذا، مہلکات اور دوری تو بیروں کے ذریعہ سے اسی طرح پر کرنا چاہئے جیسا کہ قبض کے معزان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

اسہال

(DIARRHOEA)

اسہال سے یہ مراد ہے کہ اجابتیں معمول کے نسبت زیادہ بار بار اور زیادہ پتلے قوام کی ہوں۔ یہ زائد حرکت دودید اور زائد موی افزایا تلیل جذب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے اسباب کی جماعت بندی حسب ذیل ہو سکتی ہے :- (۱) معدلہ زاد۔ اکثر کم ملک ترشگی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰ یا ۳۰ قطرے مرقق ترشہ رنگ دن میں تین بار دیئے جائیں۔ (۲) چھوٹی آفت

سرایت جیسی کہ نازلق التهاب امعاء تپ محرقہ اور تمدن میں ہوتی ہے اسہال کا سبب ہو سکتی ہے۔ تمدن میں پانخانوں کی نابینگی اور غیر مضمم شدہ نوعیت کی جذب کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ مرض شکمی (celiac disease)، مزمن التهاب لبلبہ (chronic pancreatitis) اسپرو (sprue) اور مرض چربشی (lardaceous disease) کا اسہال بھی ہوتا ہے۔ (۲) قولون اور معاء مستقیق میں اسہال کے اسباب کثیر التعداد ہوتے ہیں جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں: زحیرات (dysenteries)، تقرجی التهاب قولون، حاد التهاب قولون جو اکثر عفونت ہائے دومیہ کے ساتھ مثلاً نقی ریوی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مزمن التهاب گردہ کا قولونی التهاب، خیرث مرض، وہ خراش جو مہلکات اور حصوں کے بیجا استعمال کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ (۴) معکوس اسهالات التهاب مدارہ (cholecystitis) اور التهاب زائدہ دودھ (appendicitis) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ (۵) عصبی نظام جذبات یا ہسٹیریا کے ذریعہ سے اسہال پیدا کر سکتا ہے، اور اسہال کی ایک شاذ قسم ہے جو نزل شغاعی (tabes) کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (۶) ایک مخلوط گردہ ہے جس میں مرض گردہ (Grave's disease) کا اسہال اور انسولین (insulin) کی زیادتی سے پیدا ہو جانے والا اسہال شامل ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہیے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں مائعات کا یا بار بار خارج ہونا غذائے ظاہر نہیں کرنا کہ آنت کی قائل کھلی ہے۔ مثلاً انعام دمیوی کے ساتھ جو آنت میں ایک جزئی تسد پیدا کرتا ہے مخاط اور خون کا اخراج ہو جاتا ہے۔ مخاط آمیز برازی سیال مفروز برانس کے نہایت بڑے بڑے تودوں میں سے رستہ جو اینچے جا سکتا ہے۔ اور سب سے آخر میں مگن ہے کہ ایک واضح طور پر منقبض آنت بھی اس پتلے مائع میں سے جو کہ تسد کے اوپر جمع ہو جاتا ہے، کی قدر مقدار تسد کے وار پار گزرنے سے اور اس طرح اسہال کا اشتباہ پیدا ہو جائے۔ ان کو اسهالات کاذب کہتے ہیں۔

اقسام۔ ان مادوں کی نوعیت کے لحاظ سے جو خارج ہوتے ہیں اسہال کے مختلف نام رکھے گئے ہیں۔ مثلاً ایک اسہال هیضوی (choleraic diarrhoea) ہوتا ہے جس میں دست بڑے بڑے اور پانی جیسے پانچوں کی بجائے جیسے ہیضہ کے دستوں

کی طرح ہوتے ہیں۔ یا نہر حلیوی اسہال (dysenteric stools) جس میں مخاط پٹری مقدار میں اور شاید خون بھی موجود ہوتا ہے۔ اسہالِ خلطی (lienteric diarrhoea) جس میں معدے میں غذا اپنے پچنے ہی پر قائم ہو جاتا ہے۔ یہ غالباً طبعی معدی قولونی معکوسہ کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے (50)۔ اور اسہالِ صفراوی (bilious diarrhoea) جب کہ خارج شدہ مادے ایک بھورے یا بنری مائل بھورے رنگ سے گہرے لون ہوں جو صفراء کی مقدار میں کوئی زیادتی ہونے کے باعث آتا نہیں ہوتا تبنا کہ اس سبب سے کہ اشتاعشری اور سالم کے مافیہ جو صفراء سے لون ہوتے ہیں غذائی قنال میں سے سرعت کے ساتھ گزر گئے ہیں اور صفراء کے متغیر شدہ لون (یعنی یوروبائے لین = urobilin) کے قدرتی بان بکنا کیلئے وقت نہیں ملا ہے۔ اسہالِ ذوبانی (colliquative diarrhoea) کی اصطلاح ان کثیر المقدار خستگی پیدا کرنے والے اور دشوار علاج دستوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو سببِ ربوی کے آخری درجوں میں ہوا کرتے ہیں۔ اسہالِ بحرانی (critical diarrhoea) کی قدیم اصطلاح اس اسہال کے لئے ہے جو ذات الریہ کے ایسے اختتام کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو بحر ان کے ذریعہ سے ہو۔ یہ اسہال غالباً ایک متکثر معوی قولونی التهاب کے سبب سے ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا انحصار سبب پر یا قلائد حالت پر ہونا چاہئے۔ بیشتر اماتوں میں جو نئی ہوں وہی علاج اختیار کیا جاسکتا ہے جو التهابِ امعاء کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اسہالِ خلطی کا علاج پوٹاسیم برومائیڈ (potassium bromide) کی پوری مقداروں سے کیا جائے، کیونکہ اس کا انحصار ایک مبالغہ آمیز معوی معکوسہ پر ہوتا ہے۔

نزفِ معوی

(HEMORRHAGE FROM THE BOWEL)

پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کہ مساہ متقیم کی راہ سے خون کا نکلنا تپِ معویہ میں اور

معدی اور اشناعشری قرصیں دیکھا جاتا ہے۔ یہ دوسرے تقرحات (مثلاً زحیر اور تقری) التهاب قولون، انفرادی الامعاء، سنگا، اڈا، معار، مستقیم کے سرطان، شدید املاکی اصابت، ماساریتی عروق کی سدایت یا علقتیت، پریپتورا اور موی مرض کی دوسری اصابتوں کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ لیکن ہے کہ اس امر سے کہ خون کس طور سے آتا ہے اس کا کچھ پتہ لگ جائے کہ وہ کہاں سے آرہا ہے۔ معدی اور اشناعشری قروح کے ادما میں خون افرازاں سے بہت کچھ متغیر ہو جاتا ہے اور ایک سیاہ، کولتار کا سانیم مانع یا راب جیسا تودہ بنا دیتا ہے (براز در الاسود)۔ ٹائیفاڈی قروح سے جو نزف ہوتا ہے سابق الذکر حالت کی طرح اس میں بھی خون براز کے ساتھ غیر مخلوط ہوتا ہے، مگر وہ نسبتاً زیادہ شوخ سرخ رنگ کا اور قلوئی مافیہ کے فضل کی وجہ سے زیادہ سیال ہوتا ہے۔ زحیر میں خون دھاریوں یا چھوٹے ٹھکوں کی صورت میں مختلط یا ریم کیا جاتا ہے یا رقیق برازی مادے کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً خالص خون کی تھوڑی تھوڑی مقداریں بھی خارج ہوں۔ خون کی بڑی مقداریں بوا سیر سے یا معار مستقیم کے قرح سے خارج ہوتی ہیں۔ یہاں ادما عموماً تبرک کے فضل سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور یہ خون یا تو ٹھوس برازی تودہ کی ایک جانب پر دھاریاں بنا دیتا ہے یا پانانہ خارج ہو جانے کے بعد کم و بیش خالص قطروں یا دھار کی صورت میں نکلتا ہے واء الحفری (scorbutic) پریپتوری اور نزفی حالتوں (اسکروئی، نزفی پریپتورا) جگر کے حاد و ردبول، acute yellow atrophy، خبیث چھچک، malignant variola میں خون معار مستقیم سے اس طرح آتا ہے کہ وہ (معار کے اس حصے کے لحاظ سے جہاں سے کہ وہ نکلے یا اس آزادی کے لحاظ سے جس سے کہ وہ خارج ہو) کم و بیش براز کے ساتھ مخلوط یا خالص حالت میں ہوتا ہے۔ خون کی طویل مقداروں کی تشخیص کے متعلق پہلے غور کیا گیا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 330) نزف کا علاج ان مختلف امراض کے ساتھ دیا گیا ہے جو اسے پیدا کر سکتے ہیں۔

قولنج

(COLIC)

اگرچہ قولنج کی اصطلاح لفظ قولون سے ماخوذ ہے، اس سے مراد وہ شخی دردِ شکم ہے جو حشائی مبداء اور کٹنا ہے۔ وہ اس زبردست دودی حرکتِ انقباض سے پیدا ہوتا ہے جس کو اس وقت جب کہ وہ غذا پر سے گذر رہا ہو کوئی مزاحمت روک دے۔ قولنج مالب میں ہو سکتا ہے (قولنج کلوی = renal colic) یا صفراوی قناتوں میں (صفراوی یا کبدی قولنج = biliary or hepatic colic) یا امدار میں (موی قولنج = intestinal colic)۔

بحث اسباب۔ موی قولنج کا ایک عام سبب خراش اور اذیتِ اغذیہ ہیں، جیسے کہ تخم خربزہ، پنیر، برن نیل گھاسے وغیرہ جیسے شکاری جانوروں کا شعل گوشت، سیب دارمچلی، بریلے مشروبات وغیرہ۔ بچوں میں قولنج غیر متنبہ غذا کا بلکہ سادہ بسیار خوری کا عام نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی زمرہ میں زیادہ فاعلی شہلات شمار کئے جاسکتے ہیں۔ اس کے برعکس قولنج کے ساتھ اکثر قبض ملکا زم ہوتا ہے، اور قسم رصاصی میں ایسا نمایاں طور پر ہوتا ہے خواہ یہ قسم مادہ یا مزمن (ملاحظہ ہو قسم رصاصی)۔ شاید بعض اماتیں ایک خالص عصبی اذیت کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں مثلاً ہزال نخاعی میں معدی بھران کا شدید درد۔ سب سے آخر میں آنت کے میکانی اور عوارضی التهابی ضررات جیسے کہ تخنیق اور انفاذ الاماں شدید درویدہ کر دیتے ہیں جو جزو ایکہ عضلی انقباض کے باعث ہوتے ہیں۔ تاہم قولنج کی اصطلاح عموماً آنتوں کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے جن میں کوئی تغیر ساخت یا التهابی تغیر نہ ہو۔

علامات۔ اہم علامت درد ہے جو ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے لیکن شکم کے دوسرے حصوں میں اوجھر اور پھیر سکتا ہے۔ دباؤ سے اس درد میں اکثر اتفاق ہو جاتا ہے، لیکن بعض اوقات اہمیت محسوس ہوتی ہے۔ شکم یا تو اندر بھنچا ہوا ہوتا ہے اور عضلات شکم متقبض ہوتے ہیں یا ریح کی موجودگی کی وجہ سے پیٹ متور ہوتا ہے۔

جب رنج موجود ہوتی ہے تو اس وقت جب کہ اختلاف پذیر موی شنج ایسے آگے مکمل ہوتا ہے اس کی حرکت سے قراقرپ پیدا ہو جاتے ہیں۔

مکن ہے کہ یہ درد اس قدر شدید ہو کہ بہت ہی بڑا پیدا کر دے جس کے ساتھ پیچھا پینہ بکثرت آئے اور نبض سنیر و ضعیف ہو۔ بعض اوقات قے موجود ہوتی ہے۔ اکثر قبض ہو کر رہتا ہے۔ اس کے برعکس بعض اغذیہ جو قولنج پیدا کر دیتی ہیں ابتداء غلطی اہمال پیدا کر دیتی ہیں جس میں دست بھورے اور پانی جیسے پتلے ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد غلط آتی ہے۔ یہاں قولنج ایک متعین گو تخفیف التباب اسما کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ زیادہ تیز مہلات بھی مڑوڑ اور "قولنج نما" درد پیدا کر دیتے ہیں جو عموماً ہر تفریق کے بعد کم ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ قولنج کی کوئی ایک قسم شکم کے کسی حاد التباب یا حاد موی قصد کے دردوں کے ساتھ غلط غلط ہو سکتی ہے نیز خصوصیات یہ ہیں اور۔ بریس کی بے چینی جس کی وجہ سے مکن ہے کہ وہ اپنے ہاتھ اور پیر اور پیچہنگ لگا ہو۔ اس کی خمیدہ وضع کیونکہ شکم پر دباؤ پڑنے سے درد میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے۔ در آنحالیکہ دوران درد میں استواری کا ہونا عام ہے، درمیانی دھنوں میں ڈسپلین ہوتا ہے۔ مکن ہے کہ درد ایک مخصوص سمت میں جائے یا مخصوص کلوئی اور صفراوی قولنج کی صورت میں۔ علاج۔ ظاہر ہے کہ شدید درد و شکم کی امالیوں کا علاج نہایت احتیاط

کے ساتھ کرنا چاہئے۔ اگر درد یقینی طور پر خراش اور اغذیہ کی وجہ سے ہو تو عموماً ایسے مہلات کے استعمال سے افادہ ہو جاتا ہے جیسے کہ ایک اوس ازبٹھی کا تیل (eastor oil) اور بوند صنیعیہ افیون (tinct. opii) کے ساتھ یا نصف اوس

مگنیسیم سلفیٹ (magnesium sulphate) اور ڈام صنیعیہ (tr. hyoscyani) کے ساتھ یا ہ گریں کیلومیئل (calomel)۔ اور قولنج رضامی (lead colic) کا بھی اسی اصول پر علاج کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو تشریح رضامی)۔ گرم پانی یا کیٹر آئیل کا حقہ بھی

منید ہو سکتا ہے اور گرم نمکیات یا گرم پانی کی خدشی شکم پر لگانی چاہئے۔ نیز پاپاوا رین پیما ویرین ہائڈرو کلورائیڈ (papaverine hydrochloride) ایک دافع شنج (antispasmodic) کے طور پر براہ دمن آزمائی جاسکتی ہے۔ اگر اس کو کافی خد ہو

التهاب زائدہ التهاب باریطون یا قند موجود ہے تو مہلات سے احتراز کرنا چاہئے۔ اور علاج بالعلیہ کے مسئلہ کے متعلق غور کرنا چاہئے۔

معوی التهاب

(ENTERITIS)

قال غذائی کے مختلف حصوں کو موقوف کرنے والی ایسی کئی حالتیں ہیں جن کو فی الحقیقت معوی التهاب یا انتوں کا التهاب کہا جاسکتا ہے۔ مثلاً وہ نازلی عمل جس سے اسہال کے بعض اقسام پیدا ہوتے ہیں۔ لٹائنی کے تدریجی اور ٹائفائی تقریباً قولون کا وہ تقریبی التهاب جسے زحیر کہتے ہیں۔ اور وہ حادثات جو انفاذ الامعاء اور تخنیقات کی وجہ سے شروع ہو جاتے ہیں فی الحقیقت سب کے سب معوی التهاب ہیں۔ لیکن ان میں سے بہتوں کو پہلے ہی تمیز نام مل چکے ہیں۔ دوسری حالتیں وہ ہیں جو محض ثانوی ہیں اور چند ہی علامات ایسی پیدا کرتی ہیں جو اولی عارضہ کی علامات سے ماوراء ہیں۔ علاوہ ازیں دوسری حالتیں ایسی بھی ہیں جن میں آنت کے طبقات کے التهاب کے ساتھ ہی التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے، جو عملاً طبی طبقہ کے التهاب کے علامات کو بالکل پوشیدہ کر دیتا ہے۔ لہذا ان حالتوں کی تعداد جنہیں معوی التهاب کی حیثیت سے جدا کرنا بیان کرنے کی ضرورت ہے صرف محدود ہی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر ہماری بہت سی معوی حالتوں (مثلاً اسہال) کے امراضیاتی پہلو پر صحیح طور پر غور کیا جائے تو ظاہر ہوگا کہ معوی التهاب کا نام بجا طور پر زیادہ کثرت سے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

بیان معوی التهاب کی مندرجہ ذیل قسمیں بیان کی جائیں گی۔ تاہم لاتی معوی التهاب (catarrhal enteritis) صبیانی معوی التهاب (infantile

364

enteritis) 'تسمم غذائی' (food poisoning) 'اسپرو' (sprue)

دفتیریائی معوی التهاب (diphtheritic enteritis) 'تلمعہ زخمی

معوی التهاب (phlegmonous enteritis)۔

نازلتی معوی التہاب

(catarrhal enteritis)

(معوی نازلت = intestinal catarrh)

ہر وہ چیز جو آنت کی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرے، نازلت پیدا کر سکتی ہے، مثلاً نامناسب غذا، بعض زہر اور سہل ادویہ۔ نازلت بعض اوقات سبزی لگ جانے کی طرف بھی منسوب کی جاتی ہے۔ لیکن اس کی پیدائش میں نسبت بہت زیادہ کارگر عامل شدید حرارت ہے، چنانچہ نازلت گرام اور خزاں کے گرم موسم میں اس سے زیادہ پھیلیتی ہے کہ جتنی سال کے بقیہ حصے میں۔ گرمیوں میں اس کی کثرت وقوع سے ہر عمر کے اشخاص متاثر ہوتے ہیں، لیکن شیرخواروں پر بالخصوص حمل ہوتا ہے جیسا کہ آگے چل کر بیان کیا جائے گا۔ ممکن ہے کہ قلب اور جگر کے مرض میں، انفعالی املاء و معار کی نازلت پیدا کر دے۔

تشریح۔ معار کی غشائے مخاطی میں تغیرات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ جسم کی دوسری مخاطی سطحوں میں۔ باقیوں زیادہ عرقی اور متورم ہو جاتی ہیں۔ سرطانی غلیظے، معدے کی تر کوٹن کے غدود کے سرطانی غلیظوں کے، متورم، ابراؤد ہو جاتے ہیں اور طغندہ ہو کر وہ مخاط بنا دیتے ہیں جو بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے اور مین آئینیہ بافت میں غلوی در ریزش واقع ہوتی ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں جراثیم منفردہ بڑے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں تاویل واقع ہو کر چھوٹے چھوٹے قروح پیدا ہو جائیں (جراثیمی معوی التہاب = follicular enteritis)۔

بعض اصابتوں میں غشائے مخاطی کے دوسرے حصوں میں بھی تقرح واقع ہو جاتا ہے اور ان کے افرادات میں مخاطی ریم بیکہ ریم موجود ہو سکتا ہے۔ بالعموم یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ بگڑ کر تبدیل ایک مزمن حالت بن جائے جس میں غشائے مخاطی کے اندر زیادہ نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اس میں بہت کچھ دباوت پیدا ہو کر سطح کارنگ سیلیٹ (slate) جیسا ہو جاتا ہے۔ اکسٹری بالخصوص شیرخواروں کی مزمن نازلت میں، غشائے مخاطی کا ذبول ہوتا ہے جو جلدی

تو کو تو مؤف کر دیتا ہے مگر غشائے مخاطبی کی عضلی تڑکو اور تحت المناطی بافت کو میچو سالم چھوڑ دیتا ہے۔

علامات - موسوی التہاب کی خاص علامت اسہال ہے، یعنی پانائوں کا بار بار آنا، جن کا قوام تھلا یا مائع ہو۔ اس علامت کا سبب نہ صرف ان افرازاں کا تغیر و تبدل ہے جو موسوی قنال میں داخل ہوتے ہیں، بلکہ بڑی حد تک ان حرکات و دوڑ کی زیادتی بھی ہے جو غشائے مخاطبی کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ براز کی حالت بہت مختلف ہوتی ہے: وہ عموماً ابتداءً کثیر المقدار مائع، اور پھر رے سے رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں نسبتاً زیادہ نموس مادے کے گالے یا ڈلے ہوتے ہیں۔ لیکن قلد ہی وہ نسبتاً بھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ زردی مائل، یا بعض اوقات سبز ہو۔ اس کا قوام اکثر بالکل پانی جیسا یا شاید چکنا ہوتا ہے، یا اس میں نمون مخاط کے ڈلے موجود ہوتے ہیں۔ خرد بین کے نیچے غیر مضمر شدہ غذا کے ریزے، گوشت کا ریشہ، نشاستہ کے ذرات، اور چربی معدا مونیم ملگنیشیم فاسفیٹ کی قلموں، سرطی اور ریمی غلیوں، اور جراثیم کے قطر آتے ہیں۔ اجابتوں کی تعداد روزانہ دو یا تین سے لے کر دس بارہ یا زیادہ ہو سکتی ہے۔

قولنجی درد اکثر موجود ہوتا ہے، جو اجابت ہونے سے پہلے ہوا کرتا ہے۔ حقیقی اہمیت بعض اوقات موجود ہوتی ہے۔ زیادہ فاعلی محوی حرکات کے ساتھ ساتھ وقتاً فوقتاً قراقرسائی دیتے ہیں، تیش مختلف ہوتی ہے۔ بہوک اکثر اوقات باقی رہتی ہے، مریض کو پیاس کی شکایت ہوتی ہے، اس کا منہ خشک ہوتا ہے، زبان کی تھوڑا ہوتی ہے، اور جب اسہال بہت زیادہ ہو تو مدورہر کی جسامت کی زردی ہو جاتی ہے۔ ایک نہایت ناگہانی اور حادثہ تھے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے۔

بیشتر اصابتوں میں علامات چند ہی روز کے عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں، لیکن ہے کہ اسہال دفعہ موقوف ہو جائے اور پھر ایک طویل وقفہ کے بعد اجابت ہو، یا اجابتیں تدریج کم ہوتی جائیں اور ان کا قوام تدریج سخت تر ہوتا جائے۔ جب یہ شکایت مزمن ہو جاتی ہے تو مریض کو روزانہ تین یا چار اجابتیں پانی جیسے مصلی آتی ہیں اور ساتھ ہی کبھی کبھی شورو کے درد ہوتے ہیں۔ غذا کے نامکمل ہنہم بند ہے

مکن ہے تغذیہ میں بہت کمی واقع ہو جائے۔

معوی التباب کے اختلالات اکثر اوقات بڑی آنت تک پھیل جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حقیقتاً ایک معوی قولونی التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جب ان دونوں میں امتیاز مکن ہو تو چھوٹی آنت کی نازلت کا شعبہ اس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ معدہ بھی ساتھ ساتھ مآؤف ہو۔ اس کے ساتھ اہمال کی موجودگی کا امکان کم تر ہوتا ہے، کیونکہ اہمال کا انحصار بالآخر بڑی آنت کے فعل پر ہونا چاہئے۔ تقریباً میں اکثر صفرار اور غیر منظم شدہ غذا موجود ہوتی ہے۔ اور اگر مخاط موجود ہوتا ہے تو وہ براز کے ساتھ نسبتاً زیادہ مخلوط ہوتا ہے۔ بڑی آنت کی نازلت میں مخاط پیدا ہونے کی صورت میں ہوتا ہے۔ مخاطی ریم یا خود ریم بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ جوں جوں نازلت معاء مستقیم سے قریب تر ہوتی ہے تا سیر کی علامت موجود ہونے کا امکان زیادہ ہوتا جاتا ہے۔

علاج - مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا اور گرم رکھنا چاہئے۔ شدید اسہالوں میں قرین مصلحت یہ ہوگا کہ مریض کو ابتدائی چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہ دی جائے۔ لیکن پانی مریض قہنا پینا چاہئے اسے دینا چاہئے۔ آزان بد معولی کھانے کے بجائے آسش، آراروٹ، گائے کے گوشت، کاعرق یا کبری کے گوشت کی بجائی جس کے ساتھ سنگی ہوئی ڈبل روٹی، دودھ اور سوڈا واٹر یا دودھ اور چونسے کا پانی تھوڑی تھوڑی مقداروں میں پو دینا چاہئے۔ انھیں بہت زیادہ گرم نہیں دینا چاہئے۔ علاج کا آغاز ایک مہسل کے ذریعہ کرنا عمدہ تجویز ہے۔ اس مقصد کے لئے ازندی کے تیل کی ایک ہی خوراک کافی ہو سکتی ہے یا ریلونہ جینی کے مرکب سفوف (compound rhubarb powder) کی یا کیلومل (calomel) کی ایک خوراک۔ لیکن عام طور پر مریض کے زیر علاج آئے تک اسے آزادانہ تفریح خوب چوکی ہوتی ہے اور اب اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ حرکت دودھ کی زیادتی اور دماغی خراج کو روکا جائے اور درمیں بھی تخفیف پیدا کی جائے۔ لہذا پچر آف اوپیم (tincture of opium) کی قطروں کی مقداروں میں ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں اور اسے ایسے ایسات کے ساتھ شہریک کر سکتے ہیں جیسے کہ ہماٹاکسولم (haematoxylum)

کتھا، نیانی جن (tannigen) (ہ گرمن برشامہ کے اندر) ایرومیک چاک پاؤڈر (aromatic chalk powder) یا مرق سلفیورک ایسڈ (dilute sulphuric acid) - ہستہ کاربونیٹ (bismuth carbonate) اور ہستہ سیلیسیٹ (bismuth salicylate) بھی مفید ہیں اور افیون کے ساتھ دئے جاسکتے ہیں۔ اگر مڑوڑ نہایت شدید ہو تو مارفیا کا تختہ الجلدی اشراب کیا جاسکتا ہے۔ اگر اسہال مواطب اور خستگی پیدا کرنے والا ہے تو ۲ اونس نشاستہ کا حقنہ جس میں لائونیم (laudanum) کے ۵ قطرے موجود ہوں، اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے۔

صبیانی معوی التهاب

شیر خوار بچے کئی اسباب سے اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں (۱) دارا العصبی بچہ میں جو کہ تمام اہتجات کے لئے غیر طبعی طور پر غراش پذیر ہوتا ہے، بڑھی ہوئی حرکت دوری باسانی پیدا ہو جاتی ہے، اور اس سے اسہال واقع ہوتے ہیں جو اکثر اوقات اس وافر غذا سے جو کہ کالہ زنا بند کرنے کی کوشش میں دی جاتی ہے اور زیادہ شدید ہو جاتے ہیں (۲) ایسے بچوں سے قطع نظر بیش خورانی سور البضیم پیدا کرتی ہے جو کہ رعیت اور قولنج کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ مادہ اسہال کے حملہ سے پہلے عدم اشتہا اور جینی پائی جاتی ہے۔ یہ بیش خورانی موسم گرما میں جب کہ بچہ کی پیاس بجھانے کے لئے بوردہ دیا جاتا ہے خصوصیت کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے۔ (۳) مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں غذا میں شکر یا شحم کی کثرت آنت میں تخمیر اور ایک مفرق اسہال پیدا کرتی ہے۔ حملہ سے پہلے اکثر اوقات وزن میں غیر طبعی طور پر سریع اضافہ پایا جاتا ہے۔ لیستان پروردہ بچوں میں غذا کے اجزائے ترکیبی آنتی اہیت نہیں رکھ سکتے۔ گو کہ ولادت کے فوراً بعد ایسا اسہال جس میں ترشی سبز پاخانہ ہو عام طور پر ملتے ہیں اور اس میں زائد پروٹین دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ (۴) اکثر اوقات اسہال کسی عمومی سرایت کی علامت ہوتا ہے۔ (۵) باسی اور ملوث دودھ اسمار میں تخمیر پیدا کرتا ہے جس سے اسہال ہو سکتا ہے۔ نوعی عنویات سے غذائی خطہ کا سرخ

ہوا غالباً ایک شاذ سبب ہے، گوکہ چھوٹی چھوٹی ویاہیں بلاشبہ وقتاً فوقتاً ہوتی رہتی ہیں۔

(۶) نام نہاد صیغی اسہال (روائی صیانی اسہال) کا حدوث کوئی نیا کی تپش کے ساتھ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ طویل ارتفاع تپش کے حالات کے تحت اکثر بچوں میں غذا کا تحمل کم ہو جاتا ہے اور غذائی قتالی مسکوسات مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔ پیاس کی طلب کو پورا کرنے کے لئے دودھ کی در آمد غلطی سے بڑھا دی جاتی ہے، بجائے اس کے کہ اس کو ایسے وقت میں جب کہ جسم کم غذا کا محتاج ہے کم کیا جائے۔ غذا ایسے عنویات سے ملوث ہو جانے کا جو کہ بلند تر تپش پر مشروط حاصل کرتے ہیں اور مکھیوں کے ذریعہ اس تک آسانی پہنچ جاتے ہیں زیادہ رجحان رکھتی ہے۔ تخمیر جو کہ غذا لینے سے پہلے شروع ہو چکی ہوتی ہے، تاوقتیکہ غذا کی محتاط تقیم کے ذریعہ عنویات کو ہلاک نہ کیا جائے، آنت میں بھی جاری رہتی ہے۔ بے چینی اور اچاٹ نیند شیر خوار بچہ کی قوت مدافعت کو گھٹا دیتے ہیں، بالعموم کسی ایک پستان پر ورہ نچے متاثر ہوتے ہیں، لیکن مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں اس کا حدوث اور بھی زیادہ ہے اور مرض بہت زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ اس سے آسانی میں سمجھ میں آ سکتا ہے جو کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے اکثر بچے پہلے ہی سے سوہنٹم میں مبتلا ہوتے ہیں، ان بچوں میں تحمل پہلے ہی کم ہوتا ہے اور ابتدائی یا متزاد سہاریتوں سے ان کی قوت مدافعت اور بھی گھٹ جاتی ہے۔

36

علامات خفیف سوہنٹم کے علامات سے لے کر قسم کی علامات تک

اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر حالت 'معدنی التهاب سحابا' (tuberculous

meningitis) کے آخری درجوں کی حالت سے ملتی جلتی ہے، الایہ کہ جب بچہ کو

چھڑا جاتا ہے تو کچھ وقت تک اس کے تعاملات (reactions) تقریباً طبعی معلوم

ہوتے ہیں۔ آغاز پر بلند درجہ تپش ہونا عام ہے۔ بعد ازاں یہ اکثر گر جاتا ہے کیونکہ

کے ساتھ بہا اوقات گر سنگی ہوا (air-hunger) متلازم ہوتی ہے۔ خیال کے نقصان

سے پست یا فوخ اور خشک بے لچک بھری دار جلد پائی جاتی ہے، خاص کر شکم پر

شبی ذات الریه عام ہے۔

تھریزہ۔ بیش خورانی سے اور بار بار غذا دینے سے اجتناب کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں وزن کا بہت سرعت کے ساتھ بڑھ جانا، کاربوائیڈیٹ اور شحم کی وافر آمد کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، لہذا ان سے اجتناب کرنا چاہئے۔ موسم گرما میں غذا کی کئی درآگٹھا دینی چاہئے، اور پیاس بجھانے کے لئے جو شس دیا ہو پانی استعمال کرنا چاہئے۔ دودھ حتی الامکان زیادہ سے زیادہ تازہ ہونا چاہئے اور استمال سے قبل اس کو عقیقہ کر لینا چاہئے یا بطریق پا سچر گرم کر لینا چاہئے۔ اگر مزیدہ میر ہو تو روز کی رسہ شیر اس میں رکھ دینی چاہئے، اور اسے صرف استعمال سے غذا پہلے گرم کر لینا چاہئے۔ اگر دودھ کی صفت کے متعلق شبہ کرنے کی وجہ موجود ہو، تو خشک کردہ دودھ کی تجیزات میں سے کوئی ایک استمال کرنی چاہئے۔ تمام تولیس، ظروف اور چوٹیاں کامل طور پر صاف ہونی چاہئیں اور ان کو کھیلوانی رسانی سے بچانے کے لئے ڈھانک کر رکھنا چاہئے اور استمال سے پہلے جھلکا لینا چاہئے۔ ترویج، کمزوری پیش اور بچہ کے لئے مناسب کپڑوں کی بہر سانی پر ہر وقت نگرانی کی ضرورت ہے (نیز ملاحظہ ہو طفل کو غذا دینا)۔

علاج۔ اگر اہمال شدید نہ ہو، تو ارڈی کے تیل کی ایک خوراک دینا فائدہ مند ہے کیونکہ اس سے آنت کے تخمیر پذیر باقیہا خارج ہو جاتے ہیں۔ غذا ۱۲ سے ۱۴ گھنٹہ تک روک رکھنی چاہئے، لیکن جو شس دیا ہو پانی آزادانہ دیا جاسکتا ہے۔ اس مدت کے بعد اگر متلازم تھے موقوف ہو گئی ہو، تو غذا کو تدریج بڑھایا جاسکتا ہے، لیکن صرف اس وقت جب کہ کئی دن گزر جائیں پوری غذا کی اجازت دینی چاہئے، اور غذا میں گدہ مشہ غلٹیاں درست کر دینی چاہئیں۔ جب اہمال غیر معانی سرائت کی علامت ہو تو غذا کی مقدار گٹھا دینی چاہئے، دودھ کو پیموشیدہ کر لینا چاہئے اور پانی آزادانہ دینا چاہئے۔ اہمال میں افاقہ کی توقع صرف اس وقت کرنی چاہئے جب کہ ساری عمل میں افاقہ ہو۔ دارالعصبی بچوں میں کلورل کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں جو بھنڈیہ (tincture of belladonna) کے ایک دو قطرات کے ساتھ مزوج ہوں، بہت فائدہ مند ثابت ہو سکتی ہیں۔ بچہ کے

ماحول کی تپش حتی الامکان مستمر رکھنی چاہئے۔ والدین اور معمر حضرات اور دوسرے بیمار بچوں سے تقاطعی ہرایت (cross-infection) کے خطرہ کو اقل کر دینے میں کوئی کسر نہ اٹھا رکھنی چاہئے۔ خفیف امیابتوں میں ممکن ہے اس کے علاوہ کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہ پڑے، لیکن اگر اسہال جاری رہے تو ممکن ہے رنجر (Ringer) کے نیم گرم محلول کے ذریعہ معدہ اور آنت کو ہلکے سے دھونا بہت مفید ہو۔ اگر معدہ کو ہلکے سے دھویا جائے اور ایک فٹ (foot) سے زیادہ کے دباؤ سے اجتناب کیا جائے تو یہ عمل زیادہ تکلیف دہ نہیں ہوتا اور کچھ مدت کے بعد یہ دیکھا جائے گا کہ کسبیل بواب کی راہ سے آزادانہ گزر جاتا ہے۔ اس طرز پر نصف پائنت گزرنے دیا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد بچہ کو کولرل کی ایک خوراک دینی چاہئے اور اسے سونے دینا چاہئے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مرقق کردہ غذا کچھ چاہئے۔ زیادہ شدید امیابتوں میں اور قسم میں اگر مذکورہ بالا تدابیر ناکام ثابت ہوں تو غالباً بہترین یہ ہے کہ سوڈیم کلورائیڈ کے ۴۵ فی صدی محلول میں ۵ فی صدی گلوکوس کے مسلسل دروں وریڈی تقاطع کے ذریعہ غذا دینے کا اہتمام کیا جائے۔ یا لموم اسن علاج کا آغاز نقل الدم کے ساتھ کرنا اچھا ہے جو کہ اسی قنولچہ کی راہ سے کیا جاسکتا ہے۔ بہاؤ کی شرح ہر چوبیس گھنٹہ میں فی کلومیٹر وزن جسم علی الاوسط تقریباً ۱۰۰ سی سی ہونی چاہئے، ہتھک کا نمودار ہونا بالعموم دلیل ہے اس امر کی کہ بہاؤ بہت سرعت سے ہوا ہے۔ ماہرانہ نگرانی قطعاً ضروری ہے اور جب تک ایسے حالات میسر نہ ہوں ہرگز اس علاج اقدام نہ کرنا چاہئے۔ اگر گھر پر علاج کرنے کی ضرورت ہو تو سیال کا نقصان زیر جلدی یا دروں باریطونی اثرات کے ذریعہ پورا کرنا چاہئے۔ بہو ط کی علامات کی چارہ جوی براڈی (۱۰ قطرات) سے جو کہ ترقیق کر کے براہ دہن دی جاتی ہے، یا سٹرکینین (strychnine) (بیہ گرین) کے اثرات سے کی جاتی ہے۔

غذائی تسمم

(food poisoning)

انگلستان میں ماہی غذائی تسمم کا عام ترین سبب عصیات کے گرد و مالمونیا

(salmonella) کی سرایت ہے اور ان میں سے عصیہ ایئرٹری (B. enteritidis) (B. paratyphi) (چار قسم کا) تین چوتھائی اصابتوں کا باعث ہوتا ہے۔ یہ عصیہ ایک پست شرح موت دینے والی تقریباً ایک فی صدی غالباً اس وجہ سے پیدا کرتا ہے کہ اس کی علامت اور قوتیں پست ہوتی ہیں۔ تواتر وقوع کے لحاظ سے دوسرے درجے پر گیسٹر ٹریکٹ عصیہ (B. enteritidis of Gaertner) ہے جو بشر زیادہ تر ہوتا ہے۔

التهاب الامعاء (B. enteritidis of Gaertner) کا باعث ہوتا ہے۔ عصیہ طاعون خنزیری (B. suipestifer) انسان کے لئے پست قسبیت رکھتا ہے اور قسم کا ایک شش ذہب ہوتا ہے، اگرچہ وہ سوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ زندہ اعضاء گرم موسم میں ایسی غذاؤں جیسے کہ تباہ ہوئے گوشت (meat "made up")، پیڑ چھائی، کیکڑوں، ام الحول اور دودھ سے بنائی ہوئی غذاؤں، بلکہ آلو اور بطخ کے انڈوں (5%) تک میں داخل ہو جاتے ہیں۔ لیکن سالمونیلہ کے سموم بھی زہری ہوتے ہیں اور شین کے ذہبوں میں بند کی ہوئی غذاؤں میں موجود ہو سکتے ہیں حتیٰ کہ اس وقت بھی جب کہ خود اعضاء تکلف کر دئے گئے ہوں۔ یہ سموم یا ٹو مینس (ptomaines) ۱۷ فی صدی اصابتوں کی قوجہ کرتے تھے۔ عصیات محروما (paratyphoid bacilli) غالباً غذائی قسم میں پیدا کرتے، لیکن عصیات زحیر (dysentery bacilli) ۴ فی صدی اصابتوں کی قوجہ کرتے تھے۔ زحیر (سانی: Sonne) کی ایک و باحالی میں ہوئی ہے (55)۔

عصیہ کلڈینہ (B. botulinus) جو التیاب الامعاء کے علامات نہیں پیدا کرتا، جرمنی میں باغیچوں، جگر اور خون سے بنے ہوئے کھانوں میں پایا گیا ہے اور ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں مین میں بند کئے ہوئے پھلوں اور سبزلیوں میں۔ اس کے بذریعہ قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں اور یہ عصیہ ناہوا باشی طور پر بائیدگی حاصل کر کے ایک ایسا سم پیدا کرتا ہے جو نہایت قوی زہر ہے مگر جو ۸۰ درجہ سینٹی گریڈ کی تپش سے باسانی تکلف ہو جاتا ہے (53)۔

”گیسٹر“ اور ”ایئرٹری“ کے علامات بالعموم غذا کھانے کے بعد چھ تا بارہ گھنٹوں کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ ہوتے ہیں: تپ، اسہال، قہنجی درد، سون پن اور کمزوری، اور ساتھ ہی شاید البیومن بولیت، نازلتی ذات، الریہ

اور جلدی نثرات جیسے نملہ، اعرار، شرعی اور خشی نزقات۔ نسبت کم حاد اور زیادہ طوالت یافتہ اصابتوں میں محرکہ یا محرکہ نما بخار سے قریب ہی مشابہت ہو سکتی ہے۔ یہ اصابتیں بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں اور امتحانات بعد المات سے حاد معدی مغوی التباب ظاہر ہوا ہے جس کے ساتھ بعض اوقات نزقات پے پے (Peyer) کی پکیٹیوں کا تورم، کلائی طحال، اور جگر اور گردوں کا امتلا موجود ہوتا ہے۔ خون آنتوں، یا ٹھوس اعضا سے عیسے علیہ کئے جاسکتے ہیں۔ ان عضویوں سے پیدا ہوجانے والے غذائی قسم کو ٹائیفائیڈی اور پیرا ٹائیفائیڈی سرایتوں سے متفرق کرنا چاہئے، جس کا معمولی طریقہ یہ ہے کہ ان مختلف عضویوں کے لئے مریض کے منحل کی الزا قی قوت کا امتحان کیا جائے۔

عصبہ کلمکینہ سے پیدا ہوجانے والے علامات، جیکو کلمکی (botulism) کہتے ہیں، نظام عصبی سے متعلق ہوتے ہیں اور یہ ہیں: قوت توفیق کا شل، دو نظری، استرخار الجفن، عسر البلع، بے صوتی، اور قلت افراد ریح۔ موت نہایت کرب و تکلیف کے ساتھ واقع ہوتی ہے، کیونکہ مریض کو پورا ہوش رہتا ہے مگر وہ نہ دیکھ سکتا ہے نہ بول سکتا ہے اور نہ چل سکتا ہے اور حرکات نفس بتدریج مشلول ہوجاتے ہیں (56)۔

علاج - معدی مغوی التباب کی اصابتوں میں مزید ضرورت کو روکنے کے لئے معدے کو صودا لٹا چاہئے، اور بہت ہبوط کی اصابتوں کے موافق دوسری اصابتوں میں آنتوں کو صاف کرنے کے لئے ایک ملین دے دینا چاہئے۔ مہیجات جیسے کہ براڈی، ایٹر اور ایبونیا کی اکثر ضرورت ہوتی ہے اور اگر اس سال ایک نمایاں علامت ہو تو ایفون قلیل مقدار میں دینا چاہئے، مثلاً اس کے صبیغہ کے ۵ تا ۱۰ قطرے۔ نہایت ہبوط کی اصابتوں میں سخت الجلد بافت کے اندر طبیعی مالح کا شراب کرنا چاہئے۔

شکمی مرض

(coeliac disease)

یہ نام جی (Gee) نے بچوں کے ایک غیر معمولی مرض کا رکھا ہے جو اسپرو (sprue) سے کسی قدر مشابہت رکھتا ہے۔ بچہ کو، بس کی عمر ایک اور پانچ سال کے درمیان ہوتی ہے، شاحب یا تھکے رہتا ہے، نیم سہال کثیر المقدار آش یا دلیہ جیسے پانسانے ہوتے ہیں جن میں سے نہایت ناگوار بو آتی ہے۔ ان پانسانوں میں چربی بہت ہوتی ہے، اور شمی ترشے کے ساتھ کیلیم کا نقصان ہوتا ہے۔ شکم بڑھتا ہے لیکن تنا ہوا نہیں ہوتا۔ ریمیت موجود ہوتی ہے مگر قے نہیں ہوتی۔ سرینوں کی لاغری ایک میز خاصہ ہے۔ بچہ کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے، اور وہ دُلا اور بے پروا ہوتا جاتا ہے۔ بچے کا قاعدہ تپ ہو سکتی ہے بچہ کی بالیدگی میں نمایا ناخیر ہوتی ہے، اگرچہ اس کے دماغی یا ذہنی خصائص طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس مرض کو بعض اوقات شکمی تصبی (coeliac infantilism) کہتے ہیں۔

368

یہ حالت گاہے گاہے بالغوں میں بھی ملتی ہے، اور خورد وسیلان الدہن (idiopathic steatorrhea) کہلاتی ہے۔ بالعموم مرگہ شت کا سراغ بچپن تک لگایا جاسکتا ہے۔ دوسرے خصایص یہ ہیں: - قولون کا اتساع، مکرز لیت العظام عدم و سویت، اور جلدی اضرار مصلی، فاسفورس اور کیلیم گھٹے ہوئے ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے تکرز ہوتا ہے، اور پانسانوں میں ان کی برآمد بڑھ جاتی ہے (51)۔ شحموں کا انجذاب گھٹ جانے کی وجہ سے اور د حیاتوں کی قلت کی علامات ہمیشہ موجود ہوتی ہیں، گو کہ کساحتی مظاہر صرف بالیدگی کے زمانہ میں منکشف ہوتے ہیں۔ ایک اور رائے یہ ہے کہ آنوں کے اندر شحم کا ابرانہ ہوتا ہے، کیونکہ اگر یہی روغن براہ دین دیا جائے تو وہ پانسانے میں نمودار نہیں ہوتا جس سے معلوم ہوتا ہے کہ انجذاب تلی بخش ہے (سینپر: Snapper)۔ دیگر قلی علامات غذا ہی کی کھٹ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ شدید عدم و سویت علم ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ بالعموم

خردخلوی ہوتی ہے اور بعد میں یہ احمر ہضی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ شخروں سے اجتناب کرنا چاہئے اور حیائیں مرکب شکل میں بہم پہنچانی چاہئیں۔ بہت سے مریض ایسی غذا پر جو کہ تازہ کیلوں پر مشتمل ہونے لگے ہوتے ہیں۔ مالٹ زدہ رسکز (malted rusks) مرے، چوزہ، بخنی، پانی میں ابلے ہوئے چانول، آلو اور مسور سے تیار کیا ہوا ریولینٹا (revalenta) بالعموم اچھی طرح برداشت ہو جاتے ہیں۔ اس امر کا لحاظ کرتے ہوئے کہ بہت محدود تعداد میں اشیاء دیکھا جاسکتی ہیں تبدیلی حتی الامکان زیادہ سے زیادہ مرتبہ کرنی چاہئے تاکہ بعض اشیاء کے متعلق نفرت کا ایک قوی جذبہ نہ پیدا ہو جائے جس سے ان مریضوں کو غذا دینے کی دقتیں بہت بڑھ جاتی ہیں۔ جب عدم دمویت کلاں خلوی ہو تو خلاصہ جگر (liver extract) اور مارایٹ ضروری ہوتے ہیں اور ان تمام اصابتوں میں جن میں عدم دمویت موجود ہو لو ادینا چاہئے۔ مناسب علاج کرنے پر اندازاً خاصاً اچھا ہوتا ہے۔

فلغمونی التهاب الامعاء

(phlegmonous enteritis)

اس قسم کے التهاب میں آنت کے تمام طبقات، مہ مصلی طبقہ یا باریٹون کے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عموماً شدید سرخی اور عروقیت پیدا ہو جاتی ہے، تحاطی اور تحت التحاطی طبقات اس سے زیادہ دبیز، زیادہ نرم، لافز زیادہ بھرجھرجھرتے ہو جاتے ہیں کہ جتنے طبی حالت میں ہوتے ہیں اور باریٹون عروقی، چھپا، یا لمفہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ فلغمونی التهاب الامعاء مقامی التهاب کے طور پر پیدا ہوتا ہے یا متصل حصوں سے پھیلنے کا نتیجہ ہوتا ہے یا انفاذ الامعاء یا فتح مخرج سے پیدا ہو جاتا ہے۔ علامات اکثر اس التهاب باریٹون کا نتیجہ ہیں جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور وہ یہ ہوتے ہیں: درد، قے، مقامی آلمیت، ہبوط، تمدد و شکم اور عمومی تعامل متذکرہ بالا خالص سرائی اصابتوں میں محمی تہ کے علامات ظاہر ہوتے۔

علاج براہی سبب کا تدارک ملحوظ رکھنا چاہئے اور اگر یہ موجود نہ ہو تو علاج تقریباً وہی ہوگا جو کہ التهاب باریٹون کا ہے۔

التهاب القولون

(COLITIS)

قولون کا التهاب بھی وہی اقسام پیش کرتا ہے جو دوسری مخاطی اغشیہ میں دیکھے جاتے ہیں، چنانچہ دماغ زلجی ہو سکتا ہے یا تقریحی۔ نازلی التهاب القولون اکثر عمومی موصی قولونی التهاب کا ایک جزو ہوتا ہے، مائل اسباب سے پیدا ہوتا ہے، اور نہایت مائل ملائتا رکھتا ہے، یعنی درد، قہار، آلیسیت، اور بار بار اجابتیں ہونا جن میں مخاطی بلکہ کبھی کبھی خون تک موجود ہوتا ہے۔ اگر ضرر معاوستقیم کے قریب ہے تو تاسیر بھی ہو سکتی ہے۔ نازلی التهاب القولون مادہ مزمن شکل میں موجود ہو سکتا ہے، اور اس کا علاج التهاب لامعائے علاج سے فی الحقیقت مختلف نہیں، مثلاً ایف ایڈ اور تدرنی ہر دو قسم کے قدمات امور اور قولون ماحد میں پائے جاتے ہیں، جو کہ لفاغی میں مائل ضررات کے ساتھ ملازم ہوتے ہیں۔ آنشکی قدمات معاوستقیم میں پائے جاتے ہیں۔ قولونی تقریح، معصوی اور ایڈیائی، ہیکر قہیر، قولونی (balantidium coli) کی سرایت، اور معائی شستوسومیٹ (مشقوسوما میسونائی schistosoma mansoni اور شستوسوما جاپان schistosoma japonicum) کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ وہ جو کہ دارالہیمن اور جیلخانات کا تقریحی التهاب قولون کہلاتا ہے اور بسا اوقات جانی شکل میں پایا جاتا ہے، حقیقت میں زحیر ہے جو کہ عفویات کے ٹیکسزوائی (Flexner Y) گروہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ حالتیں اس مزمن تقریحی التهاب قولون سے متمیز ہیں جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے۔

مخاطی غشائی التهاب القولون

(muco-membranous colitis)

(مخاطی قولنج = mucous colic)

(مخاطی التهاب القولون = mucous colitis)

مخاطی غشائی التهاب القولون کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں مختار کے

بڑے بڑے ٹکڑے یا سبائک براہ مستقیم خارج ہوتے ہیں۔ وہ اکثر اوسط عمر کی عصبانی عورتوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن بچوں میں بھی اس کا وقوع نہایت شاذ نہیں۔ اس مرض میں عموماً مادی قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی شکمی بے آرامی، اور مزمن سوء ہضم کے دوسرے علامات۔ مرض کے حملے کے ساتھ مروڑ کی نوعیت کے شدید درد ہوتے ہیں، جن کا نتیجہ غشائوں کا اخراج ہوتا ہے۔ اس مرض میں قولون کے ناگہانی تشنجی انقباضات ہو کر مخاط حد سے زائد پیدا

ہوتی ہے۔ اس کی ترویج غیر میوینیس (mucinase) سے ہوجاتی ہے، کیونکہ انقباضات کی وجہ سے وہ کچھ عرصہ تک غشائی مخاطی تماس میں جکڑی رہتی ہے اور پھر جا کر خارج ہوتی ہے۔ یہ سبائک لول میں کئی انچ بلکہ کئی فٹ ہو سکتے ہیں، اور بالکل پتلے اور نیم شفاف ہوتے ہیں اور جھلکوں کی طرح نظر آتے ہیں، اور ان میں سرطانی خلیے، ایوسین پند سپید خلیے کا لیڈیرین (cholesterin) اور نیوٹروفیلین (ammonium magnesium phosphate) مدفون ہوتے ہیں لیکن ہے کہ معمولی سبائک بھی خارج ہو۔ عموماً کستور نازلی الہتاب القولون موجود ہوا کرتا ہے۔ قولون کے درون کی غلی کا شاذہ اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ غیر شفاف غذا سے قولون کو پُر کر لینے کے بعد لاشعاعی نگاروں کا ایک سلسلہ حاصل کیا جائے۔ حوضی قولون کا سرطان چونکہ اس مرض کو پیدا کر سکتا ہے، لہذا اسکی موجودگی کی صورت میں سکائیڈین کا استعمال کرنا چاہئے۔ لاک ہارٹ (Lockhart Mummery) کی رائے ہے کہ یہ مرض بہت سی حالتوں مثلاً گرد قولونی الہتاب (pericolitis) تشنجی (kinking)، استرخا راختا (visceroptosis) اور جسم کی غیر وضعیت، وغیرہ کا ثانوی نتیجہ ہو سکتا ہے۔

ان میں سے بعض اصابتوں میں سکائیڈین کے ذریعہ غشاء مخاطی کا انقباض، اُڑیا، اور تفتیح دیکھا گیا ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو اولی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔ غذا کا محتاط انتخاب تاکہ ایسی غذا پہنچائی جائے کہ جو ہر قسم کی میکائی خراش پیدا کرنے والے ذرات، برشوں وغیرہ سے معزا ہو، آہستہ کھانا اور اچھی طرح چبانا، آٹا، پائینٹ نیم گرم پانی یا ۱. اوس روغن زیتون سے آنت کی آبیاری، یہ سب علاج کے مفید وسائل ہیں۔ شدید فعل سہلات سے احتراز کرنا چاہئے، کیونکہ وہ قولون کی خراش پیدا کرنے کے حالات کو

خواب تہ نہ دینگے۔ روغن بید بخیر سب سے زیادہ موزوں ہوتا ہے۔ بکوبڑ پیراقین بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ لہلہ درد کے لئے مفید ہوتا ہے۔ ایک شکم بند کے ذریعہ شکم کو گرم بھی رکھنا چاہئے بعض اوقات ایسی غذا مفید ثابت ہوتی ہے جس میں پھل اور سبزیاں ہوں جو زیادہ تر بے کانی ہوتی ہوں، اور جن کے ساتھ موٹی پعلیاں اور چھلکے بھی شامل ہوں، یعنی یہ غذا مستحکم بالاعدا کی بالکل ضد ہوتی ہے اور اس وجہ سے مفید ہوتی ہے کہ یہ اس قبض کو دھک کر دیتی ہے جس میں مریض جکلا ہوتا ہے۔ ذہنی علامات کی طرف توجہ کرنی چاہئے، اور مریض کے خیالات کو اس کے مرض کی طرف سے ہٹانا چاہئے۔ یہ مرض جان کے لئے خطرے کا باعث نہیں ہوتا مگر برسوں تک قائم رہتا ہے کہیں کسی تقویہ تراندہ کی گئی ہے، اور اس طرح بنائے ہوئے فتح کی راہ سے نسیل کی گئی ہے۔

تقرحی التهاب قولون

(ulcerative colitis)

(خطرناک التهاب قولون، خطرناک تقرحی التهاب قولون)

مرزمن تقرحی التهاب قولون، ایک غیر معلوم مبداء رکھنے والا مرض ہے جس کا اقناری خاصہ برائی مادہ کا بار بار خارج ہونا ہے جس کے ساتھ ریم، مخاط اور خون ملا ہوا ہے۔ تب ممکن ہے موجود ہو یا نہ ہو، اور مرض کی حاد اور مرزمن اشکال پائی جاسکتی ہیں۔ خود بخود فترہ ہو جانا شاذ نہیں ہے۔

بہشت اسباب۔ تقرحی التهاب قولون یورپ، امریکہ اور دیگر جگہ وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے اور دونوں مغنوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بالغ زندگی میں سب سے زیادہ عام ہے۔ ممکن ہے اس سے قبل خرابی صحت کی کوئی حالت موجود نہ ہو، لیکن بعض اصابتیں مرزمن مغنی فسادات مثلاً سرایت زدہ دانوں، لوزین اور اجواف کے بعد نمودار ہوتی ہیں، اور بعض لوگوں کے خیال میں اس سے اس نظریہ کی تائید ہوتی ہے کہ ایک نوعی بیکٹیریم (Bergen) کا وہی نبذ (diplo-streptococcus) تیسبی مغویہ ہے۔ دوسرے لوگ فلکسروائی (Flexner Y) کو ذمہ دار تیسبی حامل سمجھتے ہیں، لیکن اس امر کی شہادت کہ ان دونوں نوعی مغنیات میں سے کوئی ایک ذمہ دار ہے، نہایت تسلی ناپذیر

ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ غذائی قلتوں یا کسی دیگر سبب کے بعد جو کہ قولونی مداخلت کو مقامی طور پر گھٹا دیتا ہے، طبعی جراثیمی نباتیات (flora) بالخصوص مینو کوجیہ، مرضیاتی خصائص اختیار کر لیتے ہیں۔

امراضیات - حاد و خفیف امصابتیں عصبوی زحیرے مشابہت رکھتی ہیں۔ خشار و خفاگی کا عام شدید التهاب اور اس کے ساتھ ارتشاح، غشا کا تنخر اور وسیع طور پر پھیلا ہوا تقرح پایا جاتا ہے۔ معمولی مزمن امصابت میں معارستقیم کی خشار و خفاگی میں تھوڑا بہتج اور دشمنی تقرح ظاہر کرتی ہے اور آہ کے استعمال سے یا پچا رانے پر اس سے اعداد ہونے لگتا ہے۔ بعد ازاں، جب حالت ترقی کر جاتی ہے، تو قولون بتدریج موقوف ہو جاتا ہے اور اس کی سطح ذراتی دائمی ملتبہ ہو جاتی ہے، آنت کی دیواریں دبیز اور تلیقہ ہو جاتی ہیں اور اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ تاخیر پذیر امصابتوں میں امتحان لاش پر دبیز متقبض آنت، برٹے برٹے روئیں دار قرعات اور ان کے درمیان التهاب زدہ یا سعدانہ دار غشاء و خفاگی کی دھبیاں، نہایت ہی تمیز میں بعض مقامات پر یہ قرعات تبدیل ہو رہے ہوتے ہیں اور ان کے مرحلہ کی بازنگوین ہو رہی ہوتی ہے۔ لیکن اندمال سے بسا اوقات متعدد سعدانیت (polyposis) پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات - حاد و خفیف قسم کی امصابت میں آغاز دفعہ ہوتا ہے اور اس کے ساتھ اسہال اور قولنجی شکمی درد ہوتا ہے۔ اجابتیں تاریک، بھوری اور بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں بہت سی مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ زبان فرور ہوتی ہے، سانس بدبودار ہوتی ہے، اور تپ، شاید شدید تعریق کے ہمراہ، غویاب ہو جاتی ہے۔ شکمی تندہ اور قولون پر الیمیت اور کسب قدر استواری پائی جاتی ہے۔ وزن کی نمایاں کمی اور عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے علامات میں کوئی فترہ ہوئے بغیر مرض جاکلیا مزمن تقرجی التهاب قولون، ممکن ہے حادثہ کے بعد پیدا ہو، لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ اس کا آغاز بے تپ اسہال کے ساتھ ہوتا ہے کہ جس میں بدبودار یا خافے باز بار آتے ہیں جن میں مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ یقینی ہے آرامی یا نائیز غویاب ہو سکتی ہے اور عدم دمویت اور کمی وزن نمودار ہو سکتی ہے۔ کم تک ترشگی عام ہے۔



الف۔ تھری الٹھاپ تو لون۔ سلیخ کی چھوٹی چھوٹی بے قاعد گلیاں ملائے ہوں۔ (مصنف ہذا کے ایک مریض سے)



ب۔ بڑی آنت، بھریم سے بھری ہوئی ہے اور تو لون نازل میں عطیات نکال رہی کرتی ہے۔ (یہ شعاع شگاشت مسٹر ڈیڑیو لکھتے)

لاک نے لی ہے)

جو یہ دیکھ جی خوشی حاصل کرے عرض قولون میں پھیل جانا ہے۔ آخر میں اسور ماؤف ہو جاتا ہے۔
شاؤ طور پر بڑی آہستہ کے قلبی رقبہ جات، معارضہ مستقیم ماؤف ہوئے بغیر متاثر ہو جاتے ہیں
پسیدہ گریاں، مزف، اشتباہ، تفسیق، آہستہ کی معذائیت، سرطان اور التهاب وغیرہ
مشکل ہوتی ہیں۔ ان امراض میں کہ جن میں معذائے پائے جاتے ہیں ۲۰ فیصدی میں
بعد میں جا کر عیاشت نمودار ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ سرگزشت اور پانچوں کے منظر سے مرض کی نوعیت کا شبہ پیدا ہوتا ہے
لیکن ہر اس بات میں سکاٹرم (sigmoidoscopy) اور لاشعاعی امتحان سے تشخیص کی
توثیق کرنے کی ضرورت ہے لیکن یہ تشخیصی امتحان سے پہلے منظر عامہ نظر ہو اور ممکن ہے
بعض مریض کئے جائیں، اور دستاویز پوش انگلی خون سے لگتا جاتی ہے۔ سکاٹرم میں سے
ایک جگہاں طور پر التهاب زرد فراتی سطح دریافت ہوتی ہے، جس سے پکارنے یا آہستہ کے
استعمال سے آسانی آتا، ہونے لگتا ہے، نیز زخنی یا بڑی جسامت کے قرحات و کسان
دے سکتے ہیں مستقیم اور قولون کا دورہ تنگ ہو گیا ہوتا ہے، اور اس کی دیوار میں بے لچک
اور استوار ہوتی ہیں چنانچہ اس کو ہراسے متدد کرنے پر درد ہوتا ہے۔ سکاٹرم میں سے لے
عمومی عدم حیثیت کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی، اور مریض کا امتحان کی طبیعت یا طبی
وضعات میں کیا جاسکتا ہے، ایک خوب نمودار اس بات میں لاشعاعی سے انہونی، قمری
آہستہ ظاہر ہوتی ہے جس میں تانگی بالکل نازل ہو گئی ہوتی ہے، اور اگر وسیع قرح موجود ہو تو
قولون پر غماؤ کریم خوردہ منظر ظاہر کرتا ہے (صفحہ ۲۹ الف)۔

انذار۔ خالطہ اس باتیں ممکن ہے اپنے پورے مرض میں حوری رہیں۔ اور آغاز سے
۹-۲ مہینے میں مریضیں۔ مریض امراض میں ممکن ہے بیمار کسی نہ ہو، اور ان میں کئی مہینوں
بلکہ سالوں کی مدت کا فائدہ ہو سکتا ہے۔ ان حالات میں تمام علامات غائب ہو جاتی ہیں،
بلکہ ممکن ہے سکاٹرم یعنی اور لاشعاعی پر آہستہ طبعی و منظر ظاہر کرے۔ بعد ازاں نکسات عام طور
واقع ہوتے ہیں۔ مریض سالوں تک پھیل جاتا ہے اور بعض امراض میں عام صحت پرست
کم اثر پڑتا ہے۔

علاج۔ جب بیمار موجود ہو تو بستر برائے آرام کرانا ضروری ہے۔ ایک مفتی،
نرم، بلند حراری، بلند حیا یعنی غذا کی ضرورت ہے، اور شروع میں اگرچہ اس کا شغل کم ہو

تاہم حتی الامکان بہت جلد اس میں عمل اور خوب لگی ہوئی چھنی ہوئی (pureed) سبز یاں شامل کی جاسکتی ہیں۔ ایک ایسی غذا جس میں زیادہ تر سیب شامل ہوں بعض اوقات کا سیب ہوتی ہے۔ عفونی مراکز کا استعمال قرین مصلحت ہے۔ بعض لوگ خود زائیدی سبجی جدیدین (Bargen) کے ضد عفونی التهابی قولونی مصل اور ضد زحری مصل (آخر الذکر روزانہ ۱۰، ۲۰، ۳۰، ۴۰، ۵۰ اور ۱۰۰ گھب سمر کی مقداروں میں دروں مثلی یا دروں ردی طور پر دیا جاتا ہے) کی سفارش کرتے ہیں۔ لیکن استہداف سے اموات ہو چکی ہیں۔ طبع سوڈیم بائی کاربونیٹ، پروٹارگال (protargol) اور ایلبرجن (albargin) (جس کا خاص پوٹاشیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) ایک گرین ایکٹنٹ میں) ٹینک ایسڈ (tannic acid) (ایک سے لیکر ۲ گرین ایکس میں) اور یوسال (eusol) کے ذریعہ قولونی تفیل مفید ثابت ہو سکتی ہے۔ ہر دوسرے روز نیم گرم عقیق مالح کے ساتھ، اشامشری کی آبیاری جو اتنی مقدار میں ہو کہ آنت وصل کو صاف ہو جائے، بعض اوقات کا سیب ہوتی ہے۔ روغن زیتون میں سمبہ سب گیلیٹ (bismuth subgallate) کی ۵ فیصدی تعلیق روزانہ دیا جاسکتی ہے۔ اگر مرض حیدم الدم ہے تو علاج بالحد بدافضل الدم قرین مصلحت ہے، اور مرقق ترشہ نک (قریبا دین برٹا لوی) (۱-۲ اڈرام) کھانیکے بعد دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔ عملی علاج، یعنی سبجی التهاب باریطون کے اندیشہ کی وجہ سے خطرناک ہے، اور اس کو ایسی دشوار علاج اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے۔ چنانچہ طبی علاج بالاصل کا آمد نہ ہو۔ تقویہ زائدہ تقویہ قیون اور تقویہ لغائی اپنے اپنے موافقہ رکھتے ہیں۔ وہ عفونت کش ممولات کے ذریعہ تفیل کا موقعہ دیتے ہیں اور آخر الذکر علیہ آنت کو مکمل طور پر آرام دیتا ہے۔

التهاب زائدہ

(appendicitis)

بحث اسباب۔ یہ مرض ادید و عمر یا بڑھاپے کے نسبت اعلیٰ زندگی میں، اور انات کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس شکیات کا گذشتہ چند سالوں میں زیادہ بڑھ جانا کو عام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے تاہم اس کی توجیہ بالاصل

نہیں ہوتی۔

اہم اعضاء۔ التهاب زائدہ عموماً عمومی عصبہ قولونی کی مرایت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے، جو کہ آنت کا قدرتی باشندہ ہے بعض اوقات نبتات سمیہ نبتات منبیہ عصبہ ریم ننگلون اور دوسرے ریم ساز عضویہ، عصبہ درنی، عصبہ حوئی اور شعاع فطری اس سے تعلق ہوتے ہیں۔ مرایت کی تحریک کہندہ زائدہ میں ایک جسم غریب کی موجودگی سے پیدا ہو سکتی ہے، جو اس کے دروند کو سدھو کر دیتا ہے۔ یہ ایک شاد دانہ کی گھسی، انسانی کا بیج، کوئی دوسرا تخم، کردہ بال، یا ایسی ہی کوئی چیز ہو سکتی ہے۔ بہت سی امیابتوں میں ایک زرد یا رمدی رنگ کا انجماد یا پتھری پائی جاتی ہے، جو جسامت میں نمٹ کر برابر ہوتی اور برازیل مادیہ سے بنتی ہے، جس کے ساتھ مخاطی گلیس لمحات اور کثیر التعداد براشیم محفوظ ہوتے ہیں اس کے متعلق اب یہ خیال ہے کہ یہ زائدہ کی نازلت کے بعد بخائی ہے۔

مرضی تشریح۔ زائدہ کے طبقات کی درریش اور بانست پیدا ہو کر اس کا کہندہ نازلتی جاصلات یا پیپ سے متحد ہو جاتا ہے، اور بالآخر تقرح اور گٹرین ہو جاتی ہے۔ بیشتر امیابتوں میں یہ نساواریطی خلاف تک پھیل جاتا ہے، بعض اوقات یہ التهابیہ بلیو محدود المقام اور انضمامی ہوتا ہے، اور زائدہ متصل آنت سے چپک کر وائیں مرقعیہ خط میں ایک کم و بیش مزاجم تودہ بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ زائدہ کے گرد ایک خراج الزائدہ بن جائے اور انضمامات اسے عام کہندہ باریطوں سے ملحدہ کریں، اور زائدہ عموماً مشقوب یا گٹرینی پایا جاتا ہے، بعض اوقات انضمامی التهاب باریطوں واقع ہونے سے پہلے ہی زائدہ میں اشتعال یا اختناث واقع ہو جاتا ہے اور پھر ایک نہایت جہلک قسم کا عام التهاب باریطوں پر مرتبہ پیدا ہو جاتا ہے، کبھی کبھی التهاب باریطوں، جو ابتدائاً مقامی ہوتا ہے، بتدریج پھیلکر شکم کے مختلف حصوں میں باریطی خراجات بناتے ہیں، مثلاً خراج گرد و کروی، زیر ذیابخرامی خراج، یا خراج الحوض۔ استثنائی امیابتوں میں مرایت رسا عضویہ وریدالباب کی راجعے مگر میں پہنچ کر تقریبی التهاب وریدالباب اور خراج انکبدہ پیدا ہو جاتے ہیں۔

لیکن اگر اختناث یا نتیجہ نہیں واقع ہوا تو اس کے یہ حصے جگر نہیں کہ التهاب بظاہر مرض ہوتا ہے سے مرض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت کا ٹکس واقع ہو سکتا ہے۔

اور اس حملہ کے چند ہفتے بعد سے یکرو یا نین سال بعد تک مادہ التهاب پھر پھر کر اٹھتا ہے اور یہ یا تو مندرجہ بالا کیفیتوں میں سے کسی ایک میں مختل ہو جاتا ہے، یا التهاب میں پھر اضافہ ہوتا ہے، لیکن شاید وہ ایک اور وقت کے بعد پھر فعال ہو جاتا ہے۔ ان وقتوں میں جیسا جنس اصابتوں میں ملکہ کہنے پر ظاہر ہوا ہے، زائد کی واپاروں کی دبا زت اور در ریش پانی جاتی ہے، ساتھ ہی اس کے وسط میں اکثر ایک تگی اور بعدی سرے پر اتساع ہوتا ہے، شاید اس کے کہنے میں انجالات موجود ہوتے ہیں، اور عار بآ باریطانی انضمامات۔ لیکن کچھ عظمیوں ہو کر زائد و فی ہوا ہوا۔

علامت - حادث حملہ - حملہ کی ابتدا اکثر کس قدر ناگہانی ہوتی ہے۔ مریض کو یوں ہی، یا کچھ عرصہ کے سو ہضم کے بعد جس کے ساتھ کچھ قبض یا اسہال بھی ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا، جدید درد شکم کا حملہ ہو جاتا ہے، جو پہلے سارے شکم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لیکن جلد ہی دائیں طرف میں زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی کسندی متلی، تھکے، اور کس قدر عمومی تعامل ہوتا ہے۔ زبان فرور ہوتی ہے، اسبہا جاتی رہتی ہے، تشنگی موجود ہوتی ہے، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے، مگر جسے کہ حکم کس قدر متعدد ہو، لیکن وہ دائیں طرف میں عموماً استوار اور اکیم ہوتا ہے۔ اگر زائدہ جوش کے اندر واقع ہے تو ممکن ہے کہ یہ استواری غیر موجود ہو۔ ایسی اکثر متعین طور پر اس نعلے بر واقع ہوتی ہے جو دائیں اٹکلے بالائی شوکی زائدے سے تقریباً ۳ انچ فاصلہ پر اس خط پر ہوتا ہے جو اس زائدہ سے ناف تک کیسیٹا جاتا (نقطہ ٹیکہ) = Mc Burney's point لیکن یہ کہ یہ علامت چند روز تک جاری رہیں اور تھکے، درد اور تبدد علاج کے اثر سے کم پڑ جائیں اور شکایت دور ہو جائے۔ یہ ہر وقت نہیں ہوتا کہ درد ابتدائی سارے شکم پر پھیلا ہوا یا زائدہ کے خطے میں محدود المقام ہو۔ لیکن یہ کہ وہ شریکینی ہو یا بائیں جانب پر ہو وہ بار بار متزی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بائیں جانب پر شروع ہو کر دائیں جانب کو جائے۔ حرقنی خصری عضلوں میں درد ہو سکتا ہے، جس کا اظہار مریض کو بائیں کرٹ پر لٹا کر اور دائیں کونے کو پیش کر کے کیا جاسکتا ہے۔ یا اسوقت جبکہ زائدہ جوش حقیقی میں ہو عضلہ سادہ اندرونی میں درد ہو سکتا ہے، اور اس کا اظہار گھٹنے کو خیدہ رکھ کر دائیں ران کو باہر کی طرف گھمائے سے کیا جاسکتا ہے (اشارت عضلہ سادہ) کبھی کبھی تشبیب

میں بھی درد ہو سکتا ہے۔

جب چورائانہ والا انقلاب واقع ہو جاتا ہے، اور زائدہ حوض حقیقی کی گٹر کے اوپر واقع ہوتا ہے، تو یہ استواری اور مزاحمت نسبت زیادہ متعین طور پر محدود المقام ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک متعین رسولی بنائیں جسکی حد بندی بیرونی جانب پر اور نیچے علم حرقی کے طرف اور دباؤ پورٹ کے خدیجہ ہوتی ہے اور جو دباؤ پورٹ سے ناف تک کے فاصلہ کے نصف یا دوثلث حصوں تک پھیلتی ہوئی ایک معدب کنارہ بناتی ہے۔ قراع کرنے پر وہ اکثر بالکل ٹھوس یا آمسم پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اس میں ایک ترمیم شدہ لمبی آواز ہوتی ہے، اور بقیہ شکم غائم اور گنگ واد ہوتا ہے۔ پیش بلند ہو کر ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک، اور نبض ۱۰۰ یا ۱۰۲ تک پہنچ سکتی ہے۔ درد بے قاعدگی کے ساتھ یا فورے کے طور پر ہو سکتا ہے، اور اکثر نیچے دائیں ٹانگ تک جا پہنچتا ہے۔ موافق امواتوں میں، اگر علیہ میں تاخیر ہو جائے تو ممکن ہے کہ یہ رسولی بعد صبح تک متعین اور جوتی ہو ہو کر بیٹھ جائے، چنانچہ وہ غلط ہر دوسرے کے بعد سے دس تا بیس یوم میں غائب ہو جاتی ہے، اور تب اور دوسرے ناموافق اموات بھی کم ہو جاتے ہیں۔ اس کے برعکس اس وقت جبکہ زائدہ حقیقی حوض کے اندر ہو، ممکن ہے کہ آفتاب کا نتیجہ ہو کہ قدر موقوف ہو جائے، اور شکم کی استواری تو ہوتی ہی نہیں۔ ایسی حالت میں باوجود اس کے کہ حوضی التهاب باریطون کو جوڑا ہوتا ہے، تعین نہیں ہونے پاتی۔ علاوہ اس وقت عضلہ مساؤ کے، جس کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، بحقیق الوقع چوڑا براہ معادہ مستقیم یا براہ مہل محسوس کیا جاسکتا ہے، یا وہ (ای مثلاً) کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے تو اترا تو اٹا (یا دب) عضلہ مستقیم کے قریب باقی ہونے کے باعث اس سال اور تا سیر پیدا کر سکتا ہے۔

زائدہ کا اغاثہ جلد واقع ہو جانے کی امواتوں میں ممکن ہے کہ مقبلی ولاتیں بالکل غائب ہوں، یا اس قدر غیف ہوں کہ مریض انھیں بمثل محسوس کرے، یا اس قدر غلبہ الممت ہوں کہ مرضی حالت ابتدا ہی سے، یا جلد ہی، عام التهاب باریطون کی نوعیت رکھتی ہے (ملاحظہ ہو التهاب باریطون)۔

حساسیت دررمعی و گمن کا احساس، یا محض جش میت یعنی بڑھی ہوئی حقیقت تشخیص کے لئے کارآمد ہو سکتی ہے۔ اگر ایک اسپین کو ستر زاویہ پر رکھ کر بیلہ پر

کھینچا جائے، یا اگر جلد کو اٹھکی اور انگوٹے کے درمیان آہستہ سے ٹپکی میں لیا جائے تو یہ ظاہر ہو جاتے ہیں۔ حادثہ التهاب زائدہ میں یہ امارات تقریباً ۶۰ فیصدی اصابتوں میں پائے جاتے ہیں، اور تقریباً ہمیشہ دائیں حرقنی حفرے میں ہوتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ بائیں جانب بھی ایسے مزیدہ قلعے ہوں (58)۔ حساسیت درد ایک بیدار البتہ ہے اور یہ امر کہ کسی خندہ صحت خدادی دیواروں کو تاننے سے وہ مصنوعی طور پر پیدا کیا جاسکتا ہے اور اس تناؤ کے موقوف ہو جانے کے بعد تقریباً ایک گھنٹہ تک جاری رہ سکتا ہے، ظاہر کرتا ہے کہ التهاب کے ساتھ اس کا تعلق بڑا ضروری نہیں، بلکہ وہ زائدہ کی یا شاید لغافی اور اعور کے ایک قطع کی دیواروں کے تناؤی اتساع اور تناؤ کا نتیجہ ہے۔

التهاب زائدہ کے شکست کی صورت میں، جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، علامات بالکل ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ اولی حلقوں میں لیکن عام التهاب باریطون کا اندیشہ غالباً کمتر ہوتا ہے، کیونکہ ضرر کے گرد ان علامات بن چکے ہوتے ہیں۔

تحت الحاد التهاب زائدہ میں زائدہ کے خطے میں گہرا ڈباؤ ڈالنے سے خفیف سا درد پیدا ہو سکتا اور دباؤت محسوس ہو سکتی ہے۔ اکثر اوقات اس سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں، جو غلط فہمی پیدا کر سکتے ہیں، کیونکہ ان سے زائدہ سے دور کے کسی مرض کا ایسا ہوتا ہے۔ مثلاً مریض کو درد کے خطے شرا سیفی یا نتری خطے میں ہوتے ہیں، بعض اوقات بائیں جانب تک میں ہوتے ہیں، یا اگر زائدہ حوض کے اندر ہے تو معاویہ مستقیم میں ہوتے ہیں۔ آخری مثال میں ممکن ہے کہ منساب بار بار آئے، اور دوسری مثالوں میں قلعے ہو سکتی ہے۔ یہ درد چند گھنٹوں سے لیکر ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ امیابٹوں کا ایک اہم گروہ وہ ہے جس میں علامات ایسے ہوتے ہیں کہ ان پر معدی قرحہ کے اور نسبت کم بار اثنا عشری کے قرحہ کے علامات کا دھوکا ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں زائدہ کے مقام پر ڈاؤن والا جائے تو شرا سیف میں درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ درد ورزش یا ریاضت کرنے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ خطے و قفوں کے ساتھ چند سال تک ہوتے رہتے ہیں، اور شدید حلقوں کے بعد جو قلعے ہوتے ہیں ان میں ہی مریض بہت سی مثالوں میں درد سے کلی طور پر معز نہیں ہوتا۔ معدی اور اثنا عشری مرض کے اس اشتباہ کو زائدہ کی سوء ہضم (appendix dyspepsia) کہتے ہیں، اور ان علامات کو ایسے سوء ہضم

کی طرف مریض کی جاسکتا ہے جو زائیدی شکل سے معکوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔
تشخیص کسی لڑکے یا لڑکی میں حاد عام التهاب باریطون جو بظاہر خود بخود پیدا
ہو جائے تقریباً ہمیشہ التهاب زائیدہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ عموماً مریضوں میں
بہت سے ضررات التهاب زائیدہ کے ساتھ غلط طے کئے جاسکتے ہیں بیشک مادہ کے تقریباً تمام
اسباب پر مختلف اوقات میں اسی کا غلط گمان ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 320)۔
گذشتہ مرکز شدت پر اتم درد اور الیمیت کے محل وقوع پر، اور ان مقامی حالات پر جو
بیرونی امتحان اور باہر معائنہ استقیم امتحان سے دریافت ہوں، اچھی طرح خود کرنا چاہئے۔
نیشہ بعد کے درجہ میں، جبکہ رسولی بگلی ہو، اسے برازی اجتماعات، اعور کی
جمیٹ یا لید، حرکت پذیر گروس، عروق کے حوضی امتلاء کے التهاب اور حصری پھوٹ
سے متفرک کرنا پڑتا ہے۔

زائیدی سوء ہضم کی تشخیص کا انحصار بعض مقامی امارات پر ہوتا ہے جو
زائیدی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں۔ نیز برازیں مخفی خون کی عدم موجودگی پر (اگرچہ یہ یاد کرنا
چاہئے کہ مزمن التهاب زائیدہ اور بعضی قرحہ کا ایک ساتھ واقع ہونا غیر عام نہیں) اور
بعضی قرحہ یا التهاب مارہ کی دوسری منفی شہادت پر۔ امارات باضیڈو (Bastardo's
sign) ایک قرحہ کی ترقی کا شے یہ ہے کہ جب ایک مستقیم آئینہ کے ذریعہ آہستہ آہستہ ہوائندہ
پتہ کر کے قونوں کو پھلایا جائے تو دائیں قرحہ میں درد اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے
تندرست شخص میں اس سے صرف کسے قدر بے آرامی تو پیدا ہو جاتی ہے، لیکن درد
صرف بہت زیادہ تندرست ہوئے اور پھر یہ کہ درد دونوں طرف یکساں ہوتا ہے۔
جب التهاب زائیدہ موجود ہوتا ہے تو اس طرح پھلانے سے دائیں قرحہ میں درد پیدا
ہو جاتا ہے اور زائیدی شکل اب دہانے پر الیم پایا جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے ہی سے الیم ہے تو
الیمیت کا یہ احساس اور زیادہ شدید ہو جاتا ہے بعض اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پھلانے
کے بعد اس مقام کو دہانے سے شراسیف کا وہی درد نمودار ہو جاتا ہے جو کہ مریض کو از خود
پیدا ہوتا رہا ہے (Hurst)۔ مریضوں کی بہت بڑی تعداد میں ہریم سلفیٹ اور جیاجھ
کی غذا (Sprigga) یا ہریم سلفیٹ اور پانی کی غذا (Bedding) دینے کے چھ تا اٹھارہ
گھنٹے بعد لاشعاعوں سے زائیدہ دیکھا جاسکتا ہے۔ خود زائیدہ درویر کی تدریت سے

زیادہ اہم یہ امور ہیں: مقامی الیمیت، احمہ اور اختتامی لفاغنی کی غیر طبعی مثبتیت اور لفاغنی قولونی عاصہ کی راہ سے غذا گزرنے میں تاخیر، یعنی معدی لفاغنی معکوسہ کی کمی، جس کا امتحان اس طرح کیا جاتا ہے کہ بیریتیم لاپوراکھانا دینے کے چار گھنٹہ بعد ایک کھانا دیا جائے اور اس کے ایک گھنٹہ بعد عور کا معائنہ کیا جائے (35, 36)۔

انذار - شفا خانہ لندن کے تازہ اعداد و شمار کی روش سے التهاب زائدہ کی ان تمام اصابتوں میں جن میں حملہ شروع ہونے کے بعد پہلے چوبیس گھنٹوں کے اندر علیہ کیا گیا تعداد اموات ۲۰ فیصدی تھی۔ یہ دوسرے دن بڑھ کر ۳۹ فیصدی ہو گئی اور تیسرے دن ۷۰ فیصدی ہو گئی۔ علیہ جیقدر جلد کیا جائے اندازاً اسقدر بہتر ہوتا ہے۔

علاج - ان واقعات نے کہ التهاب زائدہ بہت کم علامات ہوتے ہوئے بھی سنگین اور قبیح کے درجوں تک ترقی کر سکتا ہے اور بلا علیہ کے خطرہ کی وسعت کا صحیح اندازہ کرنا بہت مشکل ہے، یہ عقیدہ راسخ کر دیا ہے کہ جب کسی التهاب زائدہ کی یقینی یا نہایت اغلب شخص قائم ہو جائے تو زائدہ کے استیصال کا جہد کرنا چاہئے اور اسے حتی الامکان جلد ترین موقع پر انجام دینا چاہئے۔ اگر شخص کے تعلق شبہ ہو یا علامات نسبت کم ضروری التوجہ ہوں تو اور انتظار کرنا جائز ہے۔ ایسی صورت میں مریض کو بستر پر لٹا کر رکھنا چاہئے اور اسے صرف دو کچھ پیچوس فوڈ (Benger's food) یا ایسی ہی چیزیں کھانے کے لئے دینی چاہئیں۔ گرم نمالہ بوریج (hot borie lint) یا بھجیدات استعمال کرنی چاہئیں اور تمام قسم کے صفحات سے اجتناب لازم ہے، یا سٹناٹے اس کے کہ اگر حال ہی میں پاخانہ ہوا ہو تو ایک سادہ مقننہ دیدیں۔ یہ سوال کہ آیا ہر اس اصابت میں جو طبی معالجہ سے شفا یاب ہو چکی ہے، توالی مرض روکنے کے لئے چند ماہ بعد علیہ کر دینا چاہئے یا نہیں، ہنوز تصفیہ طلب ہے۔ لیکن اگر دوسرا حملہ ہو جائے تو علیہ کرنے کے اس موقع سے یقیناً فائدہ اٹھانا چاہئے۔ اس موقع پر یہ احتیاط عمل میں لانی چاہئے کہ کسی متلازم مرض کے لئے حکم کے دوسرے حصوں اور بالخصوص مرادہ کا امتحان کر لیا جائے۔

عطیفیت

(DIVERTICULOSIS)

بڑی آنت کے متعدد عطیفے جو غشائے مخاطی کے چھوٹے فتحوں کے سلسلہ کی راہ سے زوائد شری (appendices epiploicae) کے اندر ابھرتے ہیں اس آنت کی کسی بھی حصے میں مل سکتے ہیں، لیکن حوضی قولون تقریباً تین چوتھائی اساتوں میں یافت ہوتا ہے۔ پیش عطیفی درجہ آنت کا ایک مقامی عارضہ ہے اور خراش کا نتیجہ ہوتا ہے۔ غیف سا درد شکم اور مقامی الیمیت ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا (۱۲ گرن بریم سلیفٹ جو ۵۵ سی سی، باریک کے مالٹڈ فاک یا چھانچھوس معلق ہو) یا غیر شفاف جہنہ (59) کے بعد لاشعاعوں سے تھپس کی جاتی ہے۔ اسوقت جبکہ قولون مائل ہو اس حصہ کے خاکہ کا منظر ناظر ہوتا ہے (شکل ۴۹ ب) اور طبعی باجکول (haustra) کے درمیان کا انقطاع ملہوس ہو جاتا ہے (۱)۔ اس کے بعد دوبارہ حملہ عطیفوں کا ہٹنا ہوتا ہے، اور غالباً اس کا سبب متعدد ترکیبی قدریہ (ج)۔ جب عطیفے میں برازی ایجماع ہوتا ہے تو وہ ایک حصاۃ البراز (stercolith) بنا دیتا ہے، برویم کسے صرف جزو ذکر کرتا ہے، لہذا وہاں ایک پیالہ مایچھامیں ہوتی ہے، جو مایچھک کے شقیض ہونے پر حرکت کرتی ہے (۵)۔ اور ممکن ہے کہ وہ قولون کے قوی انقباضات سے قولون کے کہنہ سے باطل بے تعلق ہو جائے (۴) (نیز ملاحظہ ہو صفحہ ۲۹ ب صفحہ 370)۔

التهاب عطیفہ

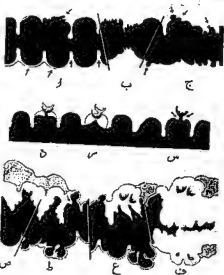
(diverticulitis)

عطیفیت بلا کسی علامت کے ساہا سال جاری رہ سکتی ہے، لیکن التهاب عطیفہ کیس وقت بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ اس کی اولین لاشعاعی امارت عطیفہ کی گردن پر ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ اسی نقطہ پر ہر ریش واقع ہوتی ہے۔ کایچک مزید التهاب ظاہر

کرتی ہے، اور ساتھ ہی زاویہ متداخلہ کند ہو جاتا ہے (س)۔ سب سے زیادہ میتر یہ واقعہ ہے کہ تاچکوں کی لمبی حرکت کا، جو سلسلہ وار فلموں سے ظاہر ہوتی ہے، بالکل امتناع ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ عطف الہتائی دبازت کی وجہ سے تخلیق ہو جاتے ہیں (ع)۔ یا ان کی گردنیں استدر چوڑی ہو جاتی ہیں کہ جیسے ۷ کی شکل کو ہو جاتی ہیں (ص) (ط) اور ف کے مقام پر ایک انتہائی انطہاسی درجہ دکھلایا گیا ہے، جو فیسی بیش بکھن کی وجہ سے واقع ہو گیا ہے۔ دوسرے تیز ترات جو عطفوں کو مؤثر کر سکتے ہیں یہ ہیں :- (۱) تفتیح - (ب) اشتاب اور انتہاب - (ج) قرب و جوار کے اعضاء کے ساتھ ناسوری ارتباط - (د) عطفے کا مڑنا جانا جس سے اس کی تحقیق واقع ہو جائے - (س) سرطان کا ثانوی طور پر نویاب ہو جانا۔

التهاب عطف کے علامات خفیف قسم کے التهاب کے ہوتے ہیں جو بڑی آنت میں اور عموماً بائیں طرف شکم کے زیرین حصے میں ہوتا اور متعلقہ ساختوں میں پھیل جاتا ہے۔ اکثر شکم میں بے آراہی اور اس سے کثرت بار درد ہوتا ہے جو بالعموم غذا کے ساتھ غیر متعلق ہوتا ہے اور ناف کے قریب یا اس کے نیچے لیکن بالخصوص بائیں مرقعی حصے میں واقع ہوتا ہے، اور بار بار وقفے وار ہوتا ہے۔ مگر ہے کہ وہ کھینچاؤ کے احساس اور درد و پشت کی شکل اختیار کر لے۔ عام رحمت اور تمدد کا احساس عموماً بیان کئے جاتے ہیں اور مگر ہے کہ علامات صرف یہی ہوں۔ فی الحقیقت یہ بھی ممکن ہے کہ التهاب عطف کی ایک ترقی یافتہ حالت موجود ہو اور اس کے ساتھ کسی قسم کی شکایت نہ ہو۔ قبض، اجابتوں کی بیقاعدگی، اسہال، یا ناقص تفریح کا احساس اکثر موجود ہوتا ہے۔ مثانہ کی مؤفیت کی مثالوں میں ممکن ہے کہ قبول بار بار ہو، اور بعض اوقات وہ پاخانہ ہو جانے کے بعد درد کے ساتھ ہو۔ یا پہلے قبول بلا درد ہو اور بعد میں درد ہو۔ یا استثناء بہت موٹے اشخاص کے، بائیں مرقعی حصے میں ایک گتہ شکل رسولی مگسوس کی جاسکتی ہے، جو بعض اوقات ایسا ہوتی ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ مگر ہے کہ اس میں مادہ التهاب پیدا ہو، اور اس سے مریض کو تپ اور فتنے ہو جائے بعض اوقات التهاب عطف قولون کے دوسرے حصوں میں ہو جاتا ہے۔

نزف براہ معار مستقیم عموماً نہیں ہوتا۔ بالعموم الہتائی ضرورتاً ہے، مگر فی کے باہر



شکل ۲۹ - ۱۔ نیچے لپٹی ہو چکی ہیں اور اوپر پیش طبعی حالت کی جھلی چھل چکی ہے۔
 ۲۔ پیش طبعی حالت کے رقبے آنت کے محیط کو متاثر کرتے ہیں لہذا ہر طبعی تنگی پیدا کر کے
 ۳۔ آنت کا وہی ٹکڑا (جو کہ ب میں ہے) علاج کے بعد تنگی بالکل نہیں ہے۔
 ۴۔ قاعدہ گلیں جو کہ پیش طبعی حالت کا ناجنمی ہے نیز عمومی عمومی چیزوں کی کوئی
 ۵۔ بڑا احتیاطی البراز بردار نقطہ نقطہ داغ خط دوران ارتعاشوں کی وضع کو متاثر
 کرتا ہے۔ بل غماکہ (جو کہ ایک سیکڑے بعد ایک سلسلہ وار غلظہ پر مشتمل کیا گیا) ایک
 تاجیک کا انتہائی ظاہر کر رہا ہے۔

۶۔ یہ سلسلہ وار غلظہ پرلی گئی ہے اور تاجیک کا اعظم القباس
 ظاہر کرتی ہے۔

۷۔ حسی ویدور کہنا میتہ دہارت۔ جلتی کر دیکھیں گئی ہیں۔ ط۔ اس میں شہادت کہ انتہائی
 تیز و متبادل کی لایا کہ کھیل گئے ہیں۔ ح۔ عطیات کا آنت کے اندر سے یہ تھیں رہنا۔ ف۔ یہاں صحت ام سال کے بعد ترقی یافتہ نظامی اور
 ظاہر کرتی ہے۔ ہ۔ استدار اور سر کے باقی عملوں پر نکتہ داغ خط ہر طبعی سطح ظاہر کرتا ہے۔

واقع ہوتا ہے۔

پچیدگیوں کے باعث ہی علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔ جب تفتیح واقع ہو جاتا ہے تو بائیں طرفی کمرے میں، صرف شکم کے بائیں جانب پر، التهاب زائد جیسا عارضہ انتہائی شعل ہو سکتا ہے۔ التهاب غلط معمولی درد پیدا کر سکتا ہے۔ ناسوروں کے بننے یا اشتعال ہونے کے باعث علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔

انذار - لطیفیت اور التهاب و لطف دونوں کے ابتدائی مرحلوں میں انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ مناسب علاج اختیار کیا جائے۔

علاج - صفائی مراکز کو خارج کر دینا چاہئے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے اور اس میں پھل اور ربڑیاں بجز شربت موجود ہوں۔ کھانا باقی ماندگی اور پابندی اوقات کے ساتھ کھانا چاہئے۔ پانچ صاف ہونے کے لئے پیرافین استعمال کی جاتی ہے، اور پانچ صاف کے لئے پابندی اوقات کی عادت ڈالنی چاہئے۔ ہر تیسرے دن طبعی مائع سے قولون کی تغیر کرنی چاہئے۔ روغن زیتون (olive oil) کے حقے بھی مفید ہوتے ہیں۔ پیرافین ہی ہے کہ مسہلات سے احتراز کیا جائے، اور، لک کرانے کی ہدایت ہرگز نہ دینی چاہئے۔ مختلف پچیدگیوں کا علاج جراحی سے کرنا چاہئے۔

376

آنت کا تدرن، نوبالیدیں اور آتشک

(TUBERCLE, NEW GROWTH AND SYPHILIS OF INTESTINE)

درن - آنت کا تدرن مثل ریلوی میں ہونے کے علاوہ، علحدہ بھی ہو سکتا ہے یا انصوم بچوں میں، جن میں مرایت اکثر دوسرے منتقل ہو جاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں ضرورت بالانصوم لفاغی کی تپے نیر کی چکیتوں میں، اور لفاغی اور قولون کی منتزہ درنوں میں واقع ہوتے ہیں۔ تمدنی مل بھی دیا ہی ہوتا ہے جیسا کہ دوسرے مقامات میں، لیجے۔ لہی عکاشہ، تجہین، خنجر، اور قترج - اور لفاغی کے قرحے بہت وسیع ہو سکتے ہیں، اور وہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں، اور بڑا اوقات آنت کے گرد غصا جاتے ہیں، نہ کہ اس کے طول میں۔ انکی سطح ہموار اور کوریں دیز ہوتی ہیں، اس سطح سے متناظر مصلی

سلح عمر یا چند چھوٹے چھوٹے سیدھے درز سے پیش کرتی ہے۔ متلازم علامات تب اور اسہال ہیں۔ پانچاٹھ عموماً کثیر المقدار، پیلےس جیسے اور چربی دار ہوتے ہیں اور ان کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ زیادہ مانع اور عجیبی زرد ہوتے ہیں، اور اگر شکم متمدد ہو تو ممکن ہے کہ ٹانفانہ بخار سے قریبی مشابہت پیدا ہو جائے۔ نزف اور اشغاب شاذ ہوتے ہیں۔ علاج بیان کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔ نامور برزی (fistula in-ano) جراثیم بعض اوقات درنی الاصل ہوتا ہے۔

توبالیدیں۔ آنت کی رسولیاں بالخصوص یہ ہوتی ہیں۔ غذائی سلعہ اور سرطان، اور شاذ بلغمی لحمی سلعہ۔ سرطان سب سے زیادہ کثیر الوقوع اور اہم ہے۔

اشنا عشری کے سرطان کو شیرن (Sherron) نے ماؤف شدہ حصہ کے لحاظ سے حسب ذیل تقسیم کیا ہے۔ ۱۔ وہ جو صفراوی طبع سے اوپر واقع ہو، اسے فوق الانتفاخی (supra-ampullary) کہتے ہیں۔ وہ جو خود طبع میں واقع ہو، انتفاخی (ampullary) ہے۔ اور وہ جو نیچے واقع ہو، اسے تحت الانتفاخی (infra ampullary) کہتے ہیں۔ ہر حالت میں یہ ایک شاذ مرض ہے۔ لیکن انتفاخی قسم اہم ہوتی ہے، کیونکہ اس صورت میں رسولی مشترک صفراوی قنات کو سدود کر دیتی ہے، اور اگرچہ درد نہیں پیدا کرتی تاہم گہرا یرقان اور لاسخی پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الانتفاخی سرطان تیسرے حصے میں زیادہ عام ہے۔ ان اصابتوں میں قحط میں ہمیشہ صفر اور بانقرا اسی ریس موجود ہوتا ہے۔ آخر الذکر کی موجودگی اس طرح ظاہر ہو سکتی ہے کہ اگر منظر قحط میں چند گزین سوڈیم بائی کاربونیٹ ملا دیں تو اس میں قابضین ہضم ہو جائے گی۔ سام اور لفافہ میں شاذ ہی رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ غیر نصیبت رسولیاں اکثر ڈنڈی دار ہوتی ہیں اور ان سے انفادار الامعا پیدا ہو سکتا ہے۔ جلائی سٹن (Bland Sutton) بتلاتا ہے کہ لفافہ میں اور بی اتصال کے مقام کی بعض رسولیاں جن میں سرطان سمجھا گیا دراصل جیش بخبی کی نفی تو دے تھیں، جو آنت کی سدودی پیدا کر دینے کی وہی قابلیت رکھتے ہیں، جیسا کہ ایک سرطان۔ دونوں صورتوں میں فوری علاج استعمال ہی ہے۔

سرطان چھوٹی آنت کی نسبت بڑی آنت میں بہت زیادہ عام ہے اور

خاص کر امور، حوضی قولون اور معاء مستقیم کو موقوف کرتا ہے، اور اس سے کمتر قولون کے دوسرے حصوں کو۔ سرسری لحاظ سے قولونی سرطان دو طرح کا ہوتا ہے، جس کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ آیا وہ ایک حلقہ نما بالید ہے جو ابتدائی درجہ ہی میں تسد پیدا کر دیتی ہے یا ایک متغیر بالید جو تسد دیر سے پیدا کرتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مریض کھانا کھانے کے بعد شکم میں بے آرامی اور قولنجی درد محسوس کرے اور ساتھ ہی قراقرج بھی ہو۔ اجاتوں میں بیقا خلگی ہوتی ہے، لیکن اعوری بالیدوں کا سبقتور مرتبہ خاصہ اسہال ہوتا ہے، اور حوضی اور قولونی بالیدوں کا ممتاز خاصہ قیض۔ آخر الذکر میں ممکن ہے کہ اسہال کا ذب (spurious diarrhoea) ہو، یعنی بالید کی غواش کی وجہ سے بار بار چھوٹے چھوٹے سیال دست، نکالنے یا تیر کے ساتھ آتے ہیں۔ براز میں خون موجود ہوتا ہے، جس کا بڑی مقدار میں ہونا ضروری نہیں۔ ہیماتین (haematin) کی موجودگی اور ہیماتوپورفرین (haemato-porphyrin) کی غیر موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ قولون کے زیرین حصے میں ایسا ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330)۔ غشائی یا آؤن دار قسم میں محتاط عموماً پائی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ قولوی پیپ بھی جو شکی خست ہے ممکن ہے کہ ایک سخت ندویہ گر کی ڈلا ظاہر ہو، اور ممکن ہے کہ آنکلی سے ہم قوالید کے ایک تودے کو پھانسیں جو مبرز سے قریب ہی معاء مستقیم کے راستہ کو روک رہا ہو۔ تاہم ہر شبہ امتیاز میں سنگائی میں استعمال کرنی چاہئے، کیونکہ اس سے حوضی قولون کی بالید شناخت کیا جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 370)۔ تشخیص کے لئے لاشعائیں بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔ بیریم سلفیٹ کو گوند کے ذریعہ پانی میں ملحق کر کے اس کا غیر خفافہ عقدہ معاء مستقیم کے ابتدائے داخل کیا جاتا ہے۔ اگر عقدہ کے قریب کو مبرز سے روپیٹ اور پرکھا جائے تو یہ آمیزہ چکر کھا کر اور تک پہنچ جاتا اور قولون کو بالکل ٹپر کر دیتا ہے، بشرطیکہ مریض گہری سانس لے اور کبھی کبھی اپنی وضع کو بدلتا ہے۔ امتحان سے پہلے یہ ضروری ہے کہ قولون خالی ہو، اس کے لئے چھتیس گھنٹے پہلے روغن میدا بخیر دیا جاسکتا ہے، اور امتحان کی صبح کو اور ماہی سبب کو پانی کے عقدہ کے ذریعہ مزید صفائی کی جاسکتی ہے۔ دلوہ کی تنگی یا خاکہ کی بے قاعدگی سرطان کا مشہور ہمار کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۰ الف اور ب)۔ خرفشاف غذا جلا قولون کی لڑا سے پیچے کو تقاب کیا جائے، تشخیص میں نسبت بہت کم ٹیڈ ہوتی ہے۔



الف



مستوفی تولون کا: الف) اور حوضی تولون کا: ب) سرطان میں برقی نقص پری انفر

نما ہے۔ (یہ شعاع نگاشت سرسبز لہجے لاک نئے ل ہے)

آخری درجوں میں ممکن ہے کہ مریض حاد معوی آندو یا مزمن معوی آندو کے علامات پیش کرے، یا ایکسٹیم کے ڈسے کی شکایت کرے، جو دوسرے ضرورت کے ساتھ غلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ اکلک کو ٹوف کر رہا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ مزمن الہتاسپ زائد، یا کلانی غد سے مشابہ ہو۔ اور اگر قولون کے اندر ہو تو کلانی گردہ، الہتاسپ غلط، کلانی مرادہ سے، یا اگر اور علی کے اوپر واقع ہو تو ایک انور سٹا سے۔

علاج جراحی ہوتا ہے، اور انڈر ابتدائی درجوں میں اچھا ہوتا ہے لیکن بالی علیہ اساتوں میں عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) آزمایا جاسکتا ہے۔

قولون اور معا، استقیم کی سعدانہ غنا بالیدین یعنی غدی غلجی سلعات شستو سموت میں واقع ہوتے ہیں۔

معا و استقیم کے الہتاسپی تفتیقات۔ آتشک قتال غذائی کو بلعوم اور معا و استقیم کے درمیان آشاہری ماؤف کرتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ آخرالذکر تفتا پر تفتیق پیدا کر دیتی ہے۔ تحت النالی بانٹ میں صفیہ بن جاتے اور شلوی الہتاسپی تغیرات کے باعث ندلی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز سوزاک سے، اور نسبت شاذ اصابتوں میں تدرن سے بھی تفتیق پیدا ہو سکتا ہے (48)۔ یہ دونوں صفوں میں مساوی طور پر ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان کا کوئی علم نہ ہو حتی کہ تفتیق کے علامات مشابہ سے میں آئیں اور انگلی سے امتحان کرنے پر تفتیق شناخت میں آجائے۔

معوی آندو

(INTESTINAL OBSTRUCTION)

آنت کسی طریقوں سے سدود ہو سکتی ہے جو یہ ہیں:- (۱) اجسام غریب۔ (۲) انفادار الامعا۔ (۳) معوی دیوار میں تفتت ہونا، جیسے کہ تفتیقات مند مل شدہ قروح سے، یا قمیث بالیدوں سے۔ (۴) فلتہ الامعا۔ (۵) تخنق ہونا بندوں کے قدیم یا روزوں کی راہ سے۔ (۶) قطرہ کا گھٹ جانا آنت پر جرت کی وجہ سے یا مختلف طرح کے بیرونی مضطہ کے باعث۔

اجسام غریبہ۔ آنتوں کو سدود کرنے والے اجسام غریبہ میں سے بعض یہ کہتے ہیں:- پھلوں کی گھٹلیاں، کنکریاں، سٹکے، گولیاں، الپینس، سوٹیاں، خطافات اور مصنوعی دانت۔ نباتی ریشوں، 'آون'، یا جینے کی بھوسی کا باہر ٹونڈا بنانے سے بھی بعض بڑے تو دسے بنجاتے ہیں۔ اس قسم کے اجسام غریبہ بالخصوص مجنوں میں پائے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک بڑا سنگ صغیراً ہلکے تندرک کا سبب ہو جاتا ہے یا وہ کم و بیش دقت کے بعد ہلکی راہ سے خارج ہو جاتا ہے۔ براز کے تندرک سے بھی مجتمع ہو سکتے ہیں اسطرح جطرح کہ قبض کے بیان میں تذکرہ کیا گیا ہے، اور یہ معاً مستقیم یا قولون میں ایک خطرناک کاوش پیدا کر دیتے ہیں۔

انغماد الامعاء (intussusception)۔ یہ مخصوص صفت پیش کرتا ہے چنانچہ اس پر ملحدہ غور کرنا مناسب ہے (غلاظہ ہوسفہ 380)۔

تختیقات (strictures)۔ یہ چھوٹی اور بڑی دونوں آنتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ یا تو قروح کے ندبوں کے انقباض سے، یا خوبالیدوں سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور گاہے ماہے مغوی دیواروں میں مدنی دریرش کی وجہ سے بھی، کبھی بھی ایسی سادہ رسولیاں بھی جیسے کہ غندی، مسولی، یا لیفی، مسولی، مغوی تندرک پیدا کر دیتی ہیں۔ فتلة الامعاء (volvulus)۔ اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ آنت خود اپنے اوپر اسطرح مڑوئی جائے کہ جس سے وہ 'مخوق' ہو جائے، بالفاظ دیگر مڑوڑ کی وجہ سے جو دباؤ پڑتا ہے وہ آنت کے چہرے ویدی خون کی واپسی کو روکنے کے لئے ٹوکا فی ہوتا ہے مگر اس کی شریانی رسد کو روکنے کے لئے کافی نہیں ہوتا لہذا 'استلا'، نزف اور رنگرین پیدا ہو جاتی ہے۔

تختیق بندوں کی وجہ سے اور روزنوں کی راہ۔ اساجوں کے اس گروہ کو اندونی مخوق فتق (internal strangulated hernia) کہہ سکتے ہیں۔ آنت کا ایک چہر (عموماً لفافی) ایک روزن، جیسے کہ سوراخ و نسلو (foramen of Winslow) میں سے پھسل کر نکل آتا ہے، اور جب سوراخ کا حاشیہ اس کی گردن کو پکڑ لیتا ہے تو مخوق ہو جاتا ہے۔ لیکن بسا اوقات یہ حلقہ 'خافق' اسٹن انفخامی بند سے بنتا ہے جو شکم کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ تک پھیلتا ہے اور جبکہ نیچے سے

آنت کا چنر گزندہ جاتا ہے۔ تندو کی اس قسم کا ایک کثیر الوقوع سبب وہ پیدا نشی غیر طبعی حالت ہے جسے عطفہ میگل (Moekel's diverticulum) کہتے ہیں۔ یہ لافانی کی ناچسپیدہ جانب سے نکلا ہوا ایک انگشت نما زائدہ ہے، جس کا طول ۲ تا ۴ انچ اور قطر ۱ تا ۱.۵ انچ ہوتا ہے۔ یہ تری ماساریتی قناتہ (omphalo-mesenteric duct) کا (جس کے ذریعے ابتدائی کمال تاچہ زردی کے ساتھ ارتباط حاصل کرتی ہے) باقی ماندہ حصہ ہے۔ یہ لافانی سے اس نقطہ پر نکلتا ہے جو احمد سے ۸ تا ۱۲ انچ فاصلہ پر ہوتا ہے اور اس کی اندھی انتہا عموماً آزاد ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ وہ ایک سیفی بند کے ذریعہ ناف کے مقام پر شکم کی اعلیٰ دیوار کے ساتھ یا ماساریتہ کے ساتھ یا کسی دوسرے نقطہ پر باریلونی سطح کے ساتھ چسپاں ہو جائے۔ ایسی صورت میں ایک حلقہ بٹھاتا ہے جس کے اندر سے آنت کے ایک چنر گزندہ کر موقوف ہو جاتا ممکن ہے۔

انضغاط اور جحڑ۔ اس گروہ میں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:۔ حادثہ نشی جو ایک منفرد بند کے جرح کے باعث ہو۔ اندامات جو آنت کو دبا کر پھیکا دیں۔ اور آنت کے متعدد لمحوں کا باہم چپک جانا۔

امراضیات۔ حادثہ معمولی کی جہلک اسابت میں مقام تندو سے اوپر کی آنت بہت متندہ اور اس سے نیچے کی آنت ہبوط اور غالی پانی جاتی ہے۔ یہ تندو تنگی کے عین اوپر شروع ہوتا ہے اور آنت کو تندو کی شدت یا مدت کے لحاظ سے کم و بیش فاصلہ تک موقوف کر دیتا ہے۔ مثلاً میگما بڈ کے تندو میں سارا قولون اور چھوٹی آنت کا بہت سا حصہ موقوف ہو جاتا ہے۔ لافانی کے تندو میں چھوٹی آنت متندہ اور قولون پیکا ہوا ہوتا ہے۔ متندہ اوپر والے حصے میں برازی مائوس کی کچھ مقدار ہوتی ہے جس کا رنگ ہلکا بھورا یا زردی مائل بھورا، اور قوام یکساں طور کا گھاڑھا سستال ہوتا ہے۔ تندو خواہ چھوٹی آنت میں ہو یا بڑی آنت میں۔ اسی صوبیت حالات پانی جاتی ہے۔ مزمن اسابتوں میں ممکن ہے کہ متندہ آنت بوجہ اُن سامعی کے جو وہ تندو کو دفع کرنے کے لئے کرتی رہتی ہے، بتدریج بیش پروردہ ہو جائے۔ بالآخر ممکن ہے کہ اوپر کے متندہ حصے میں آنت کی طاقت جواب دیدے اور نام نہاد ویرازی قرا ہے (stercoral ulcers) بن جائیں، اور ان میں سے

بعض اشخاص پیدا کر دیں۔ حادثہ تحقیق میں دوران خون میں راستہ مداخلت ہونے کے باعث، تنگی کے مقام پر اغشاث واقع ہو سکتا ہے۔

مسلل معدی تشدد ایک ہلکے مرض ہے، اور مقام تشدد جس قدر زیادہ بلند واقع ہو، وقوع موت، اس قدر سریع تر ہوتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات جو ایک حاسیتی حلوکے تغیرات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 138) 'بیض خون میں غیر پروتینی نائٹروجن اور بانی کاربونیٹ کی زیادتی اور اس کے ساتھ قلووی دمویت اور قلیل کلورائیڈ (جو غائب ہو کر بافتوں کے اندر پھیل جاتا ہے) (61)۔ اور ناگہانی پروتینی تفرق یا پروتینی صدمہ کی وہی قویہ اس پر بھی صادق ہو سکتی ہے۔ یہ رائے بھی پیش کی گئی ہے کہ عصیہ ویلچی (B. Welchii) کا غیر معمولی تعداد اور ساتھ ہی چھنی آنت سے سم کا انجذاب واقع ہوتا ہے۔ یہ پروتینی تفرق کو شروع کر سکتا ہے۔ ضد سم کے اشراب کے اچھے نتائج مندرج ہوئے ہیں (62)۔ دوسری رائے یہ ہے کہ آنت کے اندر سغرائی موجودگی ایک فزولوشی ہے، اور اس میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ صفراء کے مستقیم اشراب کے بھی اچھے نتائج بیان کئے گئے ہیں (63)۔

حادثہ تشدد کے علامات۔ ایک بند سے تحقیق ہو جانے کی صورت میں مریض کو یکایک شدید درد حکم ہو جاتا ہے، جو عموماً ناف کے قرب و جوار میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ چلتا پھرتا ہو، یا کھانا کھا رہا ہو، یا نیند سے بیدار ہو جائے۔ پھر مریض قے کرتا ہے۔ مبرز کی راہ سے نہ تو پاخانہ نکلتا ہے نہ سبج خارج ہوتی ہے۔ قے جو پہلے معدی ہوتی ہے اور پھر صفراوی، بالآخر برازی ہو جاتی ہے۔ مریض پر اس کا اثر بہت اندیشہ ناک ہوتا ہے۔ ہبوط بلندی شروع ہو جاتا ہے۔ چہرہ سست جاتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر اند بیٹھ جاتی ہیں، نبض صغیر و سریع ہوتی ہے، اور پیش لبسی یا تحت الطبعی درجہ پر۔ زبان خشک ہو جاتی ہے، اور تشنگی مسلسل ہوتی ہے۔ شکم کا تشدد عموماً بعد کی آمارت ہے، اور تشدد کے مقام وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر تشدد چھنی آنت سے بالائی حصے میں ہے تو ممکن ہے کہ شکم چھٹا ہو یا ناف سے اوپر صرف اس کا بالائی حصہ متمدد ہو۔ اگر لفافہ کی زیریں حصہ یا اپری آنت سے

منفوق ہے تو تند نسبت جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے اور شکم کیساں طور پر بڑا ہو جاتا ہے۔
الیمیت عموماً تاخیر کے ساتھ یعنی تند کو دوار ہونے کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اگر یہ حالت
رفع یا درست نہ ہوئی تو خشکی یا حاد یا ریطونی التهاب سے (جس کی خاص علامت ایک
عام منتشر الیمیت ہے) موت واقع ہو جاتی ہے۔ مدت مرض چار تا چھ روز ہے۔
جب آنت مسدود ہوتی ہے، مگر منفوق نہیں ہوتی، تو مرض کی ابتدا، نسبت

زیادہ تدریجی اور غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ درد و قہقہوں کے ساتھ اور کم شدید ہوتا ہے۔
برازی قے اور تند تاخیر کے ساتھ ہوتے ہیں، اور دیوار شکم ڈھیلی اور نرم ہوتی ہے۔
سنگ صفرا سے تسد ہونے کے باعث جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ اکثر
مہینہ ہوتے ہیں۔ آٹنا عشری میں قہقہہ ہو جانے کے باعث، اور اڑاں بعد رنگ صفرا
سے آٹنا عشری کے تسد کے باعث پہلے وہ حاد ہوتے ہیں۔ خون کا اخراج یا خون کی قے
ہوتی ہے۔ پھر جب سنگ صفرا چھوٹی آنت میں سے گزرتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے
ہیں، لیکن اگر سنگ صفرا لگانے اچھری مصراع کے مقام پر رک گیا تو علامات ایک
دور و زین پھر حاد طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

مزمن تسد کے علامات۔ مزمن تسد میں، جیسا کہ حوضی قولون یا قولون
نازل کے مرض نمیت کے باعث ہو جاتا ہے، ابتداً علامات صرف براز کے
گزرنے میں توسط درجہ کی رکاوٹ پر دلالت کرتے ہیں کیسے قدر مقامی درد اور کچا
کاپے قے ہوتی ہے، جو اذعال غذا سے کوئی خاص تعلق نہیں رکھتی۔ قبض بقیہ مدتی
کے ساتھ ہو جاتا ہے، لیکن وہ منقحات سے رفع کیا جاسکتا ہے قبض وقتاً فوقتاً
تخلیف وہ ہوتا ہے قے زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے مگر پھر بھی برازی نہیں ہوتی، بظلم
بیت متمدد ہو جاتا ہے، اور آنت کے بیش پروردہ لچھے حرکات دودیہ کے وقت شکم
کی سطح پر سے نظر آنے لگتے ہیں۔ حرکت دودی کے ساتھ گڑا ہٹ کی آوازیں یا فراق
سنائی دیکھتے ہیں۔

ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً چند سیال دست آئیں، اور مائع براز کی کئی بڑی
تغیر فیض ہو جائیں، جس سے شکم کی گھٹائش جلد ہی کم ہو کر لمبی ہو جاتی ہے، اور تمام
علامات میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ واقعات کا یہ سلسلہ ایک سے زائد بار

رودنا ہو، لیکن پہلے یہی کسی حد میں تسدو کا مل ہو جائے گا اور وہ حادثات 'حوادث' بیان کئے گئے ہیں، نمودار ہو جاتے ہیں۔

عمل تفتیق - چھوٹی آنت اور بڑی آنت کے تفتیقات کے درمیان ذیل کے فروق نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ اول الذکر میں تھے بلع شروع ہو جاتی ہے، اور زیادہ تر ادخال غذا سے پیدا ہوتی ہے۔ آخر الذکر میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا، تمد نسبت زیادہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تفتیق یا بالید ہرز کے قرب میں ہونے کی وجہ سے پاخانہ کی شکل میں تغیرات پیدا ہو جائیں، اور وہ فیتہ نما ہوں۔ تاسیر بھی بار بار موجود ہوتی ہے۔ جب تمد بالخصوص قولون کو ناف کرتا ہے تو تمد و قولون صاعد و نازل اور قولون ستر میں کی وجہ سے (جو درمیان میں سے نیچے کی طرف جھکتا ہے اور دوسرے دو بچھے بنا آتے) آنت کے متعدد برٹے انتصابی لچھے نظر آسکتے ہیں۔ جب چھوٹی آنت خاص طور پر تمد ہوتی ہے اور قولون ہبوط ہوتا ہے تو یہ تمد دھچکے شکم میں عشاء پڑے رہتے ہیں اور اس طرح میٹھی کا نمونہ (ladder pattern) بناتے ہیں۔

تسدو کی تشخیص - تمد واقع ہونے سے پہلے ماد معوی تسدو کو استواری کی غیر موجودگی اور نسبت زیادہ بار بار ہونے والی قے کی وجہ سے جو برادی ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے، مختلف مادہ شکی آفتوں (جیسے کہ ہضمی قرعہ، اس کے انتقاب، التهاب، خرابی، اس کا دھنڑا، اس کا نفقہ، اس کا اسہال اور قولنجی دردوں) (ملاحظہ ہو صفحہ 363) سے تیز کیا جاسکتا ہے۔ جب تمد موجود ہو تو معوی تسدو کو ماد التهاب باریلون کے آخری درجے سے (جو کسی سبب سے ہو) تیز کرنا چاہئے۔ ماد رکود کی موجودگی کی دریا فت و تار مینی حقہ چند گھنٹوں کے وقفے سے دکر کی جاسکتی ہے۔ پہلا حقہ نیچے کی آنت کو صاف کر دیتا ہے۔ دوسرا حقہ قبض کی وجہ سے ثابت کر دیتا ہے، معاستقیم کا بھی اٹکل سے امتحان کرنا چاہئے۔ تسدو کی اس باتوں میں دو اکثر خالی اور قس، یا غبارگی یافتہ ہوتی ہے۔

دوسری حالتیں جن میں تفرق کرنا چاہئے ماسا ریسی سلا ادیت اور حلقیت اور ہینوٹ کا پراپیٹیر (Henoch's purpura) ہیں اور یہ سب ایسے ہی علامات پیدا کر دیتی ہیں۔ لیکن حقہ سے عموماً کچھ خون نکلے گا۔ ماد تسدو کی

مشابہت بعض عضبی الاصل یا سمتی الاصل حالتوں سے ہو سکتی ہے، جن میں میکانی یا الہتانی ضررات کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک حالت ہزال نخاع کے معدی بجز اذات کی ہے، جن میں درد اور تھکے ہوتی ہے۔ لیکن ان میں شکم باز کشیدہ ہوتا ہے، اور قے کیا ہوا سہال اگرچہ مقدار میں بہت زیادہ ہوتا ہے تاہم وہ میلا سبز اور پانی جیسا ہوتا ہے گرازی نہیں ہوتا۔ اسی مریض میں اسی طرح کے حلوں کی حرکت سے، اور رگ کی جھجک اور حدقی مسکوئہ نور (pupil light reflex) کی غیر موجودگی سے ہزال نخاع کی تائید ہوگی۔ دوسری حالت آغا ز پیر ذیابیطسی قوما (diabetic coma) کا حادثہ ہے، جس میں ایک سے زائد بار تقریباً علیہ کیا جائے کو قوما مریض کو عموماً غنودگی شروع ہونے کو ہوتی ہے، اور اگر اس کے بول کو دیکھا جائے تو اس میں شکر اور آسیتو آسینک آسید (aceto-acetic acid) پائے جاتے ہیں۔ یویریا دمویت کی تشخیص مشکل ہو سکتی ہے، بالخصوص اسوجے سے کہ مثال حیاتی کیمیائی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس میں قے برازی ہوگی۔ بروں شکمی فتق (extra-abdominal hernia) سے تردد ہونے کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے، خواہ یہ فتق اُربی، فحذی، یا سادی ہو۔

علاج۔ جب مادہ محوی تردد کی تشخیص قائم ہو جائے تو بیشک کمرنگائی یا پیٹ کو کولڈینے کا علیہ بلانا خیر انجام دینا چاہئے۔ اور سبب تردد کی تحقیق کے بعد اسے رفع کرنے کی کوشش کرنی چاہئے، یا اگر ضرورت ہو تو آنت کو تردد سے اوپر اس کے سب سے زیادہ متدد حصے میں سے صرف کھوکرا ایک برازی نامور قائم کر دینا چاہئے۔ ملج تصفیقات اور ہ فیصدی ڈیکسٹروز کے ستقیی اثرات دئے جاسکتے ہیں اور ان سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ ضد ویلج مصل (anti-Welch serum)۔ مکتب سینٹی میٹر دروں عضلی مادے، جو حسب ضرورت روزانہ دئے جائیں، سے اور صفراء کے ستقیی اثرات سے علاج کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ درد رفع کرنے کے لئے افیون یا مارفا کا دینا شاذ ہی قرین مصلحت ہے۔ اس سے درد میں کمی ہوتی ہے اور قے ترک جاتی ہے، لیکن اس میں یہ سخت قاحت ہے کہ دواہم علامات ماتیاتی رہتی ہیں اور مریض کی حالت کے متعلق ایک اغمیان کا ذب پیدا ہو جاتا ہے حالانکہ مرض

ترقی پذیر ہوتا ہے۔ مقامی طور پر تارپنی کمادات، یا فلائین کے کڑووں کو گرم پانی میں
 بھجھو کر اور ان پر صبغہ لفاع (tincture of belladonna) یا صبغہ ایفون
 (tincture of opium) چھڑک کر، یا پیسی ہوئی اسی کی گرم پوٹلیں استعمال کرنے
 سے مزید آرام حاصل ہو سکتا ہے۔

ہذا من تسدد میں، جو کہ بالخصوص قضیقات اور یا لیدوں کا نتیجہ ہوتا
 ہے، خواہ وہ چھوٹی آنت میں ہوں یا بڑی آنت میں، غذا کے اتحاب میں احتیاط لازم
 ہے تاکہ ہضم باقاعدہ رہے اور معمولی مشمولات تھقیق کے پار آسانی گذر جائیں جیسے
 اور کبھی کبھی طبیعات استعمال کر کے وقتاً فوقتاً تفریح قائم رکھنا چاہئے۔ اگر قبض نہایت
 سخت ہو، اور بالخصوص اگر تمد زیادہ ہو اور کئے ہو تو علاج حادثہ د کے علاج
 سے مماثل ہونا چاہئے۔ ایفون، لفاع کے ساتھ یا لالفاع کے دیجا سکتی ہے اور غذا
 صرف خفیف مقداروں میں یا براہ معاستقیم دیجاتی ہے، اور اس طرح جلد سکون حاصل
 ہوتا ہے۔ بالآخر اگر زندگی کی تطویل کرنا ہے تو علیہ کرنا ضروری ہوگا۔

رازی اجتماعات کے لئے عموماً حقنہ بڑے بڑے اور بار بار دینا کافی ہوجائے
 لیکن ایسے مریض کے لئے احتیاط کے ساتھ غذا، ورزش، بجلی یا ڈک کے ذریعہ
 طویل عرصہ تک زیر علاج رہنا ضروری ہے، تاکہ آنت کو اس کی مابقی قوت دوبارہ
 حاصل ہو جائے۔

انغماد الامعاء

(intussusception)

اگر آنت کا ایک قلعہ، یا یوں کہئے کہ اس کے چند انچ، اس کے قوری
 متصل حصے کے اندر پھسل کر داخل ہو جائیں، تو وہ انغماد الامعاء کہلاتا ہے۔
 یہ فی الفور سمجھ میں آجائے گا کہ اس میں باہر سے اندر کی طرف آنت کے مرکز کو جاکے ہوئے
 معوی دیوار کی تہیں پائی جاتی چاہئیں، جن میں سے سب سے اندرونی تہ کو
 دخال تہ (entering layer)، سب سے باہروالی کو گینگہ تہ (receiving
 layer) یا خلاف، اور ان دونوں کو جوڑنے والی تہ کو دہامیبانی تہ

(middle layer) کہہ سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ آنت کا کوئی بھی حصہ اپنے اوپر والے قلعہ کے اندر داخل ہو کر ایک انفادو مہا عل (ascending intussusception) یا اپنے نیچے کی آنت کے اندر داخل ہو کر انفادو نازل (descending intussusception) بنا سکتا ہے۔ ہمیں ملاحظہ ہمیشہ آخر الذکر سے ہی واسطہ پڑتا ہے۔

انفادات آنت کے کسی بھی حصے میں واقع ہو جاتے ہیں، اور ان کے نام بھی اسی لحاظ سے رکھے گئے ہیں مثلاً چھوٹی آنت کے انفادات معوی اور بڑی آنت کے قولونی یا مستقیمی کہلاتے ہیں۔ لیکن لفائفی اور قولون کے نقطہ اتصال پر دو قسموں کے انفادات واقع ہوتے ہیں:- (۱) لفائفی اعوری جس میں لفائفی اور اعوری قولون صاعد کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، لفائفی اعوری مصرع سب سے آگے بڑھا ہوا نقطہ ہوتا ہے، لفائفی و نازل ہوتی ہے، اور اعوری میانی تہ کا سب سے آگے بڑھا ہوا حصہ۔ (۲) لفائفی قولونی جس میں لفائفی کا سب سے نیچے کا حصہ لفائفی اعوری مصرع کے پار ٹنکس ہو جاتا ہے، یعنی ایک معوی انفادو کا سلسلہ قولون کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ لفائفی قولونی انفادات ان مختلف قسموں میں سے شاذ ترین قسم ہے، اور لفائفی اعوری سب سے زیادہ عام ہے کیونکہ وہ تمام اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں ہوا کرتی ہے۔

381

ایک انفادو واقع ہونے پر نہایت اہم تغیرات رونما ہو جاتے ہیں، جن کا انحصار آنتوں کی تشکیلی مجاورتوں پر ہوتا ہے۔ اگر یہ انفادو کچھ بھی وسیع ہو تو ایک دبیر اسطوائی ورم بنا دیتا ہے، کچھ تو اس وجہ سے کہ آنت کی پوری گولائی میں ایک تہ کے بجائے تین تہیں موجود ہوتی ہیں، اور کچھ اس وجہ سے کہ اسٹولا اور ہیچ موجود رہتا ہے جس کی توجہ ابھی کی جائے گی۔ آنت کی ماساریقی مجاورتوں کی وجہ سے یہ اسطوائہ خمیدہ شکل کا ہوتا ہے، کیونکہ اس کی اندرونی اور درمیانی تہوں کو رسد پہنچانے والے عروق اتنے ہی لیے ہوتے ہیں کہ جتنے گیرندہ تہ کو رسد پہنچانے والے عروق اور باہر موجود ایک انھیس نہ صرف انفادو کے کنارے تک پہنچنا پڑتا ہے، بلکہ اس کے اندرونی میں اندرونی اور درمیانی تہوں کے درمیان بھی جانا پڑتا ہے، جس سے آنت کے اس حصے کے بالائی سرے پر کھینچاؤ پڑتا ہے۔ جوں جوں انفادو بڑھتا ہے وہ آنت میں

اور آگے حرکت کرتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک لفافہ معوی انفاد کا اندرون
استوانہ معادستقیم تک پہنچ جائے، بلکہ مہر میں سے باہر ابھر آئے۔ اسکے ساتھ ہی ساتھ
یہ سلحہ نسبت بڑا ہوجاتا ہے۔ عروق کی شدت کے صدر ترتیب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ مشغول
اور مشغول ہوجاتے ہیں، جس کی وجہ سے انفاد کی دیواروں کا اتلاؤ اور اُذیا، بلکہ
اُس کی مخاطی سطح سے زرف واقع ہو کر معادستقیم کی راہ سے خون خارج ہونے لگتا
ہے۔ یہ واقعہ مخصوص مرض میں سب سے زیادہ کارآمد ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت جلد ہی
جہلک انجام کو نہ پہنچ جائے تو آنت کی تہوں میں التهابی تغیرات پیدا ہو کر انہیں
باہم پیوستہ کر دیتے ہیں، جس سے انفاد کے آگے بڑھنے اور اس کی ترجیع دونوں
میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ اور بالآخر، ممکن ہے کہ دقتال اور درمیانی تہوں کی
دعوی رسد کی تخلیق کی وجہ سے یہ تہیں ٹکریں ہو کر اغاثات بند ہوجائیں اور معادستقیم
کی راہ سے خارج ہوجائیں۔ اگر اس واقعہ سے پہلے دقتال نہ کاہر وئی اور درمیانی
تہوں کے درمیانی زاویہ کے ساتھ مضبوط انفامی الحاق ہوجاتا ہے تو آنت کی دقتال
علاوہ قائم ہوجاتی ہے، اور نتیجہ حقیقی شفا یا فی ہوتا ہے، اگرچہ ایسا نہایت شاذ ہی
ہوتا ہے۔ اگر یہ الحاق نامکمل ہو تو اندرونی استوانہ کی غلغلگی کے بعد جہلک عاجز رہی
واقع ہوجاتی ہے۔

بحث اسباب۔ معوی التہاب، انفاد الامعاء کا عام ترین سبب بنت
ہے بعض اوقات انفاد راست تغیرات کے بعد پیدا ہو گیا ہے۔ بعض اوقات
معوی سعدنے اور مرطانات اس کا سبب ہوتے ہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ متناک
کے پیرپور (Henoch's purpura) میں یہ معوی دیوار کے اندر زرف واقع ہونے
کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے، لیکن طفلی میں بہت زیادہ
کثیر الوقوع ہے۔ انفاد کی فوری میکانت کے متعلق کوئی ایسی بات نہیں کہی جاسکتی
جو متعین ہو، سوائے اس کے کہ وہ غیر منظم حرکت دودی کی وجہ سے ہوتا ہے۔
علامات۔ ماد انفاد کا حلا اس تخنق کے حلا سے غیر شاہ نہیں ہوتا، جو
بندوں کے ذریعہ سے واقع ہوجائے۔ یعنی مریض کی قدرت دفعہ درد میں مبتلا ہوجاتا ہے
جو کم و بیش مستمر ہوتا ہے، اگرچہ یہ درد وقتاً فوقتاً زیادہ بھی ہوجاتا ہے، اور مرد و عورت

نوعیت رکھتا ہے شیش خرابیکے میں اس کا آغاز بچے کے چنچ اٹھنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ سلی اور قے بھی ہوتی ہے، لیکن قبض ابتدا میں نہیں موجود ہوتا۔ اس کے برعکس عموماً اجابت ہو کر لی ہے، اور یا تو رقیق برازیل (جیسا کہ انفراد کا میز خاقہ ہے) خون غلط کے ہمراہ یا اس کے بغیر خارج ہوتا ہے۔ فی الحقیقت بچہ سادہ اساتوں میں خون براہ معارفیم خارج ہوتا ہے۔ اور اکثر اوقات بلارادہ کا ٹکھنا اور تادیر موجود ہوتی ہے بشکم ہیشا زیادہ متورم نہیں ہوتا، لیکن امتحان کرنے پر عموماً ایک دوسرا میز خاصہ شکارا ہوتا ہے، یعنی اس سلسلہ کی موجودگی جو انفراد کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکا محض وقوع قدر تا مقام ضرر پر منحصر ہوتا ہے۔ نسبت معمولی لغائفی اعور قسم میں وہ ابتدا تو اسی پہلو میں واقع ہوتا ہے، لیکن جوں جوں انفراد زیادہ ہوتا جاتا ہے وہ ناف کے نیچے میں محسوس ہونے لگتا ہے، اور عموماً بیضی، استوائی، یا مکمل شکل ہوتا ہے، اور ناف سے اوپر شکم میں عوضاً بڑا رہتا ہے۔ ازاں بعد وہ بائیں پہلو میں بائیں حرقی مغز کے اندر چلا جاتا ہے، اور بالآخر اسے اٹکی معارفیم کے اندر محسوس کر سکتی ہے، یا وہ حقیقتہً مزے سے باہر اُجھرتا ہے۔ بعض اوقات کمال قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی بہت تندر اور برازی قے ہوتی ہے۔ اور کبھی ہبوط بہ سرعت شروع ہو کر محسوس گھٹنوں میں، یا دو سے یا تین یا چھ دونوں تک میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ بالکل نوجوان شیرخواروں میں موت بالخصوص سرخ الوقوع ہوتی ہے۔

لیکن علامات حیشہ استقدر ماد نہیں ہوتے، اور حقیقت انفراد کا ہیشہ بلکہ ہیشہ موجود رہنا ممکن ہے۔ ان زیادہ مزین اساتوں میں آنت کی ماؤف شدت وسعت عموماً کم ہوتی ہے، اور اس کی قتال کمال طور پر سدود نہیں ہوتی ہر اسلج پاخانہ ہونا ممکن ہوتا ہے، اگرچہ اس کے ساتھ ہی تقریباً نصف اساتوں میں خون بی خارج ہوتا ہے، مریض کو روزے کے ساتھ مراد و جیسے درجہ ہوتے ہیں، گویہ لازمی نہیں یہ بڑی شدت کے ہوں بشکم رخ ہوتا ہے، اور انفرادی سلسلہ ایک اہم میز خاقہ میں کرتا ہے، یعنی ایک تغیر لپیکشفت، چنانچہ وہ مراد کے ردوں کے ساتھ ہمزمان طور پر سخت ہو جاتا ہے، لیکن ان کے رفع ہو جانے کے بعد جلد ہی نرم بلکہ غیر محسوس ہو جاتا ہے۔

تحت الحاد اور مزمن امیابوں کے اختصاات مختلف ہوتے ہیں مکن ہے کہ ان کا نتیجہ مستکی کی وجہ سے بالآخر موت ہو، یا کال تسرد مصقے، قبض، تسرد شکم اور مری پھول کے۔ یا مکن ہے کہ وہ ایک مقامی التهاب باریطون پیدا کریں، جسکے بعد پھوڑا بھجائے یا زیادہ معویٰ التهاب باریطون ہو جائے۔ یا مستفہ حصہ بذریعہ غشاء غلظہ ہو جائے، اور اس طرح معویٰ قنال پھر قائم ہو جائے۔

تشخیص۔ انفاد کے خاص صفات یہ ہیں: اشخی درد، قے، معا رستقیم سے خون کا آنا اور ایک ایسے بیضوی یا لنبوزہ سلقہ کی موجودگی جس کی کثافت لمحہ بہ لمحہ بدلتی ہو، اور جو قولون کے ممر میں اقامت کریں ہو، یا معا رستقیم میں واقع ہو لیکن تا وقتیکہ ایک معدم جس نہ دیا خاک پیلو ہمیشہ محسوس نہیں کیا جاسکتا، بالخصوص ان شیرخوار بچوں میں جسکے شکم بہت متبہد ہوں۔ بچوں میں معویٰ التهاب اور غاصہ ہی اسہال کا اس سے مشابہ ہو جانا مکن ہے، اور بعض اوقات متقبض آنت کا ایک ٹکڑا ایک رسولی بنا دیتا ہے۔ زیادہ اکثر خون مخاط کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے۔ میناک کے پرنپورا (Henoch's purpura) میں دوسرے مقام پر بھی ضررات ہو سکتے ہیں اور متعدد مفاصل کا التهاب (multiple arthritis) بھی موجود ہوتا ہے۔ بیریم کے حقنہ کے بعد لاشعاعی امتحان سے کام لیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ جاد انفاد کے تدارک کے لئے جس قدر جلد مکن ہو تر جیع کی کوشش کرنی چاہئے، اور اگرچہ بعض امیابوں کا علاج مستقیم اور قولون کے اندر سیالات کے اثرات سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے، تاہم جراح کے لئے زیادہ بے خطر اور زیادہ یقینی طریقہ علاج یہی ہے کہ شکم شغائی کا علیہ کر کے احتاط کے ساتھ تر کے ذریعہ انفاد کی ترجیع کر دے۔ نسبت زیادہ طویل المدت امیابوں میں مکن ہے کہ انفادات کی وجہ سے ترجیع نامکن ہو۔ ایسی صورت میں تو دے کے کچھ حصہ کا یا پورے تودہ کا استیصال قنی عمل میں لانا چاہئے۔

مزمن قسموں میں بھی جبکہ اس ضرر کی نوعیت شناخت ہو جائے، علیہ کر دینا چاہئے۔

ہرش پرنک مرض

(HIRSCHSPRUNG'S DISEASE)

(کلائی قولون = megacolon)

یہ ایک نادر مرض ہے، جس کا خاصہ قولون کا اتساع اور بیش پرورش ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اس کے علامات زندگی کے ابتدائی چند ہفتوں میں شروع ہو جاتے ہیں، دوسری اصابتوں میں ابتدائی لفظی میں، اور باقی اصابتوں میں اس سے بھی بعد ہوتے ہیں۔ قبض سخت قسم کا اور متواتر ہوتا ہے، جس میں ایک وقت میں دینین ہفتوں تک پافانہ نہیں ہوتا۔ کسک بے انتہا متہدد ہوتا ہے، چنانچہ اس سے سینہ پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ بذات خود ایک خطرہ ہو سکتا ہے کسک کی دیرادوں میں سے قولون کے متہدد بچے نظر آ سکتے ہیں، ان بچوں میں حرکات دودیر نظر آتے ہیں۔ بچہ ڈبلا ہوجاتا ہے اور نسبت زیادہ عمر والے مریضوں میں ناقص تغذیہ اور بچکے زرد رنگ کی جلد دیکھی جاتی ہے۔ یہ مرض سرسبز طور پر سنگ مرمر نہیں ملے کرتا، لیکن بین رومرغ اور متہدد الدم کی وجہ سے موت واقع ہوجانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ موت کے بعد قولون اپنے معمولی قطر کی نسبت ڈگن یا پھجنا قطع اور اکثر بہت مفلول پایا جاتا ہے۔ اور طویل المدت اصابتوں میں مثلی ریشے، بالخصوص مدورہ کے، بہت بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ بلحاظ اس امر کے کہ اتساع کا آغاز بزرے میں اور ہوتا ہے یا حوضی مستقیمي حوضے میں اور، اس مرض کی اصابتوں کی دو قسمیں ہوتی ہیں، جو تقریباً مساوی طور پر عام ہیں۔ افرامیات کے تعلق نہایت قریب قتل رائے یہ ہے کہ اس مرض کو مری کے مزین اتساع سے مشابہ تسلیم کرتے ہوئے، اسے بزر یا حوضی مستقیمي حوضے کے تسدد (عدم ارتخاد) کا ثانوی نتیجہ سمجھا جائے (64)۔

تشخیص۔ کلائی قولون اتنی فرام نہیں۔ لاشعاعوں کے ذریعہ آنت میں گیس کی بہت بڑی مقداریں دیکھی جاتی ہیں، جو کہ بائیں ڈایا فرام کو اوپر دیکھیل دیتی

اور جگر سے اوپر اٹھ آتی ہیں۔ سکائیڈین آسانی سے داخل کی جا سکتی ہے اور ایک قلعہ
 قویون دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک بیریج ملے ہوئے حقہ سے بھی نظر آتا ہے۔
 علاج۔ اس امر کی کوشش کرنی چاہئے کہ قویون براز سے خالی رہے۔ مسبل اور
 چنڈاں کا راز آندھیں۔ تبریزی قسم میں ایک ستیمی ٹی کی وسالت سے قویون کو دروازہ کھولنا
 دھوکے ہیں۔ آخر الذکر کو قویون کے اندر رات بھر رہنے دیا جا سکتا ہے۔ حوشی ستیمی
 قسم میں علاج استدر آسان نہیں ہوتا۔ لیکن تیل یا ٹیلیسٹین کے حقے مفید ہو سکتے ہیں۔
 ممکن ہے کہ پشوئین (ایک کعب سمندر بے اثر ہے) ترقی اور ذلک بھی جلد ہوں
 تبریزی عاصہ کو قلعہ کیا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ جراحی عمل کی ضرورت پڑے جو یا تو
 قویونی تغویہ ہوتا ہے یا لٹانی قویونی تغویہ یا قویون کے قلعہ کا استیصال کا فی

جگر کا امتحان

جگر دائیں مرقی خط میں، پسلیوں سے نیچے واقع ہے، اور شریسیف کے
 بالائی حقے کے واپار پھیلتا ہے۔ طبی حالت میں وہ آخر الذکر مقام پر قائم رہی سوس
 کیا جا سکتا ہے، اور وہاں بھی صرف اسی وقت جبکہ حکمی جداریں بہت تلی ہوں۔
 قریع کرنے سے پستانی خط میں اضمیت (کبدی اضمیت) چھٹی پسلی کے بالائی
 کنارے سے لیکر ضلعی حاشیہ تک پائی جاتی ہے۔ بغلی خط میں کبدی اضمیت انھوں
 پسلی سے، اور غلظ الکلف کے زاویہ کے خط میں دسویں یا گیارہویں پسلی سے شروع ہوتی
 ہے۔ جب یہ مضبوط ہو جاتا ہے تو وہ ضلعی حاشیہ سے نیچے نکلا ہوا ہوتا ہے اور اس کا
 زیرین حاشیہ دائیں پہلو سے بائیں ضلعی حاشیہ تک شکم کے واپار پھیلا ہوا ہوتا ہے۔
 یہ اضمیت ایک متناظر درجہ تک نیچے شکم کے اندر ہی پھیلتی ہے، لیکن چونکہ اس کے
 نیچے اہلیتیں موجود ہوتی ہیں، لہذا یہ اضمیت جگر کی آزاد کور کے قریب آتی کامل نہیں ہوتی
 جتنی کہ اس سے نسبتاً اوپر۔ سینہ کے حدود کے اندر جگر کا داخل صرف اسی وقت
 ہوتا ہے جبکہ اس کی کلائی (۱) عمومی کی نسبت زیادہ تر محدود المقام ہو، جیسے کہ وہ
 کلائی جو سرطمان کیسیہ، یا چوڑے کے سبب سے ہوا کرتی ہے۔ یا (۲) جبکہ جگر کو

اس کے نیچے کی کوئی چیز اور کی طرف دھکیل دے۔

ظاہری کٹائی جگر کو تنگ کرنے سے، یا سینہ میں مصلحات یا لیوڈائی انتہائی تیل کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اول الذکر جگر کو انتصاباً لٹا کر دیتا ہے، آخر الذکر میں پورا جگر اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ جگر کا نیچے ہٹ آنا یا اس کا سقوط ہر مرض گلیٹنارڈ (Glenard's disease) کے ایک جزو کے طور پر بھی واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 339)۔ ممکن ہے کہ متعدد دمرارہ، کبدی اضمینیت کے زیریں کنارے پر ایک گلو بیچ نما ابھار کے طور پر خط پستانی میں محسوس ہو۔

کبدی شریان جگر کو پھینے والے خون کا ۲۰ — ۴۰ فیصدی ہم پہنچاتی ہے، اور بانی ورید اس کا بقیہ حصہ۔ کتے کا جگر فی منٹ اپنے وزن کے ۳۰ حصہ کے برابر خون وصول کرتا ہے۔ جگر کی حقیقی تشریحی تقسیم دو مساوی نقتوں میں ہوتی ہے، اور یہ مزارہ کے تفرعے لیکر تختانی ورید اجوف والے میزاب تک کھینچے ہوئے خط سے واضح ہوتے ہیں، ذہنی شکل ربط سے۔ بانی ورید میں دو کم و بیش جدا جگہانہ دھڑکیں دھڑکیں پہلو پہلو پائی جاتی ہیں۔ بہاؤ کا رخ ماساریتی رقبے سے دائیں نکتہ کی طرف ہے، اور لٹھال سے بائیں نکتہ کی طرف (65)۔ لٹھال اور جگر کو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ ثوریم (thorium) (تھورو ٹراسٹ = thorotrast) کی ایک تجویز کا دروں وریدی اشراب کیا جائے، جس کو ششکی درملی نظام انڈر لیتا ہے (66)۔

کبدی وظیفہ اور وظیفہ کا شفا

جگر کے وظیفہ کا صحیح علم، اس تاریخ سے شروع ہوتا ہے جبکہ مان (Mann) نے کتوں کے جگروں کے استیصال کا عملیہ ایجاد کیا (67)۔ اس عمل کے بعد حیوان تین گھنٹہ یا زیادہ تک طبی معلوم ہوتا، جو تکین عضلی گزوری کی شدید علامات کے بقدر دفعہ نمودار ہو جاتی ہیں، اور بعد ازاں جھکے اور تشنات بھی پیدا ہوتے ہیں۔ یہ قلیل شکر دمیت کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور شکر دیگر ان کو محفوظ کیا جاسکتا ہے، چنانچہ حیوان کچھ مدت کے لئے دوبارہ کبھی ہوتا ہے۔ لیکن پھر علاج کے باوجود

زیادہ شدید علامات نمودار ہو جاتے ہیں اور حیوان قوما کی حالت میں مرجھاتا ہے۔ قلیل شکر دمویت اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ جسم مسلسل شکر جلائے جاتا ہے اور اسکے لئے جو واحد منبع رسد ہے، یعنی جگر، وہ مفقود ہوتا ہے۔ دوسرے حیاتی کیمیاوی تغیرات دموی یوریا کی کمی اور ششاب میں امیونیا اور یوریا کی کمی ہیں اور امینو اسڈز (amino-acids) میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جگر میں امینو یوریدی ہو کر یوریا کی تخوین قدرتی طور پر ہوتی ہے، اور اس یوریا کا کچھ حصہ گردوں کے ذریعہ امیونیا میں تبدیل ہوتا ہے۔ دموی یورک اسڈ میں زیادتی ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر قدرتی طور پر اس کو بر باد کرتا ہے، اگرچہ آدمی میں ایسا ہونے میں کچھ شبہ ہے۔ نیز یورقا ہوتا ہے، کیونکہ کھال اور لب کے شبکی درحلی خلیات (نیز جگر کے کو فری خلیات Kupffer cells = bilirubin) بناتے ہیں۔ کبدی خلیات اس باہلی روہن کو اپنے اندر جمع کر لیتے اور اس کا افراز صفراوی قناچوں میں اور پھر صفراوی قناقوں میں کرتے ہیں (68)۔ یہ تمام تغیرات شدید کبدی مرض یعنی حادث خور اور سرطان میں وقتاً فوقتاً مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ اس کے علاوہ، مگر سم ربا خواص رکھتا ہے، اور دموی فائبروجن جس کو جگر پیدا کرتا ہے (69) مرض کی حالت میں گھٹ کر زرف واقع ہو جاسکتا ہے، اسبطرح مصلی کیشیم بھی گھٹ سکتا ہے۔ ممکن ہے یورو بائین پولیت (urobilin-uria) موجود ہو، کیونکہ طبعی حالت میں باہلی روہن قتالی غذائی کے اندر یورو بائین (urobilin) میں تبدیل ہو جاتی ہے جس کا کچھ حصہ براز کی سرکوبائین (stercobilin) کی حیثیت سے خارج ہو جاتا ہے لیکن بقیہ حصہ قتالی غذائیں دوبارہ جذب ہو جاتا اور جگر میں واپس ہو جاتا ہے جہاں وہ صفراوی مسخ میں دوبارہ تبدیل ہو جاتا ہے۔ اگر کبدی وظیفہ میں غرابی واقع ہو تو وہ دوران خون میں نکل جاتا ہے اور گردوں کی راہ سے یورو بائینوجن (urobilinogen) کی حیثیت سے خارج ہوتا ہے۔

طبعی جگر باز نکوین کی بہت بڑی طاقت رکھتا ہے۔ چنانچہ اگر اس کا ۱ فیصد حصہ دور کر دیا جائے، تو طبعی مقدار چند ہی ہفتوں میں پانی جاتی ہے۔ جگر کی بہت توثری مقدار اس کی تمام فعالیتوں کے لئے کافی ہوتی ہے، چنانچہ نمایاں تغیرات

جیسے کہ قلیل شکر دیابت، مرض کے نہایت ہی شدید درجے میں پائے جاتے ہیں اور خفیف اقسام میں نام نہاد و لطیف کاشفات کے ذریعہ، کبھی ایک بہت بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، کہ مقدار غیر یقینی نتائج حاصل ہونے کا امکان ہے۔ ان میں سے جو اہم نتائج وہ نیچے بیان کئے گئے ہیں۔

کاشفہ بلند گلوکوز (Levulose test)۔ اس کاشفہ کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ جب لیوگلوکز غذائی قنال سے جذب ہو کر باقی دوڑان خون میں پہنچتی ہے تو جگر اسے بکھرا کر لیتا ہے اور اسی واسطے وہ نظامی دوران خون میں نہیں پہنچنے پاتی۔ اگر جگر نرخی ہو تو لیوگلوکز اس میں اس طرح محسوس نہیں ہوتی بلکہ وہ جگر کے اندر سے گذرتی ہوئی نظامی دوران خون کے اندر پہنچ جاتی ہے اور ذروی شکر میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 462)۔ اس کاشفہ کے عمل میں لانے میں لیوگلوکز کی، ۵ گرام کی مقدار دہن کی راہ سے لی جاتی ہے۔ ذروی شکر کی تخمینہ اس سے پہلے، اور پھر اس کے نصف گھنٹے، ایک گھنٹے، اور دو گھنٹے بعد کی جاتی ہے۔ طبی حالات میں ممکن ہے کہ نہایت خفیف زیادتی ہو، جو ۱.۵ سے کم ہوتی ہے چنانچہ اگر ذروی شکر ۱.۵ فیصدی ہے تو ایک گھنٹے کے بعد وہ ۱۱.۵ فیصدی سے نام نہاد ہوگا لیکن اگر جگر کے وظيفہ میں غرابی واقع ہوگئی ہے، جیسا کہ نازلی یرقان میں یا آرسینو بنیال کے قسم میں ہونا ممکن ہے، تو ممکن ہے کہ ذروی شکر نصف گھنٹے میں ۱۵.۰ فیصدی تک، اور ایک گھنٹے کے اختتام پر ۱۹.۰ فیصدی تک بڑھ جائے، اور پھر وہ بتدریج کم ہو کر معمولی درجہ پر آ جاتی ہے (70)۔ ذروی شکر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ اکثر لیوگلوکز پیشاب میں بھی نمودار ہو جاتی ہے، کیونکہ گردہ اسے بہت جلد خارج کر دیتا ہے۔ اس کاشفہ کا مقابلہ تغیف ذیابیطس شکر (diabetes mellitus) کے کاشفہ سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ لیوگلوکز کی طرح گلاکٹوز (galactose) بھی (۴۰ گرام ۴۰۰ سی سی۔ پانی میں) ایک کاشفہ کے طور پر کام میں لائی جاتی ہے، کیونکہ طبی حالت میں اس سے ذروی شکر میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، یا زیادہ سے زیادہ ۲.۰ فیصدی ہوتی ہے۔ اگرچہ بچوں میں اس سے بلند زیادتی اور تک پانی گنی ہے (71)۔ اس کے استعمال کے بعد کے تین گھنٹوں کے دوران میں پیشاب کے اندر

ایک گرام سے کم گلاکٹوز موجود ہوتی ہے (72) مایچہ گھٹنوں کے دوران میں ۲ گرام۔ ممکن ہے کہ کبدی وٹیف کا بڑا نقص کارکردگی یرقان یا استسقا ریشمی کے وقوع سے ظاہر ہو جائے، جس کا بیان اب درج ہو گا۔ اس تعلق میں بعض مخصوص کاشفات موجود ہیں، ایسے فان ڈن برگ کے کاشفات (Van den Bergh's tests) صفراوی لمحات کے لئے تھے کا کاشف (Hay's test) اور یوروبالین (urobilin) کے لئے پیشاب کا استمان (ملاحظہ ہوں صفحات 386، 509)۔

یرقان

(jaundice)

یہ فان سے خون کے اندر اجزاء و صفراؤ کا دوران کرنا مراد ہے۔ زمانہ نامی میں یہ اصطلاح صرف جلد اور مخاطی اغشیہ کی اس زرد تلوین کے لئے مستعمل تھی جو صبغہ صفراویہ سے ہو جاتی ہے، لیکن اب یہ وسیع تر معنوں میں مستعمل ہے اور اس کا اطلاق ان اصابتوں پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خون کے اندر صفراوی لمحات تو موجود ہوتے ہیں مگر صبغہ صفراویہ نہیں ہوتا (یہ یرقان مفترق کی ایک قسم ہے) علاوہ ازیں ان اصابتوں پر بھی جن میں صبغہ صفراویہ اتنی خفیف مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ اس کا رنگ نہیں پیدا ہوتا (یرقان مخفی)۔

علامات۔ صبغہ صفراویہ کے رنگ کی وجہ سے جلد کی رنگت کم و بیش گہری زرد ہو جاتی ہے، ملتحات چشم زرد ہو جاتے ہیں، اور مرنی اغشیہ مخاطیہ کا قدرتی رنگ زرد رنگ کی وجہ سے مزید طور پر ترسیم یافتہ ہو جاتا ہے۔ کہنے اصابتوں میں جلد کا رنگ زیادہ گہرا ہو کر بالآخر اس میں ایک سبزی باہل یا بھوری زیرتی ملکہ آ جاتی ہے۔ اسے پہلے مینر یا سبیا کا یرقان (green or black jaundice) کے نام سے تیز کرتے تھے، اور اس کی وجہ یہ ہے کہ مزمن اصابتوں میں باہلی روبین (biliverdin) یعنی صفراؤ کا زرد صبغہ جلد میں تنکید واقع ہو کر بتدیج باہلی و روبین (biliverdin)

میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس زرد رنگ کو اُن دوسرے لونی تغیرات سے ممتاز کرنا چاہئے جو حالت مرض میں واقع ہو جاتے ہیں، جیسے کہ مُتلف عدم دُمویست (pernicious anemia) کی حالتوں کا ترکیبی زرد رنگ، طیر پانی مُتلف (malarial cachexia) کا پیکا رنگ، اڈیسن (Addison) کے مرض کا بھورا رنگ، اور وہ زرد رنگ جو ایک مہضہ کیاروٹین (carrotin) کے باعث ہوتا ہے اور برز ترکاریاں اور گاجر میں زیادہ مقدار میں کھانے کے بعد جلد میں پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً مہضہ یعنی آنکھ کی بیرونی جھلی میں رنگ کی شناخت خوب ہو سکتی ہے، لیکن بعض اشخاص میں تحت المہضہ شحم یعنی مہضہ کے نیچے چربی کے چھوٹے تودے ایسی جھلک پیدا کر دیتے ہیں جو اس رنگ سے بہت کچھ مشابہ ہوتی ہے۔

اس کے ساتھ ہی پیشاب کا رنگ بھی مہضہ صفراویہ کی موجودگی کی وجہ سے تبدیل ہو جاتا ہے۔ تھوڑی مقدار میں یہ اسے ایک شوخ زعفرانی رنگ لے دیتا ہے جو سطح پر بچہ ہونے کسی جھاک میں بہترین نظر آتا ہے۔ اگر صفراوی مہضہ زیادہ ہے تو پیشاب کی مقدار بھورے زرد یا زردی مائل بھورے رنگ کا، بلکہ پورٹر (porter) کی طرح سیاہ بھورے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اگر اس پیشاب میں کتان یا کاغذ ڈبویا جائے تو وہ شوخ زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ لیکن مہضہ صفراویہ کی موجودگی اُن کیمیائی کاشفات کے استعمال سے زیادہ یقینی طور پر ثابت کیجا سکتی ہے، جو ابھی بیان کئے جائینگے جسم کے دوسرے افراعات میں سے مہضہ بعض اوقات زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ دودھ پلانوالی عورتوں کا دودھ، آنسو، اور لعاب دہن شاذ ہی رنگین ہوتے ہیں۔ دماغی شغلی سیالی عموماً رنگین نہیں ہوتا۔ یرقان کے حوالے کے آغاز و اختتام پر یوروبیلین (urobilin) جو مہضہ صفراویہ کے مشتق ہے، پیشاب میں اکثر موجود ہوتی ہے، لیکن مہضہ صفراویہ خود باطل نہیں ہوتا، اور یرقانی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا بھی ہے جس میں مہضہ صفراویہ پیشاب کے اندر باطل ہی غائب رہتا ہے۔ (ملاحظہ ہو جے صفراوولی یرقان)۔

یرقان کی بیشتر اصابتوں میں براؤن کا رنگ بد لک سپیدی مائل یا مٹیالے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یرقان کی اُن اصابتوں میں جہاں مہضہ

نہیں ہوتی۔ حال ہی میں یہ بتلایا گیا ہے کہ معوی ماہیہا کسی قدر ترشٹی ہوتے ہیں اور چربی کا انجذاب ایک ایسے مرکب کی شکل میں ہوتا ہے جو آزاد شحمی ترشہ اور صفراوی ترشوں سے بنتا ہے۔ نیز صفراوی کی موجودگی غالباً گندیگی کو روکتی اور معوی دیوار کے عضلی شریں کو تنہیج کرتی ہے۔ چنانچہ قبض اکثر موجود ہوتا ہے، اگرچہ یہ فردی نہیں کہ وہ ہمیشہ موجود ہو۔ جب اسہال واقع ہو تو اسے گندیگی وار براز کی خراش سے منسوب کیا گیا ہے۔

یرقان میں اکثر دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں جو خون کے اندر صفراوی طہات کے دوران کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ وہ علامات یہ ہیں: (۱) بطاء القلب۔ نبض آہستہ ہو کر فی منٹ ۶۵ یا ۷۰ ہو جاتی ہے۔ (۲) کھجلی۔ یہ اس قدر شدید ہو سکتی ہے کہ سونا غیر ممکن ہو جاتا ہے، اور لگاتار کھلانے سے خون کی پٹریاں، بخور، یا نشہ سرنی (urticaria) کے ڈوڑرے پیدا ہو جاتے ہیں۔

بعض مریضوں میں منہ کا مزا کڑوا ہو جاتا ہے اور اکثر اختلالاتِ اضافہ واقع ہو جاتے ہیں۔ جلد کے نیچے یا مغاطی اغشیہ سے زخافات واقع ہوتے ہیں اور زخموں سے اودام آسانی سے نہیں نکلتا۔ خون کا عرصہ ترویب طویل ہو جاتا ہے۔ بعض مریضوں میں خطرناک دماغی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً ہذیان، تشنجات، اور توہم۔ لیکن غالباً یہ ہمیشہ خون کے اندر بعض ایسے زہروں کی موجودگی کی وجہ سے ہوتے ہیں جو صفراء کے اندر کے زہروں سے علاوہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات مشاہدے میں آتا ہے کہ مریض کو زہر و کھلائی دینے لگتا ہے (بصارت اصفر *xanthopsia*)۔ کہہ مزین یرقان کی بعض علاماتوں میں ایک جلدی مرض ہو جاتا ہے جسے صفر (xanthoma or xanthelasma) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو امراض جلد)۔

یرقان کے لئے سریریاتی کا شفا۔ مصل کے اندر صبیغہ صفراویہ کے لئے وان ڈن برگ کا کاشف۔ مصل کے اندر صبیغہ صفراویہ کی موجودگی ظاہر کرنے کے علاوہ، یہ کاشف اس صبیغہ جو صفراوی راستوں کے تسد کی وجہ سے خون کے اندر جمکس ہو، اور اس صبیغہ میں جو دم پاشیدگی کی وجہ سے ہو، تفریق کر دیتا ہے۔ آبریک کاؤایازو کاشف (Ehrlich's diazo reagent) استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے اجزاء یہ ہیں: (الف) سلفائیٹک آئیڈ (sulphanilic acid) (ب) گرام

جگر کا اندرونی طور پر ایکسٹ (conc. HCl) ۱۵ سی سی، آب کشیدہ ۱۰۰۰ سی سی - اور (ب) سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ۵.۵ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ سی سی لین دو گول کو استعمال ہے۔ ذرا سی پیپے اس تناسب میں کہ (الف) کے ۲.۵ سی سی کے ساتھ (ب) کے ۵.۵ سی سی ہوں، باہم ملا دیا جاتا ہے۔ راستہ تعامل (direct reaction) - ایسے خون سے جسے ٹھہرا رکھ کر تھک کر جم جانے دیا جائے، ایک کمبیشن میٹر منسل متصل کیا جاتا ہے اور اسے مندرجہ بالا کاشف کے ایک سی سی میں ملا دیا جاتا ہے ایک نیکلون نفشی رنگ کا تعامل فی الفور شروع ہو کر دس تا تیس سکنڈ میں اپنے اعظم درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ اس سے قدری کبیدی یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ اگر راستہ تعامل حاصل ہو تو ممکن ہو کہ ایک تعاملی آمل (delayed reaction) ظاہر ہو، جس کا آغاز ایک منٹ کے بعد ہوتا ہے۔ یہ دم پاشیدہ یا ہستی اور ساری یرقان کے باعث ہوتا ہے۔ دو ہستی تعامل (biphasic reaction) شروع تو فی الفور ہوتا ہے لیکن محض آہستہ آہستہ غوراب ہوتا ہے اور اس سے مخلوط قسم کے یرقان کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے یا بواسطہ تعامل (indirect reaction) - اگر راستہ یا بلا واسطہ تعامل حاصل ہو تو ایک سی سی متصل میں ۹۹ فیصدی انکھل کے ۲ سی سی بھی مثال کر کے اس آئیزو کا امتحان میں لایا جاتا ہے۔ اس صاف ملچ کے ۱ سی سی میں ۵.۵ سی سی انکھل اور ۵.۵ سی سی کاشف کے ملاوٹے جاتے ہیں۔ ایک نفشی سرخ رنگ حاصل ہوتا ہے جو تقریباً فی الفور اعظم شدت کا ہوتا ہے، اور اس سے دم پاشیدہ یا ہستی یا ساری یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ یہ کاشفات کئی طور پر بھی کیے جاسکتے ہیں (TA) - طبی جولائی ۲۰۲ - ۵۔ اکائی ہوتی ہے، اور اکائی یہ ہے کہ باقی رو میں ایک حصہ ۲۰۰۰۰ حصے میں ہو۔ قاروہ میں صیغہ صفرا ویدہ کے لئے کاشفات - ان کاشفات کی حقیقی خصوصیت یہ ہے کہ زرد باقی رو میں (bilirubin) کی تکسید ہو کر سبز باقی رو میں (biliverdin) بن جاتی ہے اور ایک سبز رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اعمال میں دوسرے رنگوں کی جھلک بھی عارضی طور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ مینلنگ کا شفاء (Gmelin's test) حسب ذیل انجام دیا جاتا ہے - ایک سپید صفرا پر قارورہ کے چند قطرے رکھ کر اس کے قریب ہی قدرے طاقتور ٹائٹروک آئینڈ ٹپکا دیا جاتا ہے، اور پھر ان دو گول سیتالاسٹ کر

آہستہ سے ایک دوسرے کی طرف بڑھایا جاتا ہے۔ ان کے خط تماس پر قارورہ کا ٹکڑا لگا دیا جائے۔ پہلے سبز پھر نیلا پھر سفید پھر سرخ اور بالآخر زرد یا بھورا ہو جاتا ہے۔ رائفل (Ryffel) نے اس کا شغ کی ایک ترمیم دیا فست کر لی ہے جس سے صبغہ صفراویہ کی نہایت ضعیف مقداروں کی شناخت ہوتی ہے۔ قارورہ کو آمونیم کلورائیڈ سے سیر شدہ بنا کر پھر آمونیاک سے اُسے قلوبی بنایا جاتا ہے۔ اس طرح سے آمونیم پوریت مرسوب ہو جاتا ہے اور اگر کوئی صبغہ صفراویہ موجود ہے تو اُسے بھی ساتھ لیکر ڈائٹین ہو جاتا ہے۔ اس طرح کو نقطہ کر لیا جاتا ہے اور تقطیری کا غدیر یا قیہ اندہ نفل میں نائٹرک ایسڈ لایا جاتا ہے۔ ہر رنگ پیدا ہو جائے تو اُس سے صبغہ صفراویہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

قارورہ میں صفراء کی شناخت کے لئے کاکاشفہ (Hay's test) اس طرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی سی مخروطی مراح میں جس کو جانب سے منور کیا گیا ہو، تازہ قارورہ کی سطح پر پسی ہوئی گندھک چھڑکتے دیکھتے ہیں۔ اگر لمحات صفراء موجود ہیں تو سطحی تناؤ کم ہوتا ہے اور گندھک ڈوب جاتی ہے۔ جب گندھک پانچ منٹ کے اندر ڈوب جائے تو یہ کاشفہ مثبت سمجھا جاتا ہے (TI)۔ کاشفہ پہلے ناقابل اعتماد سمجھا جاتا تھا، لیکن اب قابل وثوق سمجھا جاتا ہے۔ تاہم یہ سوقت بھی مائل ہو جاتا ہے جبکہ روغن چمنڈل (sandal wood oil)، کوئیبا (copaiba)، کباب چینی (cubeba) اور تارپین (turpentine) کی بڑی مقداریں براہ دہن کی گئی ہوں۔ آنت کے اندر لمحات صفراء کی موجودگی کے لئے ایک کاشفہ بیان کیا گیا (74) جس کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ وہ برقی کے جذب میں آسانی پیدا کر دیتے ہیں۔ امراضیہ کفان، بائیروجن، دشکوں میں موجود ہوتی ہے، یعنی (۱) ایک قلوبی نمک کے طور پر، جو صفراوی رنگدروں کے اندر غارج ہوتا ہے۔ اس سے قرآنِ دُنِ بَرگ کا راستہ تعامل حاصل ہوتا ہے۔ (۲) آزاد ترشہ کے طور پر جو خون میں دوران کرتا ہے، جس سے قرآنِ دُنِ بَرگ کا بالواسطہ تعامل حاصل ہوتا ہے (TI)۔ یہ امر پہلے بتایا جا چکا ہے کہ بائیروجن کی پیدائش کے لئے جگر کی ضرورت ہیں اور یہ اس واقعہ سے بھی ظاہر ہوتا ہے کہ یہ صبغہ مقامی طور پر راتوں کے ٹکڑوں سے جسم میں ہر جگہ خجائتا ہے۔ شبکی دروں ملی نظام جو کہ بائیروجن کو بناتا ہے، اگر اسکے ذریعہ اس کے

بننے میں کوئی خرابی پیدا ہو جائے، یا اگر جسم کے اندر ایک طرف خون حد سے زائد ہو اور ان خلیوں کے ذریعے بائلی روہن کا بنا لیت زیادہ ہو جائے، تو یہ صدف سار کا سارا جگر کے ذریعہ اخذ اور صفراء کے طور پر خارج نہ ہو سکے گا، بلکہ دوران خون کے اندر داخل ہو جائے گا۔ یہی نتیجہ اس وقت بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ جگر کے خلیات نقصان رسید ہو گئے ہوں۔ اس طرح پریرقان کی تین قسمیں ہوتی ہیں:-

(۱) دم پاشیدہ لاہیرقان (hemolytic jaundice) 'وہ گروہ ہے جس میں اس نام کا دموئی مرض بھی شامل ہے، کیونکہ اس میں خون کے بہت زائد الکاف کی وجہ سے بائلی روہن مسلسل کے اندر موجود ہوتی ہے۔ اس گروہ میں ہیرقان شامل ہے جو کہ دوری ہیملوگلوبن بولیت (paroxysmal haemoglobinuria) کے تناقض خون کے افعال، فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine) کے قسم، دم پاش عفونت اٹھے دموئی، لختی ذات الریہ، ملیریا اور ہیرقان نوزائیدہ (icterus neonatorum) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ مکلف عدم دعوت (pernicious anemia) کو بھی بعض اوقات شامل کیا جاتا ہے، لیکن اس میں بائلی روہن کے جمع ہونے کا سبب فالٹیا یہ ہوتا ہے کہ ہیملوگلوبن کی تخریب کم ہوتی ہے۔

(۲) ولاہیرقان جو کہ اولی کبدی نقصان رسیدگی کا نتیجہ ہو۔ اس کے اسباب یہ ہیں:- (۱) املا، فشل قلب کی وجہ سے۔ (۲) جگر کا اولی مرض، مثلاً نازلیتی یرقان کی اکثر اسباب میں، مادہ تخر (زرد ذبول)، ہیناٹ (Hanot) کی کہبت، کثیر فنکی کہبت متاخر درجل میں، اور بعض حالتیں جو کہ ماضی میں متقی اور مساری کبدی یرقان کے عنوان کے تحت جماعت بند کی گئی تھیں۔ ان میں یرقان پیدا کرنے والے حالات یہ ہیں:- (الف) کیمیا کی مسموم، جیسے جگر کوئی نہیں (tetrachlorethane) (یعنی ہوائی جہازوں کے لئے ایک فائنش) 'ٹرائی کلوروٹوئین (trinitrotoluene = T.N.T.)، 'کلورو فارم، فاسفورس، ٹیولوفی لین ڈائے آمان (toluylene-diamine) 'نایٹرو بنزین (nitrobenzene) 'آرسینو بنزین کے مشتقات (arsenobenzol derivatives)، 'آرسینو ریڈ، 'مٹیڈ روہن (arseniuretted hydrogen) 'گرگنتے (nustroons) 'سانپ کا قشیہ

وغیرہ (ب) جراثیمی مہلک، جیسے کہ تپ راجھ (relapsing fever)، ملیریا، گرد و حویٰ مخرمہ (enteric group)، لہما نفس (typhus)، ذات الراس، انفلوئنزا، زرد بخار (yellow fever)، عفونت الدم، نحیف حرغولی، یرقان (leptospirosis) jaundice وغیرہ میں واقع ہوتے ہیں۔

(۳) تسکد دی کبدی یرقان (obstructive hepatic jaundice)۔

اس گروہ میں صفراوی قناتوں کا کوئی تصریح تسکد موجود ہوتا ہے۔ (۱) سنگھائے صفرا اور مغلظ صفرا، نہایت شاذ اصابا ہوتیں کیسیہ (hydatid)، کبدی فلوک (liver flukes) اور مریوی قنات سے آنے والے اجسام غریبہ جن میں خواطیعی صفرا (ascaris Lumbricoides) بھی شامل ہیں۔ (۲) قنات کا تضیق یا انطاس پیدا انشی عیب یا بے ثقبی کے باعث یا اشتاعشری یا خود قنات صفرا کے ماقبل تقریح کی وجہ سے۔ قنات صفرا کی دیوار کا نازلی یا الہابی ورم یا سرطان۔ قنات کا شنج۔

(۳) باہر سے دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیکاؤ۔ یہ شت یا بانی میں اسکے غد کے دباؤ سے۔ بلب کے سر، معدے، قولون، گردوں، ٹرپ، میضین، یا رحم کے سلعات کے دباؤ سے۔ مگر کے پھوڑے یا کیسیہ کے دباؤ سے۔ شکی آفریما، مجتمع براز، یا عاظم رحم کے دباؤ سے واقع ہو سکتا ہے۔ تسکد دی کبدی یرقان کی بہت سی اسبابوں میں صفرا و ہارہ اور صفراوی قناتوں کو مستند کر دیتا ہے، اور پھر عروق لمغائیہ اور عروق دمویہ کے اندر داخل ہو کر آخر الذکر کے اندر دوران کرتا ہے اور جلد اور دوسرے حصوں کو صفرا کے مخصوص و غیر رنگ سے ملون کر دیتا ہے۔ غالباً کامل تسکد ہونا شرط نہیں ہے جس کی وجہ یہ دلچسپ واقعہ ہے کہ صفرا کا افراز نہایت ادنیٰ دباؤ کے تحت ہوتا ہے، جو اشتاکم ہوتا ہے کہ گینی گز میں پانی کے ۲۰ سینٹی میٹر کا دباؤ مفرزہ صفرا کو دوران خون میں پس بھیج دیتا۔ کامل تسکد کی حالت میں (جیسی کہ مشترک قنات کے اندر ایک تنگ صفراو سے، یا اس پر دباؤ ڈالنے والے سلع سے پیدا ہو جاتی ہے) صفرا و آنتوں تک نہیں پہنچتا اور براز جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، پیدا یا سنی کے رنگ کا ہوتا ہے۔ جب تسکد دور ہو جاتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یرقان کی ان قسموں میں سے پہلی اور تیسری صاف طور پر متفرق ہو جاتی

ہیں (کیونکہ ان سے فان ڈن برگ کے بالواسطہ اور راست تعامل علی الترتیب حاصل ہو جاتے ہیں)؛ لیکن دوسرے گروہ کے افراد سے عموماً دو ہی تعامل حاصل ہوتا ہے۔ گزشتہ زمانہ میں ایسی اسبابوں کے یرقان کا سبب نسبتاً معمولی صفراوی تناؤوں کا اہتمام سمجھا جاتا تھا، اور اس واسطے ایسے یرقان کو تدریجی سمجھتے تھے۔ لیکن بروئے (Brule) اس رائے پر اعتراض کرتا ہے اور بتلاتا ہے کہ بعض اوقات صرف طحالیہ فرا دوران خون میں متبہ ہوتے ہیں، اور کبھی صرف بھتات صفراویہ (یہ حق تعالیٰ یرقان dissociated jaundice کی دو قسمیں ہیں)۔ لہذا یقیناً خود کبدی غلطی سے ماؤف شدہ ہوتے ہیں (74)۔ وہ اس یرقان کو جو کبھی، از احتجاج یا مرض قلب کے امٹلا کے باعث ہو اسی گروہ سے متعلق سمجھتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ تدریجی یرقان میں دعوی فاسفویٹس (phosphatase) زیادہ ہو جاتا ہے، اور یہ امر تشخیص میں مدد دے سکتا ہے۔ (75)۔

خفنی یرقان (latent jaundice) کے یہ معنی ہیں کہ خون میں بائی روبین تو ہوتی ہے لیکن اتنی کافی نہیں کہ تیشلی زرد رنگ پیدا کر سکے یا گروہوں سے بائی روبین کا اخراج کر سکے۔ ایسی اسبابوں میں قارویے کے اندر عموماً یوروبالین کی وافر مقدار موجود ہوتی ہے، جو غالباً بانٹوں کے ذریعہ سے بائی روبین کی تبدیل ہیئت ہو جاتا ہے حاصل ہوتی ہے، تاہم یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ جب بائی روبین بولیت نمائاں ہو تو یوروبالین بولیت عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ خفنی یرقان مرض قلب میں موجود ہو سکتا ہے اور اس سے فٹیل قلب کے آغاز پر دلائل ہو سکتی ہے۔ اس کی موجودگی تلف مدد بہت کم اس ثانوی مدد دمویت سے جو زف کے باعث ہو، مزید کر دے گی۔ آر سینو فیڈرل سے علاج کے بعد اور مختلف ساری امراض میں ممکن ہے کہ خفنی یرقان اس اجڑی دلائل ہو کہ جگر کو نقصان پہنچا ہے۔ کبیت میں وہ بنایت عام طور پر موجود ہوتا ہے۔

یرقان نورائید گال (icterus neonatorum) - نورائیدہ بچوں میں یرقان کم عام نہیں ہے۔ وہ صرف چند دن یا ایک دو ہفتہ تک رہتا ہے اور اسکے ساتھ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ جبکہ آڈن ڈن برگ کے بالواسطہ امتحان سے

ظاہر ہوتا ہے، دروں رجمی زندگی کے تقریباً پانچویں ماہ میں قابل تخمین مقداروں میں خون کے اندر نمودار ہونا شروع ہوتا ہے، اور پیل اعلیائی دم پاشیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جو کہ پیدائش کے بعد دفعۃً بڑھ کر یرقان پیدا کر دیتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ ماریجک جین کے اندر دم پاشیدگی کو روکنے میں عہد ہوتا ہے، اور یہ کہ پیدائش کے بعد شیرخوار بچہ کا جگر اپنے کامل مانع دم پاشیدگی و لطیفہ کو بہت آہستہ آہستہ اختیار کرتا ہے (ملاحظہ ہو متلف عدم دمویت)۔ یہ زرد رنگ پہلے چہرہ اور دھڑکواڑا زان بعد جوارح کو متاثر کرتا ہے، اور اگر مہرغ جلد کو دبا کر خون کا رنگ خارج کر دیا جائے تو یہ شناخت ہو جاتا ہے۔ براز عموماً طبعی ہوتا ہے، اور پیشاب کا رنگ صنفہ صفراویہ سے رنگین نہیں ہوتا، آلاشیدہ تر اصابتوں میں یرقین شفا یاب ہو جاتے ہیں اور کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔

388

فونرائیڈ کا خطرناک خاندانی یرقان (familial jaundice)۔
یہ حالت ایک ہی خاندان کے کئی افراد کو متاثر کرتی ہے۔ یرقان پیدائش کے بعد پہلے دن یا بعض اوقات دوسرے دن شروع ہو کر اسکی شدت پر سرعت بڑھ جاتی ہے۔ غنودگی موجود ہوتی ہے اور وزن گھٹ جاتا ہے۔ شیرخوار بچہ تقریباً خود صوفیوں کی اکثر تشخبات کے ساتھ مر جاتا ہے۔ پیشاب میں یورو بیلین اور اکثر بیلانی روبرین موجود ہوتی ہے بعض اوقات زخات دیکھے جاتے ہیں۔ پاخانوں کا رنگ طبعی ہوتا ہے۔ مگر اطفال بعض اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ علاج یہ ہے کہ ماں کے مصل کے ۵ تا ۱۵ سی سی کا دروں عضلی اشراب روزانہ بچے کے مبینہ لپٹا کیا جائے یہاں تک کہ اس کے خون میں صنفہ صفرا کم ہو جائے۔ مصل مانع دم پاشیدگی ہوتا ہے۔ اس علاج کیساتھ انذار اچھا ہوتا ہے (90)۔ یرقان کی دوسری اصابتیں جن کی تفریق کرنی چاہئے یہ ہیں خاندانی بے صفراؤبی یرقان (familial acholuric jaundice)، جن میں ”مریض بہ نسبت قے کرنے کے یرقانی زیادہ ہوتے ہیں۔ صفراوی قبباتوں کا پیدا ائشی انطاس (congenital obliteration of the bile ducts) جو سفید پاخانوں اور صفراوی کہبت کے ساتھ ملازم ہوتا ہے اور جن میں جگر سمیت ہو جاتا ہے۔ پیدا ائشی آتشکت (congenital syphilis)۔ یرقان ساری

(infective jaundice) جس میں ایک صریح منبع سرایت موجود ہوتا ہے اور پیش بلند درجہ پر پہنچی ہے۔

استسقاء شکمی

(ascites)

اس اصطلاح سے کہندہ باریطونی کے اندر مصلیٰ سستال کی موجودگی مراد ہے۔ مصلیٰ کہنوں میں کے دوسرے انصبابات کی طرح یہ بھی عموماً قلووی ہوتا ہے، اسکا رنگ پھیکا چوال کے رنگ جیسا، اور کثافت اضافی ۱۰۱۵ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے، یہ نہایت اقبیو مینی ہوتا ہے اور اس میں کلورائیڈز موجود ہوتے ہیں۔ یہ اسباب ذیل کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ (۱) بانی دوران خون کے تشدد سے، جو وید الباب کے تشدد میں ہو یا جگر کے اندر اس کی توسیع میں ہو۔ (۲) امراض باریطون کے نتیجہ کے طور پر۔ اور (۳) مریض کردہ یا مریض قلب کے استسقاء کے کلی کے جزو کے طور پر۔

ورید الباب کا تشدد، شق بانی میں رسولیوں اور بڑھے ہوئے خد کے دباؤ سے، خود جگر کے اندر کے سرطان، پھوڑے، یا کیسیہ سے، یا وید الباب کے اندر خون کی ترویب (علقیق، التهاب و وید الباب) سے متشدد ہو سکتا ہے۔ جگر میں بانی تشدد کا خاص سبب کہبت کی یعنی بیش بالیدی سے بین لٹکی اور وہ کا انضغاط ہے۔ بعضوں کا خیال ہے کہ بانی تشدد استسقاء شکمی کا کافی سبب نہیں ہو سکتا، اور وہ استسقاء شکمی کو ان سمیات سے منسوب کرتے ہیں جو مریض جگر میں پیدا ہو جاتے ہیں، یا آنت سے جذب ہو کر جگر میں تلف نہیں ہوتے۔ بانی تشدد کا ایک دوسرا سبب التهاب غلاف کبد ہے۔ تشدد کی ایک تیسری قسم قلب اور شش کے امراض کی مختلف قسموں سے پیدا ہو جاتی ہے، جن میں قلب کی دائیں جانب قمع ہو جاتی ہے اور خون کے سینہ میں سے ہو کر گزر لے میں مزاحمت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۶)۔

استسقاء شکمی پیدا کرنے والے باریطونی امراض یہ ہیں۔ ماد اور مسزین التهاب باریطون، تدریجی التهاب باریطون، اور باریطون کا سرطان۔

مرض برائیت میں دوسرے مسلکی کہنوں کے ساتھ ساتھ باریطون بھی ملال انقباض ہوتا ہے۔

طبعی امارت شکم بڑا ہوجاتا ہے، اور زیادہ استفادہ شکمی کے ابتدائی درجوں میں وہ عموماً تئید ہوتا ہے اور اس کی شکل گلوبیوٹا ہونے کا رجحان رکھتی ہے، جس میں سامنے کی سمت ایک قطعی آبشار ہوتا ہے۔ اناں بعد شکم کی دیواریں کھینچ کر پھیل جاتی ہیں، اور جب مریض بستر میں لیٹا ہے تو سیال قوت جاذب کے اثر سے پیچھے کی طرف ہر پہلو میں جمع ہوجاتا ہے، جس سے پیٹ کی شکل زیادہ چوڑی اور زیادہ چپٹی ہوجاتی ہے۔ اسوقت جو مانع پیدا ہوتا ہے اس کی مقدار ۳، ۴ یا ۵ سین ہوسکتی ہے، اور شکم اسی تناسب سے بڑا ہوجاتا ہے چنانچہ اس کا محیط ۴۰ تا ۴۲ انچ یا زائد ہوسکتا ہے۔ سیال کی موجودگی امتحان کے مین طریقوں سے معلوم ہوسکتی ہے، خو قسرع، تموج، اور انتقال موضع ہیں۔

قسرع شکم کی سطح طبعی طور پر لمبی ہوتی ہے، جس کا سبب یہ ہے کہ معدے اور آنٹوں میں ہوا موجود ہوتی ہے، لیکن جب سیال پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہلوؤں اور نعلی خطے میں جمع ہوجاتا ہے، چنانچہ ان حصوں کے قسرع کرنے پر ایک اعمق آواز نکلتی ہے، درآئیکہ شکم کا مرکزی حصہ لمبی رہتا ہے۔ اگر مریض کو کسی ایک کروٹ پھرا کر پھر قسرع کیا جائے تو معلوم ہوگا کہ اگلے اور مرکزی خطے اعمق ہو گئے ہیں، اور وہ پہلو، جو اب سب سے اوپر ہے گھلدار ہے۔ اس کا سبب یہ ہے کہ سیال قوت جاذب کی وجہ سے اسفل ترین حصہ میں یہ جاتا ہے اور ہوا سے بھری ہوئی آنت بلند ترین حصے میں سرے لگتی ہے، اور ایسا ہونا باریطون کے اندر سیال کی موجودگی کا سب سے زیادہ قطعی ثبوت ہے، اور استفادہ شکمی کے لئے نہایت ہی نازک کا شفعہ ہم پہنچاتا ہے۔

تموج حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کی ایک جانب پر ایک ہاتھ رکھا جائے اور دوسری جانب کو اٹکی سے تیزی کے ساتھ تھپ تھپایا جائے۔ ایسا کرنے سے شکم پر رکھے ہوئے ہاتھ کو شکم کے وارپا انتقال موج کا احساس ہوتا ہے۔ یہ امارت متذکرہ صدر امارت کی نسبت کم یقینی ہے۔ نہایت چربی شکمی دیواریں سیال کی موجودگی کے بغیر بھی انتقال موج واقع کرسکتی ہیں، چنانچہ اس کو روکنے کے لئے تموج کی

آزمائش کرتے وقت ہاتھ کی یا کسی کتاب یا دفنی کی کوشش کے مرکز میں رکھ دینی چاہئے۔
 انتقال موقع کے طریقہ کا استعمال محض محدود ہوتا ہے، لیکن بعض مباحثہ
 میں اس سے استفادہ بھی کی شہادت اس سے بہت جلد مل جاتی ہے کہ مبینی جلد قریح
 یا تھوچ کے ذریعہ ملتی ہے۔ اگر استفادہ شکمی کی کسی اصابت میں جگر بڑھا ہوا ہو تو وہ
 استفادہ شکمی سیال میں ڈوب جاتا ہے اور سیال کی تھوڑی مقدار اس کی اگلی سطح
 اور دیوار شکم کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ شکم کے اس مقام پر بڑے ٹکڑے رکھ کر انھیں
 یکایک اندر دبا دینے سے یہ سیال ہٹ جاتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی سطح محسوس ہو سکے
 یہ سیال کی موجودگی کا ایک ثبوت ہے، کیونکہ اگر وہاں کوئی سیال نہ ہوتا تو جگر اگلی دیوار
 شکم کے بالکل ساتھ لگا ہوا ہوتا۔

لیکن بعض اوقات مختلف اقسام دویروں میں سے کسی ایک قسم سے جو شکمی
 یا عوصی اشاء کے ساتھ تعلق رکھتی ہو، یا حامل رحم سے، یا متدومٹاڈ بولی سے
 استفادہ شکمی کا تشابہ ہو جاتا ہے۔ یہ دویرے بیضی، برمیضی (parovarian)، کیبیضی
 اور کروی دویرے ہوتے ہیں۔ اگر قریح کا شغ کا مایاب ہے تو یہ خارج از بحث ہو جاتے
 ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے وہ توجہ کا شغ ظاہر کریں۔ اور اگر پوری سطح اضم ہے تو
 ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک میں اور ایسے استفادہ شکمی میں تغیریں مشکل ہو جائیں
 جسمانیات کی ہوئی ہوتی ہیں بیضی دویرے کی نمائندگی یہ ہے کہ ہڈیات میں شکم سامنے سے پہلو پر
 میں گمڈار ہوتا ہے کیونکہ انہوں کو دویرہ اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والا اور دم دبا کر
 پہلوؤں میں پٹا دیتا ہے (یہ ورم ایک جانب پر شروع ہوتا ہے گو بعد میں مرکزی ہوتا
 ہے)۔ نیز یہ بھی شاذ نہیں کہ دویرے کا خاکہ سب سے اوپر والے حصہ میں شناخت میں
 آ جاتا ہے، بالخصوص جبکہ اس کی جستجو حرکات تنفس کے دوران میں کی جائے۔

کیلوسی اور کیلو سی الشکل استسقاء شکمی (chylous and chyloform ascites)۔ استثنائی اصابتوں میں کہ نہ باریطونی کے اندر سیال
 بجائے صاف مصل بننے کے دھندلا دودھیے رنگ کا ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ باریطون میں قناتہ صدی یا لبنی عروق سے کیلو س کی
 وجہ بدری کے باعث ہوتا ہے، اور یہ وجہ بدری عروق کے انشقاق کی وجہ سے

ہوتی ہے یا ان کے تسد کی وجہ سے ہوتی ہے جو کہ مرض یا طبعیات کی موجودگی (ملاحظہ فرمائیں) فلاریس (filariasis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہی حقیقی کیلوسی استسقاء شکی ہے۔ ایسی حالت میں سیال کا رنگ زردی مائل سپید ہوتا ہے، اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ یا زائد ہوتی ہے، اور اُس کا انحصار اُس غذا پر ہوتا ہے جو لی جارہی ہو۔ یہ سیال ٹھہرا رہے تو اُس کی چربی جدا ہو کر سطح پر ایک مائی جیسی تہ بنا دیتی ہے۔ خوردبین کے نیچے محمی گلوبین نظر آتے ہیں، مگر غلوی عناصر بہت تھوڑے ہوتے ہیں۔ جسم سے نکال لینے کے بعد ممکن ہے کہ اُس میں فائبرین کا ایک تھکا بچا ہے۔

ان اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ یعنی کیلوسی الشکل مستقام شکی (pseudo-chylous ascites) میں سیال خالص دودھ یا سپید ہوتا ہے اور اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ سے کم ہوتی ہے۔ چربی کی مقدار مختلف ہوتی ہے، ممکن ہے کہ وہ سطح پر ایک مائی جیسی تہ بنا دے، یا بعض اُس کے تغیف سے آثار ہوں لیکن بہر حال اُس کا دودھ یا چربی کے سبب سے نہیں بلکہ لیسیتین (lecithin) اور گلوبولین (globulin) کے ایک مرکب کے ذریعہ ذرات کی وجہ سے ہوتا ہے جن میں غیر نامیاتی لحمات معلق رکھتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے چربی دار غلوی عناصر موجود مل سکتے ہیں۔ لیسیتین کی موجودگی کی وجہ سے یہ سیال گندی دگی سے عورتہ دراز تک متاثر نہیں ہوتا۔

کیلوسی الشکل انصابت کسی ایک مراضیاتی حالت کے عریز نہیں ہوتے، لیکن ان اصابتوں کی اکثریت میں یا تو جگر کا سرطان، یا سمدرن یا کہبت، یا گردے کا مزین التهاب پایا گیا ہے۔ اور عام طور پر انذار بڑا ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ کیلوسی اور کیلوسی الشکل مائع دونوں دوسرے مصلی کہفوں میں بھی ہرماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ اور جب تک کہ ایک یا دوسرے کہف پر بزل کا عمل نہ کیا جائے، یہ معلوم کرنے کا کوئی دوسرا ذریعہ نہیں کہ آیا انصابت اسی قسم کا ہے جو زیر بحث ہے۔

جگر کے امراض

خراج

امراضیات - جگر کے پھوڑے کسی معن حامل کے داخلہ کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، جو مندرجہ ذیل راستوں میں سے کسی ایک کی راہ سے داخل ہو جائے: شریان کبد و رید الباب، یا تفتیحی التهاب قنات صفرا (suppurative cholangitis) (جو ملاحظہ ہو) میں صفراوی قناتیں۔

پہلی حالت میں وہ ایسے عام تفتیح الدم کا ایک بڑا ہوتے ہیں، جیسا کہ جسم کے کسی حصے میں زخم یا تضرر لگنے سے، لیکن بالخصوص سر کے تضررات سے پیدا ہوتا ہے۔ وہ چھوٹی جسامت والے اور بے شمار، یا کم از کم متعدد ہوتے ہیں انکو تفتیح الدمی خراج (pyaemic abscesses) کہتے ہیں۔

ورید الباب اس سے بھی زیادہ تعداد کی اصابتوں میں خراج پیدا ہونے کا باعث ہوتی ہے، اور جیسا کہ تفتیحی التهاب و رید الباب (suppurative pyelophlebitis) کے بیان میں (جو ملاحظہ ہو) اور مدیرینی زمیسر (tropical dysentery) کے بیان میں درج کیا گیا ہے، معن حالات و رید الباب کے رقبہ میں کے ضررات سے منتقل ہو جاتے ہیں۔ یہ پھوڑے منفرد، چند، یا متعدد ہوتے ہیں۔ جب یہ متعدد ہوں تو اس حالت کو بابی تفتیح الدم (portal pyaemia) کہہ سکتے ہیں۔ بعض اوقات و رید الباب اور اس کی شاخیں شکستہ و ریختہ ریمی تھکے سے پُر ہوتی ہیں، اور و رید کی دیواریں ٹھہب ہو کر تفتیحی التهاب و رید الباب پیدا کر دیتی ہیں۔

جگر کے پھوڑے جسامت میں ایک الہین کے سر سے لیکر فند (hazelnut) کی جسامت تک مختلف ہوتے ہیں۔ ان میں پختہ پیپ، یا خلیسینی مانع اور چورہ یا زرد جسم غشائے جوامی ملحدہ ہوئے ہوں، موجود ہو سکتے ہیں۔ جن اصابتوں کی ابتداء

التهاب وريد الباب سے ہوتی ہے ان میں یہ دکھانا آسان ہو سکتا ہے کہ قلعہ زردہ تر وريد الباب کی توزیع کے مرض واقع ہے۔ جہاں پھوٹے جگر کی سطح کے قریب پہنچ جاتے ہیں، جگر کا کیمہ اکثر متبہ ہوتا ہے۔

علامات - جگر کے متعدد پھوڑوں والی اسابتیں اکثر بہت مبہم ہوتی ہیں، بالخصوص اسوقت جبکہ وہ قلعہ الدم جیسے عمومی مرض کا جزو ہوں۔ ان میں شدید بیٹی اختلال ہوتا ہے، جس کے ساتھ عادی قسم کا بخار، نبض سریع، خشک جھری یا فروزبان، اور جلد ہی پیدا ہونے والا انبساط ہوتا ہے۔ قے اکثر موجود ہوتی ہیں لیکن آنتوں کا فعل مختلف ہوتا ہے، یعنی کبھی تو قبض ہوتا ہے اور کبھی اسہال۔ جگر زیادہ تر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس میں ٹکس ہے کہ ناف کے لیول تک پہنچ جائے۔ وہ دردناک اور الیم ہوتا ہے۔ یرقان بعض اوقات موجود ہوتا ہے لیکن اس کا موجود ہونا لازمی نہیں۔ غالباً اس کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ کوئی بڑی صفراوی قنات پھوڑے سے مضبوط، یا سنگھائے صفراء سے مسدود ہو جائے۔ مہضہ صفراء کے لحاظ سے بول و براز کی حالت، بلاشبہ اسی کے لحاظ سے مختلف ہوگی۔ مدت مرض ایک سے کئی چھتے تک ہوتی ہے، لیکن اختتام یقیناً ہلاکت خیز ہوتا ہے۔

تشخیص - اس کا انحصار اس حقیقت پر ہونا چاہئے کہ بڑھا ہوا جگر ایک عادی عمل سے ماؤف ہوتا ہے، جس کے ساتھ شدید عمومی ستم الدم ہوتا ہے، بالخصوص اسوقت جبکہ ان علامات کے ساتھ کوئی ایسا ضریعی ہو جو بطور اتالی بکے شناخت کیا جا سکے۔ علاج - بیشتر علاماتی ہونا چاہئے۔ تغذیہ کو کم اور مہتجات کے ذریعہ سے عام حالت کی اصلاح کی کوشش کرنی چاہئے۔ تخفیف درد کے لئے ایفون اور مقامی لاسٹا پوٹشوں، تکیدات، وغیرہ کی ضرورت ہوگی۔

معمولی ساری کبدی یرقان

(common infective hepatic jaundice)

[نازلی یرقان (catarrhal jaundice) 'حادہ التهاب جگر' (acute hepatitis)]

یہ ان عام ترین شکلوں میں ایک شکل ہے کہ جن میں یرقان واقع

ہوتا ہے۔ بلڈ بیلیریقان کا نام اس اعتقاد سے پیدا ہوا کہ یہ صفراوی علیہ کے مقام پر تیار ہوتا ہے۔ ہوجانے کا نتیجہ ہے۔ جو کہ کاربمی مخاطی غشا و مخاطی کے ورم سے واقع ہوتا ہے۔ -
ناممکن نہیں کہ بغضِ اصابتیں اسی قسم کے سبب سے ہوں۔

بیمت اسباب - ساری کبدی یرقان بالخصوص اوائل زندگی میں کبدی و
ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ معدی اثنا عشری نازلت کے علامات موجود ہوں۔ ساری
کبدی یرقان کے ساتھ اکثر یرقان کی ان مشہور مثالوں کو بھی شامل کر لیا جاتا ہے جو خوف
کی وجہ سے ہوجاتی ہیں، ان کے خاص مظاہر تو بہر حال ساری کبدی یرقان سے مماثل
ہوتے ہیں۔

معمولی ساری کبدی یرقان اکثر وباؤں کی صورت میں دیکھا گیا ہے جبکہ اس کو
وبائی یرقان (epidemic jaundice) کہا جاتا ہے۔ ان میں سے بہت سی وباؤں
میں صرف بچوں پر یا خاص کر بچوں پر حمل ہوتا ہے۔ نسبت کم مثالوں میں بالغ اشخاص سب سے
زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ نہ تو انفرادی اصابتوں کو اور نہ وبائی اصابتوں کو اب تک
متعین جراثیمات کے ساتھ منسوب کیا گیا ہے۔ لیکن جہاں مزارہ اور صفراوی گنگا پور
کو معائنہ کرنے کا موقع ملا ہے وہاں یہ صفراء سے خالی پائے گئے ہیں، جو اس امر پر
وال ہے کہ کبدی افزائندہ ہو گیا ہے، جس کی وجہ سے التهاب جگر ہے، اور بلاشبہ
یہ مرض کا اصل سبب ہے۔ تاہم اثنا عشری التهاب معکوس طور پر صفراء کے بہاؤ
کو روک سکتا ہے، اور اس طرح چند اصابتوں میں سبب مرض ہو سکتا ہے (76)۔
ساری یرقان جو پیچ نوبہ نہ مبداء کا ہوتا ہے، پہلے بیان کیا گیا ہے۔

علامات - ممکن ہے کہ یرقان سے تین یا چار ہفتے پہلے مریض کو سوجھن،
معدے میں گرانی، درد، اور ریخت، اور شاید ساتھ ہی کبھی کبھی تھکے ہوئے اور زردی
اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ مخصوص اقسام کی غذا غیر معمولی کثرت کے بعد ہو لیکن نہایت
کثیر التعداد مثالوں میں مریض کو اپنی بیماری کا کوئی حال بالکل معلوم نہیں ہوتا۔ اس لیے
جس تک کہ وہ خود آئینہ میں نہ دیکھ لے یا دوستوں سے نہ سن لے کہ اس کی جلد میں
زرد رنگ کی جھلک پیدا ہو رہی ہے۔ کبھی کبھی یرقان سے پہلے جوارح میں شدید درد
ہوتا ہے۔ یا اصابت ترقی پا کر جگر کے مادہ تخرک کی اصابت بخاتی ہے۔ جلد اور

مفحات چشم شوخ زرد رنگ کے ہوجاتے ہیں۔ چشام کا رنگ متغیر صغیر اور کی وجہ سے زردی مائل کجور ہوتا ہے، اور اُس میں کیٹونی اجسام (ketone bodies) موجود ہوتے ہیں۔ برازیلکے یا بیٹائے رنگ کا ہوتا ہے مصل سے عموماً و آن ڈن برگ کا راست کاشف یا دو ہیئت تعادل حاصل ہوتا ہے۔ پیش عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ کوئی بیٹی اختلال نہ ہو اور مریض اپنا معمولی کام کاج کرنے کے قابل ہو لیکن اکثر اوقات وہ کسند ہوتا ہے، محنت کرنے کو طبیعت نہیں چاہتی، بخوک خراب اور کسند رستی ہوتی ہے۔ کبدی خطے میں بیشتر کوئی درد نہیں ہوتا، بلکہ اہمیت تک نہیں ہوتی لیکن کبھی کبھی یہ دونوں معتدل درجہ میں موجود ہوسکتے ہیں۔ جگر بھی اکثر بالکل بڑھا ہوا نہیں ہوتا لیکن بعض اوقات اُس کی اہمیت پسلیوں کے حاشیے سے ایک یا دو انٹسٹین تک پہنچ جاتی ہے، اور پھر اُس کی کور اور متعدد مرارہ بھی محسوس ہوسکتا ہے۔ آنڈوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، اکثر توفیق ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی غیر مستحکم ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبض غیر مستحکم ہو، لیکن خاص طور پر یرقان کی اسی شکل میں غیر معمولی طور پر سست نبضیں پائی گئی ہیں۔ علامت دوسے پانچ یا چھ یا زائد ہفتوں تک جاری رہتی ہے اور یرقان بتدریج رفع ہوتا ہے۔ پہلے پیشاب کا رنگ طبعی ہوتا ہے اور آہستہ آہستہ بیلہ کی رنگت بھی درست ہوجاتی ہے۔

وبائی شکل میں مت حضانہ تین سے لیکر پانچ ہفتہ تک ہے۔ تشخیص کبھی کبھی یرقان شروع ہونے سے پہلے تشخیص ممکن ہوتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ کلائی 'بزرگ' جو ایک سرخ الفوق امارت ہے، جگر کی طبیعی کارکردگی کے کاشفات عمل میں لانے کا خیال پیدا کرے اور ان کاشفات سے طبیعی قلت پائی جائے۔ ایک نوع شخص میں جو پہلے تندرست تھا، یا جسے زیادہ سے زیادہ کسی معدی اختلال کی شجاعت تھی، یرقان کا بلا درد یا تقریباً بلا درد حمل ہونا، بالعموم اُسے اُس یرقان سے ممتاز کرتا ہے جو سنسکھائے صغیر، سلطان، اور کثمت، یا دوسرے نہایت عام ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ہوا۔ اگر یرقان پانچ یا چھ ہفتوں سے زائد جاری رہے تو مندرجہ بالا تاہین امراض میں سے کسی ایک کے مرض کے امکان پر، یا نسبت زیادہ عمومی التهاب قنات صغیر اور کے ان پر غور کرنا چاہئے۔ وبائی شکل کو عمیق مریضی یرقان سے متفرق کرنا چاہئے۔

(جو ملاحظہ ہو)۔ خون شماری سے مدد مل سکتی ہے۔ اول الذکر میں، شاید پہلے چند دنوں کے چھوڑ کر باقی مدت میں، ایک نواتی خلیات کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ آخر الذکر میں کثیر نواتی خلیات امیض کی کثرت ہوتی ہے۔

انذار۔ حادثہ جگر کے آغاز کی شاذ استثنائے کے سوائے باقی صورتوں میں انذار بالکل امید افزا ہے۔

علاج۔ اگر بخار نہ ہو تو مریض کو بستر پر لٹائے رکھنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن اسے ایسی غذا دینی چاہئے جس میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ اور خامسکر ملکوکس ہوں اور شحم اور ہیسجات سے پرہیز کرنا چاہئے۔ اور اگر ضرورت ہو تو ایک ملح ملین دیدینا چاہئے۔

جگر کا حادثہ تخر

(acute necrosis of the liver)

حاد (صفرد بولی) (acute yellow atrophy)

اس عجیب مرض میں جگر کی بافتوں کا سرخی انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اسکا طبعی حجم گھٹ کر جاست میں دوگنٹہ بلکہ نصف رہ جاتا ہے۔

392

بکثرت اسباب۔ یہ ذکر کی نسبت امانت میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور مریضوں کی اکثریت کی عمر میں سال سے نیچے کی ہوتی ہے، اگرچہ یہ بچوں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ہر عمر میں یہ مرض نہایت شاذ ہوتا ہے۔ اس کے آغاز سے پہلے اکثر شدید ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں اور اس کی بہت سی اسبابیں ایسے اشخاص میں واقع ہوتی ہیں جنہوں نے اوپاشانہ زندگی بسر کی ہے، یا ایسے اشخاص میں جو آنشک میں مبتلا ہو چکے ہیں، یا ایسی عورتوں میں جو حاملہ ہیں۔ نیز یہ ایک جراحی علیہ کے بعد چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے اندر واقع ہو گیا ہے، اور یہ علیہ بیشتر ایک شکی علیہ تھا، جو ٹکورو فارم کے زیر اثر انجام دیا گیا۔ سخی ریحان پیدا کر دینے والا حادثہ تخر ٹرائے ٹرائیٹروٹولین (T. N. T.) (trinitrotoluene)، ٹیٹر اکلوری ٹھمین (aeroplane dope) (tetrachlorethane)، آر سیٹینو بینزال کے مشتقات

(arsenobenzol derivatives) (ملاحظہ ہو صفحہ 117) اور فینائل رینکونینک ایسڈ (phenyl-cinchoninic acid) (ملاحظہ ہو تقریر: Gout) کے قسم سے اور خفیف مرغوبی یرقان کی اصابتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے حادث خرا اور کبیت کبد (cirrhosis of the liver) دراصل ایک ہی عمل یعنی کبدی خلیات کے تسمم کی مختلف سیستیں ہوں جو پہلی صورت میں مادہ اور دوسری میں نہایت مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں کی درمیانی غلیج کو تحت اسکا و قبول (subacute atrophy) یا کثیر گرگی پیش بخون (multiple nodular hyperplasia) کی اصابتوں کا ایک پورا گروہ پائتا ہے۔ نیز یہ امر کہ بعض اصابتوں میں اس کا سرایتی منبع معمولی ساری یرقان ہوتا ہے پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات کبدی وظیفہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

مرضی تشریح - ۱۔ حادث قسم - حادث یرقان اصابتوں میں جگر بڑا ہوتا ہے اور اس کا رنگ کپاسی زرد ہو جاتا ہے۔ جب مرض اس قدر زیادہ حادث ہو تو جگر حسابت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا وزن صرف ۳۰ یا ۲۸ اونس ہو۔ وہ نرم، لچلچا اور تقریباً سیال کی قیاسی جیسا ہوتا ہے، اور اس کا کبہ، جو مختصر ہوتا ہے، اپنے مایہا کے لئے بہت بڑا معلوم ہوتا ہے۔ تراشے پر جگر زرد رنگ کا نظر آتا ہے جس میں کسیتقد شوخ سرخ رنگ کی چمکتیاں ہوتی ہیں، یا بعض حصوں میں وہ بالکل سرخ ہوتا ہے اور بعض میں پورا زرد۔ اصلی تغیر ایک ذرا آبی یا شحمی انحطاط ہے، جس سے کبدی خلیے کم و بیش بالکل تلف ہو جاتے ہیں۔ یہ تخریب کے مرکزی منطوقوں میں شروع ہوتا ہے۔ جگر کے زرد حصوں میں یہ آفاق کم تر قیافت ہوتا ہے، اور شاید وہاں چند صفراء اولیاتی ملیں۔ جگر حصوں کی رنگت باخت کے نسبت زیادہ کامل تخریب کی وجہ سے ہوتی ہے، یہاں تک کہ عروق ہی جرم جگر کے واحد قائم مقام رہ جاتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے ہمیں اکثر البیومینی مادے، چربی اور صفیہ کے ذرات اور چربی کے زیادہ بڑے گلوبولوں کے سوائے اور کچھ نظر نہیں آتا۔ جگر میں لیوسین (leucin) اور ٹائروسین (tyrosin) بھی پائے جاتے ہیں، اور موت کے چند گھنٹے بعد تراشیل کی سطح پر ان کی قلیں خود بخود جرم جاسیں گی۔ صفراوی قناتیں خالی، اور

صفیدہ صفرا سے رنگین ہوتی ہیں۔ مرارہ بھی خالی ہوتا ہے، یا اس کے اندر لزج راولی مخاط کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

دوسرے اعضاء میں بھی اسی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، بالخصوص گردوں میں جن میں خلیات مغزہ ذرات یا خیمے ہوتے ہیں، اور قلب اور عضلات میں جلد کے نیچے، مخاطی جھلیوں میں، مصلی جھلیوں کے نیچے، گردوں میں، اور دوسرے حصوں میں نشا پائے جاتے ہیں۔

۲۔ تحت الحاد ذبول یا کثیر گرہلکی بیش تکوین۔ جگر صامت میں ایسا کم نہیں ہوتا، اور کبدی بافت کی بازتخوین ایک متنازعہ ہوتا ہے۔ زرد رنگ کی خدی سلیے ناگرکیں یعنی بافت کے ہیکل میں جمی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ ان کا چھوٹا یا بڑا ہونا بازتخوین کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے، اور سرورین سے دیکھنے پر انہیں نکوین یا کبدی خلیات اور صفراوی قناتیں موجود ملتی ہیں، اگرچہ تخری خلیے بھی کثرت موجود ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں ایک عجیب منظر دکھلائی دیتا ہے، اس کی لینی بافت کی ترتیب کثرت سے مشابہ ہوتی ہے، اور زرد گرہلیں منظر میں اسی مرض کی عادی قسم سے مشابہ ہوتی ہیں۔

علامات۔ علامات ابتدا تو مبہم ہوتے ہیں۔ اکثر یہ مرض ایسے برقان سے شروع ہوتا ہے جو نازلی برقان سے ناقابل تمیز ہوتا ہے، یا ایسے علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے جیسے کسلی، تھک، آنسوؤں کے فعل کی بیقاعدگی۔ اور ممکن ہے کہ کبدی خلیے میں رد متنازعہ جلد شروع ہو جائیں۔ یہ علامات دو یا تین ہفتوں یا اس کی نسبت بہت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہ سکتے ہیں اور پھر مرض کے نسبت زیادہ مزید خصائص نمایاں ہو جاتے ہیں، جو یہ ہیں۔ دماغی اختلالات یعنی ابتدا تو درد سر اور بے چینی، پھر ہڈیاں اور نیزگی طور پر غویاب ہونے والا قوما، معشجی جھکوں کے، یا زیادہ شاذ امساتوں میں، خاند کے قریب، صرع جیسے دروں کے۔ اب برقان نو دار ہو جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے سے موجود ہے تو اور زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ مصلی دہوی وانگن برگ کے کاشف کے ذریعہ راست یا بالواسطہ یا دوہشتی تعامل دیتا ہے۔ پیش شاذ ہی بلند درجہ پر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ۱۰ سے ۲۰ تک ہو۔ نبض جو ابتدائی برقان کے وقت شاید ست فٹاری

اب تیز ہو جاتی ہے۔ زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے اور جوں جوں علامات میں ترقی ہوتی ہے دانتوں اور لبوں کے قریب وسیع جمع ہو جاتا ہے۔ علاوہ انہیں کبدی خٹکے میں درد اور قطعی البیہوشیت موجود ہوتی ہے، جو قوما کے درجہ تک میں، اس مقام پر دبانے سے شناخت کی جاسکتی ہے۔ اُصمیت وسعت میں بہت سرعت کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے چنانچہ بالآخر اُس کا انقباضی ناپ صرف ایک انچ یا اس سے بھی کم رہ جاتا ہے۔

حکم کی حالت قدرتی ہوتی ہے، یا خاتمہ کے قریب وہ باز کشیدہ ہوتا ہے۔ طحال بیشتر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ قارورے میں صفرا موجود ہوتا ہے اور البیہوشی کا موجود ہونا شاذ نہیں، بالخصوص خاتمہ کے قریب، اور سیاہ کبھی موجود ہوتے ہیں۔ خون بھی موجود ہو سکتا ہے، جو ایک عام نرخی حالت کی دلائل ہے۔ علاوہ ازیں زہرِ قہوہ سی قے، برازیں (جو بیشتر پیکے رنگ کا نظر آتا ہے اور جس میں صفرا کی کمی پائی جاتی ہے) غلن کی موجودگی، رُخاف (epistaxis)، زف رجمی (metrorrhagia)، یا حلقہ کے نیچے منشی نزقات کی موجودگی، یہ سب ایک عام نرخی حالت پر دلالت کرتے ہیں۔ بڑھتے ہوئے قوما کی وجہ سے بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے، گو کہ زیادہ شدید علامات صرف دو سے چاروں تک جاری رہتے ہیں۔ بالعموم حاملہ عورتوں کو اسقاط ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات یہ مرضی حالت نہایت لمبی عرصہ تک، کئی مہینوں یا دو سال تک جاری رہتی ہے۔ ایسی اصابتوں کو سخت الحاد ذبول کہتے ہیں۔ بعض دوری اصابتوں میں حمل، مرضِ خفیف ہوتا ہے اور مریض شفا یاب ہو جاتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ ٹرائی ٹائز و ٹوٹوٹین (T. N. T.) اور آرکسینو مینرال کے قسم میں محض خراب ترین اصابتوں میں ہلاکت واقع ہوتی ہے۔ پہلے یقین کیا جاتا تھا کہ حاملہ اصغر ذبول تقریباً ہمیشہ جملک ہوتا ہے، لیکن شفا یابی کی ان مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ اس مرض کی ایک، مکی شکل بھی ہوتی ہے۔ ٹرائی ٹائز و ٹوٹوٹین کے قسم کی مثالوں میں اکثر عجیب و غریب خفا پایا جاتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یرقان اس زہر میں کثیف ہونے کے چند سال بعد ظاہر ہو۔

تشخیص۔ اس کا انحصار عموماً داغی علامات کے وقوع اور کبھی اُصمیت کی سرینج تفصیل پر ہوتا ہے، جو ایک یرقانی مریض میں واقع ہو جائے۔ امتحانِ بدریہ

کاشعاع شخصیں کا ایک قابل قدر طریقہ ہے (Sirathy and Gilchrist) امتصائی وضع میں دیکھنے پر سایہ کی بلندی کم پائی جاتی ہے۔ بالائی سطح، ایک کے ارتخا اور پھیمپھیر کے حرکی وجہ سے گنبد نما نظر آتی ہے، اور زیرین کنارہ لمبی حالت کی نسبت زیادہ امتصائی نظر آتا ہے۔

انذار۔ حادثہ خف، جب علامات نمایاں ہوں، نہایت ہلکے ہوتا ہے۔ لیکن بعض اصابہ تول میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے مگر اگر ازاں بعد نفس اور بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ سخت الحاد اصابہ ہیں۔ خفیف تر اصابہ ہیں مگر یہ کامل طور پر شفا یاب ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ آخری درجہ میں پیش کیے گیا جاسکتا ہے۔ لیکن ابتدائی درجوں میں سستی جزو عامل کے ازالہ یا تعدیل کی کوششیں کر کے مرض کی مزید ترقی کو روکنا چاہئے۔ بستر پر آرام، گلوکوس کا استعمال براہ دہن (۱۰ فیصدی) اور روں وریڈی طور پر (۶ فیصدی) نیز فیصدی کیلشیم گلوکونیٹ کا روں وریڈی طور پر (۱۰ اسی روزانہ) اور سوڈیم تھیو سلیفیٹ کا روں وریڈی طور پر (۶ گرام) کثیر المقداریاں کے ہمراہ آزمایا جیسے۔

کبیت جگر

(cirrhosis of the liver)

کبیت کا نام جگر کے اُن امراض کو دیا گیا ہے جن میں لیفی بافت کی درجہ پرش ہو جاتی ہے۔ کبیت کا نام (جس میں زردی کے معنے پائے جاتے ہیں) اس وجہ سے استعمال کیا گیا کہ بانی کبیت میں جگر کا عام رنگ زرد ہوتا ہے، نہ کہ لیفی بافت کی زیادتی کی موجودگی کی وجہ سے۔ تاہم اس نام کا اطلاق اکثر دومرے جسمانی اعتدال کے مزمن لیفی تغیرات پر بھی کیا جاتا ہے، مثلاً کبیت شش اور کبیت گردہ لیکن ان اعضا کے لیفی تغیرات کی اصطلاح کو کبیت ترجیح دینی چاہئے۔

کبیت کی تین خاص قسمیں ہیں:- (۱) باقی کبیت، جس میں مزمن خارش، علامات وریڈیائی کی راہ سے جگر میں پہنچ جاتے ہیں، اور جس میں دورانِ خن کے اختلال جو معدی خرف اور استسقاء کے نامی پیدا کر دیتے ہیں، نمایاں سریری مظاہر ہوتے ہیں۔

(۲) صفراوی کہبت، جس میں یرقان نمایاں منظر ہوتا ہے، اور استسقا و شکمی بعض ایک اختتامی حالت کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ (۳) مگر د خلوی کہبت، جو پیدائشی آئینک میں ہوا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 397)۔

بابی کہبت

(portal cirrhosis)

(multilobular, alcoholic cirrhosis = (کثیر لوبتکی الکحلی کہبت

(hobnailed liver = (جگل مینچی جگر

سمکت اسباب۔ اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں بابی کہبت کا انحصار جزوی یا کئی طور پر الکحل کی کثرت استعمال پر ہوتا ہے، جو بیر (beer) کی شکل میں ہو، یا شراب انگوری (wine) یا روح شراب (spirits) کے طور پر۔ اس کے متعلق پورا علم نہیں کہ کہبت پیدا کرنے کے لئے کتنی مقدار کی ضرورت ہے کیونکہ انفرادی اختلافات وسیع ترین ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اشخاص ساری عمر خوب پیئے (پینے والے) اور انہیں کہبت نہ ہو لیکن دوسروں میں چند ہی ماہ کی شراب نوشی کہبت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بعض ایسے بچوں میں جو اس مرض میں مبتلا تھے، الکھلیت کا واقعہ ثابت ہو چکا ہے لیکن یہ ممکن کہ کہبت جگر کی بعض اصابتیں ایسی بھی ہیں جن میں الکحل کو بحیثیت سبب مرض کے یقینی طور پر خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ معافی سموم اس مرض کی بعض قسمیں پیدا کریں۔ آئینک کے سبب سے ہونے والی کہبت پر بعد اس غور کیا گیا ہے۔ خفیفہ درجہ کی نفی بیش بالیدگی مزمن مرض قلب کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے لیکن یہ کہبت نہیں جیسا کہ عام طور پر اس کا مفہوم لیا جاتا ہے۔ لمحالی عدم دمگو (splenic anemia) کی بعض اصابتوں میں (ملاحظہ ہو عدم دموبیت کا بیان) جگر کی کہبت ایک متاخر نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتی ہے، اور اس صورت میں ان اصابتوں کو ہر ض بیدئی (Banti's disease) کہتے ہیں۔

بڑے جگر والی کہبت (large-liver cirrhosis) ان اصابتوں میں لونیت کے ساتھ بھی متلازم ہوتی ہے، جن میں سے بعض کو خون لونیت

(hemochromatosis) کہتے ہیں۔ جدیدی صنف، ہیموفسکین (hamofuscin) اور ہیموسڈرین (hemosidrin) کی شکل میں آخر الذکر پروسیائی ازرق تعامل (Prussian blue reaction) دیتا ہے، یعنی پیل (Pearl) کا کاشف { بڑی مقداروں میں (جسم میں کی کل مقدار کے مقابل میں ۱۰ گنا) جگر اور بلبہ میں نیز دوسرے اعضا میں، ارادی عضلوں میں، ہڈی لٹنی غذا اور جلد میں مطروح ہو جاتا ہے، اور ثنائیت (bronzing) پیدا کرتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ کہبت، جگر میں اس صنف کے بعد پیدا ہوتی ہے یا پہلے۔ مسطور ذیابیٹس (diabeti bronze) میں ذیابیٹس، بلبہ میں ہیموسڈرین کے مطروح ہونے کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ خون کے تانبے کے اطالیت پذیر تسم کا نتیجہ ہوتی ہے۔

کالا آزار کے ساتھ جو ایک ماری مدارینی مرض ہے، معتدل درجہ کی کہبت موجود ہوتی ہے۔ کہبت، بڑھی ہوئی طحال، اور مغز استخوان کے تغیرات کا ایک سیتقدر نماش اجتماع (لیکن بلایشمان ڈوفونوفی اجسام کے) مصر کا ایک مقامی مرض ہے (Day and Ferguson) یا اور ایک عجیب طرح کی محدود المقام بانی کہبت (localised portal cirrhosis) پائی جاتی ہے جو بلہارزیا (bilharzia) کی شرا کا نتیجہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو بلہارزیت (bilharziasis)۔

مرضی تشریح۔ جسامت میں جگر بہت مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بہت بڑا ہو، یا تقریباً طبیعی جسامت کا ہو، یا نسبتاً بہت زیادہ چھوٹا ہو۔ اول الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات بدیشیہ ورتشی کہبت (hypertrophic cirrhosis) کہتے ہیں، ممکن ہے کہ سطح خاصی مکنی ہو یا کسی قدر باریک دانے پیش کرے۔ آخر الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات ذیوئی کہبت (atrophic cirrhosis) کہتے ہیں، یعنی بافت کے وسیع اور غیر منظم انقباض سے اکثر عضو کی شکل بہت بدل جاتی ہے اور اس کی سطح پر یعنی بافت کھردری گومریاں بنا دیتی ہے (گل سیخی جگر = hotnailed liver) جب بزل کے بعد دوران حیات میں استسقا، ہڈی، ہمیشہ پھر نمودار ہو گیا ہو تو کینڈہ جگر دینر بالمیقا ہے (ملاحظہ ہو جگر وکیدی التهاب = perihepatitis)۔ یعنی بافت کے ٹوکی ویر سے، جو اس کے اندر تمام سمقول میں دوڑتی ہے، جگر تمام مثالوں میں

معمول کی نسبت نہایت زیادہ لوہدار اور سخت ہوتا ہے۔ تراشے پر وہ متعدد زرد، ہلکے، بھورے اور زرد، یا بھورے رقبے پیش کرتا ہے جنہیں رما دی نیم شفاف یعنی بافت کے چوڑے خطے گھیرے رہتے اور ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔ اگر ایسے جگر کا کہبت کے ابتدائی درجوں میں امتحان کیا جائے تو بانی قنالوں (کیسے گلیسن = Glisson's capsule) کے گرد پیش کثیر التعداد گول خلیے اس بافت کی در ریزش کرتے ہوئے اور بعض مثالوں میں لختوں کے درمیان، بلکہ ان کے اندر داخل ہوتے ہوئے بھی پائے جاتے ہیں۔ ان کے بعد سپید یعنی بافت نمایاں ہوجاتی ہے، جو ایک ترقی یافتہ اضمات میں تراش کا ایک بڑا حصہ بناتی ہے۔ عضو کے اندر دوڑنے والی لٹنی بافت کے بند اسے کبدی بافت کے جزیروں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے ہر جزیرہ متعدد لختوں پر مشتمل ہو سکتا ہے (کثیف لخت کی کہبت = multilobular cirrhosis)۔ لیکن بارہا ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ یہ لٹنی بافت ایک لخت کو آ پار چرتی ہوئی اس کے بھی ٹکڑے کر دیتی ہے، اور بعض اوقات منفرد لخت اس سے گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ بڑا اتساع موجود ہوتا ہے۔ خلیات مذبول ہوتے ہیں اور ذرات صبیغہ کی وجہ سے بیشتر ملون ہو کر زرد یا بھورے ہوجاتے ہیں۔ یعنی بافت میں کثیر التعداد فیضا ختمہ عروق دہیہ ہوتے ہیں جنہیں کبدی شریان میں سے مشرب کیا جاسکتا ہے، اور بڑا لخت کی بافت کبدی خلیے بھی دیکھے جاتے ہیں۔ فی الحقیقت کہبت کی پیدائش کو جسم کی طرف سے مرمت کی سعی سمجھنا چاہئے، جو لخت کے وسطی اور بیرونی منطقوں کے استخراج کے بعد ہوتی ہے۔ فوساختہ نہایت عروقی یعنی بافت میں ایک قائمہ ہے، کیونکہ وہ باز کوہن یافتہ کبدی خلیوں کو تغذیہ بہم پہنچاتی ہے (۶۸)۔ ان کے بعد وہ بیکار ہو کر سکر دجاتی ہے اور اس طرح کبدی خلیات، ورید الباب کی شاخوں، اور شاید صفراوی قناتوں کو زیادہ زیادہ مضبوط کرتی جاتی ہے۔ اقصائی بافت کی بیش بالیدگی کی وجہ سے مگر ابتدائے بڑا ہوجاتا ہے، اور بعض بڑے اکہب جگروں میں چربی کی کچھ مقدار بھی موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کبدی خلیات اور چربی بالآخر غائب ہو کر جگرا پے معمولی وزن سے بھی بہت کم ہوجائے۔ چنانچہ جگر کی تغیر پذیر جامنت کا انحصار کم از کم جسم و اس درجہ پر ہوتا ہے کہ جس تک عمل ترقی کر چکا ہے۔

سرطانی کبست (cirrhosis carcinomatosa) ان اسما توں کا نام ہے جن میں اکبب جگر میں ایک اولی سرطان نمودار ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 400)۔ قرین قیاس ہے کہ یہ مریض خراش سے اُسی طرح پیدا ہو جاتا ہے جس طرح مریض آتشکی التهاب زبان (chronic syphilitic glossitis) کے بعد زبان کا مرطی سلعہ (epithelioma) ہو جاتا ہے۔

علامات۔ بانی کبست کے علامات بالخصوص بانی دوران خون کے بڑھتے ہوئے تسد کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، یرقان اور کبدی قلت کے دیگر امارات اکثر منقود ہوتے ہیں، یا مریض میں ان کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تسد سے وان ڈن برگ کا دوہیتی تعامل حاصل ہو جائے۔ کثرت شراب خواری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ اکثر التهاب المعده موجود ہوتا ہے، جس سے جھوک جاتی رہتی ہے، زبان فوار ہوتی ہے، اور تھنہ ہوا کرتی ہے، بالخصوص صبح کے وقت لیکن اس درجہ میں شکم کے امتحان سے ممکن ہے کہ جگر کی نہایت بڑی کلانی پائی جائے، جس کا مریض کو بالکل اعلم نہیں ہوتا۔ اس کے بعد دوسری علامت جہاں کثرت پائی جاتی ہے قسۃ الدم ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ بانی دوران خون میں تسد شروع ہو گیا ہے۔ چونکہ ورید الباب کے خون کو جگر میں سے جو گزر گزرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے، اس نظام کے جذرات پیسنے میں ساریقتی، معدی اور لٹمائی وریدیں بھی بلاشبہ متلی ہو جاتی ہیں اور ان سے مغالطی سطحوں پر اودا ہونے کا رجحان ہو جاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ خون مری کے زیرین سرے پر کی ان وریدوں کے انشقاق سے آتا ہے، جو ورید الباب کی شاخوں اور تحتانی ورید اجوف یا ورید جگر کی شاخوں کے درمیان آزادانہ ارتباط قائم کرنے کے دوران میں دوقالی نہایتلی ہیں۔ قسۃ الدم کے بعد باز دم الاسود ہو سکتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی بواسیر کی موجودگی نادر الوقوع نہیں، اور دوران کبست میں دوسرے حصوں (مسوڑھوں، ناک، اور پھیپھڑوں) سے نزع واقع ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔

بانی تسد کا اہم ترین اور ستم نیتجہ سیال کا وہ انصباب ہے جو پھولی ہوئی وریدوں سے کہنے میں باریلونی کے اندر جوتا اور استسقاء کی وہ قسم پیدا کر دیتا ہے جو اس سے پہلے استسقاء کے شکلی کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ بہت سی اسما توں میں

استسقاء شکی کے نمویاب ہوجانے کے بعد بھی جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور پسلیوں سے ایک یا زائد انچ نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اُس کی کور سخت، اور نہایت تیز یا گول ہوتی ہے لیکن اگر گرد کبدی التهاب زیادہ ہے تو جگر کی سطح چکنی ہوتی ہے۔ تاہم دھواں دار یا گولی ہوتی ہے۔ طحال اکثر بڑی ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ محسوس ہو سکے۔ اُس کا وزن اکثر ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوتا ہے۔ شکم کی سطح بڑی وریدوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو حقیقی اور صدری تنوں کے درمیان اوڑھتی ہیں۔ اس جانب دوران خون کے ذریعہ بابی دوران خون کو سبکباری حاصل ہوجاتی ہے۔ یہ ایک ہم امر ہے کیونکہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بابی نظام، عام دوران خون سے بالکل بے تعلق نہیں ہے، بلکہ حالت صحت میں بھی ایسے ذرائع ارتباط موجود ہیں، جو کہبت کی حالت میں بہت بڑھ جاتے ہیں، اور جو بابی ورید کے جذبات میں کچھ خون قلب کی رائیں جانب پہنچا دیتے ہیں بغیر اس کے کہ اس کو جگر میں سے گذاریں۔ ان ذرائع ارتباط میں سے حسب ذیل بیان کئے گئے ہیں: (۱) معدی اور مروی اور دو کے درمیان ارتباطات، فتحہ ڈایا فرامی کے مقام پر (۲) تحتانی ماساریقی کے، اور اندرونی حرقنی ورید کی بویاری شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۳) معدے کی اکیلی وریدوں کے، اور حجابی وریدوں کی شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۴) ماساریقی وریدوں کی شاخوں کے، اور رونی ورید یا دیوار شکم کی دوبری وریدوں کے درمیان ارتباطات۔ فرے رش (Frerichs) نے (۵) ان عروق کا تذکرہ کیا ہے جو جگر اور ڈایا فرام کے درمیان انضمامات کے اندر پیدا ہوجاتے ہیں، اور بعض اوقات (۶) جگر کے رباط مستدیر کے طول میں دوڑتی ہوئی ایک بڑی ورید (سیپی کی معین بابی ورید: accessory portal of Sappey) پائی گئی ہے جس کی وساطت سے بابی ورید شراسینی اور اندرونی پستانی کی شاخوں سے براہ راست ارتباط حاصل کرتی ہے۔

بڑے استسقاء شکی کے ذریعہ پیچیدہوں کے قاعدے اکثر نہایت دیکر چمک جاتے ہیں۔ استسقاء الصدر اور پیچیدہوں کا نتیجہ بھی اکثر ہوجایا کرتے ہیں۔ استسقاء شکی کے خوب نمویافتہ ہو جانے تک مریض دوسرے لحاظ سے بھی اکثر خطرناک طور پر بیمار ہوتا ہے۔ وہ دبلا اور کمزور ہوتا ہے، اس کی آنکھیں اندر مٹی ہوئی

ہوتی ہیں، یرقان کی خفیف سی جھلک موجود ہوتی ہے، اور چہرہ پر چھوٹی تباہ نما دیر کی ہوتی ہیں، تیش زیادہ تر طبیعی درجہ پر ہوتی ہے لیکن بعض اوقات بخار موجود ہوتا ہے۔ استسقاءے شکمی کے ظاہر ہونے کے چند ہی مہینوں کے اندر موت اکثر یا تو قلیل قلب کے ساتھ، یا دماغی علامات (ہڈیان اور قوما) کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے، اور یہ دماغی علامات مزمن انکسلیت سے واقع ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی قحط الدم ہلکے ہو جاتی ہے۔ ثانوی مراضیں بھی عموماً بلا کثرت پیدا کر دیتی ہیں۔

تشخیص - کہبت اکثر غفنی رہتی ہے، یہاں تک کہ قحط الدم، استسقاءے شکمی، یا خفیف سا یرقان اس کے راز کو افشا کر دے۔ یا انکسلی عادت کی وجہ سے اس کے آغاز کا شبہ کیا جاتا ہے، اور لیولوس یا گیلکٹوس کے حمل کے ثبوت کا شذ سے اس کا ثبوت ملتا ہے۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ ممکن ہے کہ ایک شرابی میں جیسے کوئی یقینی تکلیف نہیں، امتحان کرنے پر ایک بڑھا ہوا ناہوار جگر پایا جائے۔ نہایت عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ تشخیص اس وقت کرنی پڑتی ہے جبکہ استسقاءے شکمی پہلے ہی سے نمودار ہو چکا ہے، اور پھر شراب خواری کی کثرت اور قحط الدم کی مرگدشت، بڑے جگر بڑھی ہوئی طحال اور خفیف سے یرقان کی موجودگی، یہ سب تشخیص مرض کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ کبدی وظیفی کاشتات بھی تشخیص میں مفید ہوتے ہیں۔ جگر اور باریلوں کی ان دوسری حالتوں میں سے جو استسقاءے شکمی پیدا کر دیتی ہیں، اہم ترین یہ ہیں۔ سرطان، جو ممکن ہے کہ ورید الہباب یا اس کی سب سے بڑی شاخوں کو متاثر کرے اور باریلوں کی مزمن دباؤ نرت کے ساتھ گہرے دیکھائی الہباب کا اجتماع (ملاحظہ ہو گرد کبدی الہباب)۔ سرطان اور درملہ، جب وہ مگر سے دور ہوں تو بھی الہباب باریلوں پیدا کر دیتے ہیں، جس کا نتیجہ استسقاءے شکمی ہوتا ہے۔ اول الذکر کی شناخت بالید کی ان گرہوں پر سے ہو سکتی ہے جو شکر کے مختلف حصوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر اکثر شرب کی ایک دباؤت پیش کرتا ہے، جسے غللی سے بڑھا ہوا جگر سمجھا جاسکتا ہے۔ قحط الدم اکثر کہبت کا نتیجہ ہوتی ہے، اور تشخیص کے لئے بہت کار آمد ہے لیکن وہ حاد مدی قرعہ (acute gastric ulcer) اور طحالی عدم دمویت (splenic anemia) میں بھی عام طور پر ہوا کرتی ہے۔

انذار۔ ابتدائی درجہ میں، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ حالت وظیفی کاشفہ کے ذریعہ دریافت ہوگئی ہو، اگر الکحل کو بند کر دیا جائے تو انذار اچھا ہوتا ہے۔ جب استسقاءے شکمی نویاب ہو گیا ہو تو مریض، کمر بزل عمل میں لاکر چند سال تک زندہ رہ سکتا ہے۔ بچوں کی بعض اصاباتوں میں استسقاءے شکمی اولین علامت کے طور پر نمودار ہوا ہے، اور اس کے باوجود مریض ۸ یا ۱۰ سال تک زندہ رہا ہے۔

علاج۔ خود اکہب جگر کے متعلق کچھ بھی نہیں کیا جاسکتا۔ اور علاج یہی باقی رہ جاتا ہے کہ مزید فساد کا سد باب کر دیا جائے اور جو کچھ نقصان اب تک ہو چکا ہے اس کے اثرات کے ازالہ کی کوشش کی جائے۔ الکحلی کہبت میں اولین ضرورت یہ ہے کہ شراب کا ادخال قطعاً روک دیا جائے۔ اور ابتدائی درجہ میں، جبکہ ابھی جگر سکڑا ہوا نہیں ہے اور استسقاءے شکمی اب تک نمودار نہیں ہوا ہے ممکن ہے کہ جگر اپنی طبعی جسامت پھر حاصل کر لے۔ تاہم ایسی اصابت میں یہ کہنا کہ لیفیت کس حد تک ترقی کر چکی ہے ناممکن ہے۔ غذا میں کثرت سے کاربوائیڈریٹ ہونے چاہئیں اور پروٹینوں کی مقدار محدود کر دینی چاہئے۔ اسماء کو فعال رکھنا چاہئے اور منتلی اور سورہضم کے کوئی علامات ہوں تو ان کا علاج اس طرح کرنا چاہئے کہ جس طرح پہلے بیان کیا گیا ہے۔ جب استسقاءے شکمی ہو جائے تو مدات بول کے ذریعہ اسکو دور کرنا غیر محفوظ سمجھا گیا ہے، مثلاً سیلرگان (salyrgan) کے ذریعہ کہ جس میں سموم پائے جاتے ہیں، تاہم یہ مدات بول اکثر استعمال کئے گئے ہیں۔ سہلات میں صند بیدیل استعمال کئے جاسکتے ہیں، سلفیٹ آف میگنیشیم، بائٹارٹریٹ آف پوٹاشیم مرکب سفوف جلاب (compound jalap powder)، یا ایلاٹیریئم (elaterium)۔ اگر شکم بہت تنیدہ ہو جائے تو بزل کی ضرورت ہے، اور جب سیتال پھر جمع ہو جائے تو بعض اوقات اس بزل کو کر کرنے سے کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ اس رائے کی بناء پر کہ استسقاءے شکمی بالخصوص میکانی مبداء رکھتا ہے، ایک حجابیب ران خون کو نویاب کرنے کی حسب ذیل کوششیں کی گئی ہیں۔ (۱) شکم کو کھونا، اور جگر اور ڈایا فرام کی مقابل سطحوں کو گھرج کر انھیں ایک دوسرے کے تماس میں لانا (Drummond and Morison Talma) اور (۲) ثرب کبیر کو شکم کی سامنے

کی دیوار سے جوڑنا (تثلیث الشرب = epiploxy) اس کے متعلق یہاں تنک ہوئے
کیا گیا ہے کہ ان ٹھیلوں میں سے ۳ فیصدی میں کچھ کامیابی حاصل ہوتی ہے۔

صفراوی کھہریت

(biliary cirrhosis)

۱۔ ہیٹنوک کی کھہریت (Hanot's cirrhosis) زیش پرورشی صفراوی کھہریت
(hypertrophic biliary cirrhosis)۔ اس مرض کی تیسبب اب تک بہرہ ہے۔
یہ نامعلوم ہے کہ اولاً جگر کی کبھی یافت مائوف ہوتی ہے یا صفراوی قناتیں۔ یہ ایک نیا
مرض ہے، جو عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے اور اکثر بچوں میں ہوا کرتا ہے
جگر کی کلائی بہت زیادہ، اور اکثر بچوں میں طحال کی کلائی اس سے بھی زیادہ بڑی ہے
مریض کی بالیدگی ٹھہری ہوئی، جلد کی گہری لونیت، اور ہاتھ کی انگلیوں کے سرے
نمایاں طور پر گر زخمل ہو جاتے ہیں (کلاں طحالی کھہریت = splenomegalic
cirrhosis)۔ برقان اس مرض کا نمایاں خاصہ ہوتا ہے، اور مٹا سب میں جب صفرا
موجود ہوتا ہے، لیکن استسقاءے شکمی عین اختتام کے وقت تک نہیں پایا جاتا لیکن
ہے کہ یہ مرض کئی سال تک جاری رہے۔ خاتمہ کے قریب مریض کو ہڈیاں ہوجاتا ہے
بعض اوقات نہایت تندی اور جوش کے ساتھ، اور پھر وہ قویا زرد ہوجاتا ہے۔
تپش بلند درجہ پر ہوتی ہے، جلد کے نیچے اور مخا طی اغشیہ سے زف ہوتا ہے اور وہ
مین یا چار دن میں مر جاتا ہے۔

جگر چکنا اور بڑا ہونے کے علاوہ، تراشنے پر صفرا سے گہرا طون ہوتا ہے
بابی کھہریت کی نسبت اس حالت میں لینی یافت نہایت زیادہ نازک طور پر مرتب
ہوتی ہے، اور ہر ٹنک لینی یافت سے گہرا ہوا ہوتا ہے (یک لختکی کھہریت
= unilobular cirrhosis)۔ ممکن ہے کہ کچھ لینی یافت ٹنک کے اندر اور کبد کی
غلیات کے گرد بھی موجود ہو۔ صفراوی قناتوں کا نمایاں نکاثر ہوتا ہے۔ اس کی
شہادت موجود ہے کہ ایک بڑا اکہب جگر مریض کے زمانہ حیات ہی میں چھوٹا ہوجاتا
ہے۔ تر فریڈرک میئر نے ایک اصابت کا اندراج کیا ہے، جس میں جگر ناف سے نیچے

پہنچ گیا تھا اور مریض کو نہایت خوب نمایاں یرقان تو تھا مگر کوئی استغناء کسی نہ تھا۔
پہلے ہیٹھ بعد یہ جگر ٹشکو کر پسیلوں کی کور کے نیچے اور باطن قریب آگیا۔ علاج بابی
کہبت کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

۲۔ تسدوی قسم (obstructive form) - رُوس (Rous) اور

لاری مور (Larimore) نے ایک صفراوی قنات اور ورید الباب کی متاثر شاخ
میں بندش لگا کر تجربہ ایک خاص ایک لٹنکی کہبت پیدا کر لی، جو ہتھو کی کہبت سے
مشابہ تھی۔ پیدا شدہ صفرا کی مقدار پہلے کی نسبت کم تھی، لیکن چونکہ وہ معمولی جھاری
میں سے نہیں گزر سکتا تھا، لہذا وہ میاں لٹنکی قناتوں کی دیواروں میں سے گزر کر
باہر نکل آیا اور اس سے خراش اور لیشی یافت پیدا ہو گئی۔

پھر اس کی بجائے ورید الباب کی دوسری شاخوں میں بندش لگا کر تمام بابی
خون کو جگر کے اس رقبہ کی طرف منحرف کر دیا گیا جہاں صفراوی رگوں کا صفرا کی نسبت
زیادہ مقدار پیدا ہوتی اور اس نے بین لٹنکی صفراوی قناتوں سے خارج ہو کر ایک
گرد خلو کی کہبت پیدا کر دی۔

یہ نتائج ہتھو کی کہبت کی امراضیات پر قدرتی طور پر بہت روشنی ڈالتے
ہیں، اور اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ممکن ہے کہ وہ دراصل نسبتہ چھوٹی صفراوی گندگاہوں
کے تسدو کے باعث ہو۔ لیکن صرف تسدوی صفراوی کہبت کی ایک ایسی قسم بھی ہے
جو ہمیشہ نہیں گرگا ہے گسا ہے سریری طور پر اس وقت پائی جاتی ہے جبکہ گسا ہے صفرا
یا سرطان وغیرہ کے باعث صفراوی قناتوں کا طویل عرصہ سے تسدو ہو۔ صفراوی
قناتیں بہت تسع نظر آتی ہیں، اور ممکن ہے کہ جگر ایک لٹنکی یا بعض اوقات کثیر لٹنکی
کہبت ظاہر کرے۔ علاج یہ ہے کہ جراحی تدابیر سے حتی الامکان سبب کو دور کر لیا جائے

جگر کی آتشک اور تدبیر

آتشک یا آتش ہو سکتی ہے یا الکلیاتی۔
پیدا آتشک اولاً گرد خلو کی کہبت (pericellular)
(cirrhosis) کے طور پر ہوتی ہے اور ثانیا صمغیہ کے طور پر اولیٰ الذکر کے

خلوی در درجہ شش کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو نمویاب ہو کر ایک لیف آسانصلا بنبجائی ہے۔ وہ ٹھنکوں پر غلاؤ اور ہو کر مصلیٰ کو لینی بافت کی ایک تہ سے گیر لیتی اور جگر کی بڑی کلانی پیدا کر دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ خود بینی امتحان سے حسب ذیل امور نظر آئیں۔ (۱) بائی قناتوں کے گرد یعنی بافت کی زیادتی (گر ربا کی کہت = periportal cirrhosis)۔ (۲) کثیر التعداد مضغی سرخ غلیظ، یا بیونج کہ جگر اپنے مذمتی افعال جاری رکھتا ہے، جس سے اس تکاف جسامت کی کلانی ہو سکتی ہے، جو آنشکی سم کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ (۳) دشمنی معینی (80) اتصالی بافت میں بیچ موٹے موجود ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی لحال اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یرقان کبھی کبھی ہوتا ہے، لیکن استسقاء شکی شاذ ہی۔ بعض اوقات ان اشخاص میں جو پہلے بین خلوی کہت کا موضوع رہ چکے ہوں، کثیر آنشکی کہت نمویاب ہو جاتی ہے۔

علاج - ملاحظہ ہو پیدائشی آنشک صفحہ 1۳7

اکتسابی آنشک - یرقان (جو آنشک کے ابتدائی درجوں میں اکثر ہوا کرتا ہے اور آرمینو ہینزال کے مرکبات کے رواج سے پہلے معلوم تھا) ظاہر کرتا ہے کہ یہ مزیت ایک حاد التهاب جگر پیدا کر سکتی ہے۔ آخری درجوں میں آنشک جگر کا صفیہ پیدا کر دیتی ہے۔ اس کے عام خصائص وہی ہوتے ہیں جو دوسرے مقامات کے صفیہ میں پائے جاتے ہیں، اور اس میں بیچ موٹے بھی پائے جاتے ہیں یہ صفیہ کم و بیش کروی زرد تودے ہیں جو لوچدار اور لچکدار ہوتے ہیں اور رادی لینی بافت کے ایک منطقت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے کثیر التعداد بند حکر متصلہ کبدی جرم کے اندر جاتے ہیں۔ اس لینی بافت کے اقتباس سے جگر کی سطح پر ایک نشیب یا شق پیدا ہو جاتا ہے، جس کی تہ میں اسے پیدا کرنے والا صفیہ واقع ہوتا ہے۔ اور اس طرح سے جگر ناہموار طور پر ٹھنکدار اور شہو ہو سکتا ہے۔ اکثر اوقات صفیہ مرکز میں ٹوٹ پھوٹ کر ایک ریم نار سخت بن جاتے ہیں۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ بالکل لینی بن جائیں اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ ایک متعلق کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ یا ممکن ہے کہ ان میں کلسی نزوات کا مادہ ہو جائے۔ صفیہ جگر اکثر جوشی ہو جاتے ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ وہ باوجود بنی

انقباضات کے بڑی جسامت کے ہوں۔ آتشک کی وجہ سے ہونے والا ایک دوسرا تغیر جگر و کبدی التهاب ہے۔ اغلب ہے کہ کثیر لختی کہبت کی بعض اصابتوں کا سبب آتشک ہی ہو۔

علامات - کبھی کبھی جگر کی اگلی سطح پر ایک بڑا صمغیہ ایک اُبھار بنا سکتا ہے جو چمکنا اور پگھلا رہتا ہے اور اُس پر ایک کیسیہ یا دوسرے دیر سے کا بر شدت گمان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ وائس فعلی حاشیہ کو اوپر اٹھا دے۔ اس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ، لیکن غالباً آخری دھول میں آتشکی جگر بڑے، سخت، سطح پرنا ہموار، اور لختی ندبات کے ٹکڑے کی وجہ سے مشوہ ہوتے ہیں۔ نہ تو استسقاءے شکمی کی اور نہ یقین کی موجودگی لازمی ہے، لیکن مخصوص اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ وریڈالباب یا قنات صفرا پر ایک صمغیہ کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیدا ہو جائیں۔ اور گردے کے ہزماں چریشی مرض کی وجہ سے اکثر البیو من بولیت بھی موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات صمغیہ کے ساتھ حادنی قسم کا ایک قطعی بخار موجود ہوتا ہے۔

علاج - ابتدائی اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاشیم صمغیہ کو بہ سرعت گھٹا کر اُس کے ساتھ کے بخار کو روک دیگا۔ سالورسان (salvarsan) بھی احتیاط کے ساتھ آزمایا جاسکتا ہے، اور اس صورت میں مریض کو کاربوہائیڈریٹ بہ افراط دئے جائیں لیکن جب کہ نہ ندبات اور وسیع چریشی مرض موجود ہوں تو فائڈس کے کی توقع بہت کم ہو سکتی ہے۔

مندرن - یہ تقریباً ہمیشہ عام مدرن کا جزو ہوتا ہے۔ (ملاحظہ ہو: بخنی مدرن صفحہ 163)۔

جگر میں نوبالیدیں

(new growths in the liver)

جگر کا واحد سلعہ جو کچھ بھی عام ہے، سرطان ہے۔ دوسرے اکثر التوقع سلعہ میں سے حسب ذیل ہیں: - کھنگلی عروقی سلعہ (cavernous angioma)، خادہ کوریہ (simple cysts)، اور وہ لختی غدی سلعی مطروحات (lymphadenomatous)

(deposits) جو مرض آجکل کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ یہ شاید ہی کوئی مبینہ علامات پیدا کرتے ہیں۔ مثلاً نائخیلیوں والا لحمی سلعہ (spindle-cell sarcoma) * میٹلائینی لحمی سلعہ (melano-sarcoma) * دوبری لحمی سلعہ (cysto-sarcoma) * مخاطی سلعہ (myxoma) اور غدی سلعہ (adenoma) بھی مرقوم ہیں۔

کبد شحمیہ

(fatty liver)

شحمی دسرینرش (fatty infiltration) کبد کی خلیات میں طبعی طور پر شحم کی تھوڑی مقدار موجود رہتی ہے۔ بعض حالات میں یہ تبدیلی شحم بے انتہا زیادہ ہو جاتی ہے۔ شحمی انحطاط (fatty degeneration) - اس حالت میں شحم کے طبیعی خواص میں تبدیلی ہو جاتی ہے۔ نتیجاتی طور پر اسے خلیات کے اندر مگلو بیچوں کے طور پر رکھا جاسکتا ہے اور اسی وجہ سے خلیات انحطاط یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب - شحمی دررینرش اور انحطاط کے بے شمار اسباب ہیں۔ ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں :- حمل اور رضاعت - عمومی فرہی - فاقہ کشی - جگر کا املا قتل قلب میں - ایسا ذیابیطس جس کا علاج نہ کیا جائے (eclampsia) - عمومی حالتیں کہ جن میں سموم اور بلغم پیش خلیہ کو نقصان رسیدہ کر دیتے ہیں - شدید عہد و موتیں - جگر کا مادنخز اور دوسرے امراض - فاسفورس سمکھیا کاربن ماناکسائیڈ (carbon monoxide) کلوروفارم (chloroform) فینائل مائٹریڈ رازین (phenyl hydrazine) اور کاربن ٹترا کلورائیڈ (carbon tetrachloride) وغیرہ کا شحم۔

اگر انضیات - شحم جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح چکنی ہوتی ہے اس کے کنارے کیقد رگول ہوتے ہیں اور تریشنے پر اس کا رنگ سفیدی مائل زرد اور شکر یکساں ہوتا ہے اور ممکن ہے یہ فی الحقیقت پانی میں تیرے۔

علامات - شحم جگر میں حد بالکل نہیں ہوتا۔ اس کو جس کرنا دشوار ہوتا ہے

کیونکہ یہ نرم کثافت کا ہوتا ہے، گوکہ بڑا اور چکنا ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے شکی دیوانہ
فریہ ہو۔ فی الجملہ اس کے علامات تبیینی حالت کے علامات ہوتے ہیں۔ فریہ پر جو
فصل ہے خاص کر اس کو ملاحظہ کیا جائے۔

تجربہ طور پر یہ مشاہدہ کیا گیا کہ لبلبہ ربوہ کتوں میں ذیابیطس میں مروجہ
مدت کے ساتھ اکثر اوقات بظاہر اصلاح ہو گئی۔ کم شکر خارج ہوئی، اس کے باوجود
یہ حیوان بالآخر مر گیا اور اس میں ایک شیمو جگر پایا گیا۔ جب ان حیوانوں کو لبلبہ
براہ دین دیا گیا تو وہ صحت مند رہے لبلبہ میں جو مادہ شفا کا سبب ہے ممکن ہے وہ
کولین (choline) ہو (79)۔

399

چربی مرض

(LARDACEOUS DISEASE)

نشا آئس امراض (amyloid disease)

تیس صدر اور ریل ریوی کے تعلق میں چربی امخطاط کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔
اور چونکہ جگر ان اعضا میں سے ایک عضو ہے، جو بیشتر اوقات موقوف ہو جاتے ہیں،
لہذا یہاں اس امخطاط کا ایک مختصر بیان درج کر دینا ضروری ہے۔ اس میں باہر
کے اندر ایک سخت بے رنگ، نیم شفاف، پروٹینی مادے کا جماؤ ہو جاتا ہے، جس میں
بہت سی ٹائروسین (tyrosine) (لارڈلین یا نشا آسا = lardacein or amyloid)
موجود ہوتی ہے، اور بعض مٹون علامات اس مادہ کی تلون کر دیتے ہیں۔ مثلاً آئیوڈین کا
آبی محلول اس کا رنگ بدل کر اسے گہرے بھورے سرخ مہاگنی رنگ کا کر دیتا ہے۔
سازہ جگر کی ایک ترشش پر (جس کو پہلے دھو کر خون سے مبرا کر دیا گیا ہو) آئیوڈین
لگائی جاتی ہے، تو موقوف حصہ کا خاکہ اس میں رنگ کے ذریعہ واضح ہو جاتا ہے۔
ازاں بعد ہلکا سفید رنگ آئید شامل کر دینے سے یہ رنگ بدل کر سیاہ ارغوانی ہو جاتا
ہے۔ میتھیل وائیولیٹ (methyl violet) یا جینٹین وائیولیٹ (gentian violet)
چربی یا نشا آسا مادے کو سرخ بنا دیتی ہے، لیکن گرد و پیش کی تندرست بافت کا

رنگ نیلا جاتا ہے۔

جن بافتوں میں یہ چربی مادہ پایا جاتا ہے وہ یہ ترتیب زمانی سب سے پہلے عروق و موہ کی دیواریں، دویم مختلف اتصالی بافتیں اور بالآخر عضو کے غدی خلیات ہیں (بشرطیکہ ان میں یہ مادہ پایا جاسے)۔ درحقیقت یہ مادہ اپنے عمل وقوع کے لحاظ سے زیادہ ترین خلوی ہوتا ہے۔ چنانچہ چھوٹی شرائین میں اس کا جسمناؤ درمیانی طبقہ کے عضلی ریشوں کے خلیات کے درمیان ہوتا ہے اور ان کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے۔ لہذا میں یہ گودے کے خلیات کے درمیان و حاریوں اور چمکتیوں کی طرح موجود رہتا ہے۔ اور جگر میں یہ عروق شریہ اور غدی خلیات کے درمیان حامل ریزوں کی صورت میں پڑا ہوا ہوتا ہے۔ درحقیقت یہ اتنا اختلاط نہیں کہ جتنا ساخت میں ایک قسم کا اضافہ ہے، اور وہ کھوکھلے اعضا جو اس سے ماؤف ہو جاتے ہیں، عموماً بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔ عروق میں اس کا جو تعلق ہے اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس کا جامد خون میں سے ہوتا ہے۔ یہ اکثر بیشتر طحال، گردوں، جگر، امعاء اور معدے میں واقع ہوتا ہے، اور گھٹتے ہوئے تو اتر کے ساتھ فوق الکلیہ کیسوں، غد و لمفا، دقیہ، اور بلہ مبینین، اور رحم میں چربی جامد جسم کے کسی بھی حصے میں طویل تیج ہونے کے باعث ہوتا ہے، اور سلی ریوی، آتشک، شالشی، ہڈیوں اور مفاصل کے درمیانی مرض، اور تیج العدا میں بالخصوص عام ہے، یا آتشک میں بلا تیج کے بھی۔

جگر میں چربی تغیرات ابتدائے نعتوں کے درمیانی منطقہ میں دیکھا جاتا ہے، جہاں عروق شریہ شریان کبدی کے انقسامات کے ساتھ نہایت قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں۔ جوں جوں یہ جامد بڑھتا جاتا ہے، کبدی خلیات مضطرب ہو کر مذبول ہوتے جاتے ہیں، لیکن خود ان کے اندر چربی جامد نہایت کبھی کبھی ہی ہوتا ہے۔ مگر بے انتہا بڑا ہو جاتا ہے، اس کی سطح چکنی اور کوکھنڈ گول ہو جاتی ہے، اور اس میں درو یا الیمیت مطلق نہیں ہوتی۔ یہ مرض یرقان نہیں پیدا کرتا۔ اس کے ساتھ قیسی مرض کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی اکثر طحال کی کلائی، البیومن بولیت اور اسہال بھی، جو دوسرے

اعضا کے اندر اس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چربی جگر جو ساتھ ہی آتشکی صفیہ یا ندبہ کا محل وقوع ہو قدر تا اپنی ہموار چکنی سطح کو کھودیتا ہے مگر وہ اپنے دوسرے ملازمت کی وجہ سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بانی دوران خون تنہا چربی تخریر سے متصف نہیں ہوتا اور گو استفادہ شکی اکثر اوقات موجود ہوتا ہے وہ بیشتر استفادے کلی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور ان دونوں کو گردوں کے ہم زماں مرقا سے منسوب کرنا چاہئے یا ممکن ہے کہ وہ دوسری پیچیدگیوں مثلاً کہبت صفیہ یا مزمن التهاب باریطون کے باعث ہوں۔ گودے کا چربی مرض اکثر کلاں سفید گردہ کا سامنظر پیدا کر دیتا ہے۔ غرضی امتحان پر قبلی گچھا بسا اوقات سب سے پہلے تبدیل ہوتا ہے اور اس کے بعد کیے بعد دیگرے عروق درازندہ عروق متقیہ عروق برآزندہ اور بن ابونی عروق۔ تاہم بعض اصابتوں میں یہ تبدیلی عروق متقیہ میں اس وقت سے پہلے پائی جاتی ہے جب کہ یہ قبلی کچھے میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ کلاں سفید گردے کے التهابی تغیرات موجود ہوتے ہیں چربی طحال بڑھی ہوئی سخت اور چکنی ہوتی ہے۔ یہ تبدیلی طحالی عروق کو اور میلگیانی جیموں (Malpighian corpuscles) کو متاثر کرتی ہے اور میلگیانی جیمے طلع پر سفید و افوں کے طور پر نظر آتے ہیں (صا بوطحس = sago spleen)۔ دوسری اصابتوں میں چربی مادہ گودے کے غلیات کے درمیان مطلقاً موجود ہے اور غنیو زیادہ یکساں طور پر شاحب ہوتا ہے۔

400

تفحص کبدی کچو کے کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ ایک ایسی اصابت میں کہ جس میں طویل المدت ترقی ضرر یا نا لشی آتشک ہو البیومن بولیت کی موجودگی اس مرض کے امکان کا اشارہ کرے گی بالخصوص اگر طحال یا جگر بہت بڑھے ہوئے ہوں۔ پیشاب میں چند زجاجی یا ذراتی سبائک موجود ہوتے ہیں اور گاہے ایسے سبائک جو کہ چربی متعلق ہوتے ہیں۔ اگر گودے کے وظائف میں بہت خلل واقع ہو گیا ہو تو اصابت کسی ایک قسم کے مرض براست کے ساتھ مشابہ ہو سکتی ہے اور آنت کے متلازم چربی مرض کی وجہ سے ابہمال موجود ہو سکتا ہے۔

انذار۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے لیکن کارگر جراحی علاج کے بعد کلاں میں

تخیف ہونا نامرغوم ہے۔ ترقی پذیر استقلہ یوریا و موریت سخت کن اہمال، معنی التہابات اور کبدی عدم کفایت سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو سبب دور کر دینا چاہئے۔ یہ سبب ریوی میں تو ناممکن ہے لیکن شاید تھج کے دوسرے اسباب کا جراحی طریقہ سے علاج کرنا ممکن ہو اور پوٹاسیم آوڈائیڈ کا ڈیوڈائل آئرن (لوہا) کوہن اور دوسرے مقویات دینے چاہئیں۔ آٹھکی اصابتوں میں پارہ اور پوٹاشیم آوڈائیڈ استعمال کرنے چاہئیں۔

جگر کا سرطان

(carcinoma of the liver)

امراضیات۔ اولی سرطان دو شکلوں میں واقع ہوتا ہے :- ۱۔ گرگوں کے طور پر جو جگر کے کسی بھی حصے میں نمودار ہو جاتی ہیں اور ایک منتشر در بزرگ کے طور پر فیجیاتی لحاظ سے جگر کا سرطان دو قسموں کا ہوتا ہے :- (۱) کبدی خلیوں والا جن سے صفر کا افاز پیدا ہو سکتا ہے یا (۲) صفراوی قنات کے خلیوں والا۔ کبھی کبھی اولی سرطان اکثرت جگر میں نمودار ہو جاتا ہے۔ بالعموم جگر زیادہ بڑا نہیں ہوتا۔ یعنی بیش بالیدگی کے علاوہ وہ متعدد سلمات پیش کرتا ہے جو استءء سخت اور پدید ہوتے ہیں لیکن بعد میں ان میں انحطاط یا تنخر واقع ہو کر ان کا رنگ زرد یا سبز ہو جاتا ہے۔ سرریاتی مظاہر کہبت کے مظاہر سے مماثل ہوتے ہیں اور اس حالت کو سرطانی کھبت (cirrhosis carcinomatosa) کا نام دیا گیا ہے۔

سرطان جگر کی جو اصابتیں ملتی ہیں ان میں سے ایک نہایت بڑی تعداد ثانوی ہے جو دوسرے احشاء (بالخصوص معدے) آنت مراد شق بانی میں کے غدء رحم یا پستان) میں کے سرطانی مطروحات کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ سرطانی خلیے وریدا اباب کی شانوں کے ذریعہ سے جگر میں پہنچ کر خصلتی عروق شعریہ میں جا گزیں ہو جاتے ہیں۔ ثانوی سرطان کی نوعیت ایسے اس کے نرم یا سخت یا سیاہ ہونے کا دار و مدار اولی سلسلہ کی نوعیت پر ہوتا ہے۔

اگر یہ سرطان منتشر ہے تو جگر حص بڑا ہو جاتا ہے لیکن جب یہ گرہوں یا جہانگانہ رسولیوں کی شکل میں موجود ہو تو جگر بھی اُن کے ساتھ نہایت مختلف شکلیں اختیار کر لیتا ہے۔ ہر گرہک ہر سمت میں یکساں طور پر بڑھنے اور اس طرح اپنی شکل کو گلوبو سچ نما رکھنے کا رجحان رکھتی ہے، اور جب وہ سطح پر پہنچ جاتی ہے تو وہ ایک تخت، تختہ یا نیم کروی بڑوں بالیدگی کے طور پر ابھرتی ہے۔ لیکن جب گرہیں نسبت بڑی مثلاً قطر میں $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ ہو جاتی ہیں تو مرکز میں وہ اکثر ذراتی یا خمی چورے کی صورت میں ٹوٹ پھوٹ جاتی ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گرہیں جو سطح پر ابھری ہوئی ہوتی ہیں، ایک جانب پر بلا سہارا ہونے کی وجہ سے اندر و حص جاتی ہیں اور ایک مرکزی نشیب یا نافذی (umbilication) پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ ایسی حالت ہے جو بعض اوقات اگلی ذیوار شکم کی راہ سے محسوس ہو سکتی ہے۔ جگر کی زیریں کور بھی بے قاعدہ اور گرہک دار ہوتی ہے۔ تراش لینے پر ایسا جگر پید سرطانی بالیدگی کے بے قاعدہ رقبے پیش کرتا ہے جن کے خاکے کم و بیش مدور ہوتے ہیں۔ نسبت بڑے رقبے مرکز میں نرم ہو رہے ہیں اور ان سے بہت سے رقبے نزقات کی وجہ سے دھتے دار ہو گئے ہیں۔ وہ کبھی بافت جو ان کے درمیان حال ہے اکثر گہرے بھورے یا زرد رنگ کی ہوتی ہے جب سرطان کا آغاز مارہ یا قنات صفر سے ہوا ہو یا وہ شق بانی سے اندر کو بڑھ گیا ہو، تو اسکی بالیدگی اسی خطے میں وسیع ترین ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ اسی میں بالکل محدود ہو۔ بعض اوقات خالی مارہ، یا ایسا مارہ جس میں کچھ حصاۃ موجود ہوں، ایک سرطانی تودے میں مفروش یا گڑا ہوا ہوتا ہے۔ شق بانی کے قریب کی سرطانی گرہیں قنات صفر یا ورید الباب کو دبا کر پچکا سکتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر اس نو بالید سے بالکل پر ہو جائے۔

علامات - سرطان جگر عموماً بہت زیادہ دیر پید کر دیتا ہے جو دیر میں مراقبہ شائے اور کمر کو ناف کرتا ہے۔ ابتداً وہ ایک وزن اور پختی کے احساس سے زائد نہیں ہوتا، اور بعد میں شدید اور متفرق ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ لیکن کبھی کبھی درد غیر موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے جگر بڑا ہو جاتا ہے اور ناف سے بہت دور پہنچے اور بڑھ کر بائیں

جانب تک پہنچ سکتا ہے۔ اس کی سطح پر گرہیں ابھر کر نمایاں ہو جاتی ہیں اور اس کا بے قاعدہ خاکہ ایک نئی تصویر میں بھی دکھلائی دیتا ہے۔ کھانی زیادہ تر نیچے کی سمت ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ مخدب سطح سے بھی بڑے بڑے تودے برآمد کر ڈالیا فرام کو اور بکے طرف دھکیل دیں اور اس طرح قاعدہ شش کو دوبارہ پکا دیں۔ بالعموم سرطان تودے کی سطح تقریباً چتر کی سی سختی رکھتی ہے، جو کہبت یا چربی بشی مرض کے نسبت صاف طور پر سخت تر ہوتی ہے اور سخت سرطان سے نرم طبیعی یافتہ تک ایک تدریجی تغیر اکثر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یرقان تقریباً نصف مریضوں میں ہوتا ہے اور عموماً یہ دکھلایا جاسکتا ہے کہ وہ صفراء کی خالص قنات پر دباؤ ڈیر جائے کا نتیجہ ہے، بالخصوص ان اصابتوں میں جہاں سرطان شش بائی سے شروع ہو۔ وان دن بزرگ کا راست کاشفہ حاصل ہوتا ہے۔ اسی طرح استمقاء شش کی اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں اور یہ سیال شاذ ہی اس قدر وافر ہوتا ہے جس قدر کہ کہبت میں۔ اس کا انحصار ہشتر ذیالباب یا اس کی بڑی شاخوں پر راست دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے اور کبھی کبھی ایک نمونہ التباب باریطوں پر۔ نیز لاغری، شحوبہ اور انبطاح جو خبیث یعنی سرطانی امراض کا عام خاصہ ہیں موجود ہوتے ہیں۔ سرطان جگر کی بہت سی اصابتوں میں ارتقاع حرارت ہوتا ہے اور کبھی کبھی اس کے اشتدادات اور فترات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ مرض باجکین میں۔

تفحص۔ ایک بوڑھے شخص میں بڑھا ہوا جگر اور یرقان جو کئی ماہ سے ہو مریضوں کی اکثریت میں جگر کے سرطان یا البلیہ کے سر کے سرطان کے باعث ہوتا ہے اگرچہ کبھی کبھی یہ بھی ممکن ہے کہ قنات صفراء ایک سنگ صفراء کی سے متند ہو گئی ہو۔ اگر جگر کی سطح پر سخت اور نامواگر گریں محسوس ہوتی ہوں تو سرطان جگر کی تشخیص نہایت اغلب ہے۔ وہ انجوار جو صنفیہ (scirrhous) کی وجہ سے بوجہ آئندہ ہوتا ہے اس کا قطر ایک انچ یا زائد ہوتا ہے اور وہ نرم یا لچکدار ہوتا ہے۔ اگر جگر کی سختی کیساں طور پر ہو اور بہت زیادہ ہو تو سرطان کا ہونا محض قرین قیاس ہے۔ جن اصابتوں میں یرقان نہ ہو جگر کا بڑھا ہوا ناموا

اور گوڑھے دار ہونا اور مریض میں لاغری کا موجود ہونا عموماً تمیز علامات ہوتے ہیں۔
 چربشی اور اکبب جگر نیشہ کم سخت اور زیادہ ہموار ہوتے ہیں۔ ان دونوں حالتوں
 میں طحال بھی اکثر اوقات بڑھی ہوئی ہوتی ہے، پہلی حالت میں چربشی جھاؤ سے
 اور دوسری حالت میں ویدی رکود کی وجہ سے، در اسخا لیکہ طحال کی سرطانی کلائی
 نیشہ غیر عام ہوتی ہے۔ آتش کی جگہ ناہموار اور دردناک ہو سکتے ہیں، لیکن یہ اکثر
 نسبتاً نوجوان اشخاص میں ہوتے ہیں اور اپنی مخصوص سرگزشت رکھتے ہیں۔ چنگا
 صفرا کے عرصہ دراز سے ہونے کی سرگزشت سرطان کے امکان کو ناپاچ نہیں کہتی
 بلکہ اس کی تائید ہی کرتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت یاس انگیز اور برا ہوتا ہے۔ مدت مرض شاؤبی بارہ
 مہینوں سے زائد ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی دو یا تین سال بھی ہو سکتی ہے۔ نسبتاً
 نرم قسم کی نو بالیدیں ایک یا دو ماہ کے اندر ہی ہلاکت پیدا کر سکتی ہیں۔
 عیلاج۔ یہ شخص مخفی ہو سکتا ہے، اور اس پریشانی سے کہ درد کی
 تسکین اور دوسرے علامات کا تدارک کر دیا جائے، بیشتر ان علامات کا جو احسا
 ہضم سے متعلق ہوں مثلاً تے، رعیت اور قبض۔ غذا اہلکی مگر مغذی ہونی چاہیے۔

دویری مرض

(cystic disease)

اس نامور حالت میں کثیر التعداد دویرے کم و بیش مجتمع طور پر واقع ہوتے
 ہیں، جن کی جسامت ایک انچ یا زائد قطر کی ہوتی ہے، اور جن میں ایک صاف یا
 زردی مائل اسمرا بی مایع بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مرض بیشتر اوقات گردوں اور دوسرے
 احشا کے دویری مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جگر پر بھرا ہوا ہو،
 لیکن اس کے علاوہ اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص انداز
 اور علاج کا انحصار گردوں کے مائل تغیر پر ہوتا ہے، جو اس کے ساتھ ساتھ ہوا کرتا
 ہے (ملاحظہ ہو گروے کا دویری مرض)۔

گر و کبدی التهاب

(PERIHEPATITIS)

امراضیات - گر و کبدی التهاب، یعنی جگر کے کیسہ کا التهاب، حادثہ مزمن، محدود المقام یا زیادہ عام طور پر منتشر ہو سکتا ہے۔ یہ کسی ایسے ضرر سے پیدا ہو جاتا ہے جو جگر میں یا اس کے قرب و جوار میں ہو، بالخصوص کپتہ آتشکی مزمن التهاب مراد، سرطان کیسیہ، اور زیر ڈایا فرمی پھوٹے (subphrenic abscess) سے اور ممکن ہے کہ یہ ایک عمومی التهاب باریطون کا جزو ہو۔

گر و کبدی التهاب میں جگر کی سطح کا منظر حادثہ التهاب باریطون کا سامنا ہوتا ہے۔ مزمن گر و کبدی التهاب میں جگر کا کیسہ غیر شفاف اور کم و بیش دبیز ہوتا ہے۔ یہ دبازت اکثر سطح پر بے قاعدہ پکیتوں میں پھیلتی ہوئی ہوتی ہے۔ اور ایسی پکیتیاں اس مرض سے متعین ہوتی ہیں جو کیسہ کا التهاب پیدا کر دیتا ہے۔ بعض اوقات جگر ایک دبیز کیسہ کے اندر بالکل محفوف ہوتا ہے، جس کی دبازت ۲ تا ۳ انچی میٹر ہوتی ہے (جرمن زبان میں Zuckergussleber، شکو کی تلہ چڑھا ہوا جگر = sugar-icing liver) ایسی امالتوں میں جگر کا اگلا کنارہ گول ہوتا ہے۔ زیادہ شدید شکلوں میں استسقاء شکمی عموماً موجود ہوتا ہے، جو متلازم التهاب باریطون کا نتیجہ ہوتا ہے، اور طحال بھی اکثر مائل طور پر ماؤف ہوتی ہے (perisplinitis = گرد طحالی التهاب)۔

علامات - کیسہ جگر کے التهاب حادثہ میں مقامی اکیسیت اور درد ہوتے ہیں، بالخصوص تنفس کے عمل میں اور ممکن ہے کہ ایک رگڑ کی آواز سنائی دے، یا جگر پر ہاتھ رکھنے پر ایک درگت محسوس ہو۔ مزمن امالتوں میں جگر سخت ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ متوالی استسقاء شکمی بھی دیکھا جائے۔ مینسا دی بولب کا علاج کرنا چاہئے۔

التهاب وريد الباب

(PYLEPHLEBITIS)

یہ دو شکلوں میں ہونے انضمامی اور تقریبی ہوتا ہے، جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ ایک کا تو استقامت کی کمی کے ایک سبب کی حیثیت سے، اور دوسرے کا جگر کے مستحق خرابا کے تعلق میں (ملاحظہ ہو انگریزی صفحہ 390)۔

انضمامی التهاب وريد الباب

(adhesive pylephlebitis)

زیادہ عام طور پر یہ وريد الباب کی علیقت ہوتی ہے جس میں خون کا تھکنا دوار وريد سے چپک کر بالآخر اسی طرح متعفن ہو جاتا ہے جس طرح کہ ایک علقہ کسی دوسرے مقام پر متعفن ہوتا ہے۔ اس کے اسباب وہ تغیرات ہیں جو وريد الباب یا اس کی توزیع میں جوئے خون کا ابطار پیدا کر دیتے ہیں مثلاً کہبت، آتشکی مرض، وريدی تنہ پر رسولیوں کا دباؤ یا گرد کبدی التهاب میں اس کا بھی جتلا ہو جانا، یا شق کبدی کے قریب مزمن باریطونی التهاب۔ وريد الباب کا یہ قسم و مرض بینڈی (Banti's disease) کی ایک شکل پیدا کر دیتا ہے، جسے طحالی عدم دمویت جس کے ساتھ کہبت جگر ہو۔

تقریبی التهاب وريد الباب

(suppurative pylephlebitis)

یہ تقریباً ہمیشہ شکم کے ضررات کی سرایت کے سبب سے واقع ہوتا ہے، (شکم دور قریب ہے کہ جس سے وريد الباب کو خون کی رسد پہنچتی ہے)۔ ضررات کی مثالیں التهاب زائدہ دودید (جو عام ترین سبب ہے)، مفاہستقیم، قولون یا چھوٹی آنتوں کے قروح، مدی قرح، اور شکم یا حوض کا کوئی نتیجہ ہیں۔ لیکن ہر کہ

نورائیدہ بچہ میں وریڈ بتری کے عفن التهاب وریڈی سے وریڈ الیاب کو راسیت پہنچ جائے۔ شاخو اصابتوں میں راست تضرر سے بھی وریڈ الیاب کا قیمتی التهاب شروع ہو سکتا ہے۔

یہ فساد عموماً وریڈ الیاب کی محیطی شاخوں میں آغاز پذیر ہوتا ہے۔ وریڈ کی دیوار طہتب ہو کر مستیج ہو جاتی ہے، ایک غلقہ بن جاتا ہے اور وہ میپ بن کر ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے، اور جگر کے اندر کی مرکزی شاخوں میں اس کے منتقل ہونے سے طہقت، التهاب وریڈی اور تھج کے تازہ مرکز پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں، جگر میں متعدد چھوٹے چھوٹے میوڈے بن جاتے ہیں۔ جگر بڑا اور نرم ہو جاتا ہے۔ وریڈ الیاب کی شاخیں ٹوٹنے پھوٹنے والے غلقوں، یا پیپ، یا ٹختر سیال سے بھر جاتی ہیں۔ طحال بڑی ہو جاتی ہے، اور کبھی کبھی التهاب باریطون بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات۔ شرایینی اور مرقاتی دروا عادی بخار، تشریرہ، پسینہ، قے، عدم ذہویت اور انیخاج ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وریڈ الیاب کا تسد و کیفیت راسقاً شکلی پسیدار دینے کے لئے کافی ہو، اور طحال بڑھ جاتی ہے۔ رتقان اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ اگر میوڈے کثیر التعداد ہیں تو ممکن ہے کہ جگر کی کلائی اور دروا اور لمییت موجود ہو۔ برازی میں عموماً ایسٹر کو بالین (stereobilin) موجود ہوتی ہے۔ ایک ٹانفا ٹڈی حالت طاری ہو جاتی ہے، جس میں ذہول اور ندیان تریا ہے، اور ایک سے سات یا آٹھ ہفتوں میں مرض عموماً ترقی پا کر خاتمہ ملتا ہے۔

تشخیص۔ یہ مرض باسانی فطرائداز ہو جاتا ہے۔ قلع الدم عفوئنا اللہ، طیز باقی بخاروں، حاد و صفر ذہول، قیمتی التهاب، قتات صفر، مارینی حشرانج، زیر ذرا فرا می خراج، ٹانفا ٹڈی بخار، یا ذات الریہ کے ساتھ اس مرض کا غلط ملط کیا جاتا ممکن ہے۔ جگر کی ماوفیت کی مقامی شہادت، اور باقی رقیہ میں سرائیت کے مقامی سر حشرہ کی موجودگی کی شہادت اور طحال کی کلائی یہ سب قیمتی التهاب وریڈ الیاب پر دلالت کرتے ہیں۔ جب مقامی امارات غیر موجود ہوں، تو

اس واقعہ سے کہ صریح تقيح الدم بلا کسی خارجی زخم کے اور بلا التهاب دروں قلب (endocarditis) کے موجود ہے، کسی شکلی عضو کے سرچشمہ عنونت ہوئے کا اشارہ ہوتا ہے۔ تقيح الدم کے علامات نمایاں یرقان اور التهاب مرارہ یا سنگھائے صفرا کی شہادت یقینی التهاب قنات صفرا پر دلالت کریں گے۔

علاج۔ چونکہ اس مرض کا مہر تقریباً لازمی طور پر مہلک ہوتا ہے، لہذا علاج لاماصل ہے، باستثنائے اُس کے کہ جو تخفیف درد بے خوابی اور دیگر علامات کے لئے اختیار کیا جائے۔

ن صفراوی آلہ کا امتحان

صفراوی قناتیں محض مالمین جیسی ایصالیاں نہیں ہیں اور نہ مرارہ محض مشانہ کی طرح ایک طرف ہے۔ صفراوی قناتوں میں غدہ میں جو ایک پیرنگ آبی سیال کا افراد پیدا کرتے ہیں جو صفرا کی ترقیق کر دیتا ہے، اور مرارہ کا نقل اس کے برعکس ہے جو صفرا کی دس گنا ترکیز کر کے ایک گاڑھا ہر سیال بنا دیتا ہے۔ اگر کیدی قناتیں باندھ دی جائیں تو وہ ایک پیرنگ سیال یعنی سپید صفرا (white bile) سے بھول جاتی ہیں اور یہ ایسے بلند تناؤ کے تحت جمع ہو جاتا ہے کہ جس سے جگر ان قناتوں کے اندر صفرا کا افراد بالکل نہیں کر سکتا۔ اگر شریک قنات متحد ہو جائے تو مرارہ میں پانی اور لمحات کا جذب واقع ہوتا ہے، جو کہ طبیح حالت میں کل حجم کا ۹ فی صدی ہوتا ہے، لہذا قناتوں میں دباؤ بڑھنے نہیں پاتا اور اب ان میں معمولی صفرا موجود ہوتا ہے۔ لیکن اگر مرارہ اکھرب یا تلف ہو جائے تو دباؤ کو کم و بیش کرنے والی میکینیت غیر موجود ہوتی ہے، اور یہ قناتیں سپید صفرا سے پُر ہو جاتی ہیں، گو جسم کی ہر دوسری بافت میں گہا یرقان موجود ہو۔ مرارہ براری (cholecystectomy) کے بعد ابتداء صفرا شاعشری میں مسلسل ٹپکتا رہتا ہے، لیکن بالآخر ممکن ہے کہ قناتیں تسع ہو جائیں اور مرارہ کے افعال کی انجام دہی خود اختیار کر لیں (نیز ملاحظہ ہوں امراض البلبہ)۔



الف۔ حرارہ بخاری۔ طبعی حرارہ۔ (شعاع نکاشت مسرژلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)



ب۔ حرارہ بخاری۔ حرارہ میں مبینی رنگ موجود ہیں۔ (شعاع نکاشت مسرژلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)

وظیفی امتحان

مرارہ نگاری (cholecystography) - طریقہ نگار آم (Graham's method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ بعض خضابات (dyes) جو لاشعوب کے لئے غیر شفاف ہوتے ہیں جوئے خون میں پہنچنے کے بعد ان کا جگر سے صفراء کے اندر افراز ہوتا ہے اور یہ خضابات صفراء کے ساتھ مرارہ میں پلے جاتے ہیں۔ کچھ صفراء کے بعد یہ صفراء اس خضاب کے مرارہ کے اندر مرکوز ہو جاتا ہے (لیکن تنائوں میں مرکوز نہیں ہوتا) لہذا اشعاع نگاشت لی جاسکتی ہے۔ پھر ایک شیمی غذا ویکر مرارہ کے وظیفہ تغلی کا امتحان کیا جاسکتا ہے چنانچہ طبعی حالت میں سایہ نسبتہ چھوٹا ہو جاتا ہے (صفحات ۲۱ اور ۳۲ ب)۔

ٹیٹرا آیوڈو فینال تھالین (tetra-iodo-phenol phthalein) موضوع کی جسامت کے لحاظ سے ۳ یا ۴ گرام کی متادوں میں ۲۰ سی سی عقیقہ آب کشیدہ کے اندر حل کر کے ۹ بجے شب کے وقت وسطی قیفالی ورید کے اندر شرب کر دی جاتی ہے (احتیاطوں کے متعلق ملاحظہ ہو نوٹس پینزال)۔ اشرب سے چوبیس گھنٹے پہلے طبعی کاسیفوف (liquorice powder) دے کر مراری خٹے کا صفحہ لے لیا گیا تھا۔ دن بھر شیمی غذا ایں دی جاتی ہیں لیکن ۶ بجے شام کے بعد کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ دوسرے دن نو بجے صبح کے وقت بلا غذا دئے اشعاع نگاشتیں لی جاتی ہیں اور اشعاع شری کے ساتھ سایہ کی مجاورت کی تعیین بریم کی غذا کے ذریعہ کر لی جاتی ہے۔ ایک بجے دن کے وقت شیمی غذا لے کر اس کے دو گھنٹے بعد دوسری لاشعاعی تصویر لی جاتی ہے۔ مندرجہ بالا اشرب سے بعض اوقات متلی تھے، جھنجھناہٹ اور تشہیرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس سے بچنے کیلئے اب عموماً اس دوا (۱/۲ گرام) کے متعدد چھوٹے چھوٹے کرائین غلافی کیسے بنا کر براہ دہن دئے جاتے ہیں، لیکن اس صورت میں ان کا اخراج اب کم یعنی ہوتا ہے۔

مرارے کے سایہ کی غیر موجودگی مراری قنات کی مسدودی کے باعث یا

اس واقعہ کے سبب سے ہو سکتی ہے کہ مرارہ سنگھائے صفرائے پورا بھرا ہوا ہے۔
خفیف سا سایہ خضاب کا ارتکاز نہ ہونے کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جو التهاب مرارہ
پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ نظر آئے اور مراری سایہ میں سنگھائے صفرائے
بھی یا تو کیلیئم کے لمحات کی وجہ سے زیادہ گہرے سایہ کے طور پر نظر آئیں، یا کالکول
کی وجہ سے منفی سایوں کے طور پر، کیونکہ کالکولس میں ان شعاعوں کے لئے
شفاف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ کا سایہ قرب وجوار کی بالیدوں، کیسیہ وغیرہ
کے سبب سے اپنی جگہ سے ہٹا ہوا یا ملوث ہو۔

اشناعشری میں ادخال آنیوبہ (duodenal intubation) ان کا
(Einhorn) کے اشناعشری آنیوبہ سے مرارہ کے مرض کی تشخیص کا ایک مفید
طریقہ حاصل ہوتا ہے، اگرچہ اس سے التهاب مرارہ اور سنگھائے صفرائے کی
موجودگی کی تفریق نہ ہوگی۔ فاقہ کش معدے کے اندر ایک آنیوبہ داخل کرنے
کے بعد، اور معدہ کو بہ احتیاط آپ عقیم سے دھو کر مریض بائیں کروٹ پر
لیٹتا ہے، یہاں تک کہ وہ آنیوبہ اشناعشری کے اندر داخل ہو جائے، جو اس
واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ آنیوبہ میں سے امتصاص کرنے پر ایک باریک جھاگ مار
سیال حاصل ہو جاتا ہے، جو قدرے صفرائے لود اور لیمس کے لئے تعدیلی یا نکوی
ہوتا ہے۔ اشناعشری کو عقیم آپ کشیدہ سے دھو ڈالنے کے بعد اشناعشری کے
اندر میگنیسیم سلفیٹ کے ۲۵ تا ۵۰ فی صدی محلول کے ۱۰ تا ۲۰ سی سی کا شراب
کرو دیا جاتا ہے۔ صفرائے کثرت سیلان ہوتا ہے، جسے باہر نکال کر امتحان کر لیا
جاتا ہے۔ کالکولس میں کیٹلموں اور سپید خلیوں کی موجودگی مرارہ کے مرض کی دلالت
ہے۔ ممکن ہے کہ کاشت کرنے سے عصبیہ تولونی (B. coli) کی موجودگی ظاہر ہو،
مگر یہ چنداں نتیجہ نہیں ہوتی، کیونکہ وہ ایسی ہر حالت میں مل سکتا ہے جن میں معدی
رس کا ترشہ بہت کم ہو گیا ہو۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ شقیقہ (migraine) کی بعض اصابتیں
مرارہ کی غیر طبیعی خلی کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں (89)۔ (صفرای شقیقہ "biliary"
- (migraine) =

صفراوی آلہ کے امراض

التهاب مرارہ

(cholecystitis)

التهاب مرارہ کی عام ترین قسم وہ سخت الحاد یا مزمن سرایت ہے جسے جو نبتات سبجیہ سے پیدا ہو جاتی ہے جو مرارے کی دیوار کی ساخت کے اندر سے علحدہ کئے گئے ہیں (27)۔ ممکن ہے کہ یہ ایک محمولہ خون سرایت ہو۔ لیکن التهاب مرارہ ہمیشہ التهاب غلاف قناتہ صفرا (pericholangitis) کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو اس امر کی دلالت ہے کہ مرارے میں سرایت کا داخلہ جگر سے لنگانی عروق کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ التهاب مرارہ عموماً التهاب اشدہ و دویہ (appendicitis) اور پٹھنی قرحہ (peptic ulcer) کے ساتھ متلازم ہوا کرتا ہے، اور یہ ممکن ہے کہ سرایت وریڈا الباب کی راہ سے جگر میں اور پھر مرارے میں داخل ہو جاتی ہو۔ صفراء نبتات سبجیہ کی بالیدگی کا امتناع کرتا ہے، یہی وجہ ہے کہ صفراء عموماً ختم ہوتا ہے۔ التهاب کی ایک ابتدائی شکل جو غالباً اس قسم کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے، نام نہاد اسٹروا بیوی مرارہ (strawberry gall bladder) ہے۔ چھوٹے زردی مائل پیدوائے غلات سے ابھرے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ خردبین سے یہ دانے کالیسٹین کے جاؤ دکھائی دیتے ہیں جو فٹا ایفائی کی سطحی ترسکے نیچے ہوتے ہیں، یعنی مرارے کی کالیسٹو میڈیت (cholestosis) پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ اس کے ظاہر کی گئی ہے کہ طبعی حالات میں صفراء میں کی کالیسٹرول (cholesterol) کو مرارہ جذب کر لیتا ہے، اور یہ کہ جب مرارے کی دیوار سرایت زدہ ہو جاتی ہے تو یہ جاؤ پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ان میں سے بعض لختہ ہوئے کلیات مرارے کے اندر جھڑ جاتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ یہ ایسے مرکزین جابین جن کے گرد متعدد شہوت نما سگریے بن جاتے ہیں۔ یہ

نگریزے بعض اوقات اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ اسی واسطے التهاب مرارہ سنگھائے صفر کا اولی سبب ہے، اور یہ سنگھائے صفر التهاب مرارہ کی ۶۵ فی صدی امیابیوں میں علیہ کے وقت پائے گئے ہیں۔ بنقی سببی سرایت کے مابعد نتائج دیوار مرارہ کی دیارت اور انقباض ہیں اور گرد و پیش کے حصوں کے ساتھ انضمامات بھی ہو جاتے ہیں۔ علاوہ سنگھائے صفر کی موجودگی کے سرایت زدہ مرارہ سے مزمن التهاب لبلبہ جگر کی کہیت اور قلب عضلہ مفصلات راول اور گردوں پر بعید بھی اثرات پیدا ہو سکتے ہیں اور ایک مزمن طور پر التهاب زدہ مرارہ کے استیصال کے بعد یہ ضررات خائب ہو گئے ہیں (82)۔

حاذاز لیتی یا یقینی التهاب مرارہ (مرارہ کا دیبلہ = empyema) ایک قدوی التهاب مرارہ ہے جو عموماً معمولی عضیہ قولونی کے باعث ہو جاتا ہے لیکن عضیہ محرقہ (B. typhosis) اور کبھی کبھی دوسرے عضویہ بھی پائے گئے ہیں۔ یہ مغزوہ سنگ ریزوں، تپ محرقہ اور دوسرے ساری امراض سے پیدا ہو سکتا ہے۔ نہایت شدید شکلوں میں مرارہ کی دیواریں سخت مشتبہ آفریانی، اور ریم سے در ریمتہ ہو جاتی ہیں (فلغمونی التهاب مرارہ = phlegmonous cholecystitis) اور اس سے بھی زیادہ قشبی شکل میں دیواریں سیاہ سبز نرم بکھر بکھری اور کم و بیش وسیع چکیتوں میں اغشا پندیر ہو جاتی ہیں (گنگرینیسی التهاب مرارہ = gangrenous cholecystitis)۔ یہ التهاب بلاشبہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا ہے۔

علامات۔ بنقی سببی مبداء کا تحت الحاد اور مزمن التهاب مرارہ جو اوپر بیان کیا گیا ہے اس کے علامات اپنے آغاز میں عموماً غیر محسوس ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس واقعہ کی بنا پر کہ التهاب مرارہ کی امیابیوں کی اکثریت بالآخر سنگھائے صفر میں منتہی ہوتی ہے، انہیں سنگھائے صفر کی ابتداء ہی علامت سمجھا جاتا ہے۔ یہ علامات یہ ہیں۔ سورہضم، پیٹے متلی، سوزش، سیرتہ اور شریک حلیف اور خاص کر ریحیت مستمرہ اور وائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے اور وائیں عظم الکلف کے خطے میں دبانے سے الیمیت بھی ہوتی ہے۔ سورہضم اختراعشری

قرص سے مشابہ ہو سکتا ہے، مگر غذا کے ساتھ اس کا تعلق اتنا نمایاں نہیں ہوتا۔
گیارھویں اور بارھویں دائیں پبلیوں اور آسفل ظہری فقرات کو دبانے سے عموماً
درد ہوتا ہے۔ نیز اوپر جو پیمپید گئیاں بیان کی گئی ہیں ان کے متناظر علامات
پیدا ہو سکتی ہیں، یعنی سانس کا پھولنا، قلبی بے قاعدہ گئیاں اور ذبحہ صدریہ، نیز
رغبت نما التهاب مفاصل، التهاب لیغی اور مرض براٹ کے علامات۔

حاد تشددی التهاب مرارہ کی حالت میں حملہ کا آغاز ساد ہوتا ہے اور
اُس کے ساتھ مرارہ کے خطے میں مواظب یا دوری درد ہوتا ہے، اور عضلہ
مستقیمہ کے بالائی حصے میں بڑی الیمیت اور استواری محسوس ہوتی ہے۔ مثلی
عدم اشتہا، میلی زبان، تپ، شاید قشریہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور یرقان
تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں۔ بائیں قاعدہ شش پر آمارات بالخصوص مینز
ہوتے ہیں، یعنی ٹمک کی کئی ٹمکات اور پیوریائی رگڑ۔ دایاں ڈایا فرام غمچرک
ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ممکن ہے کہ متمد مرارہ ایک متعین رسولی بناوے۔ یہی
اصابتوں میں پیدہ غلیوں کی کثرت ہوتی ہے۔

تشخیص۔ التهاب مرارہ بلا سنگھائے صفرا کی موجودگی کے مرگز ایک
غیر عام حالت نہیں، اور اُس کی تشخیص اُس وقت کی جاسکتی ہے جب کہ دائیں
صلبی حاشیہ کے نیچے شدید درد اور الیمیت اور کسی قدر سو رہضم موجود ہو، اور جبکہ
یہ احتیاط امتحان سے اثنا عشری قرص اور التهاب زائدہ دوویہ کو خارج از بحث
کر دیا گیا ہو۔ مرارہ نگاری اور مرارہ کی ”طبی“ کتبیل جو صفحہ 403 پر بیان کی گئی
ہے، تشخیص میں مفید ہو سکتی ہیں۔

انذار خفیف، اصابتیں طبی معالج سے شفا یاب ہو جاتی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج بالخصوص مرارہ کی سختی میں سہولت پیدا کرنے
پر مشتمل ہے۔ ہفتہ میں کئی بار طبی کتبیل عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ بلکہ میگنیزیم کلکٹ
براہ دہن بھی دیا جاسکتا ہے، مگر یہ اُس قدر کارگر نہیں ہوتا جتنی غذائیں اور
بالخصوص روغن زیتون، آتا ۲ اونس دن میں کئی بار (84) بھی صنعت بخش ہیں۔
علاج مرارہ کے خطے میں پولٹیس اور خلائی اعطیہ لگانے سے التهاب میں خفیف

ہوسکتی ہے۔ صفرا کی سرایت کا ازالہ سوڈیم سلی ملیٹ . ۱۰۔ ۲۰ گریں دن میں تین بار
دیکر یا رات کے وقت ہیکز امین (hexamine) ۲۰ گریں سے شروع کر کے ۶۰
یا ۸۰ تک بڑھا کر (وہ کر کیا جاسکتا ہے۔ ہیکز امین کے ہمراہ کافی قلی، مثلاً ۶۰
گریں پوٹاشیم سائٹریٹ دی جاتی ہے) تاکہ بول قلعوی ہو جائے اور بولی خطے کی
خراشیں ہیکز امین سے واقع نہ ہو، [کیونکہ ہیکز امین ترشعی محلول کے اندر ٹوٹ کر
فارمالین (formalin) بن جاتی ہے] (۵۵) ہیردگیٹ وشی اور کارلزاڈ کے پانی نسا
طور پر ذکر کے قابل ہیں۔ شدید امساقوں میں مرارہ بڑی مناسب اور اگر تھیں موجود ہو تو عملیہ کی
ضرورت ہے۔

سنگھائے صفرا

(gall stones)

(حصصا قیت صفرا) (cholelithiasis)

حصوات صفراویہ (biliary calculi) یا سنگھائے صفرا مرارے کے اندر یا
نہایت مشافہ امساقوں میں جگر میں صفراوی قناتوں کے اندر صفرا سے بنتے ہیں۔
جماعت میں وہ حصی ایک سے لے کر ۲ انچ طول اور ایک انچ عرض کے بیٹھنوی تو دوسرا
سنگ مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ کثرت سے وہ قطر میں لپٹا ۱/۲ انچ تا ۱/۴ انچ تک
ہوتے ہیں۔ اکثر وہ شکل میں گم و بیش کعب ہوتے ہیں اور جب کئی سنگ باہر
متناس رہے ہوں تو وہ ٹوٹیک پیش کرتے ہیں۔ ورنہ وہ زیادہ گول ہوسکتے ہیں۔
سب سے بڑے سنگ بیٹھنوی شکل ہوتے ہیں اور یہ شکل اس وقت پیدا ہوتی کہ
وہ مرارہ کے سارے کھنڈ کو پُر کرتے ہوں۔ سنگھائے صفرا کے خاص ترکیبی اجزاء
کالسیئم، 'صغہ صفرا' پروٹین اور کیلیئم کے ملحات ہیں اور یہ صغہ صفرا میں کالسیئم
کے ساتھ باہمی روہن کیلیئم (bilirubin-calcium) کی شکل میں مزوج ہوتا ہے۔
وہ سنگ جو خاص کر صغہ صفرا پر مشتمل ہوتے ہیں چھوٹے سیاہ اور خشک ہوتے ہیں۔
دوسروں میں صغہ صفرا کا ایک نواۃ یا مرکز ہوتا ہے اور ان کے گرد کالسیئم کی
قلموں کی آہیں ہوتی ہیں جو نواۃ سے مشتق ہوتی ہیں۔ یہ سنگ عموماً زیادہ بڑے
اور زیادہ سخت ہوتے ہیں اور ان کا رنگ نسبتاً شاحب ہوتا ہے۔ نرم رنگ جو

بالخصوص کیلیم کاربونیٹ پر مشتمل ہوں اس وقت پائینے جاتے ہیں جبکہ صفرای قناتہ تمد و جوہ کیلیم کاربونیٹ کے سخت سبزی مائل سنگ تانبے پر مشتمل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ نگہائے صفرای سن رسیدگی کی حالت میں زیادہ عام ہوتے ہیں اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع میں معمولی پیشے اور بسیار خورائی بالخصوص کالیمزین شامل رکھنے والی غذائیں اسباب مقعدہ میں اور شاید حمل اور تپ محرقہ بھی۔

أعراضیات۔ یہ راستہ پہلے بیان کی گئی ہے کہ نگہائے صفرای کا اولی سبب التهاب مرارہ ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مادہ غریب ایک نوات کے طور پر عمل کرنے کے لئے موجود ہو تو نگہائے صفرای بن جاتے ہیں خواہ صفرای عظیم ہی کیوں نہ ہو۔ یہ ۱۰ فی صدی لاشوں کے امتحان میں پائے گئے ہیں اور ممکن ہے کہ پوشیدہ لرہیں (81) اگرچہ ان کی موجودگی التهاب مرارہ میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔ بہر کیف ممکن ہے کہ التهاب کی وجہ سے مرارے میں خراشیں ہو کر ایک یا زیادہ سنگ اس کے کہنہ سے باہر نکل آئیں یا مراری قنات میں مغرور ہو جائیں۔ اس کا فوری اثر قنات کا نہایت درد انگیز شنج (قولنج صفرای = biliary colic) ہوتا ہے جس کے ساتھ یرقان نہیں ہوتا۔ انفران کی حالت میں صفرای مرارے کے اندر نہیں داخل ہو سکتا اور مرارہ میں یا غامی بیک یا ریم سے پر ہو کر تمد و ہو جاتا ہے۔ اگر سنگ مراری قنات میں سے گزر جائے تو وہ شریک قنات میں داخل ہو جاتا ہے اور یہاں بھی قولنج صفرای پیدا کر دیتا ہے، لیکن اس قولنج کے ساتھ سریع الزوال یرقان موجود ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ سنگ کی موجودگی کے باعث جگر سے صفرای کے بہاؤ میں رکاوٹ پیش آتی ہے۔ اگر سنگ قنات کے اندر مغرور ہو تو قنات یرقان (obstructive jaundice) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ انفران عام طور پر انتشیخ و آئیر (ampulla of Vater) میں واقع ہوتا ہے، جہاں قنات کا قطر سب سے زیادہ کم ہوتا ہے۔ مسلسل تمد و بندہ ہر ذیل اثرات رکھتا ہے۔

(الف) جگر اپنی قناتوں کے اتساع کے باعث جو صفر سے متعدد ہو جاتی ہیں پہلے بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات قناتیں کبیاں طور پر متع ہوتی ہیں اور دوسرے اوقات میں زیادہ بے قاعدگی کے ساتھ متع ہو کر گلو بچی دوسرے بنا دیتی ہیں۔ وہ جگر کی بافت پر کیقندرو باد ڈال کر اسے مذبول کر دیتی ہیں چنانچہ بالآخر جگر نسبتاً چھوٹا اور کیقندرو پلا ہو جاتا ہے۔ قیقنی التهاب قنات ہائے صفر واقع ہو سکتا ہے۔

(ب) توقع ہو سکتی ہے کہ انفراننگ کا اثر مرارے پر یہ ہو کہ وہ متعدد ہو جائے۔ مگر عموماً ایسا نہیں ہوتا تا وقتیکہ مرارے میں بھی میزماں طور پر حسد التهاب موجود نہ ہو، کیونکہ مزمن التهاب تو مرارے کی لیقیت پیدا کر کے اسے سکڑا دیتا ہے۔

(ج) جب سنگ صفر ارتفاح و اثیر میں مضبوطی کے ساتھ مثبت ہو جاتا ہے تو بنقر اسی قنات جو یہاں کھلتی ہے، اس کے تعلقات اجیت رکھتے ہیں اس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بھی غالباً متعدد ہو جائے گی اور بنقر اسی رس کا احتساب ہو جائے گا۔ خرد عنفویہ قنات صفر کی دیواروں میں سے آسانی گذر کر بنقر اس میں پہنچ جائیں گے اور مجبوس افرازاات کے ساتھ حاد یا مزمن التهاب بنقر اس پیدا کر دیں گے (جو ملاحظہ ہو)۔

سنگ صفر کا مرارے کی دیوار کو متفرج کر کے براہ راست اثناعشری یا قولون متعرض کے اندر چلا جانا چنداں غیر عام حادثہ نہیں۔ عموماً وہ ایک بڑا سنگ صفر ہی ہوتا ہے جو قطر میں ایک انچ یا زائد کا ہوتا ہے، اور اگر یہ اثناعشری کے اندر داخل ہو جائے تو ممکن ہے کہ لفائفی کے زیریں حصے میں مغرور ہو جائے، یا اگر یہ قولون کے اندر داخل ہو تو قولون سیئی (sigmoid) یا مبرز کے قریب تہہ کی وجہ سے وہ ہمیشہ درد اور وقت پیدا ہونے کے بعد براہ مبرز خارج ہو جائے۔ شاذ صورتوں میں ایک بڑا سنگ تھے سے بھی خارج ہوا ہے۔

مرارے کے اندر سنگھائے صفر کی موجودگی اور استقرار کا ایک دوسرا نتیجہ مرارے یا صفر اوئی قناتوں کا مدھلان ہے، اور یہ حسد صفر کی تقریباً

۵۷۱ء صدی اصابتوں میں پایا گیا ہے۔ تجربہ یہ دکھلایا گیا ہے کہ اگر گینی پگ کے مارے میں سنگھائے صفر اور دوسرے اجسام غریبہ داخل کئے جائیں تو مرنجیٹس پیدا ہو کر سرطان پیدا ہو جاتا ہے (85)۔

علامات۔ یہ ممکن ہے کہ سنگھائے صفر سالہا سال تک مارے کے اندر رہیں اور کوئی علامات نہ پیدا کریں۔ لیکن دوسری اصابتوں میں علامات تحت الحاد اور مزمن التهاب مرارہ کے ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ساتھ جو التهاب مرارہ ہوتا ہے اس کے پیدا کردہ سودہضیم کو عموماً سنگ صفر (gall stone dyspepsia) کہتے ہیں۔ بعض اوقات سنگھائے صفر دیوار شکم

407

میں سے محسوس کئے جاسکتے ہیں اور انہیں ہاتھ لگانے سے پیٹنے کا احساس ہوتا ہے۔ قوی صفرادی کے حملہ میں مریض کو اکثر ناگہانی طور پر دائیں فراق اور سینہ کے زیریں حصے میں یا شراسیف اور زیریں تھنی حصے میں سخت درد محسوس ہونے لگتا ہے اور یہ عموماً دائیں شانے تک تشعع ہوتا ہے۔ یہ درد اکثر اس قدر شدید ہوتا ہے کہ مریض اکثر دوہرا ہوتا ہے یا فرش یا بستر پر بیچ و تاب کھانے لگتا ہے ممکن ہے کہ قشریرہ ہو اور مریض کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے وہ مضبوط ہوتا ہے اور ساتھ ہی کثرت پسینہ اگر نبض صغیر، معیف اور عموماً سریع ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد درد و صیحا اور ستم ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ ایک زیادہ حادثہ کا تازہ حملہ ہو۔ یہ درد جاری رہتا ہے اور اس کے آغاز کے چند لمحوں یا ایک یا دو دن بعد پیشاب میں صند صفر نمودار ہوتا ہے اور مریض یرقانی ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا خاتمہ اس طرح ہو کہ سنگ اثناعشری کے اندر چلا جائے اور ایسی صورت میں صفر کا سیلان پھر آزادی کے ساتھ چلنے لگتا ہے، درد رفع ہو جاتا ہے اور یرقان بھی زیادہ تدریجی طور پر صاف ہو جاتا ہے۔ جب ایسا ہو تو سنگ صفر دوبارہ میں تلاش کرنا پاب ہے جو اس وقت ملتا ہے جب کہ براؤ کوپانی میں دھو کر اس دھوؤں کو ایک چھلنی میں چھانا جائے۔ جب سنگ مشترک قنات میں مغرور ہو جائے تو علامات اختلاف پذیر ہوتے ہیں لیکن سب سے زیادہ قشلی علامت "چارکاش" متوالی قوی قشریرات یرقان اور نقصان وزن ہے۔ چونکہ سنگھائے صفر کے ساتھ

بالعموم التهاب مرارہ (ملاحظہ ہو) متلازم ہوتا ہے لہذا اس کے متناظر علامات بھی موجود ہوتے ہیں۔
تشخیص۔ تولیخ صفرای کا درد معدہ، معوی تولیخ، کلوی تولیخ وغیرہ کے ساتھ غلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ لیکن سنگھائے صفرائے گذر کے ساتھ درد ہمیشہ نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس علامت کی غیر موجودگی کے سبب سے ان امیباتوں کے سمجھنے میں غلط فہمی ہو جائے جن میں انفراد کے ساتھ یرقان ہوتا ہے۔ مشترک قنات کے قسد سے پیدا شدہ یرقان کی امیباتوں میں اگر مرارہ محسوس نہ کیا جائے تو قسد و سنگھائے صفرائے باعث ہے۔ اگر ایک ڈیلا موجود ہو تو قسد دغا لیا کسی دوسرے سبب سے ہے، جو عموماً ایک بالید ہوتی ہے (قانون کوروازیئر = Courvoisier's law)۔

مزاوالت میں یہ تقریباً ۹۰ فی صدی امیباتوں میں صحیح ہوتا ہے۔ سنگھائے صفرار لاشاعوں کے سبب راہ ہونے میں اور اس طرح اپنے سایہ سے اپنی موجودگی ظاہر کرنے میں بڑی حد تک اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ خالص کالیسٹرین کے سنگھائے صفرار لاشاعوں کے لئے شفاف ہوتے ہیں اور ایک منفی سایہ پیدا کرتے ہیں یعنی مرارہ شگاشت میں ایک صاف رقبہ (صفحہ ۳۲ ج) بائلی (دوین اور کیلیم کے ملحات موجود ہوتے ہیں تو وہ لاشاعوں کے گذر میں سبب راہ ہوتے ہیں (صفحہ ۳۱)۔ ایک نہایت متمیز منظر گول غمت ہے جس کا مرکز غیر شفاف ہوتا ہے اور اس مرکز کو ایک صاف تر تہ محصور کرتی ہے۔ اثناعشری میں انجوبہ کے ادخال (duodenal intubation) سے کام لینا چاہئے۔

انذار۔ تولیخ کے پہلے حملے میں انذار کا موافق ہونا ضروری نہیں ہے۔ اشخاص متعدد حملوں کے بعد شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ لیکن سرطان ہو جانے کے امکان کو فراموش نہ کرنا چاہئے۔

علاج۔ التهاب مرارہ کا علاج ملاحظہ کرنا چاہئے۔

تولیخ صفرای کے حملہ کے لئے مریض کو گرم غسل میں رکھنا چاہئے، یا گرم کمیدات اور پولنسیس دائیں جانب پر لگانی چاہئیں۔ سب سے زیادہ آرام مار قیا کے پلم یا پلم گرین کے تحت الجبد اشراب سے حاصل ہو گا جسے ضرورت ہو تو تین یا چار گھنٹوں میں مکرر دینا چاہئے۔ بعض اوقات کلوروفارم کے استسحاق سننے عارضی



الف۔ شعاع شہناشت آصفیائی و نسیر میں ناکو شہنوبہ نہیں تو کہ کی اعصاب میں ہنگو اور، انیس ڈیڑا ازام کے ویریاں کیس کی
موجودگی لکھائی جاسے۔ (دیس میں ہم کے شفاخانہ میں لی گئی۔ میرٹھ کل سپر شہنوبہ ڈاکٹر سیج۔ ناکو نڈس،



جیہ۔ مراد و شکاری۔ کولسترال کے سگور کے قریب "منقی" مایہ۔ (شعاع شہناشت مسٹر لڈ سے لاکھ لے لی ہے)

آرام ہو سکتا ہے۔ پیادیرین ہائڈروکلورائیڈ (papaverine hydrochloride) (پاپاویئرین ہائیڈروکلورائیڈ) بھی براہ دہن آزمائی جائے۔

جب سنگھائے صفراء مسلسل تکلیف کا باعث ہوں، یا جب پیچیدگیوں کا خطرہ ہو تو مرارہ برآری (cholecystectomy) کا عمل کر کے سنگ یا سنگھائے صفراء کو مرارے یا قناتوں سے نکال لینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ مرارے کا اتصال کر دینا مناسب ہو۔

تفتیحی التهاب قنات صفراء

(suppurative cholangitis)

یہ ہمیشہ خرد عضویوں، مثلاً نبتات سبجیہ، نبتات حبیبہ، نبتات رگور، عصیہ محرقہ، اور عضیہ قولونی تھولی کی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اور قنات صفراء جیسے کہ سنگھائے صفراء سے (جو اس کا عام ترین سبب ہے) سرطان سے کیستی دورے کے قناتوں کے اندر پکٹ جانے سے، یا انفلوئنزا ذات الریہ، تپ محرقہ اور ہیضہ کی زیادہ عمومی سراپتوں سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سائے جگر کی صفراوی قناتوں کا ورم اور دباؤت پیدا ہو جاتی ہے اور جگر بڑا ہو جاتا ہے۔ یہ قناتیں تسع ہو جاتی ہیں، تسع کے کثیر التعداد مرکز پیدا ہو جاتے ہیں جو چھوٹے یا بڑے پھوڑے بنا دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ التهاب نبتہ قنات تک پھیل کر تفتیحی التهاب نبتہ انس پیدا کر دے یا سطح کے قریب کے پھوڑے مقامی یا عمومی التهاب باریلیون پیدا کر دیں۔ کبھی کبھی سرایت ایسی پھیلتی ہے کہ عمومی تسع الدم یا ساری التهاب وروں قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر دیتی ہے۔

علامات یہ ہوتے ہیں :- جگر پر درد اور ایسیت، عدم اشتہا، متلی تھو، و قشریہ تپ، جو بطور یا کی طرح وقفہ دار ہو سکتی ہے، انبساط اور انکسار یرقان۔ اس حالت کو بعض اوقات متوقف کبدی تب کہتے ہیں۔ عموماً مرض کی ترقی کے ساتھ جگر کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قنات بڑھ جائے۔ مرض کی مدت چند ہفتوں سے لے کر کئی ماہ تک ہوتی ہے، اور یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔

تشخیص۔ ملاحظہ ہو تفسیر التہاب وریہ الباب۔
 علاج۔ یہ صرف جراحی ہو سکتا ہے۔ جہاں ممکن ہو مرارے کو کھول کر دیا
 جو قاتیں مل سکیں ان کو کھول کر قنات ہائے صفرا کی تسہیل کرنی چاہئے۔

بنقراس کا امتحان

بنقراس میں دو مختلف طرز کے افزائی عملیات ہوتے ہیں:— (۱)
 عنیدی خلیتے جو بنقراسی رس کا افراد کرتے ہیں اور (۲) جن انسنگوہانس
 کے خلیتے جو ایک ہارمون کا افراد کرتے ہیں جو کاربوہائیڈریٹ کے تحول کے لئے
 ضروری ہوتا ہے۔ یہ دونوں اقسام الگ الگ جملائے مرض ہو سکتے ہیں۔

تازہ مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ تندرستہ مضم کے دوران میں صفرا
 اور بنقراسی رس کے درمیان حسب ذیل تعلق ہے:— غذائی سکون کے زمانہ
 کے دوران میں جگر مسلسل صفرا کا انفراد کرتا ہے جو مرارے کے اندر نہ خور کر لیا
 جاتا ہے۔ کھانے کے بعد معدے کے بوائی عضلہ عاصرو سے انقباض کی امواج
 دوویہ نیچے آنت کے طرف جاتی ہیں۔ انقباض کی ہر موج سے پہلے ایک منفی
 موج ارتخار (negative wave of relaxation) واقع ہوتی ہے چنانچہ
 آڈی (Oddi) کے مرنی عضلہ عاصرو کی راہ سے کچھ صفرا خارج ہو جاتا ہے۔ یہ
 صفرا معدے سے آئے ہوئے مافیہ کے ساتھ مخلوط ہو جاتا ہے اور وہ اسے
 ایک ایسا کافی متال وے دیتے ہیں کہ معائی غشائے مخاطی میں سے لمحات صفرا کا
 اخذ اب یقینی ہو جاتا ہے۔ یہ لمحات صفرا عملیات میں سے ہو کر گذرے ہیں
 ان کے اندر کی سابقہ سکونین سیکرٹین (secretin) کو جذب کر کے باقی خون
 کے اندر چلے جاتے ہیں۔ یہ سیکرٹین بلب سے افزا پیدا کرتی ہے اور آزاد
 شدہ صفراوی ملح جگر میں منتقل ہو جاتا ہے جس سے صفرا کی ایک مزید مقدار کا
 افزا پیدا ہوتا ہے۔ سیکرٹین مزید برآں مرارے کو ایک ویر یا انقباض کی
 حالت میں لے آتی ہے لہذا اثنا عشری میں اور زیادہ صفرا داخل ہوتا ہے۔

سیکرٹین کا پیدا کردہ بنقراسی افراز میسج pH کا سوڈیم بائی کاربونیٹ کا ایک مرقق محلول ہوتا ہے، جو سابقہ الاستکون خیمروں کو دھو لٹاتا ہے۔ خیمسروں کی پیدائش کے لئے مختلف پیمانوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے اندر ٹریپسوجن کی فعال شدگی اینٹیروکائینس (enterokinase) سپید خلیوں جراثیم وغیرہ سے ہوتی ہے (86)۔

بنقراس کے وظیفی کاشفات

بنقراس کے بیشتر وظیفی کاشفات کے ذریعہ یہ دریافت کیا جاتا ہے کہ آیا (۱) غیبی غلیات سے خارج ہونے والے بیرونی افراز کی قلت ہے، یا (ب) جزائر سے نکلنے والے اندرونی افراز کی قلت ہے۔ تاہم لیوی کا مویسج حل قدمہ کا شفعہ (Loewi's mydriatic test) (جو صرف چند اصابتوں میں مثبت ہوتا ہے) اور جوتلی کا ٹرک کی بعض اصابتوں میں بھی مثبت ہوتا ہے) بنقراس اور مشار کی نظام کے کسی باہمی وظیفی تعلق پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا حدقات چشم صاوی ہیں اور معمولی قائل کرتی ہیں آنکھوں کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ایک آنکھ کے اندر ایڈرینین (adrenin) (۱ میں ۱) کا محلول ٹپکا کر اس آنکھ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ پانچ منٹ کے اندر دوبارہ کر کیا جاتا ہے۔ ایک گھنٹے تک آنکھوں سے کام نہیں لیا جاتا۔ اگر اس عرصہ میں ایڈرینین یافتہ آنکھ کی پتلی دوسری آنکھ (جس سے معیار کے طور پر کام لیا جاتا ہے) کی پتلی کی بہ نسبت بڑی ہو گئی ہو تو یہ امتحان مثبت ہے اور بنقراسی مرض ظاہر کرتا ہے۔

بیرونی افراز کی قلت - تشحم بواسری (steatorrhea) کو ایک

بنقراسی مرض کی ایک متمیز ترین امارت سمجھا جاتا ہے اور وہ یہ ہے۔ براز کے اندر مائع تشحم خارج ہوتی ہے جو سرد ہونے پر منجھ ہو کر سپید یا زرد وٹیلے بنا دیتی ہے۔ پانچانے مقدار میں زیادہ نرم یا سحاب ہوتے ہیں۔ اور ان میں غیر تبدیل شدہ چربی کے علاوہ شمی ترشے اور صابن موجود ہو سکتے ہیں۔ جہاں خالی آنکھ سے پانچانے صرکا تبدیل شدہ نظر نہ آئیں مگر یہ کہ خوردین سے ان میں کثیر التعداد شمی غلوپنے

اور شمی ترشوں کی قلیس نظر آئیں۔ کیمیائی طور پر شحم برازی کے درجہ کی تخمین کرنے کے لئے نہ صرف براز کے اندہ کی چربی کا معلوم کرنا بلکہ غذا میں لی ہوئی چربی کا دریافت کرنا بھی اہم اور ضروری ہے۔ شدید اصابتوں میں ۵ تا ۶ فی صدی شمی ورنہ براز میں شائع ہو جاتی ہے۔ طبعی شمی نقصان صرف تقریباً ۱ فی صدی ہوتا ہے۔ اور شحم خشک کردہ براز کا $\frac{1}{10}$ سے زیادہ حصہ نہیں ہوتی اور اس میں سے $\frac{1}{10}$ سے زیادہ حصہ گلکرسین اور شمی ترشہ میں مشقوق نہیں ہوتی۔

اس امر میں کہ شحم برازی عموماً بنقراسی الاصل ہوتی ہے شبہ کرنے کیلئے دو وجوہ ہیں :- (۱) وہ نہایت عام طور پر اس وقت ناقص انجذاب سے پیدا ہو جاتی ہے جب کہ شکمی تدرن یا بالید سے لبنیات متعدد ہو گئے ہوں۔ ان اصابتوں میں پاخانے میں کی چربی بڑی حد تک مشقوق ہوتی ہے۔ (۲) اس امر کی شہادت پیش ہو رہی ہے کہ انجذاب شحم کے لئے بنقراسی کرسس اتنا اہم عامل نہیں کہ جتنا معاء میں صفرا کی موجودگی۔ فی الحقیقت بنقراسی قناتوں کی تجربی بندش یا استیصال سے اس انجذاب پر اثر نہ ہوتا (۷۶)۔ پیدائشی شحم برازی بھی بیان کی گئی ہے اور اسہال، شکمی مرض (cecal disease) اور معدی قولونی ناسور میں پاخانے میں چربی زیادہ ہو جاتی ہے اور پاخانے بڑی جسامت کے ہوتے ہیں۔

لحم برازی (creatorrhœa) ٹریپسین (trypsin) کی غیر موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ غیر مہضمہ مختلط عضلہ کے کثیر التعداد ریشے جو غذائیں کھائے ہوئے گوشت سے حاصل ہوتے ہیں خوردبین سے پاخانے کے اندر دیکھنے میں آتے ہیں۔ دافرا اسہال میں بھی لحم برازی ہو جاتی ہے، چنانچہ اس میں متاثرہ کورفع کرنے کے لئے لمبی غذا کے ساتھ مارکول یعنی کوئلہ لیا جاتا ہے اور سیاہ پاخانے کا امتحان صرف اسی صورت میں کیا جاتا ہے جب کہ وہ اوچالی غذا کے بعد اٹھارہ تا بیس گھنٹوں کے درمیان خارج ہو (۸۷)۔

بول میں ڈایاسٹیس (diastase)۔ یہ امتحان چوبیس گھنٹے کے بول کے نمونہ پر کیا جاتا ہے۔ صحیح نتائج حاصل کرنے کے لئے سب سے پہلے یہ ضروری

ہے کہ بول کی تعمیر $\frac{N}{10}$ سوڈیم ہائیڈریٹ یا ہائیڈروکلورک ائید کے ساتھ کریں۔ یہ باتنگ کہ ترشگی درجہ انساب کی ہو جائے، یعنی بول کا pH ۷.۲ ہو۔ یہ حالت اسوقت ہوتی ہے جب کہ بول میں فینال ریڈ (phenol red) کو بطور ایک منظرار کے ملانے سے ایک خفیف سی گلابی جھلک پیدا ہو جاتی ہے (۹۵)۔ اس بول کے ۲.۰، ۳.۰، ۴.۰ اور ۵.۰ سی سی چار ٹکلیوں میں رکھ کر ان میں طبی مالچ (۹.۰ فی صدی) ملا کر ہر ایک کو ایک سی سی کر دیا جاتا ہے۔ بول کو طبی مالچ سے دس گنا مرقق کر کے پھر یہی طریقہ اختیار کیا جاتا ہے، اور آٹھ ٹکلیوں میں ایسی طاقتوں کا بول ہو جاتا ہے جو ۲.۰، ۳.۰، ۴.۰، ۵.۰ اور ۶.۰ سی سی ۲.۰، ۳.۰، ۴.۰، ۵.۰، ۶.۰، ۷.۰، ۸.۰، ۹.۰، ۱۰.۰ سے متناظر ہوتی ہیں۔ پھر ہر ٹکلی میں ۱۰.۰ فی صدی حل پذیر نشاستہ کے ۲ سی سی ملا دئے جاتے ہیں۔ پھر ان ٹکلیوں کو نصف گھنٹے کے لئے ۳۹ درجہ سینٹی گریڈ پر مختص کر لیا جاتا ہے۔ ٹکٹ ڈا ہوئے کے بعد ان ٹکلیوں میں سلسلہ وار ۱.۰، ۲.۰، ۳.۰، ۴.۰، ۵.۰، ۶.۰، ۷.۰، ۸.۰، ۹.۰، ۱۰.۰ طاقت والے بول کی ٹکلی سے شروع کر کے $\frac{N}{50}$ آریڈین قطرہ قطرہ کر کے ملا دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ ان میں رنگ کا تغیر نمودار ہو جائے۔ ایسی سب سے پہلی ٹکلی کہ جس میں نیلا رنگ نہیں نمودار ہوتا، بول کے اندر ڈایائیس کی مقدار ظاہر کرتی ہے، جو ۲ کو اس ٹکلی کی طاقت سے تقسیم کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ مثلاً اگر ۵.۰ ٹکلی میں نیلا رنگ نہ پایا جائے تو ڈایائیس کی مقدار ۳۲ نکائیاں ہوگی۔ ڈایائیس کی طبی مقدار ۱۰.۰ اور ۱۱.۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بنقر اسی مرض میں بول کے اندر ڈایائیس کی مقدار یعنی ڈایائیس کا نمائندہ زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ کس کا تعلق دراصل بنقر اس کے اندر ہونی افراز سے ہو۔ کینج (Cambridge) یقین کرتا ہے کہ اس افراز کی قلت، کبدی ڈایائیس کو خون کے اندر ہمارے بول میں اس کی مقدار کی زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔

اندرونی افراز کی قلت۔ نمایاں اسباب میں یہ شکر بولیت پیدا کر دیتی ہے، اور نسبت کم نمایاں اسبابوں میں ممکن ہے کہ سخت مشکو میں کمی ہو جائے۔ اس کے جانچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو ڈیکسٹروس کی ایک نمنا دے کر دسویں شکر کی زیادتی کو دیکھا جائے، نیز یہ بھی کہ بول میں کوئی شکر خارج ہوئی ہو۔

یا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 463)۔ کیمج، فارسیجہ (Forsyth) اور ہاورڈ (Howard) کی تازہ تحقیقات نہایت بڑی نظری دلچسپی رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس سے بنقراس کے اندرونی افراز کی قلت کو اس کے ابتدائی مدارج میں دریافت کرنے کے قیامتی ذرائع حاصل ہو جائیں۔ ان کا خیال ہے کہ بگر میں ایک نشاپاش خیر موجود ہوتا ہے جو گلاکو جن کو توڑتا ہے اور ڈیکسٹریں (dextrin) جیسے اجسام کے ایک درجہ میں سے گذارتا ہوا ڈیکسٹروس بنادیتا ہے۔ طبعی حالت میں بنقراس کا اندرونی افراز اس خیر کی فعالیت کو روک رکھتا ہے۔ اگر بنقراس کا اندرونی افراز کم ہے تو سب سے پہلے یہ ہوتا ہے کہ خون اور بول میں (کہ جس میں یہ ڈیکسٹریں خابج ہوتے ہیں) ان ڈیکسٹریں کی زیادتی ہو جاتی ہے، لیکن دسویں شکر تقریباً اپنے طبعی لیول پر رہتی ہے۔ اس کے ایک نسبتہ بعد کے درجے میں یہ ڈیکسٹریں پورے طور پر ٹوٹ کر ڈیکسٹروس بن جاتے ہیں، چنانچہ اب بیش شکر و دسویں اور شکر بولیت پیدا ہو جاتی ہے، اور خون اور بول میں سے ڈیکسٹریں خائب ہو جاتے ہیں۔ یہی آخری حالت دیا بیٹس شکری میں پائی جاتی ہے۔ خون کے اندر ڈیکسٹریں کی مقدار کی پیمائش کرنے کے لئے ہائڈروکلورک ایسڈ کے ذریعہ ان کی آب پاشیدگی عمل میں لائی گئی جس سے وہ ڈیکسٹروس میں متغیر ہو گئے۔ پھر مجموعی ڈیکسٹروس کی تخمین کی گئی۔ اس مقدار میں اور ڈیکسٹروس کی اس مقدار میں کہ جو ابتدائی خون کے اندر آب پاشیدگی سے پہلے موجود تھی، جو قدر فرق ہے، اس سے ڈیکسٹروس کی وہ مقدار حاصل ہوتی ہے جو ڈیکسٹریں کی وجہ سے تھا۔ بول کے لئے بھی یہی طریقہ استعمال کیا جاسکتا ہے، یا وہ راست طریقہ کام میں لایا جاسکتا ہے جس میں آبیوٹین استعمال کرنی پڑتی ہے۔ یہ تخمین اصلی تعامل کیمج کی بجائے ہیں جو کہ غیر معتبر ہے۔

امراض بنقراس

حاد التهاب بنقراس

(acute pancreatitis)

امراضیات - تجربی اور سریری مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ حاد التهاب بنقراس، اصابتوں کی اکثریت میں اولاً جراثیمی سرایت کے باعث ہوتا ہے، جو ٹریپسینوجن (trypsinogen) کو ٹریپسین (trypsin) میں متغیر کر کے بنقراسی رس کو فعال بنا دیتی ہے۔ مرضی غدے کے عینر منظر، فعال بنقراسی رس سے اس کے ہضم ہو جانے کے باعث ہوتے ہیں۔ فریبی سے حاد التهاب بنقراس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ حملے بار بار ہو کر بالآخر ایک آخری حادثہ میں منتہی ہو سکتے ہیں۔ یہ التهاب عموماً سنگھماے معصر یا التهاب مرارہ کے ساتھ ملازم ہوتا ہے۔ لیکن حاد التهاب بنقراس میں سنگ معصر کا انتفاخ و اتھیر میں مغز پایا جانا بہت عام ہیں اور جب یہ حالت انفرارز ہوتی ہے تو سنگ غالباً اتنا کافی بڑا ہوتا ہے کہ قنات قدسنگ (Wirsung's duct) کے مخرج کو سد و کرتا اور معصر کو اور بنقراس کے اندر جانے سے روک دیتا ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ چھوٹے سنگ انتفاخ کے مقام پر مغز ہو کر بنقراسی قنات میں وقفہ وار رکھ دیا کر دیں، اور مست لازم سرایت جو معصرادی قناتوں سے پھیلتی ہے حملہ کو شروع کر دیتی ہے۔ تویج معصرادی کے متواتر خفیف حملوں کی روئداد کا حاصل ہونا بالکل عام ہے، جو اس مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ حاد التهاب بنقراس سرایت کے دوسرے متصلہ مرکوزوں سے شروع ہو سکتا ہے، جیسے کہ اثنا عشری قرحہ اور التهاب قنات لمبے صفراء سے اور بعض اوقات وہ ایسے ساری امراض جیسے کہ تپ محرقہ، تپج الدم اور عفونت الدم، نیز نکاف (mumps) میں واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس اور غدہ ریتیہ کی باہمی مشابہت ساخت کی وجہ سے آخر الذکر حالت دلچسپی سے

ثالی نہیں۔

حاد نزفی التهاب بقراس (acute haemorrhagic pancreatitis)

میں بقراس متورم اور ختم ہو جاتا ہے اور اس میں سرخ یا بھورے سے لے کر سیاہ
تک نقطہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی سطح پر اور زخنی یافت میں نزفات ہوتے ہیں۔
مکن ہے کہ خون بذریعہ وعاء درمی متصلہ ساختوں میں چلا جائے، یا کہ بقراس کی
اندرونی آلودگی سے خون وجود ہو۔ خروین سے بقراس کی سختی یافت خونی
پائی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ عموماً التهاب بھی ہوتا ہے، جیسا کہ کثیر الاشکال نوانی
خلیوں کی درزیرش سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ غالباً بقراسی رس سے انتہام ہونے کے
بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ شخصی تنوع ہمیشہ ایک نمایاں منظر ہوتا ہے۔ بقراس
میں اور متعلقہ تحت الباریطونی شحم میں بعض اوقات گرد و کھوی و اسلی اور گرد قلبی
شحم میں بلکہ تحت الجلدی شحم تک میں مامزدرد یا غیر شفاف پییدہ رنگ کے چھوٹے
چھوٹے تودے ہوتے ہیں جو متعلقہ تدرست چربی سے واضح طور پر متفرق اور
بعض اوقات ایک تنگ نزفی منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ خارج شدہ
بقراسی افراز کے شحم پاشش خمیر (لائپیس = lipase) کے اس عمل سے پیدا
ہو جاتے ہیں جو وہ چربی پر کرتا ہے۔ رہا شدہ شحمی ترشے کیلیم کے اساس کے ساتھ
شریک ہو جاتے ہیں اور کثیرین جذب ہو جاتی ہے۔

ایک نسبتہ بعد کے درجے میں، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہے تو تقریبی التهاب
بقراس (suppurative pancreatitis) واقع ہو جاتا ہے۔ بقراس بڑا
متورم اور پیپ سے درختم ہوتا ہے۔ یا اس میں جدا جدا پھوڑے موجود ہوتے
ہیں۔ مکن ہے کہ ایک آدھ پھوڑا کہ بقراس کی اندر یا معدے یا آنت کے
اندر پھوٹ پڑے، باقی اور ظہانی اور وہ کی علقیت اور سرایت بھی واقع ہو سکتی ہے
اور ساتھ ہی جگر میں سوجی پھوڑا بھی ہو سکتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں معمولی حصہ
قولونی اور ریم سار عضویہ پائے جاتے ہیں۔ دونوں شکلوں میں مکن ہے کہ حساب
التهاب باریطون سے بالآخر ہلاکت واقع ہو جائے۔

علامات۔ جب التهاب بقراس تکاف کے دوران میں واقع ہو جائے تو

تھے اور شراسینی درد کے ساتھ شراسینی خطے میں درم اور المیہ مست موجود ہوتی ہے۔
 نسبت زیادہ شدید نرفی التهاب بنقراس کی خصوصیت شکم کے بالائی حصے میں
 شدید بلکہ جاں گداز درد ہے، جو پھیل کر پشت تک پہنچتا ہے۔ وہ مشقوب ہضمی
 قرحہ کے درد کے نسبت زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے اور اکثر ماریا سے رفع نہیں ہوتا۔
 تاہم استواری عموماً زیادہ نہیں ہوتی، کیونکہ سیال کی دافع عفونت نوعیت کے
 باعث عموماً عمومی التهاب باریطون نہیں ہوتا۔ شاید پروٹین پاش اشیا کے
 انجذاب کی وجہ سے صدر جس کے ساتھ ذراق ہوتا ہے، جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے۔
 اکثر بظاہر تندرستی کی حالت کے دوران میں علامات بالکل یکایک پیدا ہو جاتے
 ہیں۔ بعض اوقات چند گھنٹوں کے بعد شکم کے بالائی حصے میں ایک محدود انعام
 الیم قدم نمودار ہو جاتا ہے، لیکن تشخیص کے مشکلات ایسے ہیں کہ اکثر غلطی سے اس
 حالت کو موی قسد (intestinal obstruction) سمجھ کر اس کے ازالہ کی غرض
 سے شکم جاک کر دیا گیا ہے۔ یہ امیاتی عموماً چار یا پانچ دنوں کے اندر مہلک ثابت
 ہوتی ہیں، لیکن بعض ایسی بھی ہیں جو شکم شگافی کے بعد شفا یاب ہو گئیں۔ تقیہ
 التهاب بنقراس کے علامات بھی اس کے مائل لیکن نسبت کم نمایاں اور کم جاد
 ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ مرضی حالت کئی ہفتوں تک جاری رہے۔ سلع صرف
 مریضوں کی ایک چوتھائی میں محسوس ہوتا ہے، اور یہ ناچہ باریطونی صغیر میں سیال کے
 اجتماع کے باعث ہوتا ہے۔ اکثر ایسے علامات کا اندراج نہیں ہوا ہے جو بنقراسی طیلوں
 کے فضل سے منسوب کی جا سکیں، لیکن اس کی وجہ شاید یہ ہو کہ ان کی تلاش ہی نہیں
 کی گئی۔ بشکر بولیت اور بولی ڈایائیس کی زیادتی سے تشخیص میں قیمتی امداد ملے گی۔
 بعض اوقات یرقان موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر علامات ضروری التوجہ ہوں تو شکم شگافی کا علیہ فوراً انجام
 دینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ دریافت شدہ حالت مقامی تدابیر کی متقاضی ہو۔ مثلاً
 ایک نرفی ضروری حالت میں بنقراس میں شکات دے کر اور نرف کو بندش
 کے ذریعہ روک کر تسکین قائم کر دی گئی۔ تقیہ التهاب بنقراس کی حالت میں پھوٹے
 میں شکات دینا اور تسکین کرنا قطعاً ضروری امور ہیں۔ علیہ کوئی بھی پو اس میں مزارہ

اور شکر قنات صفر اور کا امتحان التهاب مرادہ اور سنگھائے مرادہ کے لئے کر کے مرادہ کی تکمیل کر دینی چاہئے۔

مزمن التهاب بنقراس

(chronic pancreatitis)

یہ زخنی بافت کو متاثر کر کے بہت لینی یا لیدگی پیدا کر دیتا ہے، جس سے نتیجہً تھدی ساختوں کا زبول پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ بہت جگہ میں پائے جانے والے تغیرات سے مماثل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ اس مرض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مزمن التهاب بنقراس میں بھی لینی بال عینیات کے بڑے گردہوں کو محصور کرے (بین لختکی = interlobular) یا شبہ بہت زیادہ شاخوں پر منفرد عینیات کو محصور کرے (بین عینی = ioteracinar)۔ عموماً اس عضو کا سب سے زیادہ موقوف ہو جاتا ہے۔ جرم نہایت کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اور نسبتہً قلیل الوقع بین عینی شکل میں ممکن ہے کہ بہت کثیف واقع ہو جائے۔ مزمن التهاب بنقراس کی تسبیب بالکل وہی ہے جو کہحاد التهاب بنقراس کی تسبیب ہے۔ وہ عموماً متعلقہ التهابات جیسے کہ باریطون کے، قنات صفر اور کے، معدے اور آنتوں کے التهاب مثلاً التهاب زائدہ و دودھ کے پھیلنے سے پیدا ہو جاتا ہے، جس سے ساری عضویہ اوپر کو بنقراسی قنات میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ نیز وہ بنقراسی قنات میں انجمادات کی موجودگی سے، یا مجموعہ بنقراسی افزائت کی موجودگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یا سرطان سے قنات کے مضبوط ہو جانے سے، یا مرض قلب سے ورنہ ہی استلاء ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے، اور شاید آتشک سے اور انکھل کے ناجائز استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنگھائے صفر اور مزمن التهاب بنقراس کا ایک عام سبب میں بالخصوص اس وقت جب کہ ایک سنگ متفاح و آئیرین، یا مشترکہ قنات میں واقع ہو، یا جب ان کی موجودگی کا یہ نتیجہ ہو کہ قنات بنقراسی قنات بنقراسی پیدا ہو گیا ہو۔ قناتی قنات اور سرایت کی ان مثالوں میں سے بیشتر میں بین لختکی شکل کا مزمن التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ صلابت الشرائین (arterio-sclerosis) بھی

مزمن بنقراسی التهاب کا ایک سبب ہے، جو اس صورت میں عموماً بین عینی قسم کا ہوتا ہے۔

مرضی قشریج۔ بین انگشتی شکل میں بنقراس کشیف اور سخت ہو جاتا ہے، اس میں لینی یافت کے چوڑے بند تختوں اور مدفون رقبوں کے درمیان دوڑتے ہیں، ان رقبوں میں سے بعض تو منکسر غدی جرم کے ہوتے ہیں اور بعض خوب مصنون یافت کے۔ بالعموم جزائر لنگر بانس غیر متاثر رہتے ہیں۔ بین عینی شکل میں غشیات مذبول ہو جاتے ہیں، اور جزائر لنگر بانس اکثر اوقات لٹا سا تلیوں کی درز پرش سے اور صلابت سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔

412

مزمن التهاب بنقراس کی یہ ہر دو شکلیں چربی کے بڑے جسام (شحوم سلحیت = lipomatosis) سے پیچیدہ ہو سکتی ہیں، بالخصوص ان اشخاص میں جن کو فریبی کی شکایت ہو۔

علامات۔ راقم الحروف کا ایک مریض ایک ۴۴ سالہ شخص تھا، جسے بالکل اٹھارہ عشری قرحے سے مشابہ علامات تھیں، اور ساتھ ہی اس کا معدہ چھوٹا اور متعرج تھا، جو بہ سرعت خالی ہو جاتا تھا، لیکن نہ تو کلاہ کا تشوہ تھا اور نہ مخفی خون موجود تھا۔ مشتبہ نگہائے صقر کے لئے جراحی علیہ انجام دیا گیا، لیکن صفراوی غلطہ وغیرہ طبعی پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں کوئی علامات نہیں ہوئے، یا سوہ مضمم کے بہم سے علامات ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ نخول کے ساتھ نمایاں بنقراسی قلت موجود ہو۔ مزید برآں ممکن ہے کہ بنقراس کا متوزن سر مشرک صفراوی قنات کو جو اس کے اندر محصور ہوتی ہے مضغوظ کر دے اور اس طرح تسدوی یرقان پیدا کر دے۔ اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ علیہ کر دیا جاتا ہے، جس کے بعد ایک سخت بنقراس محسوس ہوتا ہے۔ تقریباً ایک ثلث اصابتوں میں یہ ڈھیلا التهاب بنقراس کی وجہ سے ہوتا ہے، اور دو ثلث اصابتوں میں بنقراس کے سر کے سرطان کے باعث۔

جہاں مزمن التهاب بنقراس کے باعث ذیابیطس شکاری پیدا ہو جاتا ہے، اوپائی (Opie) بیان کرتا ہے کہ یہ تقریباً بالکل بین عینی شکل سے پیدا

ہوتا ہے جس میں بالخصوص جزائر لنگرانس متضرر ہوتے ہیں۔ بین نخستی شکل سے ذیابیطس شکر کی صرف انتہائی اصابتوں میں اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ اعطاشی عمل ان جزائر تک پہنچ جاتا ہے جو کہ نخستوں کے مرکز میں واقع ہیں۔

علاج۔ چونکہ بہت سی اصابتوں میں مزمن التهاب کو صفر ادوی اور بنقراسی قناتوں کی اور معدی معوی غشائے مخاطی کی اختلائی حالتوں سے خوب کیا جاسکتا ہے، لہذا ان اولی اختلالات کے علاج کے طرف سب سے پہلے توجہ کرنا چاہئے۔ اول الذکر حالت میں اکثر اخراج سنگ کے لئے جراحی عملیہ کی ضرورت ہوگی اور آخر الذکر حالت میں سوزوں غذائی اور دوائی علاج کی ضرورت ہوگی۔ ایسی اصابتوں کا بھی اندراج ہوا ہے جن میں مرار سے اس سے اطالست پذیر تسلیل کرنے سے علامات میں کامیابی کے ساتھ تخفیف حاصل ہو گئی ہے۔

سنگ ہائے بقراس

(pancreatic calculi)

ان کا وقوع ادیبیٹر عمر کے آدمیوں میں ممکن ہے۔ یہ ہیزگز عام نہیں ہیں۔ یہ قناتوں کی نازلت سے اور افزائیں تاخیر ہو جانے سے خوب کئے جاسکتے ہیں اور کیلیسیم کاربونیٹ اور کیلیسیم فاسفیٹ پر اور بعض اوقات کیلیسیم آگزیلیٹ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ ریتی کے ذروں جیسے یا اسنے بڑے کہ ہیزنڈل نٹ (hazel-nut) کے برابر اور عموماً گول یا بیضی، اور کبھی نامور یا شاخ دار ہوتے ہیں۔ رنگ میں یہ سفید یا بادی مائل سفید، بعض اوقات جھورے یا تقریباً سیاہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ قنات یا اس کی شاخوں کو سدود کر دیتے ہیں اور قناتوں کا اتساع، احتباسی دویرے، حاد التهاب، معہ تقيح یا مزمن تصلب کے، بلکہ گرد و پیش کے حصوں تک میں التهاب پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ ثانوی علامات پیدا کرتے ہیں، اِلا یہ کہ یہ علامات ان کے ثانوی اثرات سے پیدا ہو جائیں، مثلاً اس التهاب سے جو یہ پیدا کر دیتے ہیں، یا دویروں کے بننے سے، یا قنات کے ذبول یا کسبت کے پیدا ہو جانے سے۔

تشخیص شائع نگاری کے ذریعہ اور سنگوں کے لئے پانکریوں کا امتحان کر کے کی جاتی ہے۔ ان کو کبھی کبھی جراحی علیہ کے ذریعہ سے نکالنے میں کامیابی ہوتی ہے، بیشتر اصابتوں میں قنات ورسنگ سے۔

بنقراس کے نوایے اور دویرے

م سرطان (carcinoma) جو تقریباً ہمیشہ اولی ہوتا ہے، بنقراس کا آہم ترین سلسلہ ہے۔ یہ اکثر غدے کے سر میں محدود ہوتا ہے۔ یہ ایک بے قاعدہ گریبی سخت ملمہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ آہنی کافی جسامت رکھتا ہو کہ موزوں حالات کے تحت اسے جدار شکم میں سے محسوس کرنا ممکن ہو۔ جوں جوں یہ گر گریں جسامت میں بڑھتی جاتی ہیں بنقراسی قنات کے تسد ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، پس سے ایک دویرہ بن جاتا ہے۔ کبھی کبھی دباؤ سے یا مزمن التهاب کے پھیلنے سے شریک صفراوی قنات تسد ہو جاتی ہے، جس سے یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ حقیقت ادھیڑ اور مین اشخاص میں یرقان پیدا ہونے کا ایک عام سبب یہی ہے، دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرطان معدے، اشاعرشی، باریطون، بنقراس، یا دوسری ساختوں کو بھی ماؤف کر دے۔ علامات مزمن التهاب بنقراس کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن نخول عموماً نمایاں ہو جاتا ہے۔

بنقراسی دویرے (pancreatic cysts)۔ یہ بیشتر اوقات بنقراس

413 کی دم اور جسم میں نمایاں ہو جاتے ہیں۔ یہ قنات ورسنگ کے تسد کی وجہ سے (جوسنگ سے پیدا ہو جائے، یا باہر سے دباؤ پڑنے کے باعث ہو) احتباسی دویرے ہو سکتے ہیں۔ دوسرے دویرے جرم غدہ کے اندر بنتے ہیں جو نرفی التهاب بنقراس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ متصلہ باریطون میں کاذب دویرے (pseudo-cysts) نمایاں ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سیال کا انسکاب ہے اس خراش اور بنقراسی رس کی ترقیق کے لئے جلا لیا التهاب بنقراس کے باعث رہا ہوتا ہے۔

ایک کافی جسامت رکھنے والا دویرہ شکم کے بالائی حصے میں خطر ریمائی

یا اُس کے ایک طرف، ایک گلوبی نمارسولی بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قولون متعرض کے نیچے ابھر آئے اور ایک جینی دویرے سے مشابہ ہو، گویا نیچے سے جس کرنے پر یہ اوپر کے طرف دھکیلا جاسکتا ہو۔ یہ سحدے اور قولون متعرض کے درمیان یا جگر اور معدے کے درمیان آگے کی طرف بروز کر سکتا ہے۔ اس کے تعلقات کی تعیین لاشاعوں سے (غرضاف غذا کے بعد) یا کھوکھلے احشا کے نفخ کے بعد قوع کے ذریعہ سے کی جاسکتی ہے۔ بنقر اسی سحد اکثر گہرے شہق کے دوران میں ساکن رہتا ہے، لیکن اگر وہ دایا فرام سے متماں ہے تو ممکن ہے کہ وہ یا پٹم ایچ نیچے کے طرف حرکت کرے۔ اُس کے اندر کا سیال مکدر، بھورے یا سبزی مائل رنگ کا، قلوئی اور البیومیونی ہوتا ہے اور اُس کی کثافت نوعی ۱۰-۱۰۰۰ ہوتی ہے۔ اُس کے اندر متغیر شدہ دموی لون اور مختلف بنقر اسی خمیر موجود ہو سکتے ہیں۔ بخول اور بعض اوقات درد یا یرقان موجود ہوتا ہے۔ پیشاب میں بعض اوقات شکر موجود ہوتی ہے۔

وہ اور ام جن کا اس کے ساتھ خلط ملط ہو جانا بہت ممکن ہے یہ ہیں۔ دوسرے کسی عضو کا کیستی دویرہ، استقار الکلیہ (hydronephrosis) مجذبات الہتہاب باریطیون اور مینی مرض۔ اگر وہ زیادہ تر بائیں طرف ہے اور شہق سے حرکت کرتا ہے تو وہ ایک طحالی یا کلوئی سحد سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ امتصاص کے ذریعہ سے حاصل شدہ سیال کی نوعیت سے امداد حاصل ہونی چاہئے۔ بنقر کا کے پیدا نشی دویرے اور کیستی دویرے شاذ ہی ہوا کرتے ہیں۔

علاج۔ بنقر اسی دویروں کا علاج اکثر شکاف اور تھیل سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے۔ دوسرے سلعات کے ہمارک میں نسبت کم آسانی ہوتی ہے، اور ان کا علاج یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف حاصل ہو جائے۔ اگر سحد کا استیصال ناممکن ہو تو ممرارہ شکافی اور میراری معوی تغیر سے کچھ آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔

امراض باریطون

حاد التهاب باریطون

(acute peritonitis)

بحث اسباب - حاد التهاب باریطون معمولاً خون سرایت سے ہو سکتا ہے، یعنی نچری رویی التهاب باریطون اور نہایت شاذ صورتوں میں نچری سببی التهاب باریطون اکثر الوقوع سبب بشکی اختار کا کوئی ضرر ہوتا ہے، جیسے کہ مشقوب، ہضمی قرحہ، لفائفی کے مشقوب محرقی یا تمدنی قروح، اور قولون کے زحیری قروح، اعوری زائکہ کا التهاب اور اغشاث، مگر کے بھوٹے، مرارے کا قلعج، حاد معوی تسد و معدہ تخنق کے، طحال کا انفعام اور خراج، وہ کثیر السداد التهابی ضررات جو حودرتوں کے حوضی اعضا کو موقوف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، یعنی التهاب الرحم (metritis)، التهاب نرورحمہ (parametritis)، التهاب مینض، التهاب انبویہ فلوی (salpingitis)، حوضی موی قیلہ (pelvic hematocelo)، اور بعض اوقات وہ سرایت جو التهاب حوض الکلیہ (pyelonephritis)، گرد کلوی التهاب (perinephritis)، خراج خصری (psaos abscess)، حاد ذات الجنب یا قلعج الصدر سے پھیل جاتی ہے۔ لیکن قلعج الصدر کا التهاب باریطون پیدا کرنا اتنا عام نہیں ہے کہ جتنا عام ایک باریطونی خراج کا قلعج الصدر پیدا کرنا۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں کہنے، شکی کے اندر مایعات، جیسے کہ قذا، براز یا پیپ کے اخراج سے اور ان کے ساتھ ساری خرد عصبویہ منتقل ہو جانے سے التهاب باریطون شروع ہو جاتا ہے۔ معدی اور معوی قروح کے اشتقاق کی حالت میں اور التهاب زائکہ و دودہ میں اور بھوڑوں کے پھٹ جانے میں ہی ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں التهاب مصلیٰ نہ سبک پھیل جاتا ہے، یعنی خرد عصبویہ بانٹوں کے اندر بلا کوئی تین اشتقاق پیدا ہوئے داخل ہو جاتے ہیں۔

باریطون کے زخموں کے بعد خواہ یہ تضرر کی وجہ سے ہوں یا جراحی کارروائی میں پیدا ہو جائیں، التهاب باریطون ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کبھی کبھی مرض برائے خواہ یہ حادثہ ہو یا مزمن، التهاب باریطون کا سبب معدہ ہو جاتا ہے۔

جراثیمیات۔ التهاب باریطون پیدا کرنے والے خرد عضویہ یہ ہوتے ہیں :- عموماً معمولی عصبی قولونی اس وقت ہوتا ہے جب کہ باریطون میں امحار سے سرایت پہنچے جیسے کہ التهاب زائیدہ دوویہ یا انتقاب معار میں یا جب صفراوی راستوں سے سرایت پہنچے۔ نبتہ سبجیہ اور نبتہ عنبیہ التهاب باریطون میں اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ وہ حوضی اعضاء کے ضررات سے یا ٹکمی دواؤں سے ماخوذ ہو۔ نبتہ ریویہ بھی ملتا ہے۔ اس کا باریطونی التهاب اتلی ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ وہ ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہو، یا ممکن ہے کہ وہ ہتھی ریوی عفونت الدم کا ایک جزو ہو۔ دوسرے جراثیم جو کم تر پائے جاتے ہیں یہ ہیں :-

عصبی محرقیہ (B. Typhosus)، عصبی ریم ازرق (B. pyocyaneus)، گیس آفرس لکس عصبی (B. lactis aerogenes)، خرد نبتہ چہارزا (Micrococcus tetragenes) اور خرد نبتہ سوزاک۔ ایمیبائے قولونی ایمیبائی زحیر میں پایا گیا ہے کبھی کبھی عصبی ذریعہ حادثہ التهاب پیدا کرتا ہے لیکن بہت زیادہ عام طور وہ ایک مزمن کم التهاب پیدا کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ باریطون میں جو تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں وہ ان تغیرات سے مماثل ہیں جو التهاب پیٹور کی حالت میں پیٹور میں واقع ہوتے ہیں۔ پہلے ہلکے عروقت کی زیادتی کی وجہ سے سرخی ہوتی ہے، اور اگر کثرت شکم کا امتحان اس ابتدائی درجے میں کیا جائے تو عموماً دیکھنے میں آتا ہے کہ امحار کی سرخی آنک کے طول میں اس مقام پر متوازی دھاریاں بنا دیتی ہے کہ جہاں تین باریطونی سطوحیں ملتی ہیں، یعنی آنت کے دو ٹپے اور شکم کی اگلی دیوار یا آنت کے تین ٹپے۔ اس مقام پر دوسری جگہ کے نبتہ دباؤ کم ہوتا ہے، چنانچہ امتلا اور ارتشاح پہلے بہن واقع ہوتے ہیں اور آنت کے برابر برابر ایک فضا بنا دیتے ہیں جو تراشش میں مشغول ہوتی ہے۔ یہ ارتشاح منجھ ہو کر ایک زرد پیٹری بنا جاتا ہے اور دیتا ہے، جسے اکثر ملف کا غیر موزوں نام دیا جاتا ہے، لیکن جو خود اصل فائبرین اور سپرینڈیلیوں پر

مشکل ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ ممکن ہے کہ ایک مختلف المقدار تک دستپال بھی موجود ہو۔ یہ ارتشاح نہایت سرعت کے ساتھ نمودار ہو جاتا ہے، جیسا کہ بعض صرخی اصابتوں میں دیکھا جاتا ممکن ہے، جن میں اٹھارہ گھنٹوں سے بھی کم میں زرد لطف کی کچھ مقدار بن سکتی ہے۔ بعض نسبت کم شدید اور کم وسیع اصابتوں میں اس ارتشاح کی جگہ یعنی بافت لے لیتی ہے (تعضیہ)۔ اور ان انفذات سے جو اس طرح بن جاتے ہیں مختلف احشایہ جڑ جاتے ہیں، یا باریطونی کہتے ہیں جو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں سپید خلیوں کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے، یا وہ ابتداء ہی سے کثیر المقداد ہوتے ہیں، اور التہابی حاصل ہوتا ہے۔ یہ اکثر بہ سرعت جھلک ثابت ہوتا ہے۔

حاد محل ودالمقام التهاب باریطون (acute circumscribed

peritonitis) یا باریطونی خراج (peritoneal abscess)، سرایت کے

محدود المقام ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ زائیدی خراج (appendix

abscess) باریطونی خراج کی عام ترین قسم ہے۔ باریطونی خراجات حوض، قطنی

خظوں اور حرقعی مخفروں میں ہوتے ہیں، یا ڈایا فرام کے نیچے (ذیر ڈایا فرامی خراج

subphrenic abscess) جس پر آگے غور کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان پھوڑوں

کا یاہر کے طرف منہ بن جائے یا وہ کھوکھلے احشایہ میں سے کسی ایک کے اندر

کھل جائیں، یا سینہ کے اندر پھٹ کر ذات الجنب یا ذات الریہ پیدا کر دیں۔

بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک قرعہ کے انشعاب کے بعد مد سے یا انتوں

کے ساتھ راست ربط موجود ہونے کے سبب سے باریطونی خراج میں ہوا موجود

ہوتی ہے۔

علامات۔ حاد عمومی التهاب باریطون درد کے ساتھ

شریع ہوتا ہے، جو بیشتر نہایت شدید ہوتا ہے، اور اگر ابتداءً ایک مقام پر محدود

ہو تو جلد ہی سارے شکم پر منتشر ہو جاتا ہے۔ یہ دروسل ہوتا ہے، لیکن ہر قسم کی

حرکت، کھانسنے، کانٹھنے یا تھپنے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ دبانے سے اس کو

تکین نہیں ہوتی، بلکہ اس کے برعکس سارے شکم پر نمایاں انیمیت موجود ہوتی

ہے۔ سانس لینے پر سارے کے سارے شکم میں حرکت ناپذیری ہوتی ہے، اور تنفس بالکل صدوری ہوتا ہے، اور جس کرنے پر استواری ہوتی ہے جو کبھی ٹھیک نہیں پڑتی (یہ ایک نہایت اہم امارت ہے)۔ ٹانگیں اکثر پیٹ کی طرف کھینچی ہوئی ہوتی ہیں، تاکہ جدار شکم تنے نہ پائے، اور مریض ہر قسم کی حرکت سے احتراز کرتا ہے۔ نبض عموماً سریع اور تپش مرتفع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تپش کم ہوتی ہے، گو نبض سریع ہوتی ہے، اور اسے سخت سرایت کی امارت سمجھنا چاہئے، کیونکہ شرح نبض شدت مرض کی اس سے زیادہ اہم دلالت ہے کہ جتنی درجہ تپش ہے۔ قاعدہ ہے کہ قے جلد ہی شروع ہو جاتی ہے، اور بار بار ہوتی ہے، یا تو خود بخود یا غذا لینے کی کوششوں کے بعد قے میں پہلے معدی مایہ بہ اور بعد میں صفرا خالص ہوتا ہے، اور اس کے بعد قے تقریباً برازی نوعیت کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات ابتدائی میں تشریرہ ہوتا ہے، لیکن ہوا ہمیشہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بعد کے درجوں میں مریض پیٹ کے بل لیٹا ہوتا ہے، اس کا چہرہ مسکرا ہوا ہوتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر آن میں گڑھے پڑ جاتے ہیں، چہرے سے تشویش ظاہر ہوتی ہے، اور زبان خشک اور فروزا اور نبض سریع و صغیر ہوتی ہے۔ اسرار کے عضلی طبقہ کے شلل اور ان کے اندر گیس کے اجتماع کی وجہ سے شکم متمدد ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح گمک دار ہوتی ہے، لیکن اگر زیادہ سیال شکب ہو، تو ممکن ہے کہ پہلوؤں پر یا کبھی کبھی سارے شکم پر احمیت پیدا ہو جائے۔ بجلی ایک ایسی علامت ہے جو اکثر ہوا کرتی ہے۔ قبض ہمیشہ ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک یا دو دنوں کے بعد ایک یا زائد بار پاخانہ ہو، یا ممکن ہے کہ اسہال شروع ہو جائیں۔ اور کبھی کبھی شروع ہی سے اسہال ہوتے ہیں۔ بول قلیل المقدار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ درد کے ساتھ خابج ہو یا جمبوں ہو جائے۔

مشقوب ہضمی ترقہ کی اصابتوں میں ابتداء میں عمومی استواری شکم اور صدمہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ چہرہ مشوش اور ازرق ہوتا ہے، جواج ٹھنڈے اور نم ہوتے ہیں، تپش تحت الطبی اور نبض سریع و ضعیف ہوتی ہے۔ بالآخر حادو الہجاب باریطون کے متاخر امارات نمودار ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ گیس

کہنے باریطونی کے اندر خارج ہو کر وسیع گنگ، بلکہ بلع کے ساتھ آمیز ہو کر جھپکا پویدا کروے۔ باریطون کے اندر گیس کی وعادہ ری کی شناخت بعض اوقات اس سے ہوتی ہے کہ گیس جگر کے سامنے جمع ہو کر طبعی کبدی اہمیت کے بجائے گنگ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ احشائے اندر سے کوئی گیس خارج ہوئے بغیر بھی یہ ممکن ہے کہ ان احشائے زیادہ گیس سے جگر صدری دیوار کے تماس سے دور ہو جائے۔

تھے اور درد کی وجہ سے مریض بتدریج خستہ ہو جاتا ہے، زبان نسبتاً زیادہ خشک اور بھوری ہو جاتی ہے، لہٰذا اور زبان پر دھبہ جم جاتی ہے۔ فیض صغیر تر اور سرخ تر ہو جاتی ہے، پھیپھڑوں کے قاعدے مضبوط ہو جاتے ہیں، اور دوسرے چھ دونوں تک کی بیماری کے بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ایسا ہر اصابہ میں نہیں ہوتا کہ یہ تمام متمیز و مخصوص امارات ملیں۔ بعض اصابہ میں بخار نہیں ہوتا، دوسری اصابہ میں تمدد و محض خفیف سا ہوتا ہے، کبھی کبھی مریض اپنی پشت کے بل شیط پڑا رہنے کے بجائے سخت درد و کرب کی حالت میں تڑپتا رہے گا۔

مفتی ریوی التهاب باسیطون میں جو عموماً مفتحی ریوی عفونۃ الدم کے ایک جزو کے طور پر پیدا ہو جاتا ہے، درد اور الیمیت شکم اور اسہال ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استواری موجود ہو، مگر زیادہ اکثر دیوار شکم ٹھیلی ہوتی ہے۔ ستمی علامات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جن کے ساتھ تپش بلند درجہ پر اور پدیان ہوتا ہے، اور شرح تنفس زیادہ ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ شغوی غلہ موجود ہو یا مفتحی ریوی سرایت کا ظہور کسی دوسری جگہ، پھیپھڑوں، جڑوں وغیرہ میں ہو۔ کچھ عرصہ کے بعد شکم کے ایک حصے میں پھوڑا بن جاتا ہے، اور یہ اس خاص خطے میں ایک درم نمودار ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔

حادث محل و دام المقار التهاب باسیطون میں عام علامات زیادہ تر مماثل ہوتے ہیں، لیکن مقامی حالات کم و بیش موقوف حصے تک ہی محدود رہتے ہیں۔ اس کا عام ترین سبب التهاب زائدہ کی حالت میں اشتعال کا وقوع

ہے اور پہلے بیان کیا گیا ہے۔

تشخیص۔ عموماً یہ مشکل نہیں ہوتی، شدید درد، الیمیت، قے، استواری اور دوران تنفس میں شکر کی حرکت ناپذیری جس کے بعد تھکاوٹ اور قبض، نبض صغیر و سریع، اور جھوٹا یہ سب اہم خصائص ہیں۔ لیکن قولنج کے شدید درد، مشقوق انورسما، ماسارنٹی علقیت (mesenteric thrombosis) اور مادنزنی التهاب بتقریباً بھی التهاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتے ہیں۔ خود التهاب باریطون کو غلطی سے معوی قند سمجھا جاسکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ تب معویہ میں اور دیوار ہائے شکم پر جراحی عملیات، مثلاً فتق شگافی (herniotomy) کے بعد التهاب باریطون شروع ہو جائے اور بغیر اس کے کہ اس کی موجودگی کا شبہ ہو لاکت واقع ہو جائے۔ قولنج (colic) اور ہسٹیریا کی درد کو التهاب باریطون سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ اول الذکر حالت یعنی قولنج میں شکم منقبض ہوتا ہے اور الیمیت نہیں ہوتی بلکہ دبانے سے درد میں تخفیف معلوم ہوتی ہے اور آخر الذکر حالت یعنی ہسٹیریا کی درد میں محض ذرا ہی چھونے سے درد بڑھ جاتا ہے انتہائی حساسیت موجود ہوتی ہے۔ یہ غلطی (ectopic gestation) کا انشقاق درد اور جھوٹا درد پیدا کرتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کو غلطی سے مہلک قے کا اشتباہ سمجھ لیا جائے۔ اس میں قے اور بے قاعدگی حیض کی روک ٹوک لگتی ہے۔ کثرت زرف کے باعث ہونٹوں کا رنگ پیدا ہوتا ہے شکم کی الیمیت اور دم ہوتا ہے اور بعض اوقات آزاد سیال موجود ہوتا ہے مگر متحقی استواری نہیں ہوتی اور حوضی اور ستیمی امتحان سے ایک تناؤ دار ڈھیلا پایا جاتا ہے۔ لیویشام شفا خانے (Lewisham Hospital) میں مشقوبہ مضمہ قے کی تشخیص کی تصدیق کا ایک مفید ذریعہ متعل ہے۔ انتصابی وضع میں ایک لاشاعی فلم جس میں کہنہ باریطونی میں جگر اور دائیں ڈایا فرام کے درمیان ایک صاف رقبہ ہوا آزاد گیس کی موجودگی ظاہر کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف)۔ بعض اوقات ذیابیطس کا ہلکا قوی انتصابی التهاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتا ہے۔ یہ قوی کبھی کبھی دفعہ شروع ہو جاتا ہے اور اس میں شدید درد و شکم کے ساتھ نبض صغیر اور خفیف ہوتی ہے۔ ذیابیطس کی جوع المواسے اور بول میں زیادہ ایسیٹو آئیڈک آئیڈ کی موجودگی اور شکمی استواری کی غیر موجودگی سے

تشخیص صاف ہو جانی چاہئے۔

416

جہاں تک کہ التهاب باریطون کی تقریبی تشخیص کا تعلق ہے، مابقی سرگشت کے اندر سبب مرض کی جستجو کرنی چاہئے۔ جہاں شدید مادہ التهاب باریطون ایسے شخص میں پیدا ہو جائے جو پہلے سندست سمجھا گیا تھا، اعوری زائدہ کا تعلق اشتہوب معدی قرعہ اور حوضی اعضا کے ضررات اسس کی پیدائش کے نہایت ممکن اسباب ہو سکتے ہیں۔ سن بلوغ کے پہلے اور قریب قریب، اعوری زائدہ کا تقریب دو تہ صنقوں میں زیادہ ممکن ہے۔ حوضی ضررات تقریباً بلا استثناء عورتوں میں ہوتے ہیں اور لڑکیوں میں ایک نظر انداز شدہ فرجی پہلی التهاب (vulvovaginitis) کا بھی خیال کرنا چاہئے جو متقی سوز کی التهاب باریطون پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔ بالخصوص بچوں میں واقع ہونے والے ادلی متقی ریوی التهاب باریطون کے متمیز خصائص پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔

انذار۔ عمومی التهاب باریطون ایک نہایت مہلک مرض ہے۔ اغلب نتیجہ کا اندازہ غرض کی نوعیت، تھے کے جاری رہنے، مہوط کی مقدار اور التهاب کی امکانی وسعت پر سے کیا جاسکتا ہے۔ شدید اصابتوں کے متعلق صرف ہر روز کی حالت پر سے رائے قائم کی جاسکتی ہے۔ جب چند روز گذر جائیں تو زائدہ امید ہوتی ہے، لیکن ان اصابتوں میں جو بظاہر درست ہو رہی ہیں مگر یہ کہ پیچھے اجتماعات ظاہر ہوں اور مضر و بالاطریقہ سے خطرناک ثابت ہوں۔ متقی ریوی اور متقی سوز کی شکلیں نسبتاً امید افزا ہوتی ہیں۔

علاج۔ التهاب باریطون کی اصابتوں کی اکثریت میں اور بالخصوص ان اصابتوں میں جو ایک معدی، اشاعہ شری، یا محرقی قرعہ کے اشتہاب یا اعوری زائدہ کے اعانت یا ایسے ہی کسی دوسرے حادثہ کی وجہ سے ہوں، شفا یابی کا امکان صرف اسی وقت ہوتا ہے جب کہ ان کا علاج بلا تاخیر مستعدی کے ساتھ حستراحی طریقوں سے کیا جائے۔ شکم کو کھول کر نیبی ضرر کا تدارک کرنا اور پیپ کے اجتماعات کی تسخیل کرنا چاہئے۔ اس التهاب باریطون میں جو نسیم الدم کی وجہ سے شروع ہوا ہو، مثلاً متقی ریوی التهاب باریطون میں تا وقتیکہ چھوڑا نہ بن جائے

جراحیِ علیہ نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ علیہ سے اولیٰ مرکزِ مرض کا استیصال کرنا غیر ممکن ہوگا۔

اگر بالفرض علیہ نہ کرنے کا فیصلہ کیا گیا ہے تو ایسی صورت میں یہ پہلا اصولِ علاج یہ ہے کہ آنتوں کو قطعی آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے۔ اس غرض کیلئے مریض کو قدرتنا بستر میں لیٹائے رکھنا لازم ہے۔ غذا مستقیمی حشوتوں کے ذریعہ سے دہی چاہئے جن میں ۶ فی صدی ڈیکسٹروس ہو۔ اور سہلات سے سختی کے ساتھ احتیاطاً لازم ہے۔ مریض کی پیاس بجھانے کے لئے اسے وقتاً فوقتاً برف کے چھوٹے ٹکڑے چھائے جائیں لیکن منہ کے راستہ سے کوئی غذا نہ دی جائے۔ افیون یا مورفیا (morphia) کا استعمال نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ ان کے استعمال سے علامات کی ایسی زیادتی پوشیدہ ہو جائے کہ جس سے علیہ کرنے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ اسی کی گرم پوتیشوں یا گرم پانی میں بھگا کر پنجڑے ہوئے فلائین کے ٹکڑوں کے لگانے سے جن پترارین یا مروخ لفساج (liniment of belladonna) چھڑک دیا گیا ہو، مقامی طور پر آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ہر فانی رفادات یا فلائین کی تہوں کے درمیان برف کے ٹکڑے استعمال کئے جاتے ہیں لیکن ان سے عموماً اتنا آرام نہیں حاصل ہوتا جتنا کہ گرم لاسٹا سے ہوتا ہے۔ ہیشجات کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور ان کے دیے کی بہترین شکل برانڈی ہے جو تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار دی جائے۔ جب تمدد ہو تو مندویش مصل (anti-Welch serum) کا اثراب کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۶۸۰)۔

زیرِ ڈایا فوای خراج (subphrenic abscess) باریطون میں یا ڈایا فرام کے نیچے کی ظہری بافت میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کے واقع ہونے کے نہایت کثیر الوقوع مقامات کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:— (۱) دایاں اگلادروں باریطونی خسرانج (right anterior intra-peritoneal abscess) جگر کے دائیں سمت کے اوپر اور رابطہ منجلی شکل (falciform ligament) کے دائیں طرف ہوتا ہے۔ پیپ اکثر جگر کے نیچے پیچھے کے طرف پھیل جاتی ہے۔

اس کے عام ترین اسباب التهاب زائده و وریہ مشقوب آشنا عشری قرعات اور کبدی خراجات ہیں۔ (۲) بایاں اگلا دروں باریطونی حشرج (left anterior intra-peritoneal abscess) جو خاص کر مشقوب معدی قرعے کی وجہ سے ہوتا ہے، مگر کے بایں لختے کے اوپر اور طحال کے گرد واقع ہوتا ہے۔ (۳) دایاں خارج الباریطون خراج (right extra-peritoneal abscess) مگر کے اوپر اور پیچھے کی خلوی بابت نہیں واقع ہوتا ہے، اور مگر دایں خلف الباریطون بافتوں (retroperitoneal tissues) اور صدر کے التهاب سے شروع ہوتا ہے۔ بایں جانب کو زیر ڈایا فرامی خلوی بابت بہت کم ہوتی ہے، چنانچہ یہاں کا التهاب ایک قطنی خراج (lumbar abscess) پیدا کر دیتے کاربجان رکھتا ہے۔ تاچہ باریطونی منیر کا قعج جو مشقوب معدی قرعے سے پیدا ہوتا ہے، اس قدر عام نہیں جس قدر کہ دوسرے متذکرہ مقامات کا قعج (91)۔ زیر ڈایا فرامی خراج (subphrenic abscess) کی سب سے پہلی علامت قد دہے۔ عمومی امتثال کے من عمومی علامات کے علاوہ جو قعج کی وجہ سے ہوتے ہیں دوسرے اہم آمارات بھی ہوتے ہیں جن سے تعیین مقام میں مدد ملتی ہے، یعنی ایک شکلی دم جو ہتیں پر نیچے نہیں ہٹتا جس جانب بھوڑا ہے اس جانب پر صدری دیوار کا ابعاد اور ساتھ ہی عمیق الیمیت۔ مفاظ شش کے قاعدے پر الیمیت کی موجودگی اور اسوائت تنفس، صوفی گنگ اور نسی صوفی تغیف کی کمی پائی جاتی ہے۔ لاشاعی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ مفاظ ڈایا فرام اور اٹھا ہوا اور حرکت نایزید ہے۔ جب پھوڑے کے اندر ہوا موجود ہو جیسا کہ اس وقت ہو سکتا ہے جب کہ وہ کسی حشا کے انقباض سے پیدا ہو گیا ہو تو قطنی سر قدری تنفس فلزی جھنکار اور جرسی آواز کے وقوع کے سبب سے ایک استرواح الصدر (pneumo-thorax) کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ استقصائی کچو کا عمل میں لانی کے لئے بہترین یہی ہے کہ وہ ایک معدم جس دوا کے زیر اثر کیا جائے اور اگر تیجہ مثبت ہو تو ایک کھلے کلیہ کے ذریعہ اس کھلے کی تسلیل عمل میں لانی جائز ہے۔

مزمن التهاب باریطون

(chronic peritonitis)

یہ حاد التهاب باریطون کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، بالخصوص اس کی مقامی مشکلوں میں۔ یہ اکثر مخصوص احشاء کے گرد مقامی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً ممکن ہے کہ جگر یا نالی ایک دبیز کیسہ سے محصور ہو جائیں (گرد و کبدی التهاب = perihepatitis = گرد و طحالی التهاب = perisplenitis)۔ کبھہ شکم کے اندر تدرن اور سرطان کی بالیدگی مزمن التهاب باریطون کی وہ شکلیں پیدا کر دیتی ہیں جن کا تذکرہ ابھی کیا جائے گا۔ یہ مزمن برائٹ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مزمن التهاب باریطون کی ایک دوسری شکل احشاء کے درمیان انضمامات اور بند (adhesions and bands) ہیں جو حاد التهاب یا مزمن التهاب سے پیدا ہو کر کبھی کبھی مادموی سد (acute intestinal obstruction) پیدا کر دیتے ہیں، جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے۔ مادموی رکود (intestinal stasis) اور غذائی قسم الدم (alimentory toxemia) کے تعلق میں ان انضمامات کو سببیت اہمیت دی گئی ہے۔ لیکن یہ بتلادیا گیا ہے کہ یہ سوائے نہایت نوعمر افراد کے دیگر اشخاص کی اکثریت میں پائے جاتے ہیں، اور قولون کے قریب، بالخصوص قولون صاعد اور کبدی عوجہ کے قریب نہایت کثیر الوقوع ہیں، اور یہ کہ جینیسی دندگی تک میں طحالی اور کبدی عوجہات میں ایک انفذائی عمل پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض اصابتوں میں یہ لغائفی کو حوضی حفرہ میں مثبت کر دیتا ہے۔ آنت بکے اذہیا کے ہاؤ کو روکنے کا ان کا عمل رستہ یا برٹیم کی غذا کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ تحقیق کیا جاسکتا ہے۔ علائق آنت۔ جب سیال کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا تو آنتوں کے گچھا بن جانے کے مقام پر شکم میں بے قاعدہ مزاحمت موجود ہو سکتی ہے۔ درہر علامات وہی ہوتے ہیں جو اتلی مرض میں ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ محض مزمن التهاب باریطون کی تشخیص کافی نہیں بلکہ اولی سبب کا دریافت کرنا ضروری ہے، اور اندازاً علاج کا انحصار اسی پر ہے (میسٹر

ملاحظہ ہو استسقاء شکمی)۔

تدر فی التهاب باریطون

(tuberculous peritonitis)

بحث اسباب۔ تدر فی التهاب باریطون ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں اور نوعمر بالغوں میں نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر جسم کے دوسرے حصوں کے تدرن کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے وہ اکثر شل لوی (pulmonary phthisis) آنت کے تدر فی تقرح، جبینی ماساریتی غدہ اور حوضی اعضاء (مثلاً غلوپی آئینوبات یا خصیتین اور منوی خویصلات) کے امراض کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ حا و عمومی تدرن کا ایک جزو ہو۔ اس میں شک نہیں کہ بعض اوقات عفویات درنیہ معوی دیوار میں سے اس وقت بھی گزر سکتے ہیں جب کہ اس میں کوئی مزید نہ ہو۔

امراضیات۔ تدر فی التهاب باریطون کے چار اقسام ہوتے ہیں:۔
(۱) استسقائی شکمی قسم (ascitic type)۔ اس میں باریطون کی سطح چھوٹے چھوٹے پچیدگی مائل ذرات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کا قطر ۲ تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو سطح سے کسی قدر ابھرے ہوئے اور پاس پاس مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ ذرے ڈایا فرام کی تحتانی سطح پر اور کونکوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ مصلی سیال کا عیار ارتشاح واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ مقدار میں کئی پاؤنڈ ہو، اور شکم کی کلائی اتنی ہی زیادہ بوجھتی کہ وہ کہبت (cirrhosis) کیے یا مرض قلب کے استسقاء شکمی میں ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ مایع مصلی می یا تیمی ہوتا ہے۔ (۲) انضمامی (adhesive) فائبرینی (fibrinous) یا ٹکوبنی (plastic) قسم۔ اس میں سیال کا عیار ارتشاح مقدار میں نسبت بہت کم ہوتا ہے، اور آنت کے لمحوں کے درمیان فائبرین وسیع طور پر جمع ہوتا ہے۔ مقضیہ واقع ہوتا ہے، چنانچہ لمبے باہم چپاں ہو جاتے ہیں اور باریطونی کہف بطور میں ہو جاتا ہے۔ نسبتہ بعد کے وجوں میں سخت ایقنی یافت بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ درسنے بالکل ظاہر یا وضع نہ ہوں۔ (۳) جبینی قسم

(caseous type) میں دھڑ بڑے ہو کر اور کہیں کہیں متحد ہو کر زرد مٹی جی ڈھیلے بنا دیتے ہیں۔ یہ اکثر شرب کبیر میں واقع ہوتا ہے جو مکڑ کر شکم میں عرضاً ایک گلمہ نما تودہ بنا دیتا ہے۔ اس قسم میں آنت کا وسیع تفرج واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ منقسم ہونے میں ان قروں کے قاعدوں میں سے ایک دوسری گتے اندر کھل جائیں اور اس طرح قتال غذائی کے قدرتی ممر کا پتہ چلانا ناممکن ہو جائے۔ ممکن ہے کہ اشتباہ واقع ہو کر حاد عمومی التهاب باریطون پیدا کر دے، یا کہ باریطونی کے مختلف حصوں میں پیپے کے اجتماعات ہو جائیں جو ایک دوسرے سے بے تعلق ہوں۔ یا ساریقی غد و اکثر چھٹی ہوتے ہیں اور جب یہ بڑے اور جس پذیر ڈھیلے بنا دیتے ہیں تو اس قسم کو اکثر (۴) ہزال معاصر یقا (tabes mesenterica) کہتے ہیں۔ یہ اصطلاح ساریقی غد کا اولی تذرن ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں باریطون ثانوی طور پر باؤف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ غد متفجج ہو کر باہر یا کہ باریطونی کے اندر چھوٹ پڑیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ احاسیں ان اقسام کے ساتھ پورے طور پر مطابقت نہیں کرتیں۔ ممکن ہے کہ ان سب اقسام کے آمیزے موجود ہوں اور مہر مرض کے دوران میں ایک قسم بدل کر دوسری قسم بن جائے۔

علامات۔ علامات بعض اوقات حاد ہوتے ہیں اور اصابت ہر لمحالہ سے ویسی ہوتی ہے جیسا کہ دوسری سرایتوں سے پیدا ہو جائے ذالاحاد التهاب باریطون۔ زیادہ اکثر علامات غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں اور شکم میں درد یا تکلیف پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مریض کمزور اور ڈبلا ہو جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہوتی ہے۔ جھوک کم ہو جاتی ہے اور پافافٹے بے قاعدگی کے ساتھ لیکن اکثر غیر رستہ اور غیر منظم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استسقاء شکمی کی وجہ سے شکم بڑا ہو۔ انقباضی قسم میں شکم ستورم بھی ہوتا ہے اور جس کرنے سے اس کے بعض حصوں میں زیادہ مزاحمت معلوم ہوتی ہے یا گندھے ہوئے آٹے جیسا احساس ہوتا ہے۔ چھٹی قسم میں اور ہزال ساریقی سخت گول گول تودے ہوتے ہیں جن کے خاکے کم و بیش واضح ہوتے ہیں۔ ایسے سلسلہ نما تودے اکثر شکم کے زیریں نصف میں واقع ہوتے ہیں اور یہ شاید ایک جانب پر اس سے زیادہ اوپر تک پہنچتے ہیں کبھی دوسری

جانب پر یہ سلع پڑنا ہموار یا گر کی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات تمدنی دردیش کے متغلب تو وہ بندوں کی طرح شکم پر عرفنا دوڑتے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس طرح شرب جو دبیز ہو جاتا ہے اکثر شکم کے بالائی حصے میں ایک متعوض بند بنا دیتا ہے اور مٹوس (urachus) کے گرد کی بافت ناف کے نیچے ایک انتصابی بند بنا دیتی ہے۔ کبھی کبھی یعنی بافت کی زیادتی اور اس سے پیدا ہو جانے والے انقباض کے باعث شکم بڑکھدہ ہوتا ہے۔ لفافی غد کا تمدن جس کے ساتھ عروق لفافیہ کا تمدن ہو، شکم برازی پیدا کر دیتا ہے۔

متحدہ شکم جس کے ساتھ لاغری کی وجہ سے سینہ میں پسیوں کا حد سے زائد یا غیر معمولی اُجڑا اور بن الاضلاع قضاؤں کا اندر و حصص جانا ظاہر ہو، ترقی یافتہ تمدنی التهاب باریطون کا تمیز خاصہ ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کی سطح پر وضع و ریدیں نظر آئیں اور کسی قدر اہمیت بھی ہوتی ہے۔ آغور کا تمدن اور التهاب باریطون ایک دیرینہ زائدی خراج سے یا شکلی مرض (abdominal Hodgkin's disease) کی اسابت سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ حاد میں حمیات سو یہ میں سے کسی ایک تب سے مشابہ ہو سکتی ہیں۔

بچوں میں تین حالتیں ہیں جن کے میں خصائص دہلے ہاتھ پاؤں اور بڑھا ہوا شکم ہیں اور جو سل سوئی ("consumption of the bowels") کے نام سے یاد کی جا سکتی ہیں۔ یہ تمدنی التهاب باریطون اور شکلی لفافی غد کا تمدن (celiac disease) اور سادہ سو دہضم معہ اہمال ہیں۔ ان میں سے آخری مرض سب سے زیادہ عام ہے۔ متعہ اسابتوں میں لاشعاعوں سے مدد حاصل ہو سکتی ہے۔ تمدنی التهاب باریطون میں انفصالت کی وجہ سے غیر شفاف غذا اچھوٹی آنت میں بے قاعدہ نقطوں پر چھوٹے چھوٹے اجتماعات پیدا کر سکتی ہے جو اسخا یکہ طبعی حالت میں وہ بلا کسی مزاحمت کے لفافی کے امتصام میں سے ہو کر گذر جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ در سیمتہ شرب غلطی سے بڑھے ہوئے مگر کاریں حصہ سمجھ لیا جائے، لیکن اس کے اوپر مدے کی لگہ اس غلط فی میں مبتلا نہ ہونے دتے گی۔ بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں میں تمدن کی موجودگی کے باعث

تشخیص کی تصدیق ہو سکتی ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں یا نوعروں میں سادہ استسقاء شکمی، جس کی توجیہ دوسرے طور پر نہ ہو سکے، تدریجی ہو سکتا ہے، لیکن اسے کبدی کبیت (hepatic cirrhosis) کے استسقاء شکمی سے تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے جو بعض اوقات درحقیقت اس کے ساتھ ساتھ موجود ہوتی ہے۔ اور اکثر وہ غلطی سے بیضی دُورہ (ovarian cyst) سمجھ لیا گیا ہے، یہاں تک کہ جراحی علیہ سے اسکی قنطط ہوئی۔ بزل کے ذریعہ نکالے ہوئے اسے کا استسقاء ایک گینتی پگ کے اندر تطعیم کر کے کیا جاسکتا ہے، یا ٹیوبرکیولین استعمال کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔

اندار۔ یہ دوسرے بہت سے تدریجی ضررات کے انداز کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے، اور بہت سے مریض جن کا علاج جلد شروع کیا گیا بظاہر بالکل شفا یاب ہو گئے ہیں۔ نہ صرف یہ کہ مایع جذب ہو گیا ہے، بلکہ بعض اصابتوں میں قصلب دَر ریزش، یا انفجائی گچھوں کے بڑے بڑے تودے بالکل غائب ہو گئے ہیں۔

419

علاج۔ بستر میں آرام لینا اہم ہے، اور اس کے ساتھ ساتھ ہوا بھی شامل کر دینا چاہئے، جیسا کہ سل ریوی کے صحت کا ہی علاج میں بیان کیا گیا ہے۔ آفتاب کی روشنی میں جسم کا تکشف (علاج شمسی = heliotherapy) نہ صرف تدریجی التهاب باریطون کی، بلکہ لمفائی غدود، پٹیوں اور مفاصل کے تدریجی کی غیر جموی اصابتوں کے علاج کا ایک مفید طریقہ ہے۔ پاؤں سے شروع کر کے اوپر کے طرف جاتے ہوئے تکشف جسمانی سطح کی وسعت روز بہ روز بڑھائی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر سارے جسم کا تکشف روزانہ دو یا تین گھنٹوں کے لئے ہو جائے۔ نہ کوڑھکا ہوا رکھا جاتاہے۔ امہتی اور ایسے اشخاص جو صنف پیدا کر کے جوابی عمل ظاہر کرنے کی محدود طاقت رکھتے ہیں، علاج شمسی کے لئے موزوں نہیں ہوتے (89)۔ داخلی طور پر کاڈ لیور آیل (cod-liver oil) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور غذا روز بہ روز بڑھائی جاتی ہے۔ شکم پر پار سے کام ہم (mercurial ointment) لگانا ایک بڑا طریقہ علاج ہے۔ سیال کی زیادتی بزل کے ذریعہ نکالی جاسکتی ہے، لیکن شکم شگافی اس سے بھی بہتر طریقہ ہے، کیونکہ اس سے سیال کے محدود المقام اجتماعات

خالی کئے جاسکتے ہیں۔ شحم برازی کا علاج غذا کی چربی کم کرنے سے کرنا چاہئے۔

باریطونی انصبابات اور مایہا

(peritoneal effusions and contents)

کہتے باریطونی کے لفظ مانع انصبابات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ (۱) وہ مصلیٰ، مصلیٰ فائبرینی اور ریجی انڈات جو التهاب، یا باریطونی التهاب سے پیدا ہو جاتے ہیں بنحیث التهاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis) یا عمومی التهاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis) یا کوٹیکاٹو (Concato) کا مرض کے نام اس حالت کو دئے گئے ہیں جن میں چار بڑی مصلیٰ اغشیہ یعنی تار موڑ پلیوریا اور باریطون میں سے دو یا زیادہ اغشیہ میں یک وقت التهابات پیدا ہو جائیں۔ یہ ملازم تدریجی، بنتی سچی اور بنتی ریوی سرایت اور حادہ ریشیت (acute rheumatism) میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کو پیکٹ (Pick) کے مرض سے تمیز کرنا ضروری ہے (ملاحظہ ہو)۔ (۲) وہ مایعات جن کا انصباب مختلف الاقسام کبدی، قلبی یا کلوئی استقامت ہوتا ہے اور وہ کیلوئی یا کیلوئی شکل مایعات جو بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ (۳) وہ مایعات جو عروق یا دوسری متعلقہ ساختوں کے انشقاق سے حاصل ہو جاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ (۱) کہتے باریطونی کے اندر خون پایا جائے جو ضرب کسی انور سما کے انشقاق، ترقی التهاب باریطون، ماسارقی غدہ کی بیدادیت یا غلیظت، سرطانی بالیدوں میں عروق کے انشقاق، خارج الرحم حمل اور دوسری حالتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ (ج) ممکن ہے کہ جگر کے کیستی دوبرے کے انشقاق کے دوران میں اور شاید مرارے کے انشقاق سے صفر یا باریطون کے اندر پہنچ جائے۔ (ج) ممکن ہے کہ کوئی سادہ یا متعجب کیستی دوبرہ مشقوق ہو کر اپنے مایہا کو باریطون کے اندر خارج کر دے۔ (د) ممکن ہے کہ پھوڑوں میں سے پریسپ اور (۴) کھوکھلے شکلی احشائیں سے کسی کے مایہا ضرب یا مرض کی وجہ سے کہتے باریطونی کے اندر چلے جائیں مثلاً معدے، آنتوں یا مثانہ وغیرہ کے مایہا۔

باریطون میں فالیدیں

باریطون میں ایک عام ترین فالید سرطان ہے جو اعضاء بالخصوص معد اور بیض کے مرض کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ بیشتر زیادہ عمر میں ہوا کرتا ہے اور چھپتے سیدھے مطروعات کی شکل میں ہوتا ہے جو سطح شکم کو ڈھانک لیتے ہیں اور درنہ کی طرح یہ بھی ڈالیا فرام پر اور کو کھول میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ اس طرح شرب بھی دبیز اور درنہ ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ بالآخر سرطانی گرہیں سارے شکم پر ہو جائیں۔ چند اساتوں میں کو لا ٹنڈی سرطان (colloid carcinoma) ہو سکتا ہے۔ عموماً وافر مایع انصباب موجود ہوتا ہے (سرطانی التهاب باریطون carcinomatous peritonitis) اور اکثر اوقات اس کے ساتھ خون آمیز ہوتا ہے جس سے انصباب کا رنگ بھورا بھورا بن جاتا ہے بلکہ سرخ ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی سرطان کی گرہیں ناف کے گرد کی جلد میں محسوس ہوتی ہیں اور بن ران کے عدد اسی فالید سے درنہ ہو سکتے ہیں۔ کو لا ٹنڈی سرطان کو نام نہاد کاذب مخاطی سلعہ باریطونی (pseudo-myxoma peritonei) سے تمیز کرنا چاہئے۔ جب کوئی شخص مثلاً زائدہ دودھ جو نازلتی التهاب سے ماؤف ہو پھٹ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون میں کے سوراخ میں سے مخاطی باہر نکل کر بڑے بڑے تودے بنائے جنہیں اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

420

مرض خبیث کی ایک دوسری شکل لمبی سلعہ ہے۔ یہ خلف الب باریطونی بنتوں شرب، ماسارینا یا رابطہ مستعرض میں ہوتا ہے۔ خلف الب باریطونی مخاطی لمبی سلعہ (retroperitoneal myxo-sarcoma) نہایت بڑی رسولیا بنا سکتا۔ علامات۔ پہلے بیان کئے ہوئے مرض میں التهاب باریطون کے علامات کے علاوہ ان کا انحصار اولی فالید کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔

انذار۔ قطعاً غیر امید افزا ہوتا ہے اور علاج کا انتشار یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف ہو اور جب سال بہت زیادہ ہو تو اسے حاضی طور پر نکال دیا جائے یا متعدد سرجیکل جراحی عمل کیا جائے۔ ممکن ہے کہ عینق لاشعاعی علاج کا لمبی سلعہ پر مفید اثر پڑے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 A. Rendle Short .. 1925 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 254.
- 2 A. Bulleid .. 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81,
p. 116.
- 3 C. B. Henry .. 1930 *Lancet*, ii., p. 35.
1925 *British Dental Journ.*,
Dec. 9th, p. 60.
- 4 H. Lloyd Williams ..
- 5 R. D. Paterson; *Journ., Laryng.*, pp. 285.
A. Brown Kelly .. 289.
- 6 P. P. Vinson .. 1922 *Minnesota Medicine*, p.
107.
- 7 W. W. Payne and E. P. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 65,
Poulton .. p. 53.
- 8 G. W. Rake .. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76,
p. 145.
- 9 G. W. Rake .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77,
p. 141.
- 10 G. L. Scott .. 1922 *Lancet*, ii., p. 988.
- 11 A. E. Barclay .. 1922 *Lancet*, ii., p. 261
- 12 J. M. H. Campbell and 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74,
Bolton and Goodhart .. p. 354.
- 13 J. J. Conybeare .. 1922 *Lancet*, i., p. 420.
- 14 Baird, Campbell and 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74,
Hern .. p. 23.
- 15 H. D. Rolleston .. 1896 *Trans. Path. Soc.*, 47,
p. 37.
- 16 A. F. Hurst .. 1914 *Quart. Journ. Med.*, 8,
p. 300.
- 17 T. L. Hardy .. 1929 *Lancet*, i., p. 711.
- 18 H. Maclean and 1928 *Journ. Physiol.*, 65, p.
W. Griffiths .. 63.
- 19 Morell Roberts .. 1930-31 *Quart. Journ. Med.*,
24, p. 133.
- 20 Campbell, Mitchell, 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78,
Powell .. p. 279.
- 21 A. F. Hurst (Goulstonian Lectures) .. 1911 *The Sensibility of the
Alimentary Canal. Oxf.
Med. Publications.*

- 22 { W. W. Payne & E. P. 1927 *Journ. Physiol.*, 63, p.
Poulton 217.
- 23 { E. P. Poulton 1928 *Lancet*, ii., pp. 1223, 1277.
- 23 { W. W. Payne and E. P. 1928 *Journ. Physiol.* 65, p.
Poulton 157.
- 24 Meunier (L'état dys- 1924 Masson et Cie., Paris.
peptique)
- 25 Sir B. Bruce-Porter 1924 *Lancet*, ii., p. 495.
1922 *Quart. Journ. Med.*, 15,
p. 144.
- 26 P. C. Conran .. 1928 *Brit. Med. Journ.*, i.,
p. 481.
- 27 D. P. D. Wilkie .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 1219.
- 28 D. P. D. Wilkie .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p.
771.
- 29 D. C. M. Ettles .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77,
p. 216.
- 31 K. Faber .. 1927 *Lancet*, ii., p. 901.
- 32 J. Sherren .. 1924 *Lancet*, i., p. 477.
- 33 K. Faber .. 1922 *Lancet*, i., p. 65.
- 34 A. E. Barclay .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1272.
- 35 A. E. Barclay .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1322.
- 36 A. Bruce Maclean .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 1055.
- 37 M. J. Stewart .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, Nov.
24th and Dec. 1st.
- 38 J. W. McNee .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15,
p. 215.
- 39 T. G. Bonar .. 1924 *Lancet*, ii., p. 261.
- 40 A. F. Hurst, R. P. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76,
Rowlands, etc. .. p. 156.
- 41 E. C. Rosenow .. 1923 *Journ. Infect. Dis.*, 32,
p. 384.
- 42 A. F. Hurst .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p.
1074.
- 43 J. J. Conybeare .. 1922 *Guy's Hosp. Rep.*, 72, p.
174.
- 44 Sir B. Moynihan .. 1923 *Lancet*, i., p. 631.
- 45 E. I. Spriggs and O.A. 1922 *Lancet*, i., p. 725.
Marxer
- 46 J. Morley .. 1923 *Lancet*, ii., p. 823.

- 1923 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 579.
- 47 G. F. Still .. 1921 *Lancet*, ii, p. 891.
- 48 F. N. Reynolds .. 1923 *Lancet*, ii, p. 275.
- 48 H. Tyrrell Gray and .. 1913 *Journ. Physiol.*, 47, p. 57.
- 49 T. I. Bennett .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, 1, p. 603.
- 50 A. F. Hurst and .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii, p. 857.
- 51 A. Newton .. 1923 *W. Collins, Sons & Co.*
- 51 T. I. Bennett, D. Hunter & J. M. Vaughan .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii, p. 56.
- 52 Discussion on Summer Diarrhoea .. 1931 *Lancet*, ii, p. 925.
- 53 G. Leighton (The Loch Maree Tragedy) .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 279.
- 54 W. M. Scott .. 1925 *Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 410.
- 55 R. E. Smith .. 1924 *Lancet*, i, p. 121.
- 56 T. K. Munro and .. 1927 *Lancet*, i, p. 1067.
- 57 W. W. N. Knox .. 1922 *Lancet*, i, p. 307.
- 58 N. L. Lloyd .. 1923 *Journ. Exp. Med.*, 37, p. 365.
- 59 Z. Cope .. 1927 *Lancet*, i, p. 907.
- 60 E. I. Spriggs and .. 1927 *Lancet*, ii, p. 317.
- 61 O. A. Marxer .. 1924 *Heinemann*, p. 123, etc.
- 62 H. Hartmann .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i, pp. 1017, 1071.
- 63 R. L. Haden and .. 1933 *Quart. Journ. Med.*, 2, p. 49.
- 64 T. C. Orr .. 1927 *Medicine*, 6, p. 419.
- 65 B. W. Williams .. 1930 *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 47, p. 338.
- 66 R. St. L. Brockman .. 1929 *Journ. Exp. Med.*, 50, p. 569.
- 67 A. F. Hurst (Essays, etc.) .. 1921 *Lancet*, ii, p. 1362.
- 68 J. W. McNee .. 1927 *Medicine*, 6, p. 419.
- 69 P. H. Whitaker, T. B. Davie, and F. Murgatroid .. 1930 *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 47, p. 338.
- 70 Mann .. 1929 *Journ. Exp. Med.*, 50, p. 569.
- 71 A. R. Rich .. 1921 *Lancet*, ii, p. 1362.
- 72 D. R. Drury and .. 1929 *Journ. Exp. Med.*, 50, p. 569.
- 73 P. D. McMaster .. 1921 *Lancet*, ii, p. 1362.
- 74 J. C. Spence and .. 1921 *Lancet*, ii, p. 1362.
- 75 P. C. Brett .. 1921 *Lancet*, ii, p. 1362.

- 71 Y. Akerran .. 1934 *Experimental Changes in Liver Function, Upsala.*
- 72 D. T. Davies .. 1927 *Lancet*, i., p. 380.
- 73 J. W. McNee .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 716, 783.
- 74 M. Brule (Recherches sur les Icteres) .. 1924. Masson et Cie., Paris.
- 75 W. Morrell Roberts .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 734.
- 76 C. Newman (Goulstonian Lectures) .. 1933 *Lancet*, i., pp. 785, 842, 896.
- 77 G. A. Collinson and F. S. Fowweather .. 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 108.
- 78 Sir H. Rolleston (Discussion on Degenerative Diseases of Liver) .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1055.
- 79 C. H. Best .. 1934 *Lancet*, i., p. 1274.
- 80 Review on Syphilis .. 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 182.
- 81 P. Rous; P. D. McMaster and G. O. Brown .. 1923 *Lancet*, i., p. 449.
- 82 D. P. D. Wilkie .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 767.
- 83 T. C. Hunt .. 1933 *Lancet*, ii., p. 279.
- 84 B. B. V. Lyon .. 1920 *Amer. Journ. Med. Sci.*, 160, p. 515.
- 85 A. Leitch .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 451.
- 86 J. Mellanby .. 1926 *Lancet*, ii., p. 215.
- 87 R. Coope (Pancreatic Disease) .. 1927 London.
- 88 J. F. Brailsford .. 1926 *Proc. Roy. Soc. Med. (Elect. Therp. Sect.)* p. 41.
- 89 A. Rollier .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 741.
- 90 A. C. Hampson .. 1919 *Lancet*, i., p. 429.
- 91 H. L. Barnard .. 1910 *Contrib. to Abdominal Surgery*, p. 335.
- 92 A. F. Sladden .. 1922 *Lancet*, ii., p. 68.
- 93 H. C. Edwards .. 1935 *Lancet*, ii., p. 1161.

خون طحال اور لمفائی نظام کے امراض

امتحان خون

عرصہ تروییب - یہ تخمینیں دھوی پیش پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ گیس کا سریری ہو یا تروییب پہلا (Gibb's clinical blood coagulometer) وہ آ لہ ہے جس کی سفارش کی گئی ہے (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک ملاطینہ کے مار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے اور جب تروییب واقع ہو جاتی ہے تو اس کی حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ جیسن سے حاصل کئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ تروییب تقریباً ۱۰ تا ۱۵ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط ۱۰ تا ۱۵)۔ بعد کے قطروں کی تروییب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۵ ثانیہ) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ابتدائہ بافتوں کے کو فٹہ ہونے سے تھراپو کائینس (thrombokinase) رہا ہوتا ہے لیکن بعد میں زخمی عروق میں لوجیس طریق ہو کر زائد پروتھرا مبین (prothrombin) پیدا کر دیتے ہیں (۲)۔ یہ حالات ایسے ہیں جن سے تروییب کی سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ خون اور تارور سے کے بعض طبی اجزاء ترکیبی کی اوسط قدریں :-

پیشاب (معمولی غطاوینے پر)	سالم خون (بحالت خافوشی)		
گرم ہر ۱۰ گھنٹہ میں	۱۰ گرام فی ۱۰۰ سی سی	۱۰ گرام فی ۱۰۰ سی سی	ایسٹریڈائٹڈ ٹائٹروجن
۰.۶ - ۱.۰	۶ - ۱۰	۶ - ۱۰	کلورین
		۲۰ - ۳۰	کولسٹرال
		۱۰ - ۲۰	ڈکسٹروس
		۳	غیر پروٹینی ٹائٹروجن
۱	۵۰	۲	یورک ایڈ

پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	سالم خون (بحالت ناکوشی)	
گرام ہر ۱۲ گھنٹہ میں ۲۰ - ۳۰	لی گرام فی ۱۰۰ سی سی ۲۰۰۰	یوریا ۱۹ - ۳۲
		پلازما
۶۰ گم	۶۰۰	۲۵۲ - ۳۸۳ ۴۴۰۰ ۲۶۳۰ ۱۵۱۶۷ ۱۲ - ۴۴ ۳
۵۹	۹۰	مصل
۶۳	۱۵ - ۱۷	۹۶۶
۱۶	۶	۳۱۲
۴ گم	۲۵۰ - ۳۰۰	۱۹۱۵
۵ گم	۳۰۰	۳۳۵
	۹	۵۳ - ۷۵ سی سی CO ₂
		کلیشیم میگنیشیم پوٹاشیم سودیم قلوی معقول تاکہ گندھک
۲۶۳	۱۸۰	۵۵ - ۱۰۱
۶۶	۱۵	۱ - ۱۰
۶۲	۱۵	۱۷ - ۳۵
		فیرناسیاتی ایتھری فیرتاکہ گندھک

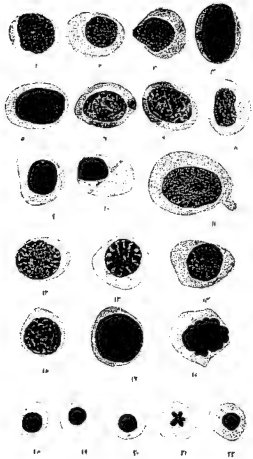
ماشیہ ۱-

خون میں یوریا بالکل نہیں ہوتی۔ پیشاب میں یوریا کی نائٹروجن انیہا آکسیجنیٹ نائٹروجن سے انجمد ہو جاتا ہے۔

جیسات شماری یا دموی شمارہ یہ تھوما زیس (Thoma-Zeiss) یا برکر زیس (Bürker-Zeiss) کے دموی ٹیلیا (haemocytometer) سے عمل میں لایا جاتا ہے۔

اول الذکر ایک شیشہ کا شریکہ ہوتا ہے جس میں ایک ”خانہ“ بنا ہوا ہوتا ہے جس کی گہرائی $\frac{1}{16}$ ملی میٹر ہوتی ہے اور چوڑائی تہ میں لکیروں کے ایسے مربعات رکھتا ہے جن کے اضلاع کی ناپ $\frac{1}{16}$ ملی میٹر ہوتی ہے۔ پھر یہ مربعات لکیروں کے ذریعہ گھر کر ۱۶، ۱۶ چھوٹے مربعات کے گروہوں میں گروہ بند ہوتے ہیں۔ ایک مخصوص طرز کے بنے ہوئے نالیچ میں خون کی ترقیق ۱۰۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک ایک صالح محلول (سودیم فاسفیٹ یا کلورائیڈ) سے کر لی جاتی ہے جو جیسات کو مضرت نہیں پہنچاتا۔ اور پھر اس کا ایک قطرہ شریکہ پر کے ”خانے“ کے اندر رکھ کر اس پر ایک پتلا شیشہ محفوظ رکھ دیا جاتا ہے۔ جیسات مربعوں کے اندر نہ نشیں ہو جاتے ہیں جن میں سے ہر مربع $\frac{1}{16} \times \frac{1}{16}$ کعب ملی میٹر کے برابر ہوتا ہے۔ سولہ سولہ مربعوں کے کئی گروہوں میں سرخ جیسات شمار کر لئے جاتے ہیں اور ان کی مجموعی تعداد کو ۱۰۰ سے (جو ترقیق ہے) اور ۱۰۰۰ سے (جو مربع چھوٹے مربع پر کے سیال کا حجم ہے) ضرب دیا جاتا ہے اور حاصل ضرب کو شمار کردہ چھوٹے مربعوں کی تعداد سے تقسیم کر دیا جاتا ہے جس سے ایک کعب ملی میٹر کے اندر کے جیسات کی تعداد حاصل ہو جاتی ہے۔ برکر (Bürker) کے آلہ میں جو تھوما زیس کے آلہ سے بہتر ہے، شیشہ محفوظ کو سب سے پہلے شکنجوں کے ذریعہ سے چالایا جاتا ہے اور پھر مربع کو شعری کشش کے ذریعہ اندر داخل کیا جاتا ہے۔ برکر کا طریقہ ترقیق بھی بہت بہتر ہے، مگر یہ ابھی اس ملک (انگلستان) میں زیادہ مقبول نہیں۔ ایک دوسرا نالیچ ۹ فی صدی آلیسینک آئیڈ کے ساتھ ۱۰۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک ترقیق کرنے کے لئے ہے جس سے سرخ جیسات غیر مرنی ہو جاتے ہیں۔

سرخ جیسات کی تعداد فی کعب ملی میٹر ذکر کے لئے اور ذات کے لئے سمجھی جاتی ہے۔ درحقیقت لندن میں ذکر کے لئے اوسط ہے اور جولائی، کہ جس کے اندر تقریباً ۹ فی صدی طبی قد ریں واقع ہوتی ہیں۔



پیشانی
 جسے نواتہ دار سرخ خلیات کی مختلف قسموں کی طرحیں تصور کرنا چاہئے کہ ان میں پانچ قسمیں ماہستہ و کھانی آتے ہیں۔ بہت سے
 خلیات میں متعدد دھواں پسندی اور دیگر ۱۲ میں مختلف دھواں پسندی لاکھ ہو۔ دیکھ کر شہ۔ پانچینے خاندان
 ان کے چھپنے کی اہانت علانیہ قرار دینے سے ملکہ اور انہیات درجہ شہیات جلد ۲۰ ویں جلد ۱۹۲۳)۔
 (دیکھ کر ۱۲۳)

(۲۵ x معیاری انحراف) ۴۶۶۰۰۰ - ۶۱۹۰۰۰ ہے۔ اناٹ کے لئے اوسط
۵۰۰۰ - ۱۰۰۰ اور جولائی ۴۱۲۰۰۰ - ۵۹۱۰۰۰ ہے۔

لندن میں مردوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۱۰۵ فی صدی ہے، جو کہ ۱۹
فی صدی آگسٹینی گنجائش اور ۵۵ گرام ہیموگلوبن کے متناظر ہے۔ جولائی کے
۱۱۵۰ فی صدی طبی نتائج واقع ہوتے ہیں (۲۵ x معیاری انحراف) ۴۶ تا ۱۱۵
فی صدی ہے۔ عورتوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۹۸ فی صدی اور جولائی ۸۷ - ۱۱۰
ہے۔ یہ بلند قدریں موٹروں کی وجہ سے کرہ ہوائی میں کاربن مانا کسائیڈ پیدا
ہونے کا نتیجہ ہیں۔

جب صبح کے وقت شمار کیا جائے تو سپید خلیات کی تعداد ۴۰۰۰ تا ۹۰۰۰
فی کعبہ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اعظم تعداد ۱۲۰۰۰ دوپہر کے وقت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو
صفحہ ۷۲۷)۔

لوحیہ شماری - سوڈیم سائٹریٹ کے ۲۵ فی صدی محلول کا ایک
قطرہ انگلی پر رکھ کر اس قطرے میں سے انگلی کو چھو یا جاتا ہے، جس سے خون
اس قطرے میں پھیل جاتا ہے۔ مخلوط خون اور سائٹریٹ کا تازہ حالت میں خردین
سے مسائندہ کیا جاتا ہے اور شیشے محفوظ کے گرد ویسلیمن سے طلقہ بنا دیا جاتا ہے کہ
وہ خشک نہ ہونے پائے۔ اگر سرخ خلیوں کی فی کعبہ ملی میٹر تعداد معلوم ہونے لگی ہو
کی تعداد فلم کے اندر دو فوں کی نسبت کی بنا پر متعین کی جاسکتی ہے۔ طبی تعداد
۲۰۰۰۰ اور ۵۰۰۰۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

ہیموگلوبن کی تخمینیں - سریری اغراض کے لئے بالڈین کا ہیموگلوبن
پیمائش استعمال کرنا بہترین ہے۔ اس میں دو انجکشن ہوتے ہیں۔ ان میں سے
ایک میں جو معیار ہے، طبی خون کا ایک فی صدی محلول موجود ہوتا ہے جو کاربونیٹک
آکسائیڈ (carbonic oxide) سے یرشدہ اور سیلانی ہر کے ذریعہ بند ہوتا ہے
دوسرا انجکشن ۱۰۰ درجوں میں تقسیم کیا جاتا ہے اور اس میں خون کی ایک نالی ہوتی
مقدار کی ترقیق کی جاتی ہے یہاں تک کہ اگر اس کو کولگیس سے یرشدہ کیا جائے
(جس سے تمام ہیموگلوبن کاربائیسی ہیموگلوبن CO-hemoglobin میں بدل

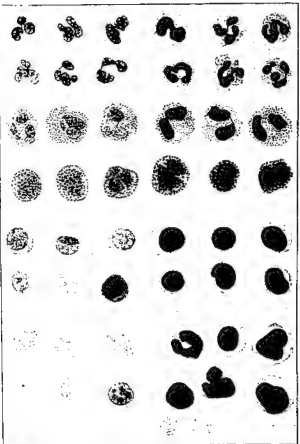
طبعی خون

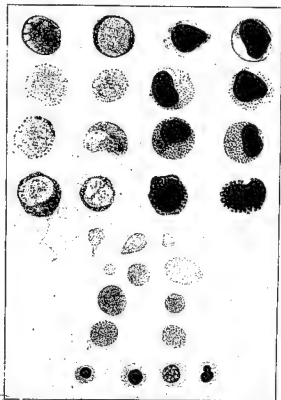
لشمان کا رنگ

جینز کا رنگ

	کثیر الاشکال نوائی سپید غلیات
	ایوسین پسند غلیے
	مستولی غلیے
	لمفی غلیے
	بڑے یک نوائی غلیے
	سرخ غلیے

شکل ۵۰





غیر طبعی خون

نیشان کارنگ



لبی ناهضات	
لبی ناهضات	قداتی
لبی ناهضات	ایوسین پند
لبی ناهضات	اماس پند

جیمز کارنگ

بو قلمون غلویت
غلوئی لاقادی
مستعد الوان پذیرا
نقطه اماس پسندی
نواست وارسخ ظلیه

شکل ۵۱

(megalocytes) جن کا قطر تباہا ملتا ہوتا ہے۔ سرخ جسامت کی جسامت کی عدم ملوثا کو خلوی لا تساوی (anisocytosis) کہتے ہیں۔ مزید برآں بد شکل، متوج، اکثر ناسطاتی نما جسامت ہوتے ہیں، جن کو بوقلموں خلیات (poikilocytes) کہتے ہیں۔ جسامت کے ٹکڑوں کو شقوقی خلیے (schizocytes) کہتے ہیں۔ نوات و سرخ خلیوں (ناہضات احمر = erythroblasts) کی تقسیم ان کی جسامت کے لحاظ سے ناہضات طبعی (normoblasts)، خورد ناہضات (microblasts)، کبیر ناہضات (megablasts) میں کی گئی ہے اور بوقلموں ناہضات (poikiloblasts) بھی واقع ہوتے ہیں۔

نوات و سرخ خلیے طبعی طور پر لب عظام میں ہوتے ہیں۔ خون کے اندر رانگی موجودگی سے لب عظام میں ان کی زیادہ پیدائش ظاہر ہوتی ہے۔

ناہضات احمر کے اشتقاق سے آزاد نوات دیکھے جاسکتے ہیں۔ شبکی خلیے (reticulocytes) وہ سرخ خلیے ہیں جن میں ایک آسان پسند شبکہ موجود ہوتا ہے۔

وہ متلف عدم دمویت کی شفا یابی کے ابتدائی درجے میں دیکھنے میں آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ ج ۱ صفحہ 488)۔ متعلد الوان پٹی بوی (polychromasia) شبکی

خلیوں کے لئے ایک دوسرا نام ہے۔ نقطے دار آسان پسند (punctate basophilia) یا سرخ خلیوں کی داغ داری (stippling) نہیں کسی سے طبعی جھلستی

حالت ہے جس پر سامی تسم (lead poisoning) کے تحت مزید غور کیا گیا ہے۔

اگر الخلیہ (metocyte) وک ناہض کبیر (megablast) ہے جس کا نوات بالواسطہ انقسام کے امارات ظاہر کرتا ہے۔

سبید خلیا (leucocytes)۔ سبید خلیے جن کی کئی اقسام ہیں دو گروہوں میں مقسم ہیں۔ ۱۔ غذائی خلیے جنکو بعض اوقات سفید گوں (leucoid) یعنی کثیر الاشکال نواتی

(polymorphonuclear) خلیے کہتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے چھوٹے ذرات ہوتے ہیں اور جن کا متغیر ذرات ہوتا ہے۔ ۲۔ یوسیلین

چسبند (eosinophil) خلیے جن میں موٹے ذرات اور مثل کی شکل کا نوات ہوتا ہے۔

نور مستقوی خلیات (mast cells) جن کے ذرات ارغوانی رنگ قبول کرنے لگتے

اور نوات خفیف طور پر آس پاس پھرتا ہوتا ہے۔ (۲) غیر ذراتی یا طفت آس پاس (lymphoid) خلیے لینے چھوٹے اور بڑے لمفی خلیے (lymphocytes) جن کا نوات چھوٹا، گول، قوی طور پر آس پاس پسند ہوتا ہے اور غلیہ مایہ محموداً جو صرف خفیف سارنگ قبول کرتا ہے اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) یا نہر جاجی خلیے (hyaline cells) یا یک نواتی خلیے (monocytes) جیسا کہ اب عموماً اُن کو کہتے ہیں جن کا نوات اور غلیہ مایہ خفیف سارنگ قبول کرتا ہے۔ بعض اوقات ان خلیوں میں ایک نسل کی شکل کا نوات ہوتا ہے اور چونکہ یہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور لمف آسائلیوں کی درمیانی کڑی سمجھے جاتے ہیں لہذا ان کو بزرخی خلیات (transitional cells) کہتے ہیں لیکن یہ سمجھنا صحیح نہیں ہے لہذا اس اصطلاح سے احتراز لازم ہے۔ یک نواتی خلیوں کو کلاں آکلات (macrophages) بھی کہتے ہیں اور کثیر الاشکال خلیوں کو نھرد آکلات (microphages) بھی کہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیے بھی اکال خلیات جوتے ہیں۔ یہ سب خلیے ایمانی حرکت ظاہر کرتے ہیں۔ تقریبی شمار کو فی صدی کے طور پر ہر گز ظاہر نہیں کرنا چاہئے بلکہ ہمیشہ یہ بتلانا چاہئے کہ ایک مخصوص قسم کے غلیہ کی فی کعب ملی میٹر کیا تعداد ہے اور اسی واسطے سپید خلیوں کا مجموعی شمار بھی خون کے اسی نمونہ پر سے کرنا چاہئے جو تقریبی شمار کے لئے کام میں لایا گیا ہے۔ کثیر الاشکال خلیوں اور لمفی خلیوں کے اختلاف کی وجہ سے سپید خلیوں کے روزانہ دودہ و جزر ہوا کرتے ہیں۔ اُن کی اقل تعدادیں ۱۰ بجے صبح ۱۲ بجے دن اور ۴ بجے شب سے ۱۱ بجے رات تک ہوا کرتی ہیں۔ اور اعظم تعدادیں ایک بجے دن سے ۵ بجے شام تک اور ۱۱ بجے رات سے ۵ بجے صبح تک ہوا کرتی ہیں۔ ان کاغذ اسے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ اسی واسطے اُن کا وقت ہمیشہ نوٹ کر لیتا جائے۔

تقریبی شمار (بالغ مرد ۲۰ تا ۴۰ سال)

تقریبی ناپ فی صدی

تعداد فی کعب ملی میٹر

۱۰ بجے صبح - ۱۱ بجے

۱۲ بجے - ۱ بجے

کثیر الاشکال نواتی خلیے ۱۱۰۰ تا ۱۲۰۰

تقریبی کلاپ	فیصد	تعداد فی کعب ملی میٹر
		۱۰۰-۱۰۰۰ میگ - دوپہر
		اعظم - اقل - اعظم
لمنی خلیے	۱۲.۴	۲۵-۲۰ ملل ۲۳۰۰ ۱۵۰۰ ۳۰۰۰
بیکہ نواتی خلیے	۲۰.۱	۵-۲ ملل ۶۰۰ ۲۰ ۰
ایوسین پسند خلیے	۱۳.۱	۶-۲ ملل ۴۰۰ ۲۰ ۰
مستولی خلیے	۱۲.۱	۱۰۰ چسند ۰ ۰ ۰

طبی تفریقی شمار کے حدود، ۵ شماروں کے ان اعداد سے مستند کئے گئے ہیں جو کہ پرنسپل ناؤنٹن نے ازما و کرم ارسال فرمائے ہیں۔

بعض امراض میں خون کے اندر غیر طبی سپید خلیات پائے جاتے ہیں۔ اولاً انخلا
 اچتہ خلیے ہوتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں خالیے ہوتے ہیں اور جن کے نواتوں کی کمپن شیک
 طور پر نہیں ہوتی۔ دوم، مختلف غیر پختہ خلیے ہوتے ہیں جو لب غلام سے ماخوذ ہوتے ہیں
 اور جو عموماً لٹی خلیتوں (myelocytes) کے نام سے مشہور ہیں۔ لٹی ناھض
 (myeloblast) ایک بڑا اولی خلیہ (۱۰-۲۰ ملل) ہے جو لب غلام کے مغربی خلیے
 سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کا نوات بڑا ہوتا ہے، خفیف مارنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے
 اور ایک گہرا رنگ قبول کرنے والے خلیہ مایہ کے بند سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعد
 لٹی ناھض (metamyeloblast) جو اس کے بعد کا درجہ مقبے، سابق الذکر
 خلیہ سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن اس کے خلیہ مایہ میں ترش سے رنگ قبول کرنے والے درجے
 ہوتے ہیں۔ پھر (۱) ذراتی لٹی خلیہ (granular myelocyte) ہوتا ہے
 جس میں خلیہ مایہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ کے خلیہ مایہ سے مشابہ ہوتا ہے، اور (۲)
 ایوسین پسند لٹی خلیہ (eosinophil myelocyte) ہوتا ہے جس کے
 ذرات موٹے اور ترش سے رنگ قبول کرنے والے ہوتے ہیں۔ یہ تمام خلیے تقریباً یکساں
 جسامت کے ہوتے ہیں۔ ذراتی لٹی خلیہ، کثیر الاشکال نواتی خلیہ بن جاتا ہے، اور
 ایوسین پسند لٹی خلیہ موٹے ذرات والا ایوسین پسند خلیہ بن جاتا ہے۔ ان کے علاوہ

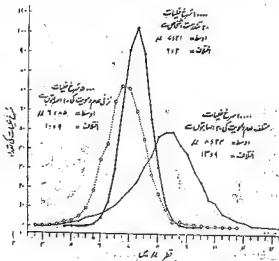
آساس پسند لبتی خلیے (basophil myelocytes) ہوتے ہیں جن سے متولی نلیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لبتی ناہض (myeloblast) لبتی خلیے بھی پیدا کر دیتا ہے، اور اس میں بزرگی و بڑے ہیں۔۔۔ لبتی لبتی خلیے (lymphomyelocyte) جو نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے، لیکن جس میں اسی قسم کا فوٹ باقی رہتا ہے جیسا کہ لبتی ناہض میں ہوتا ہے، اور پیش لبتی خلیے (prolymphocyte) جس میں فوٹ گہرا آساس پسند رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ خلیے منقسم ہو کر لبتی خلیے کو پیدا کر دیتا ہے۔

خون کے ذراتی خلیے (یعنی کثیر الاشکال نواتی، ایوسین، پینا اور متولی خلیے) اپنے پیرروٹوں کے ایک اصطلاح سفید لگوں خلیات کے تحت جمع کئے گئے ہیں۔ اس کے مقابلہ میں غیر ذراتی نلیات (یعنی لبتی خلیے اور بڑا ایک نواتی خلیے) اور ان کے پیش رو لبتی آسا خلیات (lymphoid cells) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔

مرزمن قلع میں مفع، اوتات سپید خلیوں میں چربی موجود ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ ایسی حالت میں ان سے آیوڈینی تعامل (iodine reaction) حاصل ہو، جو گلائیکو جن (glycogen) کی علامت ہے۔ اس کو بتلانے کے لئے خون کی فلموں کو چند منٹ کے لئے ایک شیش کی ڈاٹ بوتل میں رکھ دیا جاتا ہے، جس میں آیوڈین کی فلمیں موجود ہوتی ہیں۔ پھر ان فلموں کا ترکیب لیوٹوٹوس (Levalose) کے شیش عملوں میں کر دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے پر گلائیکو جن ایک گہرا جھانسی جھوراد رنگ ظاہر کرتی ہے۔

آرنیٹھ (Arneth) کا شمار۔ یہ طریقہ کہ جس کو شلنگ (Schilling) نے سادہ تر بنا دیا ہے، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عدد ریافت کرتا ہے۔ ذراتی لبتی خلیات، یا فوٹ خلیے میں واحد گول فوٹ ہوتا ہے۔ اس کے بعد مختلف قسم کے بعد لبتی خلیات آتے ہیں۔ سب سے پہلے وہ کہ جن میں ضعیف سی تسین ہوتی ہے، پھر وہ کہ جن میں اس سے بڑی تسین ہوتی ہے اور آخر میں وہ کہ جن میں تسین اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ ایک نقل ظہور میں آتی ہے (یہ پسند خلیات ہیں) (band forms) کہلاتی ہیں۔ وہ تمام خلیات جو ۲، ۳، ۴، ۵ یا ۶ لبتیوں میں تقسیم ہوں جو کہ ریشگون کے ذریعہ جڑے ہوئے ہوں، پختہ کثیر الاشکال نواتی خلیات

کہلاتے ہیں۔ طبعی حالات میں لہجی خلیات بالکل نہیں ہوں گے، اور کثیر الاشکال نواتی خلیات میں سے۔ انی تعدی تعداد بعد لہجی خلیات کی ہوگی۔ عفونی حالتوں میں جب کہ لب النظام پر بار پڑتا ہے، تو عمر قسمیں تعداد میں بڑھ جاتی ہیں، گو کہ سپید خلیات کی مجموعی تعداد زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی، مثلاً ایک عفونی حالت میں لہجی خلیات اور نوعر قسمیں ۲۵ فیصد تک



پرائس جونس کا دموی غلیہ کی توزیع کا منحنی (Price-Jones blood cell distribution curve) پہلے بتلایا گیا ہے کہ لوہنی قوت نما سے حیات کی اوسط جسامت کا اندازہ ہوتا ہے، لیکن اس سے انفرادی حیات کی جسامت کے تغیر کے متعلق کوئی معلومات نہیں حاصل ہوتے۔ آخر الذکر تشخیص میں مفید ہو سکتا ہے، اور اس کی تعیین کا یہ طریقہ ہے کہ ایک رنگی جوئی فلم میں ۳۰۰۰ کی تکثیر کے تحت ۵۰۰ یا زائد بیج غلیوں کی پیمائش دو قطروں میں کر کے اس کا اوسط لے لیا جائے (۵)۔ نتائج کو پرائس جونس کے دموی منحنی کی شکل میں ظاہر کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۲) اس کی جوئی غلیہ کی اس جسامت کو ظاہر کرتی ہے جو نہایت کثیر الوقوع ہے، اور اس کے صعودی اور نزولی حصے کے مابین جو فاصلہ ہے وہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ باقی ماندہ غلیے اس جسامت سے کس قدر قریب ہوتے ہیں۔ طبی غلیوں کا اوسط قطر ۲.۵ ملد ہوتا ہے اور تمام غلیے زیادہ تر ایک ہی جسامت کے ہوتے ہیں۔ نرف کے باعث پیدا ہونے والی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبت کم اور تغیر نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ آئدین کی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبت زیادہ اور تغیر بہت بڑا ہوتا ہے۔

طریقہ قسمیہ - ہیموگلوبن کی قلت جس کے باعث مزج غلیوں کی کمی ہو یا نہ ہو، عدم دمویت (anemia) کہلاتی ہے جو اس وقت جب کہ خون کی گلوبن ناقص ہو غیر تکوین الداموی (anhiemopoietic) اور اس وقت جب کہ خون کا اکثاف بہت زیادہ ہو اختلاف الداموی (hamolytic) کہلاتی ہے۔ عدم دمویوں کو خرد و خلوی (microcytic) اور کلان خلوی (macrocytic) بھی کہا جاتا ہے۔ قلیل اللون (hypochromia) یا کثیر اللون (hyperchromia) کی اصطلاحات رنگی جوئی فلم میں غلیہ کے رنگ کی طرف اشارہ کرتی ہیں، لیکن مختلف مصنفین ان کو دوسرے معنوں میں استعمال کرتے ہیں (یعنی پست یا بلند لوہنی قوت نما کے مترادفات کے طور پر) اور بعض اوقات ایک ہی مصنف ان کو ایک سے زیادہ معنوں میں استعمال کرتا ہے۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو خرد خلوی عدم دمویت قلیل اللون اور کلان خلوی عدم دمویت کثیر اللون ہوتی ہے۔

سید جسامت کی کمی قلت جسامت سفید (leucopenia) کہلاتی ہے جو

دیرینہ حیات میں واقع ہو جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلویت (agranulocytosis) ذراتی خلیات کی قلت ہے۔

ہیموگلوبن اور سرخ جسامت کی زیادتی 'کثرت نکلیا اثر' (polycythæmia rubra) 'احمر دمویت' (erythræmia) 'احمر خلویت' (erythrocytosis) کہلاتی ہے۔

سیدہ جسامت کی زیادتی بیض دمویت (leukæmia) 'سفید نلیہ دمویت' (leucocythæmia) 'بیض خلویت' (leucocytosis) کہلاتی ہے۔

سیدہ غلیوں کے مختلف اشکال کی زیادتی 'لنفی بیض دمویت' (lymphatic leukæmia) 'لبی خلوی بیض دمویت' (myelocytic leukæmia) 'ایوسین پیسڈی' (eosinophilia) کہلاتی ہے۔

غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت

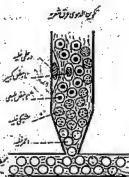
(ANHEMOPOIETIC (DEFICIENCY) ANEMIA) -

دورانی خون کے اندر کی ہیموگلوبن کی مقدار اور سرخ جسامت کی تعداد کا انحصار زیادہ تر تکوین دم اور اتلاف دم کے دو اعمال کے درمیان توازن پر ہوتا ہے۔ 'طحال' اتلاف خون کا ایک عضو ہونے کے علاوہ دموی خلیات کے لئے ایک مخزن کا کام بھی دیتی ہے، اسی وجہ سے وہ سریع عارضی تغیرات کا باعث ہو سکتی ہے۔ لیکن چونکہ خون کے مجموعی حجم کی پیمائش کرنا موجودہ زمانہ میں عملی سرسری و تقریبی تحقیق نہیں ہے، لہذا سرخ جسامت یا ہیموگلوبن کی مجموعی مقدار کی تیسری نہیں کی جاتی بلکہ صرف ان کا ارتکاز دیکھا جاتا ہے۔ 'سرخ خلیات' اور ان کے پیشروں کو ایک بافت تصور کیا جاتا ہے جو کہ 'نسبیج احمر' (erythron) کہلاتی ہے۔

امراضیات - 'سرخ خلیات' 'سرخ لب غظام' کے تکوین الدموی عروق شریہ میں بہتے ہیں، جیسا کہ شکل ۵۲ (۱۵) میں خاکہ کے طور پر دکھایا گیا ہے۔ اگر یہ عمل اپنے سپہ سے ابتدائی درجہ میں رکب جائے تو غیر تکوینی عدم دمویت ظہور میں آتی ہے۔

ناہض کبیر سب سے زیادہ اولین سرخ خلیہ ہے۔ اس کے مزید نشوونما کے لئے ایک "دموی جوہر" کی ضرورت ہے جو کہ معدہ میں اور غالباً اثناعشری میں بھی دو عطلوں سے طبعی طور پر بنتا ہے (۱) ایک انزیم جو کہ کاسل (Castle) کا "رونی عامل" کہلاتا ہے اور یو آئی غد میں اور شاید اثناعشری میں برنر (Brunner) کے غد میں تیار ہوتا ہے اور (۲) کاسل کا "یرونی عامل" مثلاً وہ جو کہ گائے کے گوشت اور خصوصاً لہسن میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اگرچہ گوشت پر مشتمل غذا ایڈیسن (Addison) کی کبیر خلوی عدم دمویت

یعنی متلف عدم دمویت کو اچھا نہیں کر سکتی تاہم اگر اس گوشت کو طبعی انسانی معدہ میں ایک گھنٹہ تک ہضم کیا جائے اور پھر نکال کر متلف دمویت کے مریض کو دیا جائے تو وہ شفا یاب ہو جاتا ہے۔ چنانچہ صحت مند معدی انضمام ایک نامٹر و جینی مادہ کو پیدا کرتا ہے۔ اور یہ ایک دموی جوہر ہے جو کہ پروٹین کے ٹوٹ جانے سے پیدا ہوتا ہے اور سمو لائیکر اور گردوں میں مذکور رہتا ہے اور طبعی سرخ خلیات کی مکون کے لئے ضروری ہے۔ متلف عدم



شکل ۵۲۔ نسج امیر کی ناک نما سرخ

دمویت میں یہ اس لئے نہیں بنتا کہ التهاب معدہ کی وجہ سے خمر کی قلت ہوتی ہے۔ اس دموی جوہر کے بغیر دموی جسیوں کا نشوونما کبیر ناہضی درجہ پر رک جاتا ہے۔ لہذا عظام میں کبیر ناہضی روخل ہوتا ہے اور اس میں خلیات محض کر بھرے ہوتے ہیں اور ایک کبیر خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لہذا، سانس کا ایک سانسہ حیاتین بیج اور تھائراکسن (thyroxin) یہ تمام طبعی مکون خون کے آخری درجہ کے لئے ضروری ہیں جو کہ شبکی خلویت کے برزقی درجہ کے بعد آتا ہے اور ان کے بغیر لب عظام میں طبعی

ناہضی رد عمل واقع ہوتا ہے اور ایک خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہوتی ہے۔ کیرناہضی اور طبیعی ناہضی رد عمل اسی مرض میں تبادل کر سکتے ہیں۔ وہ ظاہر کرتے ہیں کہ تکون خون ہیجان میں آتی ہے لیکن ضروری عامل کی عدم موجودگی کے باعث ان میں سے ایک درجہ پر رک گئی ہے بالکل اس طرح جس طرح کہ کسی کارخانہ میں نیم تیار مال اس وقت جب کہ کوئی ضروری صنعتی عمل بگڑا ہوا ہو جمع ہو جاتا ہے۔

ایک بڑے نرف کے فوراً بعد طحال میں سے سرخ خلیات داخل ہو کر دموی شمار بڑھ جاتا ہے۔ لیکن چنتہ ہی گھنٹہ کے اندر سیال دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے اور اس کے حجم کی کمی پوری کر دیتا ہے، لہذا اگر نرف سے پہلے کی ہیموگلوبن معلوم ہو تو اب اس کی آخری قدر سے اندازہ ہوتا ہے کہ کسی قدر نقصان خون ہوا ہے۔ جب عدم دمویت قائم ہو جائے تو تکون خون ہیجان میں آتی ہے۔ لیکن لوہے کے فقدان کی وجہ سے رک جاتی ہے (طبیعی ناہضی رد عمل)۔ بعض حالات میں مثلاً اس وقت جب کہ بہت ساسیال ضائع ہوا ہو، جسم اس دموی حجم کی کمی پوری کرنے کی قابلیت کھودیتا ہے اور مریض بہت ہی بیمار ہو جاتا ہے۔

ثانوی عدم دمویت۔ عدم دمویوں کی تشہید اس طرح کی جاتی ہے۔ اولی عدم دمویوں جن کی تشہید معلوم نہ ہو (اخضریت اور متلف عدم دمویت) اور ثانوی عدم دمویوں جن کے اسباب اکثر اماتوں میں بالکل واضح ہوتے ہیں۔ اس قسم کی جماعت بندی آج کل بالکل بے کار ہے۔ لیکن ثانوی یا اخضریتی عدم دمویت کی اصطلاح ابھی تک عام طور پر ایک خرد خلوی عدم دمویت کے معنوں میں استعمال کی جاتی ہے کہ جس میں طبیعی ناہضی رد عمل اور بہت لونی قوت منا ہوا اور جو مختلف اسباب سے پیدا ہو۔ یہ اسباب حسب ذیل ہیں:۔ (۱) نزقات۔ ان میں سے بہت سے نزقات مفرط ہوتے ہیں، لیکن یہ عود نہیں کرتے یا یہ صرف طویل وقفوں سے ہوتے ہیں۔ متواتر متواتر متواتر نزقات سے جو بواسیر مستقیمہ قرصہ (رجی امراض) اثنا عشری کج دہن (ancylostoma duodenale) کے باعث ہوں، شدید عدم دمویت واقع ہو سکتی ہے۔ جلد اور مخاطی غشیہ میں بھی نزقات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ وہ جو مختلف اقسام کے پریپورا (purpura) میں اور اسکروی

(scurvy) میں ہوتے ہیں۔ (۲) مرض برائٹ، اسکروی اور ناقص دمویت۔ (۳) سرخ جسامت کی تقلیل مرض آبچکن میں اور بیض دمویت کی مختلف قسموں میں واقع ہوجاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت کا علاج وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویت کا ہوتا ہے۔ عدم دمویت کے علامات۔ نمایاں عدم دمویت کی تمام امواتوں میں بعض مخصوص خصائص مشترک ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اقسام کی عدم دمویوں میں آنکھیں متمیز و مخصوص خصائص بھی ظاہر ہوتے ہیں، جو آگے چل کر بیان کئے گئے ہیں۔ جلد شاحب اور موم نما ہوتی ہے۔ تازہ زخف کی امواتوں میں رنگ بالکل سپید ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ممکن ہے حقیقی عدم دمویت بالکل موجود نہ ہو اور وعاء حری فعل سے دموی توزیع میں تغیر واقع ہوجانے سے شحوب پیدا ہوجائے۔ لب پھیکے گلابی رنگ کے ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گالوں میں بھی ایک خفیف گلابی متمہاٹ ظاہر ہو۔ مرئی مخاطی اعشید پھیکے گلابی رنگ کی ہوجاتی ہیں، جیسا کہ دہن، زبان اور پونوں کی اندرونی جانب میں دیکھا جاتا ہے۔ خون کا بدلا ہوا رنگ اٹھ کی پشت پر کی وریدوں کی جھلک میں بھی ظاہر ہوتا ہے، جو سپید چمڑے کے اندر سے گلابی نظر آتی ہیں، یہ کہ گلابی جلد کے اندر سے سیاہ ارغوانی۔ مریض نڈھال اور کمزور جسمانی یا دماغی محنت کے ناقابل ہوتا ہے، اسے دوسرا دیکر آئے کا امکان ہوتا ہے، آنکھوں کے سامنے دھبے نظر آتے ہیں، کانوں میں آوازیں گونجتی ہیں، دور غشیان کے دورے ہوتے ہیں۔ محنت کرنے یا زور لگانے پر سانس پھول جاتی ہے اور عروق کی ٹیک پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ پاؤں کا اڑیا موجود ہو۔ جھوک کر کھانا کم ہوجاتی ہے، اور قدہ لینے کے بعد شراہیف کے مقام پر گرانی یا ضیق معلوم ہوتا ہے یا شدید سوزش مینہ ہوتی ہے۔

اگر کوئی نمایاں درجہ کی عدم دمویت ہو تو ہمیشہ قلب کو ہیجان میں لاکر خون کی فی منٹ درآمد کو زیادہ کر دیتی ہے، اسکی واسطے شرح نبض زیادہ ہوجاتی ہے۔ یہ ایک تعویضی میکانیت ہے، لیکن اس کے یہ معنی ضرور ہیں کہ قلب زیادہ کام کرنا پڑے لہذا علاج کا اولین مدعا آرام ہے۔ استماع کرنے پر دموی خیرات اور جرجر دموی (bruit de diable) سنا دیے ہیں۔ یہ پہلے بیان کئے گئے ہیں (مستحیات)

222 ' 280) - مکن ہے کہ قلب تسع ہو جائے۔

انخسریت

(chlorosis)

بحث اسباب - انخسریت یا اس کے انگریزی مرادف 'گرن سیکنس (green sickness) کا نام اس سبزی مائل جھلک پر مبنی ہے جو کہ کالوں کے تشوہ کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ اس نام کا اطلاق عدم دمویت کی اس قسم پر کیا جاتا ہے جو بالخصوص 481 قبض کی شکایت رکھنے والی لڑکیوں اور نو عمر عورتوں میں چودہ اور چوبیس سال کے سن کے درمیان ہوتی ہے، گو مستثنیٰ طور پر ایسی ہی ایک حالت لڑکوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ موجودہ صدی کے آغاز سے انخسریت کے حدوث میں تبدیلی کمی پائی گئی ہے اور غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ کمر بندی کا رواج جس سے جگر پر دباؤ پڑتا تھا، ترک کر دیا گیا ہے، نیز یہ کہ اب عورتوں کا کام نسبت بہتر حالات کے تحت انجام دیا جاتا ہے اور تازہ ہوا زیادہ لی جاتی ہے اور ورزش زیادہ مقدار میں کی جاتی ہے (5)۔

غذائی ملازمت کرنے والیوں میں یہ مرض سب سے زیادہ عام ہو ا کرتا تھا۔

علامات - انخسریت ایک خرد غلوی عدم دمویت ہے۔ دموی شمار پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے، کیونکہ سرخ خلیات کی نسبت ہیوگلوین میں زیادہ تخفیف پائی جاتی ہے۔ طبی نامضات، شبکی خلیات، شقوقی خلیات، شدید اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ پید خلیات طبی ہوتے ہیں۔ عدم الطٹ موجود ہوتا ہے۔ صدی سرس میں آواز HCl موجود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی عصب بصری کا التهاب (optic neuritis) پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد ذبول اور مستثنیٰ اصابتوں میں یعنی شلل (ocular paralysis)، شکیبائی سدادیت (retinal embolism)، اور غلف البصل التهاب عصب (retrobulbar neuritis) واقع ہو جائے۔

انذار اور علاج - ملاحظہ ہو سادہ ہے ترشہ عدم دمویت۔

سادہ بے ترشہ عدم دمویت

(simple achlorhydric anaemia)

یہ مرض عورتوں کو اس سے بہت زیادہ عام طور پر ماؤف کرتا ہے کہ جتنا مردوں کو اور عورتوں کو یہ تقریباً بچہ جننے کی عمر میں ماؤف کرتا ہے، اور سب سے زیادہ احاطہ ۲۰ سے لیکر ۵۰ سال کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ بچوں میں اور مسر اشخاص میں (88) بھی واقع ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ صحت مند مردوں اور عورتوں میں سے ۳۲ فی صدی ایسے ہوتے ہیں کہ جن کو ۶۰ سال سے اوپر سادہ بے ترشہ عدم دمویت ہوتی ہے۔

علامات۔ ایک خرد غلوی عدم دمویت پائی جاتی ہے اور خون ایک پست لونی قوت نما خا کر کرتا ہے۔ مختلف عدم دمویت کی طرح اس میں بھی بے ترشگی پائی جاتی ہے، لیکن خون میں باہمی ردہ میں کی زیادتی نہیں ہوتی، چنانچہ وہ آن ڈن برگس کا کاشتہ منفی ہوتا ہے اور جملہ نچائی میں کوئی تغیرات نہیں ہوتے۔ لہذا بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ بسا اوقات التهاب اللسان (glossitis) ہوتا ہے اور یہ التهاب زبان پر سے پھیلتا ہوا بطعوم کی پشت پر چلا جاتا ہے۔ بعض اوقات عسر البلع ہوتا ہے۔ ناخن متحرک (چمچہ نما) اور پستلے ہوتے ہیں، ان پر طولی حیدیت (ridging) (انقعار الظفر = koilonychia) پائی جاتی ہے۔ عدم دمویت غائبانہ انی خلیہ میں سے لوسے کے قلیل یا خجہ اب کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ معدی اس میں باڈروکلو ریک ایسڈ کی عدم موجودگی اس کا جزوی سبب ہو۔

تشخیص۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بے ترشگی کے ساتھ پست لونی قوت ناکی عید دمویت مشاہدہ کی جائے، جو بلا کسی واضح سبب کے ہو، مثلاً بغیر زہر کے۔

انذار۔ موثر علاج کرنے کی مالت میں یہ اچھا ہوتا ہے۔
علاج۔ لوہا بڑی متادوں میں دینا چاہئے۔ قشری شہیر، آئرن اینڈ ایمنیم شریٹ (iron and ammonium citrate) جو کہ فیرک سٹریٹ (ferrio citrate) پر مشتمل ہے، مقبول عام ہے۔ لیکن زہرا اس کا ایک وزام

دینا چاہئے۔ لوہا صرف فیرس (ferrous) حالت میں جذب ہوتا اور تاثیر کرتا ہے (۷) 'لینڈا فیرس' لوہا استعمال کرنا بہتر ہے۔ پل فیری (pil. ferri) (لباڈ کی گولی = Blaud's pill) جو فیرس سلفیٹ اور سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) کا ایک آمیزہ ہے (۵ تا ۵ اگرسن) بہت مشہور ہے۔ اس کو سفوف کی شکل میں دے سکتے ہیں۔ فیرس سلفیٹ کو بحالت محلول تجویز کرنے میں یہ وقت ہے کہ یہ متاكد ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کا سدباب اس کو ۱۰ فی صدی گلوکوس محلول میں حل کر کے کیا جاسکتا ہے، یا اس کے بجائے ایڈ سلفیورک ڈائمیوٹ ۵ منم ۵ گرسن فیرس سلفیٹ کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں حتی الامکان جلد از جلد یہ دریافت کرنے کی ضرورت ہوگی کہ آیا علاج موثر ثابت ہو رہا ہے یا نہیں۔ اس کے لئے ایچا کہ متلف عدم دمویت کے عمران کے تحت بیان کیا گیا ہے، ایک شبکی خلوی حرج کی تلاش کرنی چاہئے۔ اکثر حدیدی تجویزات میں تا نیا موجود ہوتا ہے، لیکن اگر ضرورت ہو تو اس کو کار سلفیٹ کے ۱۰ فی صدی محلول کے روزانہ ۲-۵ سی سی کی صورت میں تجویز کیا جاسکتا ہے۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ ناقص و قیمت موجود نہ ہو، اور یہ کنڈامیں عیانتین ج کی کافی مقدار موجود ہے، جو کہ تاریکی اور لیوکوس کے طور پر دینی بہتر ملتا ہے۔ اسکری میں عدم دمویت تازہ پوئے سے پہلے دیکھی گئی ہے۔ یہ امر تسلیم شدہ ہے کہ اشراب کے قدیم و دی ہو لوہے کی تمام قسمیں بیکار ہیں، اور سسٹکلیا دینی غیر ضروری ہے۔ لیکن جگر یا خلاصہ جگر بعض اوقات مفید ہوتا ہے، گو کہ اسے لوہے کا بدل تصور نہیں کرنا چاہئے۔ اگر ایک ملین کی ضرورت ہو تو پل آلویڈٹ فیری (pil. aloes et ferri) (۵ تا ۵ گرسن) جس کے ساتھ فیرس سلفیٹ شامل ہے، دینا مفید ہے۔ قدرتی طور پر پائے جانے والے حدیدی میاء (chalybeate waters) میں فیرس کاربونیٹ (ferrous carbonate) موجود ہوتا ہے، جسے زائد کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) محلول سمجھنا چاہئے۔ اور بشرطیکہ ان کو براہ دہن چشمہ پر تازہ پیا جائے۔ یہ مفید ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں علاج کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور قبل الدم مفید ہو سکتے ہیں۔

متلف عدم دمویت

(pernicious anaemia)

(Addison's anaemia = (ایڈیسن کی عدم دمویت)

(glossitic anaemia = (التهاب اللسانی عدم دمویت)

ابتداءً اس مرض کی اصابتوں کو ایڈیسن (Addison) نے خود سرو
 عدم دمویت (idiopathic anaemia) کے نام سے بیان کیا، کیونکہ ان میں
 متمیز خصائص نمایاں تھے، اور وہ ان کا کوئی سبب نہ معلوم کر سکا۔ ازاں بعد بایرمر
 (Biermer) اور دوسرے مصنفین بزرگم یورپ نے مماثل اصابتیں ترقی پذیر،
 متلف عدم دمویت (progressive pernicious anaemia) کے نام سے
 بیان کیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض دو منفیوں کو منادیاؤف کرتا ہے، اور وہ فیصد
 اصابتیں چالیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہیں۔ اور مندی تغیرات کے لئے جو کہ
 اس مرض کا سبب ہوتے ہیں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔
 مرضی تشریح۔ اعضا کے عام شخوب کے علاوہ بعد المات حالتوں
 سے ایک نہایت ستر حالت قلب کا شمی اسخطا ہے، جو خود کو عضلہ قلب کی متبادل
 سیاہ اور شاحب دھاریوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور یہ دھاریاں دروں
 قلب میں سے نظر آتی ہیں (دھاری دار پٹی جیسی دھاریاں = tabby-cat striation)۔
 یہ ناقص آکسیجنی رسد کے باعث ہوتی ہیں جس کا سبب خون کے ہیوگلوبن کے مقدار
 کی کمی ہے۔ یہ بائیں بطن اور علی عضلات میں واقع ہوتی ہیں۔ جگر اور گردوں کا
 شمی اسخطا بھی موجود ہوتا ہے، اور شراہین کے اندر وئی طبع کا بھی، نزفلات
 نہ صرف شکم میں پائے جاتے ہیں، جہاں وہ زندگی میں بھی دیکھے گئے ہیں، بلکہ وہ
 معصی انخسہ دروں قلب، معدے کی غٹائے مخاطی، پیچہروں، سلیخ و امعاء اور دیگر
 حصوں میں بھی ملتے ہیں۔ فین وک (Fenwick) نے ابتدا میں معدہ میں ایسے
 تغیرات پائے جو کہ التهاب معدہ (ملاحظہ ہو) کے مثیل تھے۔ بعض اوقات یہ لمحال

بڑھی ہوئی اور سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی ہوتی ہے۔ لب عظام مقدار میں حد سے زیادہ اور سرخی داخل ارغوانی رنگ کا پایا گیا ہے اور اس میں نوات دار سرخ جیہات بالخصوص کبیر زائیفیات بڑی تعداد میں ہوتے ہیں، مزید برآں جگر کے غلیوں میں طحال میں اور گردن میں لوہے کا وافر جامد ہوتا ہے جو پواسٹیم فیرو سائڈ اور مرئی ہائڈرو کلورک ایسڈ سے صفو کے نیلے ہو جانے سے ظاہر ہو سکتا ہے۔ نچاخی علاستہ الی اعضاء میں موت کے بعد جانی کستوانوں اور پچھلے استوانوں کا انحطاط پایا گیا ہے۔

امراضیات۔ اس مرض کی امراضیات کی کسی بحث میں حسب ذیل خصائص مرض کا بیان کرنا ضروری ہے:۔ (۱) بول کے اندر یورو بائین کی زیادتی، جگر کے اندر لوہے کے جامد اور خون کے اندر صفو صفراء کی موجودگی، ٹیس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ جانوروں میں سموم مشائینونین (saponin) پائیریڈین (pyridine) وغیرہ کے اشراپ سے بھی ایسے ہی مظاہر حاصل ہوئے ہیں۔ (۲) سرخ لب عظام کی بیش پردیش اور ساتھ ہی ودرانی خون کے اندر سرخ غلیوں کی جماعت اور شکل کی بقاعدگی اور کبیر خلیات کی اور بعض اوقات کبیر زائیفیات کی موجودگی۔ یہ مرض ایک کلاسی خلوی علل مردعوبت ہے۔ سرخ غلیوں کا حیاتی کیمیائی بنیہ بھی تبدیل ہو جاتا ہے۔ جیہات میں ہائڈروجن روان (H ion) کا ارتکاز زیادہ ہوتا ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ فاسفورک ایسڈ ایسٹرس (phosphoric acid esters) میں زیادتی ہو جاتی ہے، چنانچہ خلیات اور پلازما کے درمیان قوتہ کا فرق (potential difference) بجائے آٹھ یا نو ہونے کے نہ اعلیٰ وولٹس (millevolts) ہوتا ہے (۱۲)۔ (۳) معدی رس میں آزاد ہائڈرو کلورک ایسڈ (free HCl) کی غیر موجودگی، جو خاص کر التهاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے، کیونکہ معدنی کلورائیڈ اور پیپسین بھی کم ہوتے ہیں، گوبائل غیر موجود ہونے کی وجہ سے (۱۹)۔ غالباً متواتر "غاطی" ہائڈرو کلورک ایسڈ ("active" HCl) ہمیشہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۷، صفحہ ۸۳۱)۔ غذائی غلطیوں اور دوسری جگہ التهاب کی موجودگی بھی میز التهاب اللسان سے ظاہر ہوتی ہے۔

اور بعض اہماتوں میں اہمال، معوی الہتہاب کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۴) جب خلاصہ
بکر براہ دہن دیا جائے تو اس کا شفا بخش اثر۔

زمانہ حال تک یہ تصور کیا جاتا تھا کہ یہ مرض ایک اولی خون پاشیدگی کی وجہ سے
ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا خون پاشیدگی حقیقتہً نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ساری کی
ساری بالی روہن، ٹوٹے ہوئے جسیموں سے ماخوذ ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ
خون کے جسیموں کی بادرپیدائش ایک نامکن سرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔
نیز بالی روہن کا اخراج نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے، حالانکہ تصویر خون ستر
رہتی ہے۔ یہ تصویر خون بے ترشہ عدم دمویت سے جو کہ ایک اولی خون پاشیدہ
مرض ہے بالکل مختلف ہے۔ سرخ خلیات، متلف عدم دمویت میں اتنی ہی مدت درمہ
رہتے ہیں کہ جتنے صحت کی حالت میں حقیقت میں مرض اولی طور پر دموی خلیات کی
ناقص تکون کا نتیجہ ہے، جو کہ صفحہ 429 پر بیان کی گئی ہے۔ دموی جوہر کے بغیر
لب عظام کامل سرخ خلیات کو نہ تو پیدا کر سکتا ہے اور نہ دوران خون میں ان کو خارج
کر سکتا ہے۔ لہذا وہ لب عظام میں محسوس کر بھرے رہتے ہیں اور اس کو سرخ رنگ
بخشتے ہیں۔ اگر مگر دیا جائے تو ناچختہ خلیات یعنی شبکی خلیات کا ایک لشکر دوران
433 خون میں خارج ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ ب) اور ۱۰ تا ۱۵ دن میں نقطہ اعظم
کو پہنچتا ہے اور یہ شبکی خلوی استجابات عدم دمویت کے درجہ سے معکوس نسبت
رکتی ہے۔ عدم دمویت بتدریج اچھی ہو جاتی ہے اور تصویر خون طبعی ہو جاتی ہے۔
مکن ہے لب عظام حد سے زیادہ فعال ہو جائے چنانچہ دموی شمار تقریباً ۶۰ لاکھ تک
پہنچ جاتا ہے۔ خلیات کی حیاتی کیمیائی نوعیت، طبی کے قریب ہو جاتی ہے۔ مکن ہے
ایوسین پسندی موجود ہو۔ محتیا میں جو تغیرات ہوتے ہیں ان کو شکل ۵۴ میں
دکھایا گیا ہے۔ مرض کی انتہا میں صفر اور حدیدی جاؤں کی زیادتی کی توجہ اس
واقعہ سے ہوتی ہے کہ ان کو ہیوگلوبن کی تکون میں کام میں نہیں لایا جاسکتا، لہذا وہ
مجموع ہو جاتے ہیں۔ گاہے سرخ یرقان اور اس کے ساتھ مثبت وٹان وٹن برگ کا شفقہ
موجود ہوتا ہے۔

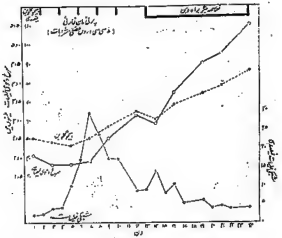
متلف عدم دمویت کے ساتھ حمل النحالی کے تحت الحاد و مزمنہ انحطاط کا لکڑ



- الف۔ اعر دوسیت میں چپرو کی شرس تصویر۔ نہایت نمایاں ہضاتوں میں مذاق اور میٹراؤد ہوتا ہے۔
 ب۔ متلف دوم دوسیت میں ایک دہائی ہوئی غم کمبڈی کا کچے ابتدائی مراحل میں، جس میں شکی غلوت دکھائی گئی ہے۔
 ج۔ رصاصی قسم میں آنکھوں کا سار پستندہا۔ (یہ تجہیزات ڈاکٹر ایلف۔ اے۔ ٹاٹ نے بنائی ہیں)۔

پہم تقریبی تعلق رکھتے والے عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ جبل النخاعی اور خون دونوں کو موقوف کرتے ہیں۔ لیکن ان میں سے ہر ایک تاثر الگ بھی پیدا ہو سکتی ہے یا ایک تاثر دوسری کے بعد پیدا ہو سکتی ہے (19)۔

علامات۔ مختلف عدم دمویت کا مریض بتدریج کمزور ہو کر شاحب رنگ کا



شکل ۴۵۔ مختلف عدم دمویت کی ایک تینیلی امسارت، جو پہلے غلامہ بکر کے پانچ جدول غنئی شریات اور پھر اس کو براہ دمن دینے پر اعظم شہابی غلویت اور خون کی باز پیدا کش نظر کرتا ہے۔ لونی قوت نامیں تفریع یعنی مسیخ خلیات کی تعداد کی زیادتی کے مقابلہ میں کمیو گلوبن کی زیادتی تھوڑی ہونا خوب واضح ہے۔

جو جاتا ہے۔ اس کی جلد کی رنگت زرد جھلک کی ہو جاتی ہے جو معمولی عدم دمویت کی

سیدموی جب تک سے مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات بھوری لونیت کی چھوٹی یا بڑی چمکتی ل
ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ انتہائی عدم دمویت کی حالت میں بھی مریض آدھلا
نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس کی تحت الجلد چربی کثیر المقدار ہو۔ ہندوستان میں داغی اور جانی
محنت سے متغیر دوران سڑکافوں میں آوازیں وغیرہ اسی طرح ہوتی ہیں جیسی کہ دوسرے
اقام کی عدم دمویت کے بیان میں درج کی گئی ہیں اور علاوہ ان میں محنت کرنے پر
بہرہ اختلاج قلب اور درد قلب ہوتا ہے۔ مریض زبان کے زخمی ہونے کی شکایت کرتا ہے
اور ممکن ہے کہ زبان میں آبلے اور سرخ چمکتیاں ہوں۔ کہنے اصابتوں میں ممکن ہے کہ
زبان میں حلیمات خیطیہ کا قبول بلکہ انشقاقات بھی ہوں۔ عدم اشتہا اور سوء ہضمی
علامہ (بولانظہ ہو) کثیر الوقوع ہیں۔ معدی اس میں آزاد یا مڈر و کھوراک ایسڈ
بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ گاہے گاہے وہ علاج کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔
پیشاب کارنگ یوروبالین کی زیادتی کی وجہ سے بہت گہرا ہوتا ہے، لیکن اس میں البون
نہیں ہوتا۔ لحال کی کٹانی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شبکیہ میں کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے
نزقات نظر آئیں جو قمری بصری کے گرد بہ کثرت ہوتے ہیں۔ یہ غلط یا شلہ نما ہوتے
ہیں اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ پدید دہے بھی موجود ہوں۔ دوسرا مریض خاصہ تب ہے
جس سے ۱۰ یا ۱۰۲ درجہ کی تپش مائل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً یہ تپ بے قاعدہ ہوتی ہے۔
مکن ہے کہ تپ کئی دنوں تک موجود ہی نہ ہو اور موت سے پہلے اکثر تپش تحت الطبعی
ہوتی ہے۔ بعض اوقات مگر بڑھا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔ خون نہایت شاحب ہوتا ہے
اور سرخ جسامت کم ہو کر فی کعب ملی میٹر..... ۲۵ بلکہ ۵۰..... یا اس سے بھی کم
ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہیموگلوبن کی کمی نسبت کم ہوتی ہے۔ چنانچہ کوئی قوت غما غما ایک سے
زائد ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ انفرادی جسامت معمول کے نسبت بڑے ہوتے
ہیں۔ تاہم اتنی کم قدریں کہ بعض اوقات ۷۰ بلکہ بھی پائی گئی ہیں۔ ہونگلوں غلیے کسی
دوسری حالت کے نسبت اس میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ عموماً چند نوات دار
غلیے بالخصوص کینزاجضات موجود ہوتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال ذاتی سپید غلیات
عام طور پر معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ پراسس جو اس کا دموی تو دینے بخنی
تمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قابلیت ترویج میں کمی ہو، لیکن جسامت کے بھر بھر میں

کوئی زیادتی نہیں ہوتی یا کم زیادتی ہوتی ہے۔
 مختلف عدم دمویت کے مریضوں کی اکثر انگلیوں کا سن پن اور کمزوری عدم اتباع
 متغیر رنگی بھٹکے اور خاد و خمز و ج انحطاطی شعل کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں بلکہ
 ممکن ہے کہ عدم دمویت سے بہت پہلے نفاشی علامات ظاہر ہو جائیں۔ بعض اوقات
 ذہنی انحطالات دیکھے گئے۔

تفتیش۔ مختلف عدم دمویت کی ہر مفرضہ اصابت میں یہ اہم ہے کہ
 نہایت احتیاط کے ساتھ عصبی مرض، مثلاً سرطان معدہ کی جستجو کی جائے جو بعض
 اوقات اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے، اور عفونت کے مرکروں کی جستجو بھی کی جائے
 اور بعض حالات میں براؤن کے معقول امتحان کے ذریعہ مہائی کرموں (جو بی راسیہ
 bothrioccephalus) یا اسپرو (sprue) کی موجودگی کو خارج از بحث کر دیا جائے۔
 مختلف عدم دمویت کے میز خصائص یہ ہیں:۔ مصل کے اندر مہنہ صفرائی موجودگی
 جس سے مختلف عدم دمویت کا رد درنگ پیدا ہو جاتا ہے، تصویر خون مہ اس کے
 بلند فونی قوت نمائے، اور فلولی تو ذریعہ کا تفتیشی منحنی، اور بے ترشگی یہ سب اسے
 انحصاریت اور دوسری عدم دمویتوں سے تمیز کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ کبرخلویت
 جو کہ مرض کی میز ہے، بالہ انطاف کے طریقہ (refraction halo method) کے
 ذریعہ ظاہر کی جاسکتی ہے۔ تختی پر ایک تیلی سی دموئی فلم اس طرح بنائی جاتی ہے کہ
 جسامت باہم متراکب نہ ہوں۔ اس کو روشنی کے سامنے رکھنے پر ایک مستطیر بالہ
 دکھائی دیتا ہے، جس کا مقابلہ ایک طبی فلم سے حاصل کردہ بالہ سے کیا جاتا ہے۔
 ایک نسبت چھوٹا بالہ کبرخلویت کی دلیل ہے۔

انذار۔ یہ اصابتیں دموئی جوہر کے ذریعہ علاج کرنے پر امید خراب جمیبت
 ظاہر کرتی ہیں، اور تحت الحاد و خمز و ج انحطاطی ابتدائی علامتیں غائب ہو جاتی ہیں
 اگرچہ اس کے لئے جگر کی نسبت بڑی مقداریں ضروری ہوتی ہیں، اور جب جیسے حقیقہ
 مطلق ہو گئے ہوں تو یہ علاج کوئی فائدہ نہیں کرتا۔ یہ علاج غیر متین مدت تک جاری
 رکھنا چاہئے۔

علاج۔ مینوٹ (Minot) اور مرنی (Murphy) کی جگر کے علاج کی ایجاد

مقابلہ اس انقلابِ عظیم کے ساتھ کیا جاسکتا ہے جو انسولین کے انکشاف نے دنیا میں
 کے علاج میں پیدا کر دیا ہے۔ اس علاج کا فعلیاتی نقطہ نگاہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔
 پاؤ بھر لٹکا لٹکایا ہو اگر روزانہ براہِ دہن دیا جاتا ہے۔ اس کا مزہ چمپانے کے لئے
 اس کے ساتھ آنکوی پیسٹ (anchovy paste) یا لحمی خلاصہ جات (meat
 extracts) مثلاً باوریل (Bovril) یا نارنگی کارس ملکر دے سکتے ہیں۔ یا اسکو
 کاٹ کر لوندے بنائے جاسکتے ہیں، اور ان کو رائس پیپر (rice-paper) میں
 لپیٹ کر سالم نگلا جاسکتا ہے۔ کچے معدہ خنزیر کے چھ اوٹس اس کے معادل ہیں۔
 خلاصہ جگر صوف یا مانع کی شکل میں بھی لیا جاسکتا ہے، لیکن تحت الحاد مزوج انحطاط
 کو شفا دینے کے لئے یہ اتنا مفید نہیں ہے۔ خلاصہ جگر ماہی نہایت ہی قوی ہے۔
 جھٹک معدہ خنزیر بھی لیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ تجہیزات بعض اوقات غیر فعال
 ثابت ہوتی ہیں۔ متلف عدم دمویت کی بعض اصابتیں علاج سے اثر پذیر
 نہیں ہوتیں کیونکہ سارے دموئی جو ہر جذب نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں اشربات
 کرنے ضروری ہیں اور دروں عضلی (یا زیر جلدی) اور دروں وریدی اشربات
 کے لئے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی مجبیت نہ ہو، تو تجہیز قابلِ غیر فعال 485
 ہے۔ یہ تجہیزات ایسی مقداروں میں تجویز کی جاتی ہیں کہ وہ اس جگر کے اصلی وزن
 کے معادل ہوں کہ جس سے وہ لی گئی ہیں۔ اب ایسے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں
 کہ مریض کو صحت کی حالت میں رکھنے کے لئے ہر چار یا آٹھ ہفتوں کے بعد ایک
 مرتبہ ان کا شراب کرنے کی ضرورت ہے۔ ابتدائی درجوں میں ایک پونڈ جگر کا
 خلاصہ دینے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاہم ما بعد درجوں میں اس مقدار کو
 گھٹا کر ۱/۲ پونڈ یا اس سے بھی کم کیا جاسکتا ہے۔ وقتاً فوقتاً دموئی شمار یا دان
 ڈن برگ کا امتحان کرنا مناسب ہے۔ اس علاج سے چند ہی روز کے اندر
 مریضوں کی حالت بہتر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر ان کا رنگ غیر معمولی طور
 پر گلہام ہو کر ان کے پہلے پھیکے درد رنگ سے بالکل برعکس ہو جائے۔ عفویت کی
 سرچشموں کا تدارک بھی ضروری ہے، خواہ یہ عفویت دانتوں، لوزدیں، یا انسانی تاج
 کے باعث ہو۔ ممکن ہے نہایت خطرناک امیبتوں میں ابیدہ علاج میں نقل الدم

عمل میں لانا تقریباً مصلحت ہو، خاص کر اگر پیش بلہ ہو۔ "برونی عامل" گیسوں کے بیج اور لہن بوزہ گراں کے اعلیٰ خلاصہ اور مارمایٹ (marmite) (5) میں موجود ہوتا ہے اور اگر معدہ میں "برونی عامل" کی کافی مقدار موجود ہو تو ان اشیاء کے دینے سے بہت فائدہ ہوگا، یا ممکن ہے کہ ابتدائی علاج کے بعد "برونی عامل" کی اتنی مقدار پیدا ہو جائے کہ مارمایٹ کو تہنا دیا جاسکے (6)۔

دوسری کثیر خلوی عدم دمویتیں۔ یہ متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتی ہیں اور بعض کو بقیۂ متلف عدم دمویت تصور کیا جاسکتا ہے۔ بائلی روہین دمویت اکثر اتنی نمایاں نہیں ہوتی اور بعض اوقات بائلی روہین دمویت اور ایک خرد خلوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

ان کے اسباب یہ ہیں۔ قرصہ یا سرطان کی وجہ سے معدہ کا جزوی اتصال ناقص ہوئی انجذاب، معدی قولونی ناسور، معار صغیر کا جزوی اتصال، معانی شقیق اور تبدیلی تفرج، شمی اہمال، بشمول شکمی مرض کے، اسپرو (sprue) اور دو برگی جوہرہ عربیہ (diphyllobothrium latum) (18)۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں بے ترشگی موجود ہوتی ہے، جو اس وقت جب کہ مریض کی حالت میں اصلاح ہو جاتی ہے، رفع ہو جاتی ہے۔

غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anemia)۔ یہ مرض سالورسان اور ہنزال کے دوسرے مرکبات کے تسم (20) سے اور لاشاعوں میں حد سے زیادہ تکثف سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لبک عظام کی سرایت ثانوی ہو سکتی ہے (21)۔ سرخ جسامت اور ہیموگلوبن معمول کے تقریباً ۴ فی صدی تک گھٹ جاتے ہیں اور کوئی قوت نما تقریباً ایکائی ہوتا ہے۔ نوات وار سرخ جسامت اکثر نہیں ہوتے۔ کثیر الاشکال نراتی غلیوں کی تقیل کے باعث قلت جسامت پیدا ہو جاتی ہے۔ لب عظام متلف عدم دمویت کے لب عظام سے عجیب طور پر اختلاف رکھتا ہے اور پھیکے رنگ کا اور شمی ہو جاتا ہے اور خون کی باز پیدائش کے تمام امارات سے محروم ہوتا ہے۔ چنانچہ لب عظام کی عدم تکوین ہوتی ہے جو مرض کا اولی سبب شمار کی جاتی ہے۔ بعض اصابتوں (مزنی نا) سفید دمویت

(aleukia hemorrhagica) میں دموی لوزیوں کی بہت کمی یا کمال غیر موجودگی بھی ہوتی ہے، اور اسی کے ساتھ ایک شدید نرخی رجحان ہوتا ہے اور عرصہ ادا میں تاخیر ہوتی ہے لیکن عرصہ ترویب میں نہیں ہوتی۔ یہ حالت شدید قسم کے پری پورائیسے مائل ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۷۵)۔ جگر کے علاج سے کامیابی نہیں ہوتی، کیونکہ قاعدہ تکوین الدم کے سب سے ابتدائی درجے میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۳)۔ مکرر (۳۰۰) وقفہ تک، نقل الدم کرنے سے ایک مریض کو سات سال تک زندہ رکھا گیا ہے (جواب بھی زندہ ہے (۸۷)۔

غیر ذراتی خلویات (قلت جیماٹ تعدیل پسند)۔ یہ ایک متجانس حالت ہے جس کی زیادہ تر خصوصیت سفید گوں (ذراتی) غلیات کی تقلیل ہے جس کے ساتھ خلق کی شدید سرایت زدگی ہوتی ہے جو کہ غیر ذراتی خلوی ذبحہ (agranulocytic angina) ہے مثلاً وینٹ (vincent) کا ذبحہ یا دیگر سرایت۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ دموی حالت اولیٰ سبب اور یہ کہ سرایت زدگی اس لئے ہوتی ہے کہ قلت جیماٹ تعدیل پسند کا نتیجہ قوت یافتہ میں تخفیف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عدم تکوینی عدم دمویت ممکن ہے جو یا نہ ہو۔ منفی غلیات ممکن ہے طبعی رہیں یا ممکن ہے کچھ تخفیف ظاہر کر دیں۔ لیکن ممکن ہے پہلے پہل ایک نواتی خلویات موجود ہو (۱۰)۔ نکات کئی سال تک ہوتے رہتے ہیں اور بسا اوقات ان کے ساتھ سرایت زدگی بھی ہوتی ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس مرض کی زیادتی ایمیدوپائیرینا (amidopyrine) (pyramidon) کے یا باربٹ یوریٹ (barbiturate) کے ساتھ اس دوا کے امتزاج (۱۱) کے عام علاج کے ساتھ ہیزان پائی گئی ہے۔ لب غلام میں ناقص تکون ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ ذراتی خلوی غلیات کی عدم موجودگی پائی جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلوی ذبحہ کی شرح اموات ۵ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے لیکن جب اس کا علاج پینٹوس نکلوٹائیڈ (pentose nucleotide, K98) کے ذریعہ کر کے کثیر الشکال تکوین کو میکان میں لایا جاتا ہے تو یہ شرح گھٹ کر ۲۵ فی صدی (۸) ہو گئی ہے۔ اگرچہ بعض امابتیں بالکل کوئی جمعیت ظاہر نہیں کرتیں (۹)۔

بچپن کی غیر تکوین الدموی عدم دمویتیں۔ یہ فی الجملہ بالغ عدم دمویتوں کے ساتھ مشابہ ہوتی ہیں۔

کبیر خلوی عدم دمویتیں مشافہ ہیں، لیکن وہ دوبرگی جو یہ عرینہ کی سرایت میں اور شکی مرض میں برونی عامل کی عدم موجودگی کے باعث پائی گئی ہیں چنانچہ مارٹ وینے سے شفا یابی ہو گئی ہے، کیونکہ برونی عامل اس میں موجود ہے۔

خرد خلوی عدم دمویتوں میں سے سب سے پہلے اس عدم دمویت کی طرف توجہ مبذول کی جاتی ہے جو کہ اسکروسی اور قنات (cretinism) سے پیدا ہوتی ہے، اور علی الترتیب حیاتین ج اور رقیہ وینے سے شفا یاب ہو جاتی ہے۔ شکی مرض بالعموم اسی قسم کی عدم دمویت پیدا کرتا ہے۔ عام ترین عدم دموتیں وہ ہیں جو کہ تغذیاتی ہیں، اور ان میں ایک اہم عامل یہ ہے کہ اگرچہ ولادت پر مسکرا اور لحال میں کثرت سے لوہا موجود ہوتا ہے، تاہم رضاعت کے دوران میں یہ ذخیرہ بتدریج کم ہو جاتا ہے، کیونکہ دودھ میں بہت کم لوہا ہوتا ہے، اگرچہ پستانی دودھ میں گائے کے دودھ کی نسبت یہ زیادہ ہوتا ہے۔ زمانہ شیر خواری کی عدم دمویت کی وجوہات مندرجہ ذیل بھی ہو سکتی ہیں :- ماں کی عدم دمویت کے باعث لونے کا قبل الولادة قی ذخیرہ قلیل ہو یا ولادت قبل از میما ہو جائے قبل اس کے کہ یہ ذخیرہ مکمل ہو یا تو ام حمل میں لوہے کی احتیاج تقریباً دو گنی ہو۔ یا لوہے کی بعد از ولادت رت قلیل ہو یعنی دودھ میں لوہے کی قلت ہو، یا طویل مدت تک دودھ پلایا جائے۔ علاج کس کا وہی ہے جو کہ سادہ بے ترش عدم دموتوں کے لئے ہوتا ہے یعنی فیرس سلفینٹ (ہم گرین) گلوکوس اور شاید ذرا سے تانسے کے ہمدانی پانی میں گلوکوز میں تین مرتبہ دینا۔ تانسے کا فصل یہ ہے کہ یہ اس لوہے سے جو کہ جگر میں نہ خور ہوتا ہے، ہیمو گلوکوزین تیار کرنے میں مدد دیتا ہے (15)۔

اس کتاب کی سابقہ ایڈیشنوں میں جان جیکس (Van Jaksch) کی ماضی کا ذب بیض دموی عدم دمویت (زمانہ شیر خواری کی ٹحانی عدم دمویت) ایک متقل مرض کے طور پر بیان کی گئی ہے، خون میں سفید خلیات کی زیادتی ماک پائی جاتی ہے، جن میں چند لٹی خلیات پائے جاتے ہیں۔ مگر اور

لمحال بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً شیرخوار بچے کے لب عظام کی وہ جمیعت ہے جو کہ وہ عدم دمویت پیدا کرنے والے مختلف عوامل کی طرف ظاہر کرتا ہے خاص طور پر سرایت کی طرف اور ایک مریض میں پیشی بے صفرا بولی یرقان پیدا ہو گیا (16)۔

آلوف الدموی عدم دموی

(HEMOLYTIC ANÆMIAS)

آلوف الدموی عدم دمویوں کا ایک گروہ نامعذاتی ہے اور اس میں بے صفرا بولی خاندانی یرقان، داسی غلوی عدم دمویت، جو کہ یرقان، غدی کلائیوں اور ٹانگوں پر قدمات کے ہمراہ جشیوں میں پانی جاتی ہے، شیرخوار بچوں کی نمایتی شاذ احمراہضی عدم دمویت، اور نوذائیدوں کا خطرناک یرقان شامل ہیں۔ پھر مختلف سرایتیں جن میں گیس گنگرین سب سے خواب عدم دمویت پیدا کرتی ہے، مزمن تقبیح، اطالت پذیر جمیات، سببی منتفی خرمین بشمول نقاسی تب کے، حاد رشیت، ساری التهاب دروں قلبہ جو کہ اور ملی با ذروی کے ساتھ مستلزم ہوتا ہے، مدرن، آتشک، بشمول دوری ہیموگلوبن بولیت کے، طیریا ہے۔ اور پھر زہر مثلاً مشتقات اینجی لائن، رسای سم، اور مکر نقل الدم اور سب سے آخر میں جل ہے۔

علامات۔ اگر آلوف خون سرعت سے جو تو ہیموگلوبن دمویت اور یرقان پیدا ہو جاتے ہیں۔ لونی قوت نما، لب عظام کی جمیعت کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، اور زور وار جمیعت کی حالت میں سبکی غلویت اور فوۃ دار سرخ غلیات دیکھے جاتے ہیں۔ یہاں اوقات جگر اور لمحال کی اور کبھی کبھی غدی غدی کلائی ورنع ہو جاتی ہے۔

بے صفرا بولی یرقان

(acholuric jaundice)

مزمن کلان طحالی اتلاف الدموی یرقان

(chronic splenomegalic hæmolytic jaundice)

یرقان کی اس مقابلہ شدہ شکل میں قناتوں کا سد نہیں ہوتا، کیونکہ براہِ کار رنگِ طبعی رہتا ہے اور قارورہ قطع نظر شدید خلوں کے مبتدئہ صفرا سے معرا ہوتا ہے۔ لیکن اس میں یورو باکٹین موجود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس دموی مصل میں مبتدئہ صفرا موجود ہوتا ہے، مگر وہ یورو باکٹین یا یورو باکٹینو جن سے معرا ہوتا ہے۔ اس سے قان و ن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ اولی سبب سرخ خلیوں کا ایک نقص ہے، جو زیادہ بھر بھرا پن ظاہر کرتے ہیں (مثلاً پونچھ 428)۔ طحالی ان خلیات کو تعدادِ کثیر میں تلف کرتی ہے، اور خون میں کا مبتدئہ صفرا ان خلیوں کے ہیوگلو بن سے آتا ہے۔ اگر خون کی تو بعضی بارید پیدائش ناکافی ہو تو مریض عیدم الدم ہو جاتا ہے۔ نیجیاتی لحاظ سے طحالی لب میں کثیر امتدادِ طبعی منظر رکھنے والے سرخ خلیے موجود ہوتے ہیں، اور قان و دم پاش درجہ میں آزاد مبتدئہ آہن موجود ہوتا ہے۔ اجواف نسبتہ قالی ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیدائشی اور اکتسابی دو شکلوں میں ہوتا ہے۔

بے صفرا بولی خاندانی یرقان (acholurie familial jaundice)۔ یہ

یرقان جو خاندان کے متعدد ارکان میں ہوتا ہے، اکثر پیدائش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے، یا بعد میں تدریجاً نمایاں ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سالہا سال تک جاری رہے، یا یہ صاف ہو کر وقتاً فوقتاً پھر ہوتا رہتا ہے۔ مریض عیدم الدم ہوتا ہے سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰۰ یا ۳۵۰۰۰ ہو جاتے ہیں اور متدل درجہ کی بولقموں خلویت، خلوی لاتساوی، متعدد الوان پسندی اور قنطہ دار اساس پسندی ظاہر کرتے ہیں۔ اور قنات و دم پاش درجہ میں بھی موجود ہوتے ہیں۔ شبکی خلویہ نسبتہ ۵ فی صدی سے زائد ہونا ایک میز خاصہ ہے۔ سرخ خلیات چھوٹا قطر رکھتے ہیں لیکن طبعی سے زیادہ دیر ہوتے ہیں۔ ہیوگلو بن ۵۰ یا ۴۵ فی صدی تک گھٹ جاتی ہے

اور ٹونی قوت فنا اکائی سے قدر سے کم ہوتا ہے۔ سپید غلیبہ عموماً معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات سپید غلیبوں کی کثرت ہوتی ہے بعض اوقات لمفی غلیبوں کی تعداد حد سے زائد ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چند لمفی غلیبے بھی موجود ہوں۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ مرنی حالت کی ترقی کے ساتھ اس کی سختی بڑھتی جاتی ہے۔ مگر بعض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اس کا اکسبہ ہونا نامعلوم ہے۔ وہ اکثر اشتداد مرض کے دوران میں بڑا ہو کر بعد میں چھوٹا ہو جاتا ہے۔ دوران طفلی میں مریض عموماً اس طرح شخڑے ہوئے نہیں ہوتے جیسے کہ کلاں طحالی کہتے ہیں ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 307) اور ان کی انگلیاں گرد شکل ہوتی ہیں۔ مزید برآں ممکن ہے کہ یہ علامتہ ان کے لئے چنداں تکلیف نہ بنو، اور وہ سالہا سال تک زندہ رہیں۔ نئی احمر نامرضی بافت لب عظام کے باہر پیدا ہو سکتی ہے۔ سبب میں یہ قودے لا شعاعوں کے ذریعہ دیکھنے پر پروں صدری نواریہ سے غلط ملط ہو سکتے ہیں۔ سنگھائے صفراء کا رجحان بھی پایا جاتا ہے۔

اکتسابی بے صفراء بولی یرقان (acquired acholuric jaundice)۔

مرض کی اس شکل میں علامات بالغ زندگی میں غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عدم دمویٹ اکثر نمایاں ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سرخ جیسات ٹھٹ کر ۲۰۰۰۰۰ یا ۵۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جائیں۔ ٹونی قوت فنا بعض اوقات متلف عدم دمویٹ کی طرح اکائی سے اوپر ہوتا ہے۔ یرقان اکثر بہت خفیف، اور طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ سرخ جیسات کا بہرہ نمبر اپن چند اصابتوں میں ملتی ہوتا ہے۔ مرض کی دونوں شکلوں میں، لیکن بالخصوص اکتسابی شکل میں دم پاشیدگی کے اشتداد است واقع ہوتے ہیں، اور منظر خون متلف عدم دمویٹ سے مشابہ ہوتا ہے۔

علاج۔ متلف عدم دمویٹ کی طرح مگر سے علاج کرنا چاہئے بالخصوص اس وقت جب کہ سرخ غلیات ویسے ہی مینز تغیرات ظاہر کریں۔ اکتسابی اور پاشی دونوں اصابتوں میں طحال کا اتصال کر دینے سے شفا ہو گئی ہے، اور اگر عدم دمویٹ شدید ہو تو اسی کو انجام دینا چاہئے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر تندرست جانوروں میں طحال کا اتصال کر دیا جائے تو جیسات کا طبی بہرہ نمبر

کم ہو جاتا ہے۔ لیکن بے صفرا بولی یرقان میں یہ بھر بھرا بن عکس کے بعد کم نہیں ہوتا۔
 لیڈر (Lederer) کی آکلاف الدموی عدم دمویت، یہ عدم دمویت
 کی ایک نیا قسم ہے جو کہ بچوں میں زیادہ عام ہے، اور جس میں آکلاف الدموی عدم
 دمویت نہایت یکا یک ظاہر ہو جاتی ہے۔ مگر اور لحال بڑے ہو جاتے ہیں۔ بالعموم
 امین خلویت ہوتی ہے جو کہ فی کسب فی میٹر ۴۰۰۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ بسا اوقات
 معدی معائی علامات موجود ہوتے ہیں۔ نقل الدم کے ذریعہ علاج کرنے پر سرعت
 کے ساتھ شفا یابی ہو جاتی ہے۔

طحالی عدم دمویت

(splenic anaemia)

یہ نام اُن متعدد امراض کو دیا گیا ہے جن میں طحال کی بڑی کلانی کے ساتھ
 عدم دمویت ہوتی ہے۔ ان کی مختلف امراضیات کا بیان صفحہ 454 پر درج کیا
 گیا ہے۔ لیکن بعض امراض میں یہ مرض بلاشبہ آشکار ہوتا ہے۔ اور باقی رقبہ
 میں بلند فشار خون پایا جاتا ایک اہم امر ہے۔

علامات۔ پہلا واقعہ یا تو ایک عمومی عدم دمویت، یا فتنے الدم کا ایک
 حملہ ہے یا بائیں جانب میں درد کی کوئی شکایت ہوتی ہے، جو قالہ گرد طحالی التهاب
 کے حملوں کے سبب سے ہوتی ہے۔ پہلے پہل مشاہدہ کرنے پر طحال اکثر بڑی جسامت
 کو پہنچ چکی ہوتی ہے، اور دوران مرض میں وہ اتنی کافی بڑی ہو سکتی ہے کہ سامنے
 ناف تک اور پیچے حرقی عرف تک پھیلی ہوئی ہے۔ عدم دمویت بہت زیادہ، اور
 انخسرت کے قسم کی ہوتی ہے، سرخ جیات ۲۰۰۰۰ سے لیکر ۴۰۰۰۰ تک
 جولانی لگتے ہیں اور جیمو گلوبن ۲۵ سے ۵۰ فی صدی تک، کوئی قوت نما ایک
 سے کم ہوتا ہے، لیکن عموماً ۵۶ سے کم نہیں ہوتا۔ پید جیات طبعی کے نسبت
 عموماً کم تھا، اور میں جوتے ہیں (قلت جیات پید)، اور اکثر صرف ۵۰۰ یا ۵۰۰۰
 فی کسب فی میٹر۔ لیکن ہے کہ طبعی نامیضات اور چند کثیر نامیضات موجود ہوں۔
 یہ مرض ایک طویل فترے کرتا ہے، اور اکثر تین یا چار سال تک، اور بعض

اوقات دس یا بارہ سال تک جاری رہتا ہے اور عدم دمویٹ آہستہ آہستہ بڑھتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قے الدم کر رہو اور دوسرے نزقات جیسے کہ رگاف یا شکیبزی نزف واقع ہوں۔ جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور بائمنہ کی تکلیفیں ہوتی ہیں لیکن لمفائی غدو کی کلائی نہیں ہوتی اور بالعموم تپ بھی نہیں ہوتی۔ بعض اصابتوں میں جسد کی نمایاں لونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں اور بچپن سے لے کر آخری اومیر عمر تک ہر سن میں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک طویل عرصہ کے بعد جگر اور بھی زیادہ بڑا ہو جاتا ہے اور واضح طور پر اکبب ہوتا ہے۔ پھر اسکے بعد استقار شکنی ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ بعض اوقات کبست کے بغیر بھی ہو جاتا ہے۔ جگر کی واضح کبست اور استقار شکنی کا مستزاد ہونا عموماً مرض بئینشی (Banti's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

دوسری اصابتوں میں لمفائی عدم دمویٹ کے ساتھ لمفائی وریڈوں کی طعیت پائی جاتی ہے۔ کبہ اصابتوں میں مزمن گرد کبدی التهاب اور گرد لمفائی التهاب ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ یہ مرض غیر بیض دمویٹ بیض دمویٹ، مختلف عدم دمویٹ اور ساری التهاب وریڈوں قلب کے ساتھ غلط طوط ہو جائے۔ اس کے متمیز خصائص یہ ہیں :- اختصرت کی قسم کی عدم دمویٹ، سینہ جہات کی قلت، طحال کی بڑی جسامت، بیض دمویٹ کی عدم موجودگی اور لمفائی غدو کی کلائیوں کی عدم موجودگی، مرض کی طویل مدت اور نزقات کا وقوع۔ خبیث التهاب وریڈوں قلب کے ساتھ غلط طوط ہو جانا ممکن ہے کیونکہ اس آخری مرض میں طحال بہت بڑی اور عدم دمویٹ بہت نمایاں ہو سکتی ہے اور ساتھ ہی پر پورا اور نزقات واقع ہو سکتے ہیں۔ اور لمفائی عدم دمویٹ میں دموی خیرات کا موجود ہونا ممکن ہے۔

کبست کی اس اصابتوں میں جن میں عموماً طحال بڑی ہوتی ہے، مرنشی کی تشخیص قائم کرنے کا احتمال بہت زیادہ ہے۔ مصری کلائی طحال (Egyptian splenomegaly) (جو ملاحظہ ہو) سے اس مرض کی مشابہت کو بھی یاد رکھنا چاہئے۔

علاج - لوہا اور سنگھیا بے کار ہیں۔ اور اگر کچھ عرصہ مشاہدہ کے بعد تشخیص قائم ہو جائے تو طحال کا استیصال کر دینا جائز ہے۔ اگرچہ یہ ترف کے خطرے سے خالی نہیں تاہم بعض امایوں میں پوری کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ بیض دمویت کی طرح اس مرض میں بھی رائجی شمایں آزمائی جاسکتی ہیں۔ نقل الدم ایک مفید تشخیصی تدبیر ہے۔

بیض دمویت

(LEUKAEMIA)

(سفید خلیہ دمویت = leucocythemia)

یہ نام مرض کی ان امایوں کو دئے گئے ہیں جن میں خون کے سپید خلیوں کی مجموعی تعداد میں یا سپید خلیوں کی کسی خاص قسم میں (غیر بیض دمویتی بیض دمویت = aleukemic leukemia) آگے ملاحظہ ہو) بڑی اور مسلسل زیادتی ہو اور اس کے ساتھ ہی لب عظام طحال یا لمفائی غدوں میں تغیرات واقع ہوں۔
بجائے اسباب - بیض دمویت کی کسی شکل کا سبب معلوم نہیں۔
مکن ہے کہ یہ سپید خلیے پیدا کرنے والے اعضا کی وہ استجابت ہو جو کہ کسی سرایت کے لئے ظاہر ہوتی ہو یا ممکن ہے کہ وہ بعض سپید خلیوں کا لمفی سلو ہو۔ لیکن کبھی کبھی عفونی حالت کے بعد فوراً بیض دمویت واقع ہو جاتی ہے۔ لئی خسلوی (myelocytic) قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اور زیادہ تراد جیٹر عمر میں، گو بیض اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں بھی (لیکن شیرخواروں میں نایاب) واقع ہوتی ہے۔ لئی خسلوی (lymphocytic) بیض دمویت نوجوانوں میں زیادہ عام ہوتی ہے۔

امراضیات - سفید گوں خلیات یا لمف آسا خلیوں کی از حد زیادہ پیدائش جو کہ مرض کی دو مہیز شکلیں پیدا کرتی ہے اور دوران خون میں سپید خلیوں کی غیر عادی شکلوں کا ایک لشکر جمع ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض کی مختلف قسموں میں لب عظام

طحال اور لیمفاؤں غدہ یہ سب سفید خلیوں کو فاعلی طور پر پیدا کرنے کا فعل اختیار کر لیں۔ جب یہ فعل جاری رہتا ہے تو طبی ذخیروں پر اور بھی زیادہ دباؤ پڑتا ہے اور یہ خلیے خون کے اندر اور بھی زیادہ اعلیٰ شکل میں پہنچ دیتے جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں طبی ذخیروں کی اس بڑھی ہوئی فعالیت کے ساتھ غیر معمولی مقامات پر سفید خلیوں پیدا کرنے والے نازہ رقبے بن جاتے ہیں جو یا تو لیمفا آسا (myeloid) یا لیمفا آسا (lymphoid) نوعیت کے ہوتے ہیں۔ لیکن ہے کہ یہ در ریش جلد کے نیچے یا جسم کے مختلف حصوں میں گرہیں پیدا کر دیں (گرہ کی بیض دمویت nodular leukaemia = یا سلو انحصار جو ان کی سبز رنگت کی وجہ سے اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ اگے ملاحظہ ہو)۔ لہٰذا لمی سلسلہ کے ساتھ قریبی تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۵۱)۔

439

بیض دمویت میں اساسی تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیمیائی امتحان خون میں یورک ایسڈ کی نہایت زیادتی ظاہر کرتا ہے جس کے متعلق یہ یاد کر لیا جاتا ہے کہ بر سفید خلیات کے اتلاف سے پیدا ہوتا ہے۔

لمبی خلوی بیض دمویت

(MYELOCYTIC LEUKEMIA)

طحالی لمبی سفید گون، لب آسا یا ذراتی بیض دمویت، لمبی خلوی دمویت، (spleno-medullary, leucoid, myeloid, or granular

leukaemia; myelocytthemia)

خون کی حالت۔ بیض دمویت کی خوب نمایاں مثالوں میں جب خون زخم سے نکلتا ہے تو شاحب اور پتلا ہوتا ہے اور جیسا کہ موت کے بعد دیکھا جاتا ہے وہ پھیکے رنگ کے پیپ جیسے ٹکے بنا دیتا ہے۔ سفید جیات فی کسب ملی میٹر بجائے ۸۰۰۰ یا ۹۰۰۰ کے ۲۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰ تک ہوتے ہیں اور سرخ جیات ۳۰۰۰۰ سے ۷۰۰۰۰ تک یا بلکہ اتنے کم کہ یہ بولتے ہیں۔ نوات دار سرخ خلیے کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ لونی قوت نمائندگی سے کم ہوتا ہے، لیکن اگر آخری درجوں میں کبیر تا بعضی رد عمل ہو تو وہ بلند ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔

جن میں سرخ خلیے متلف عدم دمویت کے غیر خفاص ظاہر کرتے ہیں، لیکن جہاں تک سپر فلیٹوں کا تعلق ہے منظر خون سفید گوں بیض دمویت کا ہوتا ہے جس میں سفید شہاوت کیفیت رکھتا ہے۔

مرضی کے نسبتاً ابتدائی درجے میں بالخصوص جب کہ مرض مزمن ہو، کثیر الاشکالات فوای خلیے ہماییت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ ان میں سے بیشتر معمول کے نسبت بہت بڑے اور بعض سرسکا یا مخطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ ایسے بعد لئی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں جن کے نوات فعل نما ہوتے ہیں اور چند نمیشلی فوای اور ایوسین پسند لئی خلیے بھی۔ ایوسین پسند اور مستولی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں، لیکن لمفی خلیے بہت زیادہ نہیں ہوتے، نسبتاً بعد کے درجے میں چند ہی طبیعی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں، لیکن پیش سپید خلیے، بھی خلیے پیش لئی خلیے اور مستولی خلیات بہ کثرت ہوتے ہیں۔ اس کے اور بعد میں لئی ناسرصات کا غلبہ ہوتا ہے۔ اگر ممرض سرخ ہے (لئی ناہضی بھیضمیت = myeloblastic leukaemia) تو نسبتاً زیادہ اولیں خلیات، یعنی لئی ناسرصات، ابتدائی سے بڑی تعداد میں دیکھے جاتے ہیں اور دوسرے اقسام کے سپید خلیے غیر موجود ہوتے ہیں اور دموی لویسے بھی کم ہو جاتے ہیں۔

مرضیاتی تشریح۔ لحال کا وزن اکثر دیا یا پائونڈ ہوتا ہے، لیکن ۸ پائونڈ کا وزن بھی مندرج ہوا ہے۔ وہ یکساں طور پر بڑی ہو جاتی ہے اور اپنی طبیعی شکل برقرار رکھتی ہے۔ اس کی سطح پر اکثر کیسہ کی دبازت کی جگہاں موجود ہوتی ہیں اور وہ دیوار شکم، ڈایا فرام یا متعلق احشاء سے کم و بیش چسپکی ہوئی ہوتی ہے۔ ترشے پر اس کا رنگ سرخ ہونے کے بجائے کیتھر بخور اس ہوتا ہے، جو یکساں ہوتا ہے یا بہکوں کی دبازت کی وجہ سے نسبتاً پھیکے رنگ کے خطوط کے نشان موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنی، سخت اور خشک ہوتی ہے۔ اکثر اوقات بڑے بڑے فائہ ناسرصات ہوتے ہیں جو یا تو زرد اور چمکی یا سرخ اور زنی ہوتے ہیں۔ خود لحال میں جو کثیر ہوتا ہے وہ ایسے کہ طحالی کتب بہت بڑھ جاتا ہے جو انیس خلیوں سے پُر ہوتا ہے جو خون میں پاؤ جاتے ہیں اور انیس اجسام کے خاکے غیر واضح ہوتے ہیں۔ کہنہ اصابتوں میں ہیکل زیادہ لچکی اور مکین زیادہ دبیز ہو جاتی ہیں۔

جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کی جماعت مہمول کے نسبت و گنی یا گنی ہو جائے۔ وہ پھیکے رنگ کا اور چمکا ہوا ہے اور ممکن ہے کہ خردین کے نیچے سپید خلیوں کی ایک کثیف درریشش (لبی خلوی درریشش) ظاہر کرے جن کی بیشتر تعداد باقی عروق کی توزیع کے گرد واقع ہوتی ہے لیکن ایک حد تک گراہی تو دونوں کی صورت میں بھی ہوتی ہے۔ عروق بھی سپید خلیوں سے پر ہوتے ہیں۔ گس دے پھیکے رنگ کے اور رادی مائل سپید مطروحات ظاہر کرتے ہیں جو قشری ایندوبات کے درمیان دھاریوں کی طرح دوڑتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التهاب القم یا التهاب بلعوم، لوزتین کا ورم اور زبان کی جڑ میں گسے جو ابات کا ورم اور معاس کے جراثیم کا ورم اور تھج بھی ہو۔ تیموسی (thymus) دسرقی (thyroid) اور فوق الکلیہ غلہ بھی مرضی ہو سکتے ہیں اور جلد کی رسولیاں بھی مندرج ہیں۔ بعض اوقات پھیپھڑے نرفی مقامات پیش کرتے ہیں۔ لب عظام زرد اور یم نما یا گلابی اور سخت ہوتا اور لب کی چربی کے بجائے فاعلی لب جیسی ایک بافت پیدا ہو جاتی ہے جس میں لبی خلیات اور لوات دار سرخ خلیے بکثرت ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ بعض اوقات ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں اور لبی نا ہضات یا بڑے لمفی خلیے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے دماغی نرف کے علاوہ دماغ اور نخاع میں منتشر تصلیاتی تغیرات اور حاد التهاب کے منتشر رقبے پائے گئے ہیں۔

440

علامات۔ حاد لبی نا ہضی بیض دموییت (acute myeloblastic leukaemia)۔ ممکن ہے کہ یہ تمام بیض دمویتوں میں سب سے زیادہ عام ہو اور ایک مریض میں مرض کا سارا نمز ایک ہفتہ سے بھی ذرا ہی کم تھا (22)۔ خون کے اندر گیتی نا ہضات کی تعداد اور عدم دموییت دونوں بہ سرعت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مزین لبی خلوی اشکال کی طرح اس میں بھی کثیر التعداد نرفات ہوتے ہیں۔

مزین لبی خلوی بیض دموییت (chronic myelocytic leukaemia)۔ بیض دموییت کے ابتدائی علامات میں سے کثیر التعداد اصابتوں میں ورم شکم ہے جو کلائی طحال کے باعث پیدا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ کلائی بلا کوئی امارت ظاہر کے کچھ عرصہ سے مویاب ہوتی رہی ہو۔ پھر ممکن ہے کہ

یہ شکم کی ہندی بائیں جانب میں شکن پائی جائے اور ایک مضبوط سنت رسولی بناوے جو پیچھے کے طرف پہلو کے اندر پھیلتی ہے، اور اس کا اگلا ماشیہ نوں ضلعی کُری کے قریب سے شروع ہو کر ناف کے لیول پر خط درمیانی میں پہنچ جاتا ہے، اور اکثر اوقات اس کے نیچے ۲ یا ۳ انچہ دائیں طرف کو پھیلتا ہے۔ یہ عمل وقوع اس کے عروق سے اس کی چسپیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جو اسے ایک ایسے دائرے کے محیط کے برابر بڑھتے پر مجبور کرتے ہیں، جس کا مرکز شکمی محور ی شریان ہے۔ اس کا اگلا کنارہ کم و بیش تیز ہوتا ہے اور ایک یا دو کٹاؤ پیش کرتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں ظال، لیر یا فی کلا نیوں کی طرے اور جیسا کہ تپ محرقہ کی بعض امساتوں میں ہوتا ہے، محض بائیں مراقی خطے میں واقع ہوتی ہے۔ جگر معدل درجہ تک بڑھا ہوا ہوتا ہے اور دائیں ضلعی ماشیہ نیچے ۲ یا ۳ انچہ تک موسس ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی ماؤنٹ بعض اوقات دبانے سے یا متناظر بڈی کا قعر کرنے سے اہمیت سے معلوم ہوتی ہے۔ مکن ہے کہ عدم دمیت جس کے ہمراہ جلد اور مخاطی اغشیہ کا شوب پایا جاتا ہے، متاخر سے نمودار ہو۔

خون کی متغیر حالت، بھو اور نزفات کے وقوع سے ظاہر ہوتی ہے، اور آخر الذکر بالخصوص زخاف، سوڑھوں اور صف سے ادماؤ اور جلد کے نیچے پر پورانی دمیتوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، لیکن کبھی کبھی پھیپھڑوں، معدے اور آنتوں گردوں، یا رحم سے ادماؤ، یا دماغ کے اندر نزف بھی ہوتا ہے۔ شبکیہ میں بھی نزفا ہوتے ہیں، جہاں وہ ایک چشم بین سے نظر آسکتے ہیں، اور ان کے ساتھ پدید و حاریاں اور دھبے بھی ہوتے ہیں، جو کہتے ہیں کہ پید خلیوں کے تودے ہوتے ہیں۔ شبکیہ وریدی اکثر نمایاں طور پر پیدار ہوتی ہیں (بیش دمیت شبکیہ = leukæmic retinitis)۔

(۱۱۱) مرض کا عمر موماً متزقی ہوتا ہے، یہاں تک کہ اس کا خاتمہ بلاکت کے ساتھ ہو جائے، اور وہ چھ ماہ سے پانچ سال تک جاری رہتا ہے۔ خاتمہ کے قریب شوب زیادہ ہو جاتا ہے، پاؤں اور جسم کے دوسرے حصے اذیمائی ہو جاتے ہیں، مکن ہے کہ استقامت شکمی اور استقامت الصدر متزاد ہو جائیں، نبض تیز ہو جاتی ہے، اور استقلاج

اکثر ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اسہال ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کچھ تپ موجود ہوتا ہے۔ بالآخر نقصان خون، ہباکت، اسہال، ذات الجنب، ذات الریه، شہی الثہاب یا اتساع قلب سے اور کبھی کبھی دماغی زخف سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تختیض۔ تختیض کا انحصار کلائی طحال (ملاحظہ ہو صفحہ 453) اور خون کے امتحان پر ہوتا ہے۔ آخر الذکر بالکل ناگزیر ہے۔ اس وقت بھی جبکہ مریض کا رنگ سرخ ہو، ممکن ہے کہ بیض دمویت نمایاں ہو۔

امداد اور ذخائر کافی ہوتا ہے، لیکن موثر علاج کرنے سے ممکن ہے زندگی طالت پذیر ہو جائے۔ نتیجہاً، بیض دمویت ابتدائی مرحلہ میں ہلک ہو جاتی ہے۔

علاج۔ سنکلیا ہی وہ دوا ہے جس سے سب سے زیادہ تو قعات پیدا ہو گئی ہیں۔ اسے بالاستعمال اور جب تک اس کی برواشت پائی جائے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، اور اس کے استعمال سے طحال کی کلائی اور سپید غلیوں کی تعداد بہت کم ہو گئی ہے۔ بنیزال (benzol) کے علاج کے تحت سپید غلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت میں حیرت ناک تخفیف دیکھی گئی ہے۔ اس کی روزانہ مقدار ۳۰، ۴۰ یا ۹۰ قطرے ہیں جو کیبوں کے اندر روغن زیتون کی مسادی مقدار کے ساتھ لئے جاتے ہیں۔ اس علاج کو تیلنگ (Selling) نے رائج کیا جس نے دریافت کیا کہ بنیزال کے متعلق کام کرنے والے اکثر سپید غلیوں کی خطرناک قلت کے عارضہ میں مبتلا ہو گئے۔ عمیق لاشعاعی علاج طحالی نسلے اور لمبی ہڈیوں (عظم الفخذ) کے بڑا میوں پر لگانے سے سپید غلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت دونوں کو کم کر دینے کا قطعی اثر رکھتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ دونوں طبی حالت کے ہو جائیں۔ جب سپید غلیوں کی تعداد کم ہو کر ۲۰۰۰ اور ۳۰۰۰ کے درمیان رہ جائے تو لاشعاعوں کا لگانا موقوف کر دینا چاہئے کیونکہ ان کا نفع کچھ عرصہ تک جاری رہتا ہے۔ اس امر کا لحاظ کرنا بھی اہم ہے کہ سفید غلیات اپنی اکل غلوی قوت برقرار رکھیں (85)۔

طحال براری (splenectomy) بہوط یا زخف کے باعث ہمیشہ ہلکت ہوئی

لمفی بیض دمویت

(lymphatic leukaemia)

لمفی خلیوں، لمف آسایا خلیوں اور قاتی بیض دمویت، لمفی خلیہ دمویت

(lymphocytic lymphoid, or non-granular leukaemia ;
lymphocythæmia)

یہ لمفی قسم کے نسبت زیادہ شاذ واقع ہوتی ہے۔
خون کی حالت - مزمن لمفی خلیوں، بیض دمویت میں لمفی خلیے زیادہ ہوتے
ہیں، لیکن کثیر الاشکال اور دوسرے خلیوں کی تعداد تقریباً ویسی ہی رہتی ہے۔
چنانچہ ممکن ہے کہ مجموعی سفید خلیوں شمار ۱۰۰۰۰ ہو اور ان میں سے ۹۵ فی صدی
یا سب مل کر ۹۵۰۰ لمفی خلیے ہوں اور باقی ماندہ ۵۰۰ کثیر الاشکال ہوتے ہیں
جن کے ساتھ چند ایوسین پسند اور متولی خلیات ہوتے ہیں۔ حاملہ بیض دمویت
میں جو ایک سرخ سرخ رنگ کی ہے نسبت بڑے غیر بختہ قسم کے خلیے غالب تعداد میں ہوتے
ہیں۔ لیکن ان کو لمفی نامہ بیضی بیض دمویت کے لمفی نامہ سفیدات سے تمیز کرنا اگر نا ممکن نہیں
تو مشکل ضرور ہے۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ سفید خلیوں کی مجموعی تعداد فی کعب
ملی میٹر طبی تعداد کے نسبت بہت زیادہ نہ ہو یا بالکل زیادہ نہ ہو، لیکن اگر اس میں
بھی لمفی خلیوں کا مجموعی شمار فی کعب ملی میٹر زیادہ ہو جائے اور کثیر الاشکال خلیے
غیر متغیر یا کم ہوں تو لمفی بیض دمویت کی حالت شناخت ہو جانی چاہئے۔ ایسی
امثالوں کو اکثر غیر بیض دمویاتی بیض دمویت (aleukæmic leukaemia) کہتے ہیں۔ یہ لمفی لمی سلسلہ سے ناقابل تمیز ہے اور غالباً وہی ہے، کیونکہ دونوں میں
لمفی غد اور خون کا نسبیاتی منظر بالکل مائل ہوتا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ امثالیں
جو لمفی لمی سلسلہ کے طور پر شروع ہوئی ہیں، لمفی بیض دمویت کی حیثیت سے ختم
ہوتی ہیں۔ عموماً ایک ثانوی عدم دمویت ہوتی ہے جس میں چند نوات وارسخ
خلیے بھی ہوتے ہیں۔ جیسا کہ لمفی خلیوں، بیض دمویت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کبیر
نامہ بیضی رد عمل موجود ہو اور سرخ خلیات کا منظر سلف عدم دمویت سے مشابہ

ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد لمفی خلوئی بیض دمویت (acute lymphocytic

leukæmia) یہ دونوں صنفوں میں اور سات اور اٹھاون سال کے درمیان ہر

عمر میں واقع ہوتی ہے۔ یہ بیماری دو ہفتوں سے لے کر تین یا چار ہفتوں کے درمیان

ہلک ثابت ہوتی ہے۔ یہ عام کمزوری اور کلمندی یا دردِ لہال یا دردِ مفصل کے

ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوتی ہے۔ برونی غدو بڑے ہو سکتے ہیں لیکن ہمیشہ

بہت اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ لہال اور جگر کی خفیف کلائی موجود ہوتی ہے

اور ممکن ہے کہ ہڈیاں اَلیم ہوں۔ لُب شروع سے لمفی خلیوں سے گھسا ہوا ہوتا

ہے اور اس سے جلد ہی نمایاں عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سی

امایاتوں میں شدید التهابِ الغم ایک نمایاں خاصہ ہوا ہے جس کے ساتھ

مسوڑھوں کا اغماش اور گت گریض ہوتا ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی تپ اور

مسوڑھوں اور آنٹوں سے اور جلد کے نیچے نزقات واقع ہوتے ہیں۔ جیم کے

بہت سے ٹھوس غدو لمفی خلیوں سے گھناں طور پر گھسے ہوئے ہوتے ہیں اور

اسیواسلے وہ بہت بڑے ہو جاتے ہیں مثلاً جگر، لہال، گردے، سرگز و سب

لبلیہ ریتی غدو اور دسی غدو اور غدو تیموسین علی مالہ موجود رہتا ہے اور بہت

بڑا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عضلہ قلب بھی لمفی خلیوں سے درخیز ہو۔ مخجری

شم کی بیض دمویتی درخیگی کے باعث محفوظ لین بھی دیکھا گیا ہے۔ عموماً خلیات

سے پہلے استقامت ہو جاتا ہے۔

لمفی خلوئی بیض دمویت کے برعکس لمفی خلوئی بیض دمویت میں لہال ٹھوپی

آنتی بڑی ہوتی ہے اور سارے جسم کے لمفاتی غدو اور اعقاد عمودی اور بے

قنائی دونوں اکثر وسیع طور پر مآوف ہوتے ہیں۔

مزمن لمفی خلوئی بیض دمویت (chronic lymphocytic

leukæmia) یہ مرض جو ممکن ہے کہ تقریباً چھ ہفتوں یا ایک سال سے بے کر

بارہ بلکہ اٹھارہ سال تک جاری رہے، لمفاتی غدو میں شروع ہو کر ان کے

گردہوں کو یکے بعد دیگرے مآوف کرنا جاتا ہے یہاں تک کہ جسم پر یکے تمام

لنفائی غدو ماؤف ہو جاتے ہیں، اور وہ گردن، بَن ران یا بغل میں محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ وہ معتدل طور پر بڑے ہو جاتے ہیں، زیادہ سخت نہیں ہوتے، اور ایک دوسرے پر آداوانہ طور پر حرکت کرتے ہیں۔ متذکرہ بالاعذو کے نسبت ماساتی غدو اور بھی زیادہ کثرت سے بڑے ہو جاتے ہیں، لیکن خلف الباریطون، صدری، بابی، اور حرفی غدو نسبت کم کثرت سے بڑے ہوتے ہیں۔ تراشنے پر غدو سپیدی، لہلہائی رنگ کے اور خردو بین سے دیکھنے پر لمفی خلیوں سے متند نظر آتے ہیں۔ ازان لُت عظام ماؤف ہو جاتا اور لمفی خلیوں سے بھرا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے ایک غیر تکوینی عديم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لُتِ طوی بیض دمویت کے نسبت اس میں زرف کار جمان کمتر ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ حیوی اعضاء پر غدو کے دباؤ کے اثرات سے، یا لمفی خلیوں سے اُن کی درخیلگی ہو جانے سے، یا ویدی علیقت کی وجہ سے مریض ہلاک ہو جائیں۔ ان مزمن امابتوں میں لُحال اور جگر بہت بڑھتے ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ کسی ایسی مبہم بیماری میں جس میں شوب ہو، یا غدو، لوزتین یا لُحال بڑے ہوں، یا مزفات، یا پریمورابوں، یا مسوڑھوں کا اغماٹ ہو، خون کا امتحان کر کے لمفی خلیوں کی تخمین امتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے۔ اندار حادو امابتوں میں بڑا ہوتا ہے، جن میں نگیاسے یا عیشق لاشاعوں کے ذریعہ علاج کے لئے وقت بہت کم ہوتا ہے۔ کم مریض امابتوں میں ان دواؤں کو آزمانا چاہئے۔

سلعہ اختص (chloroma)۔ لمفی بیض دمویت کے ساتھ قریبی تعلقاً پیش کرنے والی ایک حالت ہے، جس کو سلعہ اختر کہتے ہیں۔ اس میں کثیر السعداد رسولیاں یا لُف آسامطروحات، یا لُفصوص مجرین میں (جس سے لُفوالعین کا پیدا ہو جانا ممکن ہے) صدغی حضرات میں اور مکوپری کی ہڈیوں کے گرد عظمہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولیاں لُتمہ پر اور جلد کے نیچے اور مختلف اعضاء مثلاً گردہ میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، اور بیض اوقات یہ رسولیاں دوران زندگی میں بھی سبز رنگ کی ہوتی ہیں (سرطان الاخضر = green cancer) جو کہ جلد کے نیچے سے نظر آتا ہے۔ دوسری رسولیاں بے رنگ ہوتی ہیں۔ لُت آساملعہ اختر (myeloid chloroma) کی

اصابتیں بشارتِ مرگ ہوتی ہیں۔

مرگ کے بعد یہ مختلف رسولیاں ہرے رنگ کی ہوتی ہیں جو کشف کرنے پر پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اول لٹنی خدو، طحال، کب و غلام اور دوسرے اعضا ویسی ہی حالت میں ہوتے ہیں جیسی کہ لٹنی خلوئی، بیض و مویت کے ساتھ ہوتی ہے۔ ہرے رنگ کی حقیقی ماہیت نامعلوم ہے۔ وہ صیغہ صفر نہیں ہے۔ لیکن قیاس یہ ہے کہ وہ وہی سبز رنگ ہے جو کہ اکثر پیپ میں دیکھا جاتا ہے۔

کثرتِ خلیاتِ احمر

(POLYCYTHAEMIA RUBRA)

کثیر خلوئی و مویت (polycythemia) یا کثرتِ خلیاتِ احمر جس میں خون کے سُرخ خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں (۱) سرخ خلیے بنانے والے اعضا کے اولی مرض کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے (احمر و مویت = erythraemia) (۲) اور دورانی یا تنفسی نظامات کے کسی ایسے خلل سے بھی پیدا ہو جاتی ہے جس سے آکسیجن کی قلت واقع ہو جائے اور جس کی ترمیم کے لئے ہیموگلوبن کے حاملین زیادہ تعداد میں ضرورتی ہو جیسے کہ پیدائشی مرضِ قلب میں۔ اس ثانوی کثرتِ خلیاتِ احمر کو احمرِ خلویت (erythrocytosis) کہتے ہیں۔

کثرتِ خلیاتِ احمر کی اصابتوں میں اساسِ تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔

احمر و مویت

(erythraemia)

یہ زیادہ تر تیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر کے مریضوں میں واقع ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی ان حدود سے اوپر یا نیچے کی عمر کے مریض بھی ہوتے ہیں۔ اس کی نمایاں یا شدید شکل میں سُرخ جسامت کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ۱۲ اور ۱۴ ملین سے لے کر ۱۴ ملین تک مختلف ہوتی ہے اور اگر خون کو ٹھیرا رہنے دیا جائے تو دیکھا جائے کہ

جیات سیال کے ۹ حجم کے برابر جگہ گھیرتے ہیں۔ ہیموگلوبن طبی سے ۱۲۰، ۱۶۰ یا ۱۸۰ فی صدی تک زیادہ ہو جاتی ہے۔ کوئی قوت نما ادنیٰ ہوتا ہے جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرخ خلیے چھوٹے ہیں۔ پیدہ خلیوں کی تعداد ہمیشہ ہی بڑھی ہوئی نہیں ہوتی، مگر ممکن ہے کہ وہ فی کعب ملی میٹر... ۲۲ تک پہنچ جائیں اور خاص زیادتی کثیر الاشکال خلیات میں ہوتی ہے۔ خون کی لزوجت معمول کے نسبت بگنی یا چوگنی ہو جاتی ہے۔ کثافت نوعی اور عرصہ ترویج کا معمول کے نسبت نیچے یا زیادہ ہونا ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ خون کا دباؤ بعض اوقات بلند ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

مرضی تشہر ح۔ کلاں شدہ طحال ممکن ہوتی ہے اور طحالی لب کی بیش سکون اور تلیف پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر احمر ناضج یا لب آسا فعالیت کی کوئی شہادت نہیں ہوتی۔ یعنی غلبہ الموم غیر متاثر ہوتے ہیں۔ مگر ممکن ہے ممکن ہو۔ لب عظام عام طور پر گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے اور صمغی لب بالکل دکھائی نہیں دیتا چنانچہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سرخ خلیات کی تکون کا وظیفہ بہت بڑھ گیا ہے۔

امراضیات۔ اسی کے مطابق اس حالت کی امراضیات کے متعلق عام طور پر مسئلہ فطریہ یہ ہے کہ کسی دیکسی سبب سے لب عظام میں ہیجان پیدا ہو کر احمر خلیات کی باغراض تکون ہوتی ہے، اور یہ کہ دیگر تغیرات ثانوی ہیں۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ کثرت خلیات احمر باقوس میں آکسیجن کی احتیاج کا ثانوی نتیجہ ہے۔ وہ مرض جو آکسیجن کو خشک میں رکھے جاتے ہیں اس مدت کے ختم پر خون میں کوئی تبدیلی ظاہر نہیں کرتے۔

443 **علامات**۔ اس کثرت خلیات احمر کے ساتھ جرماتیس عموماً پائی جاتی ہیں

یہ ہیں :- ذراق اور طحال کی معتدل یا بڑی کلائی۔ ذراق بالخصوص چہرے کا نون اور غامطی اغشیہ پر ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۶ الف صفحہ 433)۔ چہرہ پر ایک مخصوص و مہینہ جگہ یا سرخی نظر آتی ہے۔ ممکن ہے یرقان ہو اور گاہے کہیت بھی چنانچہ مصل دان وٹن برگ کا بالواسطہ تعامل دیتا ہے (88)۔ شکیہ کی ویدیں ممکن اور نہایت سببہ ہوتی ہیں۔ مریض کو درد سر یا سر میں ایک پُرک کا احساس ہوتا ہے، آکسی دوران سر سورہنم، قبض اور تشنگی کی شکایت ہوتی ہے

اور مختلف اقسام کے نزفات ہو جاتے ہیں جن میں رُفاف، مسوڑھوں سے خون آنا، اکثر بلغم، تھوہ، الدم اور داغی نزف شامل ہیں۔ شرائین کی صلابت ہوتی ہے جس سے علقی التهاب العسوق انطاسی (thrombo-angiitis obliterans) 'مرد متوقف' عرجان (intermittent claudication) اور حرقتی وجع البوارج (erythro-melalgia) یا داغی النفس کے پیدا ہو جاتا ہے۔ گردے ممکن ہے متاثر ہو جائیں۔ لیکن بڑھ کر ہواور یورک ایسڈ کے سنگ موجود ہوں (88)۔ بعض اصابتوں میں وسیع دریدی علقیت واقع ہو گئی ہے۔

متذکرہ بالا اصابتوں سے [جو پہلے کثرت خلیات احمر، کلیاتی طحال (polycythemia with splenomegaly) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں] بعض اصابتیں کسی قدر مختلف ہوتی ہیں جو نسبتاً قلیل الوقوع ہیں اور جن میں طحال کی کلیاتی تو نہیں ہوتی لیکن خون کا دباؤ بہت زیادہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰ ملی میٹر پارے (Hg) تک بھی پہنچ جائے۔ مریضوں کا منہ اکثر تپاؤ وار ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ان کا قلب بیش پرور ہو جو ان کے پیشاب میں البیونین ہو اور ان میں صلابت الشرائین کے آثارات موجود ہوں۔ ان آثارات کو ابتداء گیس بوک (Geisbock) نے بیان کیا، اور بیش قلشی کثرت خلیات احمر (polycythemia hypertonica) کے نام سے موسوم کیا۔

احمر دمیت کی اصابتوں کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ فشل قلب سے یا دائمی عروقی چسپیدگیوں سے یا تدریجاً دن سے ہلاکت واقع ہو گئی ہے۔

علاج۔ اس مرض کے لئے وقتاً فوقتاً فصد کا کھول دینا ایک اچھا علاج ہے ایک چوڑی کھوکھی سولی کے ذریعہ سے ہر چھ گھنٹے صبح سے لے کر لائنٹ تک خون نکال دینا چاہئے۔ خون کی تجفید روکنے کے لئے سائٹریٹ استعمال کرنا چاہئے جیسا کہ نقل الدم کے لئے خون نکالنے وقت کیا جاتا ہے۔ پڈیوں کے لاسماعی علاج سے بھی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ حال ہی میں فیل ہائڈریرین (phenyl hydrazine) روزانہ ۱۰۰ گرام براہ دہن استعمال کی گئی ہے۔

احمر خلویت

(erythrocytosis)

اس اصطلاح کے تحت ان اسبابوں کو شامل کرنا مقصود ہے کہ جن میں کثرتِ خلیاتِ احمر کتبِ عظام کی بڑھی ہوئی فعالیت کے باعث ہی ہوتی ہے (پارکس ویبر = Perkes Weber) لیکن اس فعالیت کی نتیجہ قابلِ شناخت مابقی حالات کی وجہ سے ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک گروہ مزمنِ قلبی اور ریوی ضررات سے بننا ہے جن میں سے قلب کا پیدا ہونے والا تشوہ نمایاں ترین ضرر ہے۔ اور دوسرے ضررات اکتسابی معمری مرض کی مختلف شکلیں، نفاخ (emphysema) اور مزمن ریوی امراض ہیں جن کے ساتھ ذرا ق کا ہونا ممکن ہے (مرض آیرزا = Ayerza's disease)۔ ان میں خون کا قلیل تا کہ کتبِ عظام کے لئے پیچ کا کام دیتا ہے۔ "کس زدو" مریض ایک دوسرا گروہ ہیں۔ ان میں احمر خلویت ایک آکسیجین کو شگ کے اندر (جس میں ۴۰ فی صدی آکسیجن موجود ہو) علاج کرنے سے کم ہو جاتی ہے (Hunt & Dufson)۔ ایک اور گروہ ان اشخاص کی کثرتِ خلیاتِ احمر سے بننا ہے جو بلند ارتفاعات کے رہنے والے ہوتے ہیں، جہاں خلیاتِ احمر کی زیادتی اس قلیل آکسیجین تنفس کی تلافی کر دیتی ہے جو کہ تنفس کے لئے حاصل ہونے والی ہوا میں پائی جاتی ہے۔ کثرتِ خلیاتِ احمر فاسفورس اور کاربن مانا کائیڈ کے مزمن قسم میں اور ایڈنیم (Addison) کے مرض اور ذیابیطس قوی میں بھی واقع ہوتی ہے۔ جیسا کہ احمر دمویت میں ہوتا ہے، سرخ جیہات سے آٹھ یا نو ملین (ایک ملین = ۱۰ لاکھ) تک پہنچ سکتے ہیں۔ خون کی ہیموگلوبن اور لزجت دونوں مقدار میں زیادہ ہو جاتی ہیں۔

ہیموگلوبن دمویت

(HEMOGLOBINEMIA)

(Hemochromia)

ہیموگلوبن دمویت اس وقت پیدا ہو جاتی ہے جب کہ عروقِ دمویرہ کا اند

دموی حییات کی ٹوٹ پھوٹ واقع ہو کر پلازما کے اندر ہیموگلوبن خارج ہوتی اور اسے گلابی جھلک دے دیتی ہے۔ اور حییات دموئی مینڈ (rouleaux) بنانے کا رجحان بالکل نہیں رکھتے۔ عام طور پر عدم دمویت مع کسی قدر بولہبوں خلویت اور خلوی لاتاوی کے موجود ہوتی ہے۔ نہایت ہی شاذ جیسے (سایہ ناجسمیہ) دیکھے جاتے ہیں۔ پھر یہ ہیموگلوبن گردوں سے خارج ہو کر پیشاب کے رنگ کو گہرا سرخ بنا دیتی ہے اور پیشاب بالکل صاف ہوتا ہے۔ اس حالت کو ہیموگلوبن دمویت کہتے ہیں اور یہ دھڑبولیت سے متفرق ہوتی ہے جس میں پیشاب کے ساتھ خود خون اور اس کے حییات لے ہوئے ہوتے ہیں اور پیشاب دھوئیں کے رنگ کا ہوتا ہے کیونکہ روشنی سرخ حییات کی سطحوں سے منعکس ہو جاتی ہے۔ طیف نما سے امتحان کیا جائے تو ہیموگلوبن دمویت میں پیشاب سبز اور زرد حصہ میں دو دھاریاں ظاہر کرتا رہے جو کہ کسی ہیموگلوبن کے ساتھ مختص ہیں اور وہ طیف کے سرخ سرے کی طرف ایک اور دھاری دیتا ہے جو کہ میٹ ہیموگلوبن کا نتیجہ ہے۔ آخر الذکر کسی ہیموگلوبن پر پیشاب کی تاثیر کا نتیجہ ہے نہ پیشاب میں البیومن ہوتا ہے۔ خفیف تر حصوں میں غالب حییات کی بہت تھوڑی تعداد متکسر ہوتی ہے ہمیشہ جگر میں ٹھکانے لگتی ہے اور گلابیوں پیشاب میں خارج ہو جاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں پروٹین جو کہ پیشاب میں پائی جاتی ہے گلابیوں ہوتی ہے نہ کہ معنی البیومن (serum albumin)۔

حییات کا جزئی اکلات (دم یا شیلنگی) متعدد حالات میں واقع ہوتا ہے۔ (۱) بعض سموم کے فعل سے مثلاً کلورائیٹ آف پوٹاشیم کی بڑی مقداروں پاؤں اور گلابک ایسڈ (pyrogalllic acid) آرسینورائیٹڈ انڈیوجن (arseniuretted hydrogen) اور نیفٹال (naphthol) سے۔ (۲) ناموائی خون کے نقل ایدم سے۔ (۳) تپش کی انتہائی حدود میں تکشف سے جیسے کہ حرقہ (burn) یا پالا مار (frost bite) سے۔ (۴) بعض حییات کے فعل سے اسی واسطے حمی قرمزیہ اور تپ محرقہ سے متدل درجہ کی ہیموگلوبن دمویت پیدا ہو سکتی ہے۔ (۵) میلریا (malaria) یا سیاہ بول بخار (blackwater fever) میں۔ (۶) دوبی ہیموگلوبن بولیت۔ (۷) نہایت خفیف سی دم پاشیدگی تندرست افراد کے خون میں مل سکتی ہے۔

دوری ہیموگلوبن بولیت

(paroxysmal hemoglobinuria)

اس مقابلہ شاذ شکایت میں ہیموگلوبن بولیت انفراوی جلون کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔

بیماری اسباب - یہ نوع بالعموم اور پچاس سال کی عمر تک کے ادھیڑ اشخاص میں دیکھی جاتی ہے، اور انات کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ عام ہے۔ چند اصابتوں میں میریائی قسم کی سرگزشت اور بہت سی اصابتوں میں آتشک کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ حملہ کا فوری اسباب سردی کا تکشف ہوتا ہے۔

امراضیات - سردی کی وجہ سے دم پاشیدگی کے وقوع کی یہ توجیہ کی گئی ہے کہ یہ شکایت رکھنے والے مریضوں میں خون کے اندر ایک امکا فی سخی ہیمو لائسین (hemolysin) موجود ہوتی ہے جو ذورابطن کے طور پر جسم کے ساتھ تعامل کر لیتی ہے۔ سردی کے اثر سے اور ازاں بعد گرمی کی واپسی پر متمم کے تعاون سے جسم کا آفاق واقع ہو جاتا ہے۔ یہ متمم طبعی خون کے اندر موجود ہوتا ہے اور یہ بتلادیا گیا ہے کہ مریض کے متصل سے طبعی جیات کی دم پاشیدگی ہو جائے گی۔ اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مریض کے جیات میں شکست و ریخت کی کوئی نوعی قابلیت موجود ہونے کی ضرورت نہیں۔ ہیمولائسین کی سہی اہلیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریضوں کی اکثریت میں آتشک کی سرگزشت یا شہادت اور مثبت تعامل و اثرات موجود ہوتا ہے۔ علامات - حملہ کا آغاز مختلف اصابتوں میں مذحال بن سکان جھانی لینے کے رجحان، جاڑا لگنے یا تشعیر، اعضا شکنج، متنی، قے، آہسال اور درد شکم سے ہوتا ہے۔ مریض اکثر مرض ریناؤ (Raynaud's disease) میں مبتلا ہوتا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 310) اور اس حالت میں انگلیاں کبود اور سرد ہو جاتی ہیں۔

تپش کا ابتداء میں مرتفع ہو جانا ممکن ہے، مگر وہ جلد کم ہو جاتی ہے۔ اور ان علامات کی مدت صرف ۲ سے ۱۲ گھنٹے تک ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر اور طحال کی خفگی کلائی بھی دیکھی جاتی ہے۔ یا تو پہلی علامت کے بعد فوراً، یا صرف تین یا چار گھنٹوں کے بعد

خون کی رنگت کا پیشاب ہوتا ہے، لیکن یہ حالت بھی تھوڑے ہی عرصہ تک رہتی ہے۔ چند ہی گھنٹوں کے بعد ممکن ہے کہ پیشاب بالکل صاف ہو جائے اور اس میں البیومن اور ہیموگلوبن نہ رہے۔ اور جگلوں کے درمیانی وقفوں میں پیشاب ہمیشہ بالکل طبعی ہوتا ہے۔ حملہ کے اختتام پر جلد کا رنگ یرقانی جھلک کا دیکھا گیا ہے، اور بہت سے حملے کے بعد دیگرے جلد جلد مرنے سے مریض میں خردنوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ دوری ہیموگلوبن بریت ہذا خطرناک نہیں۔

علاج۔ سروی میں تشف سے بچنے کے لئے احتیاط اور باقاعدگی کے ساتھ گرم لباس استعمال کرنا چاہئے، گرم کمر میں رہائش رکھنا چاہئے، اور حتی الامکان رات کی ہوا سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ آتشک کا علاج خاص طور پر پوٹاشیم آئیوڈائیڈ، نرمتھ اور پارہ کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں مریض کو بستر میں رکھنا چاہئے۔

میٹھ ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت

445

(METHHEMOGLOBINEMIA AND SULPHHEMOGLOBINEMIA)

(enterogenous cyanosis = معازا دنہراق)

(microbic cyanosis = خرد عضویتی نہراق)

شاذ امواتوں میں جیمات کی آکسی ہیموگلوبن کے، میٹھ ہیموگلوبن اور سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہوجانے سے، جلد اور مخاطی اغشیہ کی عام کمبودی یا نرراق چھینا ہو جاتا ہے۔

میٹھ ہیموگلوبن دمویت (methhemoglobinemia) مریض

ادویہ بالخصوص آکسیٹائیلائڈ (acetanilide)، فیناسٹین (phenocetin)، پائیرین (antipyrin)، ویرونال (veronal) کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے اور کول تازی حاصلات (coal-tar products)، ٹارٹر و بنزال وغیرہ کا کام کرنے والوں میں زہریلے وفات کا استخفاق کرنے سے نیز بعض معوی خمرات میں، ایٹرائٹس (nitrites) کے انجذاب سے جب کہ انہماں ایک نمایاں علامت ہوتی ہے اور

جب کہ تاثرات میں کمی پیدا ہوتی ہے، مثلاً عصیہ قولونی کے سبب سے ہو سکتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کثیر خلوی دمویت موجود رہی ہے اور بعض اوقات لمحال کی کٹائی اور ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کی گرز شکلی مریضوں کا رنگ ہیرسب چاکولیٹ کی طرح ہو جاتا ہے۔ خون میں دم یا شدید کمی نہیں ظاہر ہوتی، لیکن جیہات نہایت زیادہ ہوتے ہیں۔ بالعموم تنفسی تکلیف بالکل نہیں ہوتی، کیونکہ نسبتاً محفوظ سی ہیموگلوبن کے تغیر سے نمایاں رنگ پیدا ہوتا ہے۔ پیشاب عموماً طبی ہوتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ سبب کو دور کیا جائے۔ ادویہ سے قسم ہونے کی صورت میں مقفی ادویہ اور معدے کی تغیر کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ چونکہ موت خون کی آکسیجن بردار قوت کی کمی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، لہذا آکسیجن کا مسلسل استعمال ترجیحاً ایک خیمہ کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ خون چند گھنٹوں کے بعد خود بخود طبی ہو جاتا ہے۔

سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphaemoglobinemia)۔ یہ مریض جن کو قبض ہوتا ہے، زراق کے حلوں میں مبتلا ہو جاتے ہیں، جو بعض اوقات بے ہوشی پیدا کر دیتا ہے۔ حملہ میں دوسری علامتیں درد سر، متلی اور تھکے اور درد شکم ہیں۔ جیہات میں کمی ہیموگلوبن ایک حد تک سلف ہیموگلوبن میں تغیر ہو جاتی ہے۔ یہ شے اپنے اسخندہ ابی طیف کے لحاظ سے میٹ ہیموگلوبن سے مشابہ ہوتی ہے، کیونکہ اس میں ایک دھاری سرخ رنگ کے اندر نظر آتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ میٹ ہیموگلوبن کی حالت میں یہ دھاری بڑا پائیم سالائیائیڈ (potassium cyanide) لانے پر غائب ہو جاتی ہے اور سلف ہیموگلوبن کی حالت میں یہ غیر متغیر رہتی ہے۔ امتحان کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ترشہ سے معرکار بن مانا کائیڈ (acid-free CO) کو آمیزہ میں سے گزرا جائے۔ سلف ہیموگلوبن کی تمام دھاریاں طیف کے نیلے سرے کے طرف ہٹ جاتی ہیں۔ میٹ ہیموگلوبن کی دھاریاں غیر متغیر رہتی ہیں۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت کی طرح، یہ حالت بھی اپنی لائن کے مشتقات مثلاً آئینی لائیڈ (acetanilide) اور فیناٹین (phenacetine) کے قسم سے پیدا ہوتی ہے، جس کے ساتھ شاید قبض کی وجہ سے معاویں گندہک کے مرکبات کی کمی پائی جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے وہ ایک صادق معاذ اور زراق ہو جو کہ کلیتہً معاویں خود بخود

تیار شدہ نہ ہوں کا نتیجہ ہو، اگرچہ اس سے انکار کیا گیا ہے۔ یہ حالت میٹہمکلوین و مویت کی نسبت بہت زیادہ دیر سے زائل ہوتی ہے اور ہفتے اور مہینے لگ جاتے ہیں۔ لہذا اگر کول تھاری ادویہ کی طبی خوراکوں کے بعد زراق پیدا ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ اس کا سبب سلف میٹہمکلوین ہے نہ کہ میٹہمکلوین ایک مریض میں سلف میٹہمکلوین مویت اور میٹہمکلوین مویت کی ہنزاں موجودگی بھی بیان کی گئی (23)۔

انذار۔ یہ مرض ہلک نہیں ہوتا۔

علاج۔ قبض کے لئے مسہل دینے چاہئیں۔ بوسیدہ دانتوں کو نکال دینا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں آکسیجن کا استعمال کرنا چاہئے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض بے ہوش ہو۔

پر پیورا

(نفی مزاج)

اس اصطلاح کا اطلاق اس مرضی حالت پر کیا جاتا ہے جس میں جلد یا مخاطی اغشیہ کے نیچے متعدد نزقات واقع ہو کر کم و بیش ارغوانی رنگ کے دوڑے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ پہلے دیکھا گیا ہے کہ ایسے ہی نزقات متعدد امراض میں مثلاً قرمز (scarlatina) خسرہ، پیچک، 'ناقض'، دماغی شخامی تب اور طاعون میں ہو کر رہتے ہیں۔ نیز کہبت، جگر کے حادہ صفر زہول اور بعض مویت (leukemia) غیر کونی عدم مویت (aplastic anemia) اور خبیث لمفی سلسی بالیدوں میں۔ خبیث التهاب دون قلب اور قلب کے دوسرے امراض میں۔ اور بعض عصبی امراض مثلاً ہزال نخاع (tabes dorsalis) میں۔ نیز نزقات کا ذکر نیز فیفیت (haemophilia) مرض 'ہاجکن' مرض برائٹ اور اسکروڈی (scurvy) کے معلق میں کیا جائے گا۔ باہر سے سمجھنے کے راستہ نتیجہ کے طور پر بنی کیفیت پوٹاسیم آیوڈائیڈ کی بیش متاد دینے سے یا بنزال (benzol) یا بنس کے خاص جز بنزین (benzene) کے تجارتی استعمال (بامقصد لگانے اور تشریق کرتے) سے

پیدا ہو جاتی ہے۔ ان سب امیلتوں میں یہ صاف طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نرف کا کوئی سبب موجود ہے، اور یہ سبب اکثر ایک ساری سم یا کوئی دوسرا زہر ہوتا ہے۔

اولیٰ یا خود زہر پر پیٹورا سریری طور پر جب ذیل اقسام میں منقسم ہے:-
(۱) سادہ (simplex) 'فنزنی' (haemorrhagica) 'خاطف'

(fulminans) پر پیٹورا۔ (جب) ہینالک کا پر پیٹورا (Henoch's purpura) اور ریتی پی پیٹورا (purpura rheumatica) (کلاحت ریتی peliosis

rheumatica = یا مرض شان لین = Schonlein's disease) جس میں شری اور پر پیٹورا دونوں ہوتے ہیں اور بسا اوقات پر پیٹورا کی نسبت شری زیادہ نمایاں ہوتی ہے (39)۔ اس گروہ کے لئے بعض اوقات اسٹھڈاف نما پر پیٹورا کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

امراضیات۔ پر پیٹورا کی شدید امیلتوں میں عمومی زمانہ کے دوران میں خون میں سے ایک دم پاش تہہ سبجیہ علیحدہ کیا جاسکتا ہے اور مہلک امیلتوں میں قلب کے خون سے اس کی کاشت کی جاسکتی ہے۔ اور طی کا درجہ اکثر صبتہ ہیروکلوٹن سے رنگین ہوتا ہے۔ ان واقعات سے پتہ چلتا ہے کہ یہی عضو یہ اس مرض کا سبب ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا سم اس طرح عمل کرتا ہو کہ عروق شریہ کی نفوذ پذیری کو زیادہ کر کے بافتوں کے اندر پلازما کے خروج اور سرخ جسامت کی پار جت کا موقعہ بہم پہنچاتا ہو۔ بعض پر پیٹورا حساسیتی صلا (allergic shock) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

اگر نرف شدید ہو تو خون ثانوی عدم دمویت کے خصائص ظاہر کرتا ہے۔ ایک چمبن سے لئے جوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ تر ویب طبعی ہوتا ہے، لیکن منب کے قطروں کا عرصہ تر ویب ایک منٹ سے زائد ہوتا ہے (2)۔ شاید یہی وجہ ہے کہ "عرصہ ادماغ" (ملاحظہ ہو صفحہ 428) زیادہ ہوتا ہے۔ جسم سے باہر خون جھم جمانے کے بعد تھکا ٹکڑا نہیں اور دمصل کو باہر رکنے دیتا ہے (26, 29)۔ لب عظام کوئی میز خصائص نہیں ظاہر کرتا۔ اگر اس پر مطالعات کا زیادہ بار پڑا ہے اور عدم دمویت کی وجہ سے تغذیہ خراب ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ

غیر تکوینی ہو جائے۔

تمام اقسام کے پر پیٹوریا کی اکثریت میں ذہنی لویجے غیر موجود یا کم ہو جاتے ہیں (یعنی فی کتبلی میٹر ۱۰۰۰۰ (طبعی تعداد ۲۰۰۰۰۰ سے ۵۰۰۰۰ تک ہوتی ہے)۔ اس حالت کو قلت خلیات علقی (thrombocytopenia) کہتے ہیں۔ بادی النظر میں اس کو پر پیٹوریا کی توجیہ کرنے کے لئے کافی سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن قلت خلیات علقی بذات خود اس کے لئے کافی نہیں ہے، کیونکہ اسگری میں جس میں ادماآت ہوتے ہیں اور ہتھاک کے پر پیٹوریا میں لویجے اور عرصہ جات ادما دونوں طبعی ہوتے ہیں۔ اس کی توجیہ غالباً یہ ہے کہ تمام پر پیٹوراؤں میں درملہ کا تغیر ضروری عامل ہے اور یہ لویجوں کی کمی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ لویجے اور درملہ خلیے دونوں لجا کا تولید کے باہم قرہی تعلق رکھتے ہیں لہذا ہر (جو خواہ لویجہ کش مصل ہو یا بنیزال وغیرہ) درملہ پر حملہ آور ہونے سے پہلے عموماً لویجوں کو تلف کر دیتا ہے (22)۔ اگر صرف اتنے ہی لویجہ کش مصل کا اثر آپ کیا جائے کہ جس سے لویجے تلف ہو جائیں تو پر پیٹوریا نہیں پیدا ہوتا چنانچہ قلت خلیات علقی اس مرض کی ضروری خصوصیت نہیں ہو سکتی۔ دوسری رائے جو پیش کی گئی ہے (لیکن جس کی تجربی شہادت سے تصدیق نہیں ہوتی) یہ ہے کہ لویجے اس لئے غائب ہو جاتے ہیں کہ وہ داعی عروق میں کے فصل کو التزاق کے ذریعہ پڑھتے ہیں۔ لویجے کتب سے پیدا ہوتے ہیں اور جب کتب غیر تکوینی ہوتا ہے تو وہ بھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ انہیں لٹھال تلف کرتی ہے اور لٹھال کا استیصال کرنے سے ان کی تعداد کچھ عرصہ تک بڑھ جاتی ہے، لیکن یہ زیادتی محض کچھ عرصہ کے لئے ہی ہوتی ہے۔

علامات - پر پیٹوریا کی خفیف ترین شکلوں (سادا پیٹوریا P. simplex) میں یہی ہوتا ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں پھیکے سرخ، گہرے سرخ یا نیلگوں ارضوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ گول ہوتے ہیں قطر میں ایک ملی میٹر سے لے کر پانچ انچ تک مختلف ہوتے ہیں، دبانے سے غائب نہیں ہوتے اور جب ایسی چھوٹی جامت کے ہوتے ہیں تو عموماً سطح سے اوپر ابھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ وہ جسم پر ہر جگہ پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کچھ عرصہ کے بعد بھوری

یا زرد و جھلک کا ہو کر کھلا جاتا ہے، اور نسبت بڑی چکیٹیاں بدیہی طور پر نیراست کے وہی مدارج طے کرتی ہیں جو ایک کونستکی کے لئے مخصوص و ممتاز ہیں۔ اس دوران کے ساتھ بنیوی اختلال نہایت کم ہوتا ہے۔ لیکن ہے کہ مریض کا رنگ شاحب ہو اور اس کی اشتہا باقی رہے۔ شفا عموماً دس سے بیس دن تک میں ہو جاتی ہے۔

447 شدید اصابتوں میں نزفات زیادہ وسیع ہوتے ہیں، اور لیکن ہے کہ زیرِ نگاہ خون کے بڑے تودے چلے کو اوپر اٹھا دیں، اور مختلف مخاطی اغشیہ سے بھی ادا ہوتا ہے (نزفی پس پیٹورا = P. haemorrhagica)۔ چنانچہ ناک، دہن، معدے، اور آنٹوں، گردوں، نسوانی تناسلی اعضا، اور کبھی کبھی ششی خشاے مخاطی سے خون آسکتا ہے۔ اسکرو کی طرح مسوڑ سے کبھی متورم نہیں ہوتے، لیکن بعض اوقات ان کے جرم میں ایک نزفی داغ دکھائی دیتا ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں لیکن ہے کہ پیش کیقدر بلند ہو، اور ایک ایسا درجہ انبساط طاری ہو جاتا ہے جو موت میں ختم ہو جاتا ہے۔ لیکن ہے کہ امتحان بعد المات سے تقریباً تمام مخاطی اغشیہ میں، حوض کلیہ میں، پلٹیورا، کما مور، باریطون، سحایا، بلکہ پھیپھڑوں اور لب عظام تک میں دوسرے کمات ظاہر ہوں۔ لیکن ہے کہ داغی زف موت کا سبب ہو جائے۔ مابقی خشاے مخاطی کا اعثاث اور تقرح بھی پایا گیا ہے، جس سے اشتہاب اور التباب باریطون پیدا ہو جاتے ہیں۔ مخاطف پر پیٹورا (fulminating purpura) کا نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جو پانچ گھنٹوں سے لے کر تین دن میں مکمل ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں قرمز (scarlatina) کے بعد واقع ہوتی ہیں۔

۱۔ ہیناٹک کے پر پیٹورا (Henoch's purpura) میں جلد کے ضرر احمراری (erythematous) یا شری (urticarial) ورم ہو سکتے ہیں جو اکثر بڑے وسیع ہوتے ہیں اور جن میں نترف بالکل نہیں ہوتا۔ ان کے ساتھ مفصلی درد یا اورام درد شکم کے حملے آتے اور آنت سے نزف، اور ورم بولیت پائے جاتے ہیں۔ لہذا ان قدر سے جس پذیر ہوتی ہے۔ یہ قسم بچوں میں ہوتی ہے، اور ہنٹوں یا ہسینوں کے دوران میں یا باریک کر ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں علامات کی ترتیب زمانی بہت کچھ مختلف

ہوتی ہے، اور پھر پوری ٹوران اکثر اخیر کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے اور یہ عرصہ نہیں ہوتا کہ یہ زیادہ وسیع ہو۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اس میں عدم دمویت یا قلت غلیات غلٹی کیوں معقود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس درد مفاصل کے جلد واقع ہو جانے سے حاد ریت کی تشخیص ہو جائے گا اسکاں ہے، اور بہت سی مثالوں میں شکمی علامات نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ چنانچہ درد شکم، قے، اور تھمد سے بعض اوقات معوی انسداد (intestinal obstruction) یا التهاب زائدہ و ددیہ کا گمان ہو سکتا ہے۔ یا یہی علامات اور ان کے ساتھ آنت سے نزف اور ایک جس پذیر رسولی اگر بچہ میں ہوں تو انفاد والا معار (intussusception) کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ جب شکمی علامات تہنا موجود ہوں تو شکم شگافی کا علیہ کر دیا گیا ہے اور مفروضہ انفاد آنت کا ایک ایسا حصہ ثابت ہوا ہے جو انصبافی خون سے درخیمتہ تھا۔ ممکن ہے کہ پیشاب میں بہت البیومن ہو، اور خون یا سائیک یا خالص خون ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ بہت سی اصابتیں ہلک ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتیں شغایاب ہو جاتی ہیں لیکن ان میں البیومن بولیت مہینوں جاری رہ سکتی ہے۔ سرایتی ریوٹو (rheumatic purpura) میں جو کہ غالباً ہیناک کے پریوٹو کی ایک خفیف شکل ہے حاد منصلی التهاب نمایاں ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ری پریوٹو احمر اور ہرنی ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ التهاب دردوں قلبہ اور التهاب گرد قلبہ ہوں۔

تشخیص۔ تشخیص کرتے وقت پہلے سر اگراف میں بیان کئے ہوئے نشیوں کے تمام ممکن اسباب کو خارج از بحث کر دینا چاہئے۔ اسکووی کی شناخت سوزحوں کی اسفنجی حالت، تحت الجلد یاردانی تھلث (fascial indurations) سے ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خبیث کھر سلعی رسولیاں (malignant sarcomatous growths) نرخی ریوٹو سے کسی قدر مشابہت پیش کریں۔ یہ یاد رکھنا بھی اچھا ہے کہ بعض اوقات غرنہوں کے بچے کیل گزیدگی (Hæa-bites) کے بعد وسیع نشی ٹوران پیش کرتے ہیں۔ یہ دسبے یکساں طور پر آپن کے ہرے کے برابر ہوتے ہیں۔ منظر البیومن پیمانرخی مزاج کے لئے ایک مفید کا شفقہ ہم ہینا ہو بازو پر امتداد باؤ کہ جو بعض کو سطرکس کر دینے کے لئے کافی ہو، ورنٹ تک مل تین لایا

جاتا ہے۔ اگر کاشتہ مثبت ہو تو پیش باز و پر پیورا نمودار ہو جاتا ہے، جو کہ بسا اوقات وسیع ہوتا ہے۔

علاج۔ عفونی مرکبوں کا استیصال کر دینا چاہئے۔ نسبتاً خفیف تر امیباتوں میں بستر میں آرام، مقوی ادویہ اور عمدہ سادہ غذا اکثر بہ سرعت شفا بخش ہوں گے۔ جب پر پیورا خاص کر جوارح زیرین کو مآؤف کرتا ہے تو اس صورت میں وہ اکثر مریض کے بستر اختیار کرتے ہی غائب ہو جاتا ہے اور اگر مریض بلدی کر کے پھر چلا پھرنا شروع کر دے تو وہ مکرر نمودار ہو جاتا ہے۔ لوہا، سسٹیکیا اور کیوینین (quinine) معمولی مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ کیلیم کلورائیڈ (اگرین) .. قطرے پانی میں) یا تین سی سی کیلیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کے دروں عضلی اشراہات روزانہ ایک بار مفید ہو سکتے ہیں۔ نیز اسی مصل کا شراب کیا جاسکتا ہے (یہ انسانی مصل ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے) اور اسے مکرر دیا جاسکتا ہے۔ قلت خلیات خلقی کا علاج بذریعہ جگر کرنے کی سفارش کی گئی ہے اس طرح کہ جس طرح متلف عدم و مویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (40)۔

448

شدید امیباتوں میں نقل الدم مفید ہو سکتا ہے اور اس مفروضہ کی بنا پر کہ طحال و موی لوجیوں کو تلف کر رہی ہے طحال کا استیصال کر دیا گیا ہے اور اس سے نفع بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں (27)۔ حال ہی میں یہ ادعا کر دیا گیا ہے کہ ایکاربک ایسڈ (ascorbic acid) (ملاحظہ ہوا سکروی) کے اشراہات سے تمام امیباتوں میں لائمہ ہوتا ہے لیکن اگر مزید تجربہ سے یہ صحیح ثابت ہو تو ان نظریات کی نظر ثانی کرنی پڑے گی جو کہ پر پیورا کے سبب کے متعلق مانے جاتے ہیں۔

نزفیت

(HEMOPHILIA)

نزفیت ایک مرض ہے جو تقریباً تمام مردوں تک محدود ہے اور جس کا مزید خاصہ ادا ہونے کا رجحان ہے جو خود بخود ہو یا ضرب سے ہو۔ یہ مرض موروثی ہوتا ہے۔

اور عورت کے ذریعہ سے خصل ہوتا ہے جو خود اس مرض سے بالکل غیر متاثر ہوتی ہے اور یہ صرف مرد کو ماؤف کرتا ہے جو کہ "وائی" ("bleeder") کہلاتا ہے۔ ان امور میں یہ کاؤب بیش پر ورشی عضلی شکل (pseudo-hypertrophic muscular paralysis) سے مشابہ ہوتا ہے۔

امراضیات - خون کا عرصہ ترویج بہت تاخیر ظاہر کرتا ہے جو ممکن ہے کہ بڑھ کر چالیس منٹ یا زیادہ ہو جائے۔ لہذا کسی چھوٹے سے زخف کو بھی جو اتفاقاً ہو جائے کوئی چیز نہیں روک سکتی۔ پروتھرومبین (pro-thrombin) کی تکون ہوتا تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے، گو لوہے جو پروتھرومبین پیدا کرتے ہیں طبی تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور ان کا التراق بھی طبی ہوتا ہے۔ تھرومبوکائین (thrombokinaise) لینے کا ٹبرن خمیر کا دو ہر پیش رو بھی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے (2)۔ لیکن پروتھرومبین کا فائبرین خمیر میں تغیر ہونا بھی نہایت تاخیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ایک استہدائی حالت پیدا کر دی جائے تو عرصہ ترویج بہت کم ہو جاتا ہے اور علاج میں اسی سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ قلب اور شرائین کا شمی اختلاط جو بعض اساتوں میں پایا جاتا ہے غالباً ثانوی عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بعض دوسری حالتوں کو نزلیت سے متفرق کرنا ضروری ہے چنانچہ ایک اکتسابی قسم ہے جو کہ "تھک فائبرینوجن" کی کمی قلیل الکلس نزلیت جس میں پست دموی کیلیم ہو اور حقیقی قلت غلیات علقی سے متعلق رکھتی ہے (3)۔ یہ حالتیں ان سرفٹ و امیات کی توجیہ کرتی ہیں جو کہ گاہے طبی میں علامات۔ یہ عموماً زندگی کے پہلے سال میں ظاہر ہو جاتے ہیں اگرچہ بعض اوقات ان میں سات یا آٹھ سال تک تاخیر ہو جاتی ہے۔ نہایت شدید درجہ میں ناک سوڑھوں اور دہن سے اہ نسبت کم عام طور پر معدے، پیچھے ٹوں یا اعضائے متابل سے خود بخود زخف واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان سے پہلے پری کا احاس ہوا کرتا ہے۔ نہایت خفیف سے غلیے مثلاً چمک کا ٹیکہ لگانے، دانٹ اکھاڑنے، پھوڑا چیرنے، یا انگلی کے کٹ جانے کے بعد خطرناک بلکہ ہلکے زخفات واقع ہو سکتے ہیں ان نقصانوں کے علاوہ خفیف سی چوٹوں سے جلد کے نیچے باسانی زخف ہو کر کوشت لیاں باطن کی رولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ مناسل کے زلابی کہفوں اور بالخصوص گھٹنے کے جوتی میں

نزف ہو جاتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر سات اور چودہ سال کی عموں کے درمیان ہوتا ہے اور چوٹوں سے یا سردی یا طوبت میں تکشف سے پیدا ہو جاتا ہے۔ جوڑوں کی اس حالت کے ساتھ تب بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت ممکن ہے اچھی ہو جائے، لیکن پھر بار بار عود کراتی ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ گرد و مفصل انضامات کی وجہ سے مفصل جاسی ایٹمیٹ ہو جائے۔ عضلات کا زخمی عارضہ اور توائمی ثلاثی عصب کا درد (trigeminal neuralgia) کبھی کبھی نزیفیت کی چھپ گئیوں کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔

مکن ہے کہ ادوات کے درمیانی وقفوں میں نزیفیت کے مریض باقاعدہ نظر آئیں، لیکن خون ضایع ہو جانے سے عدم دمویت پیدا ہو سکتی ہے۔ مریض اکثر آٹھ سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے نقصان خون سے ہلاک ہو جاتے ہیں لہذا اگرچہ اس زمانہ کے بعد ان کی بقائے حیات کے موقعے زیادہ ہیں، ادھیڑ عمر میں بھی اسی طرح موت واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ خون کا عرصہ تروییب زیادہ پایا جائے۔
علاج۔ سطحی نزف کے لئے بہترین علاج یہ ہے کہ نقطہ او مار پر پیکار ٹھکوں کو پونچھ کر نکال دینے کے بعد قدرے تازہ انسانی خون میں بھگوئی ہوئی نرم روئی لگائی جائے۔ لیکن تازہ حیوانی بافت بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ سب سے زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ سانپ کا قشب لگایا جائے۔ سائٹریٹ آمیز خون (citrated blood) کا نقل الدم عرصہ تروییب کو پانچ سے سات دن کے عرصہ کے لئے کم کر دیتا ہے۔ فی الحقیقت یہاں تک کہا گیا ہے کہ ہر منزوف کا پانچ یا چھ ممکن الحصول مہلیوں کے متبادل میں امتحان کر لینا چاہئے تاکہ ناگہانی ضرورت کے وقت اس میں سے کم از کم ایک تو ہمیشہ دستیاب ہو سکے گا۔ زیادہ مقدار میں خون کے استعمال کی ضرورت نہیں۔ اس کے متبادل کے طور پر سٹریٹ آمیز انسانی پلازما کا نقل الدم کرنا چاہئے۔ اس حالت میں خون کی گروہ بندی کرنے کی ضرورت نہیں۔ جب کبھی کسی عملیہ کی ضرورت لاحق ہو تو ایک ابتدائی نقل الدم عمل میں لانا چاہئے۔ اور یہ تیاری چھوٹے سے چھوٹے عملیہ سے قبل بھی کرنا مناسب ہے۔ دس دن پہلے اسی سی گھوڑے کے مصل کا تحت الجلد شرب کر کے مریض میں ایک فاعلی استہدائی حالت پیدا کرنا بیش بہت کم یقینی ہے (41)۔

عرضہ ترویج میں کچھ کئی جگر کی غذا دے کر پیدا کی جاسکتی ہے، جس طرح کہ متلفہ عدم دمویت (42) میں دی جاتی ہے۔ جب پلازما کی البیومن نکلا بیومن نسبت بہت ہو (طبی ہمتا بلدا) تو اسے سکاربک ایسڈ (ملاحظہ ہوا سکروی) ۲۰۰ ملی گرام بالغ کیلئے اور ۱۰۰ ملی گرام بچہ کے لئے کا سیب ثابت ہوا ہے (43)۔

اگر اسے جوئے جوڑ کے لئے گرم ہوائی فصل اور ہلکی مالش کام میں لائی جاسکتی ہے۔ کسی معدہ میں دوا کے زیر اثر انضامات کو توڑنے سے عموماً احتراز کیا جاتا ہے، کیونکہ اس میں تازہ نرف کے شروع کر دینے کا خوف ہوتا ہے، لیکن یہ عمل پلازما حادثہ ہوئے انجام دیا گیا ہے۔ اس مرض کی خطرناک نوعیت پر اور نسائی صنف کی وساطت سے اس کے منتقل ہونے کے طریقہ پر نگاہ کی جائے تو یہ بدیہی امر ہے کہ دائمی خاندانوں کی عورتوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے، گو وہ خود نرینگیٹ کی شکایت نہ رکھتی ہوں۔

نقل الدم

(BLOOD TRANSFUSION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ ایک تند دست شخص (مصلی) = "donor" کا خون لے کر اس کا اشتراک علاج کی غرض سے ایک مریض (مستفاد) = "recipient" کے دوران خون کے اندر کیا جائے۔ طبی میں اس علاج کے داعیات حب ذیل ہیں۔ (۱) سادہ نرف، مثلاً معدی اور اثنا عشری قرحہ، زحیر تب محرقہ، بے محل حمل (ectopic gestation) نوزائیدہ کا براؤ دم الاسود (melena neonatorum) (۲) امراض خون، مثلاً تشدید پر پیورا، نرینگیٹ، عدم دمویت، بیض دمویت۔ (۳) تشدید سرایتیں، مثلاً ساری التباہ وروں قلبیہ۔ (۴) شاید بعض تسمات، جیسے کہ مخطورہ یورید دمویت۔

وہ طریقہ ذرا نامناسب ہے جن میں مصلی کی شریان یا ورید پر شگاف دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے، کیونکہ ان میں مصلی کے لئے عفونت کا خطرہ کو خفیف مگر صریح ہوتا ہے۔ اگر ایک چرٹری کھوکھلی سوئی کو براہ راست و مصلی یا مصلی و ورید کے اتقا

داخل کر کے اس کے ذریعہ سے خون حاصل کیا جائے تو مصلی کے لئے کوئی خطرہ نہیں ہوا۔ سوئی کی نوک کو ایک ارنکس پتھر پر تیز کرنا چاہئے اور عدد ۱۸ یا خرد بین کی پست طاقت سے اس کا امتحان کرنا چاہئے۔ ”سائٹریٹ طریقتہ“ (citrate method) میں سوئی سے خون ربر کی نلی کے ایک چھوٹے ٹکڑے میں سے جو کہ ایک ٹلمپنے کے عقیق ظرف کے اندر آئے دیا جاتا ہے جس میں زیادہ کشید کئے ہوئے پانی سے تلمپنے ہوئے سوڈیم سائٹریٹ کے ۳۰ فی صدی محلول کے ۱۰۰ سی سی خون کے ۱۰۰ سی سی کے لئے موجود ہوتے ہیں۔ بازو کے گرد باؤ کے ذریعہ سے ہسٹو کی شرح زیادہ کر دی جاتی ہے۔ خون کو سارے وقت گرم رکھنا چاہئے۔ تصفیق کے لئے ایک عقیق استوانی قیف استعمال کی جاتی ہے جس میں کھوڑا مالچ موجود ہوتا ہے اور ایک ربر کی نلی اور شیشی اور سوئی لگی ہوئی ہوتی ہے۔ سوئی کے قریب شیشی کی نلی کا ایک چھوٹا ٹکڑا داخل کر دیا جاتا ہے تاکہ وہ ایک درجہ کا کام دے اور اس کا یقین ہونے کے لئے کہ سوئی ٹھیک مقام پر داخل ہو گئی ہے قیف کو ایک لمحہ کے لئے نیچے جھکا دیا جاتا ہے یہاں تک کہ خون شیشی کی نلی میں داخل ہو جائے۔ پھر اسے اونچا اٹھا کر سائٹریٹ خون سے بھر دیا جاتا ہے۔ ایک عقیق شیشی بھی استعمال کی جاسکتی ہے تاکہ مصلی سے خون بذریعہ امتصاص نکال کر خفیف دباؤ کے تحت مرین میں داخل کیا جاسکے۔ اگر مصلی پر عشی طاری ہو جائے یا وہ شاحب پڑ جائے یا اسے پسینہ آنے لگے یا اگر اس کی نبض ۶۰ سے کم ہو جائے تو خون نکالنا موقوف کر دینا چاہئے۔ فائبرین بڑے خون کے استعمال سے امید افزا نتائج حاصل ہوئے ہیں بالخصوص سرایتوں تک۔ مظلوم ہوتا ہے کہ سائٹریٹ خون کے نسبت فائبرین ربودہ خون اپنے مانع تمیت یا ضد جراثیم خواص زیادہ حد تک قائم رکھتا ہے۔ سائٹریٹ ہلانے کے بجائے جب خون شیشی کے اندر نہ کرتا ہے تو اس کو ہلایا جاتا ہے جس سے فائبرین اس خمیدہ نلی پر نہ نشین ہو جاتی ہے جو ڈاٹ سے نیچے شیشی کے پیندے میں جا کر پھسرا دیر جاتی ہے۔ اس خون کو اشراب کرنے سے پہلے عقیق کا ز میں سے چھان لینا چاہئے تاکہ فائبرین کی چھوٹی چھوٹی دھبیاں خارج ہو جائیں۔ ”مناعتی نقل الدم“ (immuno-transfusion) میں مصلی کو پہلے سے شیع کر لیا جاتا ہے یا خون کو

فی الرجاء منع کر لیا جاتا ہے۔

بعض احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے۔ مصلیٰ کا تعامل و آذر من و کیسا چاہئے اور مصلیٰ اور یا بندہ کے خونوں کی موافقت کی تعیین ضروری ہے۔

موافقت (compatibility)۔ اگر مصلیٰ کے خلیئے یا بندہ کے مصل سے

مترق نہوں تو یہ کافی ہے۔ آخر الذکر کے خلیات اول الذکر کے مصل سے مترق نہ ہوں یہ ضروری نہیں، کیونکہ مصلیٰ کا مصل یا بندہ کے دوران خون میں بلند مرقق ہو جاتا ہے۔ موافقت کا امتحان کرنے کے لئے مصلیٰ کی انجکٹی سے خون کا ایک قطرہ سوڈیم سائٹریٹ کے ۵۰ فی صدی محلول کی ایک سی سی کے اندر گرنے دیا جاتا ہے اور محال شدہ تعلیق کا ایک قطرہ ایک خردبینی شرسکہ پر یا بندہ کے مصل کے ایک قطرے میں ملا دیا جاتا ہے اور پھر اسے ایک شیشہ محافظ سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔ چند منٹ کے بعد اس شرسکہ کا خردبینی امتحان الزئاق کو دیکھنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ افراد کی ترتیب چار گروہوں میں حسب ذیل کی گئی ہے۔

مصل				
گروہ ۱	گروہ ۲	گروہ ۳	گروہ ۴	
-	+	+	+	گروہ ۱
-	-	+	+	گروہ ۲
-	-	-	+	گروہ ۳
-	-	-	-	گروہ ۴

خلیات

چنانچہ دیکھا جائے گا کہ اگر گروہ ۲ اور ۳ کے مصل مذکور کے بائیں تو کسی نے ہوسے شخص کے خلیوں کا گروہ دریافت کیا جاسکتا ہے۔ گروہ ۴ کے خلیوں کا الزئاق کسی

ایک سب سے بھی واقع نہیں ہوتا اور اسی واسطے گروہ م کے ارکان ہمیشہ معیوں کے طور پر کام کرنے لگتے ہیں، لیکن عموماً زیادہ بے خطر طریقہ یہی ہے کہ معطلی اور یا بندہ دونوں ایک نئے گروہ کے لئے جائیں۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ ایک عیار الوقتی کا شغ (time-control test) قرین مصلحت ہے۔ یا بندہ کے معطل کو معروف موافقت کے خون سے لینے ہوئے حیاتیات کے ساتھ آمیز کیا جاتا ہے اور الزاق میں جو عرصہ لگتا ہے اس کو ملاحظہ کیا جاتا ہے۔ یہ آؤدہ گھنٹہ تک ہوا ہے اور معطلی کے خلیات کو بھی اسی عرصہ تک دیکھتے رہنا چاہئے۔ ... اس آٹا ۲ کی وہ شرح اموات جو کہ بظاہر موافق خون کے ساتھ واقع ہوتی ہے اس طریقہ سے کم ہو جاتی ہے (44)۔

خون کا تعامل اور ترشہ سمیت

(REACTION OF THE BLOOD AND ACIDOSIS)

کسی محلول کے تعامل کا انحصار اس کے ہائڈروجن روڈائنٹ (C_H) اور ہائڈراکسل روڈائنٹ (C_{OH}) کے ارتکاز پر ہوتا ہے۔ جب تعامل تبدیلی ہو تو ہائڈروجن اور ہائڈراکسل روڈائنٹ کا ارتکاز مساوی ہوتا ہے۔ جب وہ ترشی ہو تا ہے تو C_H زیادہ اور C_{OH} کم ہوتا ہے۔ جب وہ قلوئی ہوتا ہے تو C_H کم اور C_{OH} زیادہ ہوتا ہے۔ دونوں کا حاصل ضرب ہمیشہ مستقل رہتا ہے۔ تبدیلی نقطے اور جسمانی پیش یہ C_H جیسے ہائڈروجن کے فی لیٹر گراموں میں ظاہر کیا جاتا ہے ۱۰^{-۷} × ۱۰^{-۷} ہوتا ہے جو کہ ۱۰^{-۱۴} کے برابر ہے۔ شریانی خون کا C_H تقریباً ۱۰^{-۷} × ۱۰^{-۷} ہے جو کہ ۱۰^{-۱۴} کے نسبت کم ہونے کی وجہ سے تعدیث سے کسی قدر قلوئی جانب پر ہوتا ہے۔ ان امور کو ظاہر کرنے کا جو طریقہ عموماً اختیار کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ کہا جائے کہ تبدیلی نقطے پر (C_H)_{PH} کا لوگاریتم ۷.۴ ہے جب کہ مادی کی عرض سے علامت منفی کو تھپوڑ دیا جاتا ہے۔ خون کے C_H کو مندرجہ ذیل مساوات سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

$$C_H = \frac{CO_2 \text{ کا دباؤ}}{\text{بانی کاربونیٹ کا ارتکاز}} \times \text{مستقل}$$

جب کہ CO_2 کا دباؤ خون میں حل شدہ CO_2 کے تناسب سے ہوتا ہے۔ طبی اشخاص میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ اس سے ذرا کم ہوتا ہے کہ جبنا پیچھڑوں کے جو فیو میں CO_2 کا دباؤ ہوتا ہے۔ اس سادہ میں اختلافات بہترین طور پر مندرجہ ذیل جدول میں دیکھے جاسکتے ہیں۔

جدول ۱۔ ترشہ، اساس توازن مختل ہونے کی مثالیں

451

۱۔ CO_2 کو متاثر کرنے والی۔
(ا) نہیادتی۔ زیادہ کمزور۔ تندورشی۔
کئی اخراج۔ تنفسی مرکز کا مخدرات یا نیند کی وجہ سے پست ہو جانا۔ تنفس میں مداخلت ہونا (قلب یا پیچھڑوں کے مرض کی وجہ سے)۔
 CO_2 میں مداخلت لینا۔

۲۔ بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کو متاثر کرنے والی۔
(ا) کمزور۔ ترشے یا امکاکی ترشے۔
($CaCl_2$ یا NH_4Cl) بافریڈ گھٹانا۔
ترشوں کی مضبوط کمزور۔ لیکٹک ایسڈ درزش میں۔

ترشوں کا اسٹاکسڈ نہ ہونا۔ بالخصوص ایسٹوائٹک ایسڈ کا۔
ترشوں کا التھاب گزردہ میں خالص نہ ہونا۔

اساس کا نقصان۔

(ب) نہیادتی۔ اساس
($NaHCO_3$) یا امکاکی اساس (مثلاً سوڈیم سٹریٹ) بافریڈ گھٹانا۔
ترشہ کا نقصان مثلاً معدی حولیونی مائٹ

اگر CO_2 کا دباؤ بائی کاربونیٹ کے تناسب کی حد سے آگے بڑھ جائے تو یہ Cn زیادہ ہو جائے گا۔ بالفاظ دیگر خون غیر طبیعی طور پر ترشی ہوگا۔ یہ حالت (ا) میں جاتی ہوئی حالتوں میں پائی جاتی ہے اور ایسی کو ترشہ دمویت (acidemia) کہتے ہیں۔ جیسا کہ ۲ (ا) میں بتایا گیا ہے یہ چیز بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کی کمی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ قلی دمویت (alkalemia) کی اصطلاح اس کی برعکس حالت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں Cn غیر طبیعی طور پر کم ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ

(۱ ب) میں بتایا گیا ہے کہ CO_2 کی کمی سے پیدا ہوجاتی ہے یا جیسا کہ (۱ ب) میں بتایا گیا ہے باقی کاربونیٹ کی زیادتی سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ ایک خفیف حد تک بلند ارتقاعات پر اور زوردار تنفس کی وجہ سے جسم سے CO_2 دھل کر خارج ہوجانے کے بعد پیدا ہوتی ہے (بے دغائی) (۱ ب) اور بعض اوقات سکرتز (tetany) کی حالت میں بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 488)۔ یہ قلی کی بڑی مقداریں لینے کے بعد بھی واقع ہوجاتی ہے (۲ ب) جس سے شکر کی برداشت کی کمی اور کیتونیت ہوجاتی ہے۔

اگرچہ CO_2 کا ارتکاز تنفس پر منحصر ہوتا ہے لیکن باقی کاربونیٹ رواں کاربوناژ خون کے غیر طیران پذیر ترشی اور اساسی مادوں کا حاصل ہوتا ہے۔ اہم ترشی مادے یہ ہیں: — آکسی ہیموگلوبن اور مختلف ترشے جو کول کی اشائیں پیدا ہوتے ہیں مثلاً کلورائیڈ، فاسفیٹ، سلفیٹ اور غیر طبعی ترشے جیسے کہ پٹا، کسی جبرک ایسڈ اور ایسٹوائسٹک ایسڈ۔ اساسی مادے یہ ہیں: — سوڈیم پوٹاشیم، کیلیم اور میگنیم۔ باقی کاربونیٹ جو کہ ان کا حاصل ہے، خون میں CO_2 کی اس مقدار سے تاجبا ہے جو کہ CO_2 کے ایک مقررہ دباؤ یعنی ہم لی میٹر پر پانی جائے اس کو خون کا قلی محفوظہ (alkali reserve) یا ثابت کاربن ڈائی آکسائیڈ ($fixed CO_2$)، یا موز بائی کاربونیٹ (blood bicarbonate) کہتے ہیں۔ اس کی طبی قدر ۲۰ درجہ سینٹی میٹر پر خون کی ہر سی سی میں ۲۰ اور ۲۵ سی سی کے درمیان ہوتی ہے۔

ترشہ سمیت (acidosis) کی اصطلاح کو ابتداء جسم کے اندر ایسٹوائسٹک ایسڈ اور پٹا کسی جبرک ایسڈ کی پیداوار اور مٹاؤ کے اندر ان کے اخراج کو ظاہر کرنے کے لئے رائج کیا گیا تھا، جو یا بطن میں ہوا کرتا ہے۔ اب اس حالت کو کیتونیت (ketosis) کہتے ہیں۔ نسبتہ حال ہی میں ترشہ سمیت کی اصطلاح کو قلی محفوظہ کی کمی کے مترادف کے طور پر استعمال کیا گیا ہے، خواہ یہ کسی بھی طریقہ سے پیدا ہو گئی ہو۔ لیکن دوسرے معنی میں اس اصطلاح کو خون کے Ca کی زیادتی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا ہے، جو ایک بالکل

مختلف چیزیں ہیں۔ اصطلاحات کے اس خلط خلط کے باعث بہترین ہی ہے کہ ترشہ سمیت کی اصطلاح کو جسم کے اندر ترشہ کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے، اور قلوئی کثرت (alkalosis) کی اصطلاح کو قلی کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جائے۔

مندرجہ بالا تصریحات بہر کے بعض عام اقسام کے اسباب پر غور کرتے وقت اہمیت رکھتی ہیں۔ نفاخ، ذمہ اور شیمی التهاب میں اور رسولیوں کے باعث پیدا شدہ شیمی تسد میں جب کہ ان حالتوں کے ساتھ بہر موجود ہو خون کے اندر CO_2 کے اجتماع کے باعث نمایاں ترشہ دمویت موجود ہوتی ہے (جدول میں اول) ایسی حالتوں میں پھیپھڑوں کی حالت کی وجہ سے یہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) باوجود نفس کی زیادتی کے خارج نہیں ہو سکتی۔ ممکن ہے کہ ان میں سے بعض حالتوں میں آکسیجن کی قلت بھی بہر کی پیدائش میں حصہ لیتی ہو۔ خون کا قلوئی محفوظ ممکن ہے تقریباً طبی رہے، گو یہ اکثر بہت زیادہ ہو جاتا ہے کیونکہ اساس یافتوں سے خون میں منتشر ہو جاتے ہیں۔

مطرائی مرض (mitral disease) کے بہر میں زیادتی نفس کی وجہ سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کم ہو جاتا ہے لہذا قلی دمویت موجود ہوتی ہے (اب)۔ قلوئی محفوظ طبی ہوتا ہے، بشرطیکہ کوئی نہایت وسیع عام اڈیا موجود نہ ہو۔ آخر الذکر کی موجودگی میں ممکن ہے کہ قلوئی محفوظ کم ہو جائے۔

سرمد باقی اہمیت رکھنے والی دوسری حالتوں میں ترشہ دمویت موجود ہو سکتی ہے، یہ حالتیں کیتونیت، مزمن یا "ہناکتی" یوریا دمویت اور انسٹاج (eclampsia) ہیں۔ کیتونیت میں خون کے اندر ایسیٹو آکسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کا اجتماع ترشہ دمویت کا اولی سبب ہوتا ہے۔ یہ مرکز نفس کو تھج پہنچاتے ہیں، جس سے نفس زیادہ ہو کر کاربن ڈائی آکسائیڈ دھل کر خون سے باہر نکل جاتا ہے، اور ساتھ ہی قلوئی محفوظ بھی کم ہو جاتا ہے۔ لیکن کاربن ڈائی آکسائیڈ کی کمی تناسب کے ساتھ نہیں ہوتی، چنانچہ بالکل ابتدائی درجوں میں CO_2 میں کچھ زیادتی ناپی جاسکتی ہے۔ آخر درجوں میں تو مانکے آغاز کے زمانہ میں ممکن ہے کہ نہایت شدید

درجہ کی ترش دمومیت واقع ہو جائے (۲) ذیابیطس کے بیان میں کیتونیت پر مزید غور کیا جائے گا۔ یوریا دمومیت، اوزیائی التهاب، گردہ، التهاب، گردہ اور انشجاج کی ترش دمومیت بھی غالباً ثابت ترشوں کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، بالخصوص فاسفیٹ اور سلفیٹ روائوں کے اجتماع سے۔ یوریا دمومیت کے قوما کی ایک اصابت میں (۲) موت سے تھوڑے عرصہ پہلے ۷۲۷ pm تھا۔ نفاخ کی ایک اصابت میں جس میں کاربن ڈائی آکسائیڈ کا اعتبار تھا (۱) موت سے چند ہفتے پہلے جب کہ مریض کامل ہوش میں پلٹا پھرتا تھا ۷۲۳ pm تھا۔ پس یہ بہت مشکوک ہے کہ آیا ترش دمومیت بذاتہ یوریا دمومیتی قوما کا سبب ہوتی ہے، کیونکہ نفاخی مریض کا خون زیادہ ترشی تھا۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ قوما خون میں محبوس شدہ ترشی اشیاء کی زہریلی نوعیت کے باعث ہوتا ہے۔ اسی نظریہ کا اطلاق کیتونیت پر ہو سکتا ہے، کیونکہ اس حالت میں ایٹھوائسٹک کے سالمہ کی ساخت سے اس امر کی اچھی شہادت ملتی ہے کہ یہ بذاتہ ایک زہر ہے (Hurtley & Trevan)۔ طبی حمل میں اور ثانوی منقبض گردے (secondary contracted kidney) میں یوریا دمومیت طاری ہونے سے بہت پہلے قلوبی محفوظ کی قابل پیمائش کی واقع ہو جاتی ہے۔ کثیر قلوبی دمومیت میں اور گیس گسٹرین میں اور غالباً مختلف حموی حالتوں میں بھی قلوبی محفوظ کم ہو جاتا ہے۔

اگر قریباً معدی قلوبی ناسور (۲) ب کے ذریعہ معدہ سے ترش ضائع ہو جائے تو قلوبی محفوظہ بڑھ کر قلوبی دمومیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک ثانوی کیتونیت پیدا ہو جاتی ہے اسی طرح جس طرح کہ قلیاں بچکنے کے بعد اور قلوبی دمومیت کے باوجود پیشاب ترشی رہتا ہے (87) کیونکہ طبع ضائع ہو جاتا ہے (47)۔

خون کے Ca کو نسبت تنگ حدود کے درمیان رکھنے کے لئے مختلف میکانیہ پائے جاتے ہیں۔ گردوں کی راہ سے ترش دو طرح سے خارج ہوتا ہے: (۱)۔ اسبابی کے مقابلے میں ترشی فاسفیٹ کی زیادتی کی وجہ سے پیشاب خون کی نسبت

زیادہ ترشی رہتا ہے۔ (ب) ایونیا پیدا ہوتی ہے اور یہ ترشوں کے ساتھ مزوج ہو کر تعدیلی لمحات بنا دیتی ہے جو کہ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ پیشاب کی ایونیا بڑھ جاتی ہے۔ (ج) قلی بھی گردوں کی راہ سے خارج ہوتی ہے۔ یہ خالص قلی ہی بہرہ میں اور بلند ارتفاعات پر واقع ہوتا ہے جہاں CO_2 کا دباؤ بیش تنفسی کی وجہ سے گھٹ جاتا ہے (ا)۔ پھر گردوں کی راہ سے قلی صنایع ہوتی ہے اور قلی محفوظہ کم ہو کر قلی و مویہ گھٹ جاتی ہے۔ (د) قلی محفوظہ کا Ca کے تغیرات روکنے کا یہ فعل یافتوں سے مدد حاصل کرتا ہے جو ثابت ترشے اور اساسات لینے اور دینے کی طاقت رکھتی ہیں بلکہ ثابت ترشے تیار کرنے کی طاقت بھی مثلاً قلی مچھلنے کے بعد کیون اجام۔

تخصیص۔ سانس کا پھول جانا ترشہ و مویہ کی ایک قیمتی دلالت ہے۔ لیکن یہ امور ذیل کے باعث ہو سکتا ہے:۔ (الف) کسی عین کی احتیاج (ب) معکوس مثل کے طور پر جو کہ شاید اولی مرض قلب کی حالت میں ہوتا ہے جس میں تنفسی پمپ دوران خون کو مدد دیتا ہے۔ (ج) تنفسی مرکز کی مقامی تراش (د) ترشہ و مویہ خون میں کاربن ڈائی آکسائیڈ یا ثابت ترشہ کی زیادتی۔ (الف) مریض میں غالباً کبودی یا زراق ظاہر ہوگا۔ (ب) تنفس تیز ہوتا ہے اور مرض قلب کے علامات موجود ہوں گے۔ (د) درون بھی مرض کے علامات موجود ہوں گے مثلاً داغی زرق اور مریض غالباً بے ہوش ہوگا۔ (لا) جہاں اولی ضرر شش منقود ہو جو غالباً کاربن ڈائی آکسائیڈ کی زیادتی کے باعث ترشہ و مویہ پیدا کر دیتا ہے وہاں تنفس کی زیادتی غالباً خون کے اندر ثابت ترشہ کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے۔ تنفس اکثر آہستہ اور گہرے ہوتے ہیں۔ ثابت ترشہ کی مقدار کا صحیح ترین ناپ قلی محفوظہ کی است تخمین سے معلوم ہوتا ہے لیکن یہ بیشکل ایک سرسری طریقہ ہے۔ تین دوسرے طریقے استعمال کئے جاسکتے ہیں:۔ (۱) پیشاب کے ایک نمونے میں مجموعی نائٹروجن کے مقابلہ میں ایونیا نائٹروجن کی نسبت کی تخمین کی جاتی ہے۔ طبی طور پر یہ ۲ تا ۵ فی صدی ہوتی ہے۔ ترشہ و مویہ کی شدید اصابتوں میں ۲۰ تا ۴۰ فی صدی کی قدریں حاصل ہو سکتی ہیں۔ (۲) جو فیزی

کاربن ڈائی آکسائیڈ کی پیمائش کسی آل سے کی جاتی ہے، مثلاً فراٹی ڈیریشیا کے کاربن ڈائی آکسائیڈ میٹریک پیما (Fridericia's CO_2 tensimeter) سے جس میں ایک تختین تقریباً دس مٹھ لیتی ہے۔ (۳) سوڈیم بائی کاربونیٹ کی وہ مقدار معلوم کی جائے جو پشاپ کو لیمس کے لئے قلوئی بنانے کے لئے براہ دہن بنی پڑے۔ اس کے لئے معمولی اشخاص میں پانچ گرام کافی ہوتے ہیں۔ جب قلوئی محفوظ کم ہو جائے تو نسبت زیادہ مقدار کی ضرورت ہوتی، اور اس کی شناخت کے لئے بستہ ریج بڑھتی ہوئی مقداریں تین یا چار چار گھنٹوں کے فاصلوں سے دی جائیں (Sellards)۔

یہ نہایت ضروری ہے کہ کیتونیت کے (جس میں ثابت ترشوں کی نوعیت معلوم ہوتی ہے) اور دوسری حالتوں کے درمیان جن میں قلوئی محفوظ کی گئی اور ترشہ دمویت ہوتی ہے، واضح فرق کیا جائے۔ پشاپ میں فیکر کلورائیڈ لائی سے جھاگنی جیسا بھورا رنگ، اور انھیرا (Rothera) یا لیگل (Legal) کے کاشغوں سے ارغوانی رنگ ظاہر ہونے سے، نیز سانس میں اسیٹون کی بوٹنے سے کیتونیت کی تشخیص بہ آسانی ہو سکتی ہے۔ کیتونیت کی موجودگی ہمیشہ جسم کے اندر قابل حصول کاربوائیڈ ریٹ کی کمی کی وجہ سے نہیں ہوتی، کہ جس سے ترشہ سمیت کاربوجان ہوتا ہے۔ وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں دینے سے پیدا ہو جاتی ہے، جو قلی دمویت پیدا کر دینے کاربوجان رکھتا ہے۔

علاج۔ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ یہ مشکوک ہے کہ ترشہ دمویت یا اس کا کس حد تک موت کا سبب ہوتی ہے۔ لیکن جب وہ قلوئی محفوظ کی گئی کے ساتھ موجود ہو تو ہمارے علم کی موجودہ حالت میں اس کا ازالہ کرنا ہی مسترین عقل ہے۔ اس مقصد کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ یا سوڈیم سائٹریٹ ایکٹ ایک ڈرام کی مقداروں میں ہر دو مرتبے گھنٹے براہ دہن دیا جاسکتا ہے۔ حادثہ صابونوں میں عقیقہ دونی صمدی سوڈیم بائی کاربونیٹ کا دروں وریڈی اشراب کیا جاسکتا ہے۔

جہاں یہ سمجھا جائے کہ سریری حالت خون کے اندر مسموم کی موجودگی

کی وجہ سے ہے، وہاں ان سموم کی پیدائش کو روکنا (ملاحظہ ہو کیتونیت کے تحت) اور ان کے اخراج میں آسانی پیدا کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو ذیابیطسی تو ما کا علاج)۔

امراض طحال

طحال شکم کے بالائی حصے میں بائیں جانب واقع ہے، اور پسلیوں سے بالکل چھپی ہوئی ہوتی ہے۔ تندرستی میں اس کے قتل وقوع اور بیماری کی تشخیص محض بندیدہ قرع کی جاسکتی ہے۔ بائیں زیرین خلیے میں نویں، دسویں اور گیارہویں پسلیوں اور مشمولہ فضاؤں میں اہمیت پائی جاتی ہے۔ سامنے یہ اہمیت اس خط سے محدود ہوتی ہے، جو بائیں بھٹنی سے گیارہویں پسلی کی نوک تک کھینچا جائے، پیچھے وہ تقریباً اس خط تک پہنچتی ہے، جو عضلہ عریضہ ظہریہ کے اگلے حاشیے کے ساتھ مسلسل ہے۔ جب طحال بڑی ہو جاتی ہے تو وہ نیچے اور سامنے کے طرف پھیل جاتی ہے، اور اگر اس وقت جب کہ مرض گہری سانس لے نویں اور دسویں منٹلی کرویوں کے نیچے انگلیاں رکھی جائیں تو طحال کا حاشیہ ان کے ساتھ ٹکرائے گا۔ اگر کٹانی اور زیادہ ہو تو طحالی حاشیہ اس مقام پر واضح طور پر پسلیوں کے نیچے آجاتا ہے، چنانچہ وہ آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، اور کم و بیش شکم کے بائیں بالائی ربع میں واقع ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں طحال نیچے رباط پوپارٹ تک پہنچ جاتی ہے اور خط درمیانی کو ناف کے نیچے عبور کرتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ بائیں جانب اوپر ہی رہے۔ اگلی دیوار شکم میں سے قرع کرنے پر رومی ہوئی طحال ہمیشہ اہمیت ظاہر کرتی ہے۔ وہ زیرین پسلیوں کے عین نیچے سے نکلتی ہے اور اگلی دیوار شکم کے تماس میں رہتی ہے۔ بعض اوقات اس کی کور پسلیوں کے نیچے سے بروز کرتی ہوئی پیچھے کوکھ میں محسوس ہوتی ہے۔ اس کے اگلے حاشیہ میں اکثر ایک یا دو واضح کٹاؤں ملتے ہیں، اگر کٹانی بہت زیادہ ہو تو ممکن ہے کہ بائیں جانب میں ایک کھنچاؤ ہو یا وزن کا احساس ہو۔

مکن ہے کہ انفجارات کی تکوین یا اس سے پیدا ہو جانے والے گردِ طحالی، بلباب کی وجہ سے فرد موجود ہو، لیکن حیات کے ساتھ کی کلائیوں میں درد کوئی نمایاں خصوصیت نہیں ہوتی۔ طحال کے لاشعاعی امتحان کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 353۔

نیچیاقتی نقطہ نظر سے طحال ایک لٹنگی ترتیب رکھتی ہے اور اسکی شریانی رسد یا تو (۱) بالینجی جسامت کو جاتی ہے، جو محض چھوٹے لمغائی غدود ہیں، یا (۲) وریدی جو فلو کو اور علی ہذا القیاس وریدوں کو، یا (۳) لبت کو، اور پھر ویلوں کے مسات میں سے ہو کر براہ راست وریدوں کو وریدی جو فلوں میں داخل ہونے سے پہلے خون ہلیدلجی نما اجسام میں سے ہو کر گذرتا ہے، جو شریات پر واقع ہوتے ہیں، اور جن کا فعل دوسرے افعال کے علاوہ یہ ہے کہ وہ مصرعوں کے طور پر عمل کرتے ہیں اور لبت یا وریدی جو فلوں سے خون کو شریانی نظام کے اندر واپس نہیں جانے دیتے۔ لب ایک تشبک جال سے بنتا ہے، جس پر کثیر قطبی خلیے اور بڑے امیابی اکال خلیے واقع ہوتے ہیں۔ یہ تین صنفیں مرکب تشبکی دھرجلی نظام بناتے ہیں۔

طحال کے اہم افعال خون کے اندر کے اجام غریبہ کی غلوی اکالیت اور بے کار اور خستہ دموی جسامت کا اتلاف ہیں۔ لیکن طحال دموی جسم کو کم و بیش کرنے کا کام بھی کرتی ہے، اور لبت میں کے خون کو طحالی وریدوں میں اور ایکس طرح دوران خون میں موقعہ کے لحاظ سے بھیجتی رہتی ہے۔ چنانچہ مکن ہے کہ دورانِ نزف میں یا دورانِ ورزش میں یا حرارت میں تکشف ہونے پر (جب کہ تبریدی اغراض کے لئے جلد میں فاضل خون کی ضرورت ہوتی ہے) یا امتناع کے دوران میں طحال سکڑ کر اپنی طبعی جسامت کا پاؤ یا پل حصہ رہ جائے (25)۔ دورانِ مرض میں طحال کی جسامت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے، جس کی وجہ غالباً یہی کم و بیش کرنے کا فعل ہے۔

اب ان امراضیاتی تغیرات کا خلاصہ درج کیا جائے گا، جو طحال میں ممکن الوقع ہیں۔ ان کے علامات اور علاج کی بحث دوسری جگہ درج ہے۔

فعال (متلا) (active congestion)۔ طحال بہت سے حاد ساری

اعمال میں بڑی ہوجاتی ہے، خصوصیت کے ساتھ تپ معمولی، جھنجھٹا، ناکہ، ایگیو (ague) اور دوسرے طبعیاتی حمیات میں ذات الریہ، قلع الدم، خبیث الہتہاب وروں قلبہ (malignant endocarditis)، پریپورائٹل ریوی اور حاد مدرن میں جھنجھٹا سیہ (puerperal fever) سرخ پاؤہ (erysipelas) اور آتشک میں کیس قدر کم کلائی ہوتی ہے۔ عروق شعریہ اور وریدی خون سے متہد اور پڑھتی ہیں۔ طحالی لب متہم اور کبہ طحال متہد ہوتا ہے۔ موت کے بعد طحال سیاہ سرخ یا رخوانی رنگ کی اور نہایت نرم پائی جاتی ہے اور کب پانی کی رو سے آسانی سے ٹکڑا کر خارج ہوجاتا ہے۔ مینور (Muir) کے خیال کے مطابق طحال میں ساری اعمال سے حسبِ تلیہ تلیہ تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں:۔ لب کے خلیوں، بالخصوص غیر ذراتی زجاجی خلیوں اور درملی خلیوں کی شدید غلوی اکالی فعلیت، چنانچہ ان میں کثیر التعداد سرخ خلیے، اور تعدیل پسند سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ لب میں لمبی خلیوں کی موجودگی۔ مالفی جیسات کی یہ ظاہر کلائی اُن کے گرد کے خلیوں کے ہکاثر کے باعث۔

الہتہاب طحال (splenitis) اور گرد طحالی الہتہاب (perisplenitis)۔

ان میں سے بعض ساری حالتوں میں مرضی عملِ بریش و موت کے درجہ سے بڑھ کر حاد الہتہاب کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ زیگلر (Ziegler) کی رائے کے مطابق عروق اور لب کے اندر سپید خلیوں کی مقدار کثیر کے طے سے ظاہر ہوتا ہے۔ خراج عام الہتہاب طحال کا نہایت شاذ نتیجہ ہوتا ہے۔ الہتہاب طحال کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ کبہ کا الہتہاب، یعنی الہتہاب کیسہ (capsulitis) یا گنرہ طحالی الہتہاب (perisplenitis) ہو اور اس کے نتیجہ کے طور پر متعلقہ اعضا یا جدار شکم کے ساتھ انقباضات پیدا ہوجاتے ہیں۔ حاد یا مزمن الہتہاب کبہ بار بار امتحانات بعد المات میں پایا جاتا ہے اور اس کا وقوع اکثر بالخصوص حاد شکل میں ساری اعمال کی طرف متوجہ کیا جاسکتا ہے۔

سداومی مضغرات (embolic infarcts)۔ یہ اس ناکہ بریدی ذات کے انفراز کا نتیجہ ہوتے ہیں جو قلب کے مصراعوں سے یا اس کے کپھوں میں لٹا سے جدا ہو گئے ہوں۔ یہ مضغرات فائہ شکل یا مخروطی توڑے ہوتے ہیں جو ممکن ہے کہ

ایک بڑی جسامت حاصل کر کے طحال کا نصف یا دو ثلث حصہ پر کریں۔ یہی طحالی کلانی کا سبب ہوتے ہیں۔ ان میں لونی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو دوسری جگہ (صفحہ 813) بیان کئے گئے ہیں، اور یہ عفونتی اصابتوں میں فیزی ہو جاسکتے ہیں۔ بیض دمویت اور طحالی عدم دمویت کی طحالوں میں بھی مفعیات واقع ہو سکتے ہیں۔

دَرَنہ (tubercle)۔ یہ طحال میں عام تدرن کے جزو کے طور پر رماوی یا اکثر شوخ سرخ گرہوں کی شکل میں واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ چھوٹے مٹروں کی جسامت تک پہنچ جائیں، اور جو جرم کے طول و عرض میں اور اس کی سطح پر منتشر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ایک ایچ قطر تک کے بڑے زرد جینی تو دے پائے جاتے ہیں اور یہ طحالی کلانی پیدا کر سکتے ہیں۔

مزمن کلانی کے دوسرے اسباب۔ طیریا، گاحت (rickets)، پیدائشی آشک، مرض ابکن، اور احمر دمویت (erythraemia) میں معتدل درجہ کی کلانی دیکھی جاتی ہے۔ آشکی صفیہ (syphilitic gumma) شاذ ہوتا ہے، لیکن بیض دمویت میں، بالخصوص گتاوچر (Gaucher) کی قسم کی بیض دمویت میں، رضیسی کا ذب بیض دمویتی عدم دمویت (infantile pseudo-leukæmia) میں، کلانی طحالی کہبت (splenomegallic cirrhosis) میں، کالالا آزار میں اور مصری کلانی (Egyptian splenomegaly) میں سب سے زیادہ بڑی جسامت ہو جاتی ہے، اور ان سب میں ممکن ہے کہ طحال شکم کے ایک بڑے حصے کو پر کرے۔ کمیستی دوبرہ اور نزف سے پیدا ہو جانے والے پراسنے دموئی دوبرے بھی کبھی کبھی کلانی طحالی پیدا کر دیتے ہیں۔ بالآخر بڑی طحالوں کا ایک مختلف الانوع گروہ ہے، جو عدم دمویت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس میں سے بہتوں کو طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا نام دیا گیا ہے۔

ان کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے (30):—

(۱) کلان طحالی معدہ گردہلیا جی نما نزف اور گردہلیا جی جلدیت کے (splenomegaly with peri-ellipsoidal hæmorrhages and

(nodular siderosis) - تراشیدہ سطح پر متعدد بے قاعدہ شکل کی لوہا اور چونا مشمول رکھنے والی زردی مائل بھوری گرہیں ہوتی ہیں جو قطر میں ایک انچ سے لے کر کئی ملی میٹر تک کی ہوتی ہیں۔ نیز چھوٹے گول یا بیضوی نزفات ہوتے ہیں۔ گرہیں اور نزفات دونوں پلیٹی خا اجسام کے گرد واقع ہوتے ہیں اور طحالی لب کے اندر ان منتشر بے قاعدہ نزفات سے بے آسانی متفرق کئے جاسکتے ہیں جو کلاں طحالی کی تمام اقسام میں عام ہوتے ہیں۔ لیکن ہے کہ یہ گرہیں محض نزفات کا آخری نتیجہ ہوں، لیکن اس سے بھی زیادہ اس کا امکان ہے کہ یہ سرایت (ایک فطرت یا ایک جسمی شری) کے باعث ہوں (31)۔ (۲) بے صفرا بولی سرطان (acholuric jaundice) جو پہلے ایک جداگانہ مرض کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے۔ (۳) وہ کلاں طحالی جو کہ طحالی یا بائی وریڈوں کی حلقیت کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ کلاں کا اولی سبب حلقیت معلوم ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ وریڈ کی دیوار کے انحطاط یا انقباض کے باعث ہو۔ طحال لب کی بڑی بیش پر روشن اور ساتھ ہی وسیع منتشر لیفیت ظاہر کرتی ہے۔ (۴) خالص طحالی بلیش (سپلیکس splenic hypertrophy) جس کے ساتھ لیفیت ہویا نہ ہو اور جس سے بوجہ زیادہ دیگر آلات کے عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ (۵) لیفنی غلئی انحطاط ("fibro-adénie") جیسا کہ بینٹی (Banti) نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک نہایت شاذ حالت ہے بشرطیکہ یہ اس ملک میں ہوتی ہو۔ مرض بینٹی کی اصطلاح کا اطلاق طحالی عدم دمویت کی ان اصابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں جگر کچھ عرصہ کے بعد اکھب ہو جاتا ہے۔ (۶) طحال کی شبکی درحلی بلیش نیز روشن (reticulo-endothelial hypertrophy) وہ حالت ہے جس میں لب کے لولی و عرض میں اور وریڈی جو فوں میں بڑے بڑے درحلی خلیے منتشر ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کے کچھ نتائج میں مزمن سرایت، قتل قلب اور مزمن بائی کہیت سبب مرض ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ غلئی است میں لیا ہوا موجود ہوں۔ جب درحلی خلیے بہت صریح ہوں تو اس مرض کو غلئی مزمن کا ذکر کہتے ہیں اور بعض اصابتوں میں شبکی درحلی مٹکا اثر اس قدر افرات کے ساتھ ہوتا ہے کہ

اس سے حقیقی سلیجی کمون کا گمان پیدا ہوتا ہے۔
مندرجہ ذیل تین شاذ امراض کو شبکی درحلی نظام کے امراض کے نام سے جماعت بند کیا جاتا ہے۔

گاؤچر (Gaucher) کا مرض - طحالی تغیرات کے علاوہ جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں، شبکی درحلی پیش پرورش کے مثالی نغلیات لب غظام، لثنی گریہوں اور جگر میں پائے جاتے ہیں، جو کہ نہایت ہی بڑھے ہوئے ہیں۔ مرض زمانہ شیرخواری میں یا بچپن میں غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے اور نہایت ہی مزمن ممر اختیار کرتا ہے۔ نزف اور عدم دمویت اس سے کم نمایاں ہوتے ہیں کہ بھٹنے طحالی عدم دمویت میں کہ جس کے ساتھ زمانہ ماضی میں یہ جماعت بند کیا گیا ہے۔ اوپری غدے بڑھے ہوئے نہیں ہوتے۔ جلد ملکن ہے بھوری ہو، اور لمٹھات کی ایک عجیب زردی مائل فائدہ نداد بازت پائی جاتی ہے، جو کہ قرنیہ کے دونوں جانب دیکھائی دیتی ہے۔ ہڈیوں پر لمبی تغیرات کا اثر لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھا گیا ہے۔ تشخیص کلانی طحال اور دوسری علامات پر منحصر ہوتی ہے۔ طحالی کچوکا ممکن ہے خطرناک ہو۔ طحال برآری نہایت ہی یقینی علاج ہے، لیکن شرح اموات کی مقدار بڑھتی ہے۔

ٹائیملین اور پیک (Niemann-Pick) کا مرض - شبکی درحلی نظام کے بڑے خلیات لپائیڈ پر مشتمل ہوتے ہیں اور "کف دار" نظر آتے ہیں۔ یہ مرض تقریباً تمام تر نوع مریدہ دی بچوں میں ہوتا ہے، اور زیادہ تر عورت بچوں میں، اور وہ غذا دی کے اختلالات سے شروع ہو کر جلد ہی خوار اور بن روایت سے ہلاکت واقع کر دیتا ہے۔ طحال، جگر اور لثنی گریہیں بڑھی ہوئی ہوتی ہیں۔ عیواری لونیت، عدم دمویت اور متدل ابیض خلویت موجود ہوتی ہے۔

ہینڈ اور کرسچین (Hand-Christian) کا مرض - لپائیڈ نغلیات اجتماعات خاص طور پر چٹنی ہڈیوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب حجم میں موجود ہوں تو محو راہین، جو کہ بنا اوقات یک جانی ہوتا ہے، اور ذیابیطس پیدا کرتے ہیں، جو کہ ایک نمیز علامت ہے۔ یہ ابتدائے طفولیت میں واقع ہوتا ہے اور قرینیت

نزقات اور کسور عام ہوتے ہیں۔

امراض نظام لمفائیہ

نظام لمفائیہ جن امراض سے متاثر ہو سکتا ہے ان کی اکثریت عروق لمفائیہ کے اندر کوئی شے غریب، مثلاً خرد و عصفویہ، سلی خلیات، یا کوئی حبائذ ذرات اور بعض امراض کے زہر (جو ممکن ہے کہ بالآخر خرد و عصفوی نوعیت کے ثابت ہوں) داخل ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس سے یا تو حاد التهاب پیدا ہوتا ہے یا غده سے میں اسی نوعیت کا تغیر پیدا ہو جاتا ہے جو کہ شے غریب سے منع میں ہوتا ہے۔ ان تغیرات کی مثالیں اس کتاب میں شروع سے آخر تک پھیلی ہوئی ہیں۔ التهاب لمفی عروقی میں لمفی عروق عصفوی زہروں کے نتیجہ کے طور پر بہت ہو جاتے ہیں۔ لمفی عروق کا تسدو بالیہ کا نتیجہ ہوتا ہے یا حاد یا مزمن التهاب کی وجہ سے انداب ہو جائے گا۔

456

مرض ہاجکین

(Hodgkin's disease)

نجیث لمفی غدی سلعہ، لمفی ذہاقی سلعیت، کاذب بیض دموت

(LYMPHADENOMA MALIGNA, LYMPHOGRANULOMATOSIS,

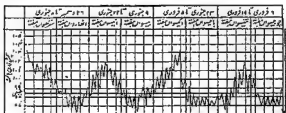
PSEUDO-LEUKEMIA)

ولکس (Wilks) نے اس مرض کو ہاجکین کے نام سے موسوم کیا جس نے ۱۸۳۲ء میں غدو لمفائیہ کی کلائی کی اصابتوں کا ایک سلسلہ ابتداء بیان کیا جس میں طحال کے اندر ایک مخصوص قسم کا جماؤ ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ مرض ہاجکین ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ نصف اصابتیں تیس اور پالیس سال کے درمیان اور ایک تہائی اصابتیں شیرخواری سے لے کر بیس سال کی عمر تک ہوتی ہیں عورتوں کی

نسبت مرد و چند مبتلا ہوتے ہیں۔ مرض آجکے کے لمفی غدی سلمیٰ غد و در نہ سے ماؤف ہو جائے کار جھان رکھتے ہیں۔ اور یہ دونوں حالتیں زمانہ گذشتہ میں اکثر خلط ملط کر دی گئی ہیں (82)۔

مرضی تشریح۔ ماؤف غد و لمفائیہ تراشنے پر ہلکے رماوی یا رماوی سفید ہوتے ہیں۔ خرد بینی امتحان پر ان کے تمثیلی خصائص یہ ہیں:۔ چھوٹے غفرتی خلیے معد ایک دو یا زیادہ نواتوں کے ایوسین پسندامیض خلیے اور لیفیت۔ طحال عموماً معمول کی نسبت بڑھ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کا وزن پانچ



شکل ۵۵۔ مرض آجکے میں مزین تپ ناکہ

تک پہنچ جائے۔ وہ معتدل طور پر سخت ہوتی ہے اور تراشنے پر متعدد سفید یا زردی مائل رسولیاں ظاہر کرتی ہے، جن کا قطر $\frac{1}{16}$ سے $\frac{1}{8}$ انچ تک ہوتا ہے اور جو اس کے جرم کے طول و عرض میں منتشر ہو کر ایسا منظر پیدا کرتی ہیں جس کیلئے ”سخت سٹکی ہٹونی سکیا“ (”Hard-bake”) کی موزوں تشبیہ استعمال کی گئی ہے۔ یہ رسولیاں بالکیمی جسامت سے پیدا ہوتی ہیں۔ ایسی ہی رسولیاں جگر یا گردوں کے اندر یا لوزتین میں، یا بلعوم معدہ اور آنت کی جراثیم میں منتشر شدہ پائی جاتی ہیں۔ اگر کہیں پیچیدگیوں میں بھی موجود ہوتی ہیں، اور پٹیورا اور دوسری مصلیٰ اغشیہ کے سیجے بھی نرم گلابی مائل رماوی پیٹے تو دسے پاسے گئے ہیں۔ بڑیخ اور جیسے پر بھی حملہ ہوا ہے۔ اور اکثر لب عظام بھی ماؤف ہو کر ایک سرخی مائل رماوی

تیم متودہ مادہ میں متغیر ہو جاتا ہے، یا زرد، یا مدی، یا سفید گر کہیں ظاہر کر لے ہے۔
 امراضیات - فاعلانہ بالیدگی پانے والے غد کی تعلیقات کا اثر اب
 دروں دماغی طور پر تر خوشوں میں کیا جائے تو نامہ آمہنگی اور اس کے ساتھ عضلی تھواری
 اور شنجی چال پیدا ہوتی ہے اور یہ ایک قیمتی حیاتیاتی کاشفہ ہے، گو کہ مزمن غد
 اور ایسے غد جن کا لاشعاعی علاج کیا گیا ہو منفی نتائج دیتے ہیں (46)۔ یہ امر نہایت
 عجیب ہے کہ کتبہ دریم کے حیاتیاتی خواص بھی یہی ہوتے ہیں۔ باجک کے غد کی تعلیقات میں
 ابتدائی اجسام مثلاً گاؤچیک کے پیشینی اجسام (Paschen bodies) دیکھے گئے ہیں
 جو ایما کرتے ہیں کہ یہ ایک قشبی مرض ہے۔

علامات - مرض کے خاص سریری خصایص لمفائی غد کی کلانی اور عدم موت
 ہیں۔ عموماً لمفائی کلانی پہلے واقع ہوتی ہے اور یہ تغیر بیشتر اصابتوں میں ممتدی غد
 کے اندر شروع ہو کر ازاں بعد فعل اور جنگا سے کے غد کو موقوف کر دیتا ہے۔ یہ غد
 بے قاعدہ اور مختلف الجسامت گر کی تودے بنا دیتے ہیں جو کمبوتر کے انڈے یا
 مرغی کے انڈے کے برابر ہوتے ہیں اور بالعموم سخت، عموماً غیر متناہم ہوتے ہیں، اور
 ابتداً جلد کے نیچے ایک دوسرے پر آزادانہ تحریک پذیر رہتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے
 کہ وہ باہم منضم ہو جائیں، لیکن ان میں تسبیح شافہ ہے۔ واسطی غد متاثر ہو جاتے
 ہیں جیسا کہ لاشعاعوں کے ذریعہ پتہ چلتا ہے، اور بعض اوقات واسطی سایہ کا چوڑا
 ہو جاتا، مرض کی پہلی شہادت ہوتی ہے (صفحہ 15 جب صفحہ 308)۔ ماسار یقی اور
 خلف الباریطون غد بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے خطوں میں
 غد کی بالیدگی ایسی ہو سکتی ہے کہ جس سے متصلہ اعضا پر خطرناک دباؤ پڑ سکتا
 ہے۔ یہ اعضا یہ ہیں، گردن میں، حجرہ مقبستہ الریہ، اور مری، اور صدر میں، بڑی
 وریدیں اور بازو گرد اعصاب کبھی کبھی ہڈیاں موقوف ہو جاتی ہیں، لیکن ان میں کسر
 واقع ہونے کا وہ رجحان نہیں جوتا جیسا کہ سرطانی حملہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ ممکن
 ہے کہ نخاع پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے، یا بغیر کسی ظہر سبب کے پانالچ (paraplegia)
 واقع ہو جائے۔

بالعموم طحال کی کلانی صرف متدل درجہ کی ہوتی ہے۔ وہ یا میں منسلک جاتی ہے

قدر سے نیچے پروزکراتی ہے، یا شکم کے بائیں بالائی رُج میں واقع ہوتی ہے، اور شاذی اُس جسامت کو پہنچتی ہے جیسی کہ لہی خلوی بیض و مویت میں دیکھی جاتی ہے۔ ثانوی عدم و مویت، نسبتاً عاجل نمایاں علامت ہے۔ اور شدید اسبابوں میں برقلموں غلیات اور نوات وارسرخ غلیات دیکھے جاتے ہیں۔ ابیض غلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور جب غد و ممول سے زیادہ نرم ہوں تو وہ مٹی کی ٹلی میٹر... ۵ یا ۲۰ تک پہنچ جاتے ہیں۔ لیکن عام طور پر یہ زیادتی صنف ہوتی ہے۔ یہ کثیر الاشکال غلیات کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے، جو کہ عام طور پر فی کمب ٹلی میٹر... ۵ سے اوپر ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۴۲)۔ اور ایک قیمتی تکتہ تشخیص ہے۔ لیکن بعض اوقات قلت غلیات ابیض پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات جلدی لونیت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ کلاہ گردہ کے قشرہ کے فعل میں مداخلت کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ کبھی کبھی شدید خارش (pruritis) مع حکاک (prurigo) کے، جو کہ تشخیص کا ایما کرتا ہے، اور غلہ اور جلد کی ملغی غلای سلجی در زیر شش واقع ہو جاتی ہے۔

تب۔ جب عیق غد داؤف ہوتے ہیں تو تب ناکس موجود ہو سکتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۵) جو کہ دیگر ناکس تپوں سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ اس مرض میں مدت علالت نسبتاً طویل ہوتی ہے، جو پچاسی فی صدی اسبابوں میں پندرہ اور جیس دن کے درمیان اور ہر انفرادی اسابت کے لئے خامی مستقل ہر کرتی ہے [(28) مرض پیل ابشٹین = (Pel-Ebstein's disease)]۔ تب کا مسلسل ہونا بھی ممکن ہے۔

جلد ہی کیفیت کمزوری دیکھنے میں آتی ہے، اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے عدم و مویت کے اثر زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے ہر موجود ہو نیز کچھ عرصہ میں جوارح زیریں کا آؤ زیادہ واقع ہو جاتا ہے، اور شاید اُس کے ساتھ ہی تشنگی، شکی، نامردی، انقباض، استسقاء، الصدر ہو سکے۔ اور جیسا کہ دوسرے شدید دموئی امراض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ناک یا مسوڑھوں سے یا جلد کے نیچے زخافات واقع ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ جماؤ تقرح پیدا کر کے جلد میں سے نکل آئیں۔ بالآخر

خستگی، اختصاص، زنف، دماغی احتمال، قویا تشبیحات سے، یا ذات الریہ، ذات الحجب یا آذینائے کشش سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ لیکن ہے کہ باجکین کے مرض غد کے ابتدائی درجہ کو کلی کلائی غد سے تمیز کرنا مشکل ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بالیدگی غد کے ایک ہی گروہ تک محدود ہو۔ لیکن دینی غد باہم الجھے ہوئے کار جہان رکھتے ہیں۔ اور مرض باجکین میں غد عموماً علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ ورنہ عموماً غد کے ایک ہی گروہ کو ماؤف کرتا ہے۔ اور مرض باجکین میں تغیرات بالآخر وسیع ہوتے ہیں۔ نو مایہ (neoplasm) اور غدی بخار (glandular fever) میں جو غدی کلائی واقع ہوتی ہے اس کو متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔ آخر الذکر میں یک نواتی خلویت ہوتی ہے، اور باجکین کے مرض میں جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے کثیر الاشکال نواتی ایمن خلویت ہوتی ہے۔ سینہ کا لاشعاعی امتحان اور گارڈن کا حیاتیاتی کاشفہ بھی بیان کئے جا چکے ہیں۔ مذکورہ بالا قسم کی پیش ناکہ مرض باجکین کی تائید میں ایک قوی دلیل ہے۔

علاج۔ بعض امیبتوں میں سنگلیا بہت مفید ثابت ہوئی ہے۔ اسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، یہاں تک کہ لائیکوآرینی کیلیس (liquor arsenicalis) کے ۵ قطرے روزانہ تین بار لئے جائیں۔ آر سینیو بینزال (arsenobenzol) اور نوو آر سینیو بینزال (novarsenobenzol) بھی شہقت بخش ہیں۔ عینق لاشعاعی علاج کے ذریعہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ فوری نتائج اچھے ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے جاؤ غائب ہو جاتے ہیں۔ اگر مرض پہلے چند مہینے زندہ رہتے تھے تو اب وہ چند سال تک زندہ رہتے ہیں۔ گارڈن کے قتب کے ذریعہ جدیدی علاج ابھی تک تجرباتی درجہ میں ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 O. S. Gibbs .. 1924 *Quart. Journ. Med.*, 17, p. 312.
- 2 R. V. Christie, G. Lovell Gulland and others .. 1927 *Q. J. M.*, 20, pp. 471-510.
- 3 J. M. H. Campbell .. 1922 *Brit. Journ. Exp. Path.*, 3, p. 217.
- 4 C. Price-Jones .. 1922 *Journ. Path. and Bact.*, 25, p. 487.
- 5 C. C. Ungley and G. V. James .. 1934 *Quart. Journ. Med.*, 3, p. 523.
- 6 A. Goodall .. 1932 *Lancet*, ii., p. 781.
- 7 E. Starkenstein .. 1928 *Klin. Woch.*, 7, pp. 217, 267.
- 8 E. Bulmer .. 1933 *Lancet*, i., p. 1119.
- 9 N. H. Fairley and H. H. Scott .. 1933 *Lancet*, i., p. 75.
- 10 S. J. Hartfall .. 1934 *Lancet*, i., p. 620.
- 11 F. W. Madison and T. L. Squier .. 1934 Quoted *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 29.
- 12 A. C. Hampson .. 1929 Personal Communications.
- 13 K. Faber .. 1927 *Lancet*, ii., p. 901.
- 14 L. J. Witts (Goulstonian Lectures) .. 1932 *Lancet*, i., p. 495, 549, 653.
- 15 L. G. Parsons .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 631.
- 16 A. C. Hampson and E. C. Warner .. 1930 *Arch. Dis. in Childhood*, 5, p. 299.
- 17 J. F. Wilkinson and W. Brockbank .. 1930-31 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 219.
- 18 R. D. Passery .. 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, p. 329.
- 19 A. F. Hurst .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 93.
- 20 Review on Diseases of Blood .. 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 476.
- 21 S. C. Dyke .. 1924 *Lancet*, i., p. 1048.

- 22 S. P. Bedson .. 1929 Personal Communication.
- 23 R. L. Waterfield .. 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78, p. 265.
- 24 Mildred Warde .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 599.
- 25 J. Barcroft .. 1925 *Lancet*, i., p. 319.
- 26 Review on Blood Circulation, etc. .. 1922 *Med. Sci.*, 5, p. 496.
- 27 G. A. Sutherland and B. Williamson .. 1925 *Lancet*, i., p. 323.
- 28 A. J. Hall and J. S. C. Douglas .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 16, p. 22.
- 29 H. C. Gram (quoted from) .. 1921 *Med. Sci.*, 3, p. 369.
- 30 J. W. M. Mcnee .. 1929 *Glasgow Med. Journ.*, 111, p. 65.
- 31 J. Fawcett and A. G. Gibson .. 1928 *Lancet*, i., p. 1171.
- 32 H. D. Rolleston .. 1925 *Lancet*, ii., p. 1209.
- 33 L. J. Witts .. 1930 *Guy's Hosp. Rep.*, 80, p. 253.
- 34 R. S. Harrison .. 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81, p. 215.
- 35 F. L. Knott and W. L. Watt .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 991.
- 36 J. Bamforth and J. L. Edwards .. 1933 *Lancet*, i., p. 857.
- 37 M. Maizels and C. B. Arthur .. 1929-30 *Quart. Journ. Med.*, 23, p. 171.
- 38 F. Parkes Weber .. 1933 *Lancet*, i., p. 800.
- 39 H. L. Tidy .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1073.
- 40 W. Cramer .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1332.
- 41 W. W. Payne and R. E. Steen .. 1929 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1150.
- 42 J. W. Pickering .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1239.
- 43 A. Szent-Gyorgi .. 1934 Personal Communication.
- 44 J. Venables .. 1934 *Lancet*, i., p. 108.
- 45 J. R. Marrack (Modified) .. 1929 *Lancet*, ii., p. 512.
- 46 M. H. Gordon .. 1934 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 27, p. 1035.
- 47 R. A. McCance .. 1936 Goulstonian Lectures.

تھول اور اندرونی افراز کے امراض

اساسی تھول

(THE BASAL METABOLISM)

(اساسی تھولی شرح = basal metabolic rate)

یہ طریقہ بالخصوص مشتبہ درقی مرض اور قرہ ہی میں بیش درقیت اور ناقص درقیت کی تشخیص کے لئے نیز ایک امابست کی رفتار اور علاج کا اثر ظاہر کرنے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اساسی تھول سے وہ حرارت مراد ہے جس کو ایک فرد وقت کی ایک اکائی میں معیاری حالات کے تحت خارج کرتا ہے، یعنی اس وقت جبکہ وہ آخری کھانسنے کے کم از کم بارہ گھنٹے بعد پیٹ کے بل چپ چاپ لیٹا رہے اور کوئی عضلی حرکت نہ کرے۔ زمانہ حال تک یہ قدر اخذ کردہ آکسیجن اور خسارہ کردہ (CO₂) کی مقدار پر سے بالواسطہ حساب کی گئی ہے۔ زنتز (Zuntz) اور شمبرگ (Schumburg) کے مندرجہ ذیل اعداد استعمال کئے گئے ہیں اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ غذائیں پروٹین معمولی مقدار میں موجود تھیں (10):—

تنفسی حاصلات تقسیم	حرارت فی لیٹر آکسیجن
(respiratory quotients)	(calories per 1 litre of oxygen)
۰.۷۷۲	۴۷۹۶
۰.۷۷۵	۴۷۷۱
۰.۷۸۰	۴۷۷۷
۰.۷۸۵	۴۷۸۳
۰.۷۹۰	۴۷۸۹

تنفسی حاصلات تقسیم وہ نسبت ہے جو خارج کردہ (CO₂) کے حجم اور اخذ کردہ

آکسیجن کے حجم کے درمیان ہوتی ہے۔ ان اعداد پر سے اُس فرد کی حرارت کی فی گھنٹہ یا فی چوبیس گھنٹہ برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے اور اس کا اسی جامنت کے طبعی اشخاص کی اوسط پیدائش حرارت کے ساتھ مقابلہ کیا جاتا ہے یہ فرض کرتے ہوئے کہ اسی عمر اور صنف کے تندرست اشخاص میں حرارت کی برآمد جسمانی سطح سے متناسب ہوتی ہے۔ چنانچہ قد کو سنٹی میٹروں میں اور وزن کو کلو گراموں میں ناپنے کے بعد شکل ۵۶ سے سطحی رقبہ مربع میٹروں میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔

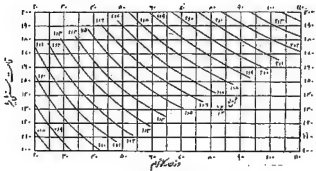
جدول ۵۷۔ طبعی تحول کے معیار

جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ اوسط حرارت (Du Bois) (۵)

عمر	مرد	عورت
سال	حرارت	حرارت
۱۲ تا ۱۹	۲۶.۵	۲۳.۵
۱۹ + ۱۹	۲۳.۵	۲۰.۵
۲۰ + ۱۸	۲۱.۵	۲۸.۵
۲۰ + ۲۰	۲۹.۵	۲۶.۵
۲۰ + ۳۰	۲۹.۵	۲۶.۵
۳۰ + ۴۰	۳۸.۵	۳۶.۵
۴۰ + ۵۰	۲۶.۵	۲۵.۵
۵۰ + ۶۰	۳۶.۵	۳۲.۵
۶۰ + ۷۰	۳۵.۵	۳۳.۵

نیز جدول ۵۷ سے مختلف عمروں کے طبعی مردوں اور عورتوں کی جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ حراری برآمد معلوم ہوتی ہے۔ اگر دریافت شدہ قد کا حساب لگائی جڑی قدر سے ۱۰ فی صدی سے زائد اختلاف نہ رکھے تو تحول کو طبعی سمجھنا چاہئے۔ تاہم آدمی میں حرارت کی پیدائش کے حالیہ مطالعہ سے یہ پایا گیا ہے کہ زائچہ اور شمیرک کے اعداد میں نظریہ پر مبنی ہیں (یعنی یہ کہ منفی حاصل تقسیم کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وہ نسبت ظاہر کرتا ہے جو کہ جسم میں جل رہی ہے) وہ

تجربہ و اوقات کے ساتھ مطابقت نہیں کرتا۔ بلکہ یہ فرض کرنا پڑتا ہے کہ اساسی حالات کے تحت کاربوہائیڈریٹ اور شحم ہمیشہ تقریباً ۱ اور ۱/۲ کی مستقل نسبت میں ملتے ہیں اور یہ کہ بلند حاصلات تقسیم پر کاربوہائیڈریٹ شحم میں بہرمان طور پر تبدیل ہوتا رہتا ہے، اور نسبت حاصلات تقسیم پر اس کے مخالف تبدیلی جوتی رہتی ہے۔ اس سے



شکل ۵۔ اس خاکے سے جسم کی سطح کی تعیین مربع میٹروں میں کی جاسکتی ہے اس وقت جب کہ مقدار وزن معلوم ہوں (Du Bois)۔

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کاربن ڈی آکسائیڈ اے خود اساسی تحول کا ناپ ہے، اور آکسیجن جزوی طور پر احتراق سے متعلق ہے اور جزوی طور پر تبدیلی سے۔ کاربن ڈی آکسائیڈ کو ناپنے کا آسان ترین طریقہ یہ ہے کہ مریض ایک بڑے مقیاس کی وساطت سے (جس کا ایک چکر ۵ لیٹر ناپتا ہو) بیرونی ہوا میں مسلسل سانس لے تاکہ دیوی ترویح حاصل کی جائے۔ اور وقتوں کے ساتھ مخلوط زخیری ہوا کے نمونے لئے جاتے ہیں تاکہ CO_2 کی مقدار فی صدی معلوم کی جائے جس سے کاربن ڈی آکسائیڈ کی فی منٹ

برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے۔ اس کا مقابلہ اس CO_2 سے کیا جاتا ہے جو کہ صفحہ ۴ کی قانون نمکاکرشن (nomogram) کو استعمال کرتے ہوئے وزن، عمر اور صنف سے دریافت کی جاتی ہے ایک مستقیم کنارہ دئے ہوئے وزن سے لے کر دی ہوئی عمر تک خاکے کے دار پار رکھ دیا جاتا ہے، اور وہ اوسط اساسی CO_2 خط کو مطلوبہ عدد پر کاٹتا ہے، اور اس سے ہر چوبیس گھنٹے کے لئے اساسی حرارے بھی معلوم ہو جاتے ہیں جب کہ غذا تجویز کرنی مقصود ہو تو CO_2 کی طبعی حدود اس نقطہ سے بائیں طرف آؤں وائیں طرف اضعی طور پر جا کر حاصل ہوتی ہیں۔ تحول قدر سے کچھ نسبت نہیں رکھتا (1)۔

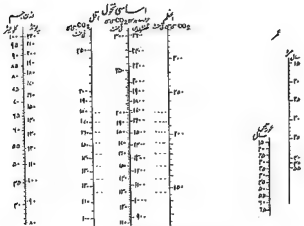
خاکہ کے دوران میں یا اس وقت جب کہ غذائی رسد کم ہو جانے سے قلب تغذیہ ہو، اساسی تحول میں کمی پیدا ہو جاتی ہے۔

ذیابیطس شکرى

(DIABETES MELLITUS)

ذیابیطس شکرى وہ مرض ہے جس کا تمیز خاصہ یہ ہے کہ پیشاب میں شکر (گلو کو زیاء کیٹوز) مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے۔ اس مرض کا سبب حسیابہ شکر مرض کا ناقص فعل ہے جس کا موزوں طلق یہ ہے کہ انسولین کا باقاعدہ استعمال کیا جائے۔ شکر کے اخراج یعنی شکر بولیت (glycosuria) کے ساتھ اکثر پیشاب بھی بڑی مقداروں میں آتا ہے (کثرت بول) اور یہی علامت جو ایک نمایاں علامت ہے، ذیابیطس کی وجہ قسمیہ ہے (ذیابیطس ایک یونانی لفظ ہے جس کے معنی "بیچ میں سے گزر جانا" ہے)۔ کثرت بول بلا شکر بولیت بھی بہت سی حالتوں میں پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک خاص شکل جس کو ملیخ ذیابیطس (diabetes insipidus) کہتے ہیں، آئندہ بیان کی جائے گی۔

بحث اسباب - ذیابیطس شکرى کی بہت سی اصابتوں میں کسی تبیی عامل کا پتہ نہیں چلتا۔ لیکن بعض متقین عاملات ایسے ہیں جو مرض کے



قانونی تناسب اساسی تول حرارت کے لئے۔

اگر W ہے پوند پر ایک ٹکڑے کی وزن ہے (54)۔
(پوند 460)

حملہ کے لئے سازگار ہوتے ہیں۔ ذیابیطس یہودیوں میں بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ موروثی ہو یا اسی خاندان کے بھائیوں اور بہنوں میں ہو۔ موثری ذیابیطس نہایت خفیف ہو سکتا ہے، لیکن اکثر وہ متوالی نسلوں میں زیادہ خطرناک ہو جانے اور نسبتاً ابتدائی عمر میں شروع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ ذیابیطس کا حملہ اکثر موٹے اشخاص میں ہوتا ہے جو کھاتے زیادہ اور ورزش کم کرتے ہیں۔ اسی واسطے یہ مرض بالخصوص متمول اشخاص کا ہے۔ اس حقیقت کی توجہ اس طرح کی جاسکتی ہے کہ بسیار خوری تھول کی زیادتی پیدا کرتی ہے جس سے لبلبہ اور دوسرے اعضا پر زیادہ بار پڑ جاتا ہے۔ ذیابیطس اور نفرس کے ایک ساتھ پائے جانے کی توجیہ بھی غالباً اسی واقعہ سے ہوتی ہے کہ یہ ہر دو امراض بسیار خور اشخاص میں ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ وسطیورپ کی سلطنتوں میں جنگی غذائے اس مرض پر نگہ اثر کیا اور موٹے عمر رسیدہ اشخاص کی شکر بولیت جاتی رہی۔ محاصرہ پیرس میں بوکارڈاٹ (Bouchardat) نے بھی اس حقیقت کا مشاہدہ کیا۔ غالباً گوشت کے راتب کی تخفیف سب سے زیادہ اہم عامل تھا۔ ایک نہایت عام خیال یہ ہے کہ ذیابیطس ہونے کا امکان ان لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے جو شکر اور مٹھایا بے حد کھاتے ہیں، لیکن اعداد و شمار اس کا ثبوت بہم نہیں پہنچاتے۔ ہندوستان میں خفیف شکل کے ذیابیطس کا پھیلا ہوا ہونا غالباً قریبی کے ساتھ وابستہ ہے، جس کا جزوی سبب کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل غذا کی کثرت اور ورزش کی قلت یا عدم موجودگی ہے۔ ممکن ہے کہ دوڑ و دوپ کی زندگی اعصاب پر بار اور جذباتی صدمہ اس مرض کے حملہ میں نمایاں حصہ لیتے ہوں۔ یہ امر کیانن (Cannon) کے مشاہدات کے باعث خاص طور پر دلچسپ ہے اور وہ یہ ہیں کہ حیوانات میں جذبات نے مرکزوں کی تحریک پیدا کر کے بیش مشہور دمویت پیدا کر دی، نیز یہ کہ ان طلبہ کو جو امتحانات میں شریک ہوئے یا جو کسی اہم جماعتی آزمائش میں مثلاً اپنے کالج کے طرف سے کھیل میں شریک ہونے والے تھے، اکثر شکر بولیت کی شکایت ہو گئی۔ گراہم (Graham) نے خود اپنی حالت میں دیکھا کہ... اگر ارم ڈیکسٹرو

لینے کے تیس منٹ بعد موی شکر بڑھ کر ۱۵۰ فی صدی ہو گئی، لیکن جب کچھ عرصہ سخت محنت کا کام کرایا گیا جب کہ تعطیل کی ضرورت تھی اور اس کے بعد یہی امتحان عمل میں لایا گیا تو موی شکر کی مقدار ۱۵۰۰ پائی گئی اور نصف گھنٹہ تک اتنی ہی رہی۔ بخوفلی گائٹر (exophthalmic goitre) کے بعد بھی حقیقی ذیابیطس ہو گئی ہے۔ حاد سرائت بھی ایک سبب متحد ہے خواہ یہ سرائت عمومی ہو یا بالخصوص لبلبہ کے قرب و جوار میں محدود المقام رہ کر التهاب لبلبہ پیدا کر دے۔ شکر کی کم برداشت اور شکر بولیت اُن عُضُن حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے جن کو بعض اوقات گندیدہ بخونی شکر بولیت (sapraemic glycosuria) کہتے ہیں اور تذکرہ کے قابل ہے۔ عُضُن حالت دفع ہو جانے پر یہ شکر بولیت بھی جاتی رہتی ہے۔ آتشک بھی ایک ممکن سبب ہے۔ زندگی کے آخری عاشوروں میں ایک ہلکے قسم کی ذیابیطس کا ہونا عام ہے۔ شاید آتھیروما یا شیخوخی شریانی تغیرات یا منتشریش تکونی صلابت (hyperplastic sclerosis) جزائر لنگر بانس میں کوئی نقص پیدا کر دیتے ہیں اور یہ خفیف درجہ کے اس نقص سے شاہ ہو تا ہے جو کہ صلابت الشریانی کہتے (arterio-sclerotic kidney) کی حالت میں گردے کی اخراجی قوت میں واقع ہو جاتا ہے۔ ذیابیطس گنگرین میں ممکن ہے کہ ذیابیطس اور گنگرین ہر دو کا ایک ادلی عروقی سبب ہو۔ لیکن اس میں کوئی شبہ نہیں کہ گنگرین شکر بولیت کو بڑھاتی ہے جو علیہ کے بعد اکثر ذائل ہو جاتی ہے۔ لیکن اس کا عکس بھی درست ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ انسولین سے گنگرین رفع ہو جائے۔ ضرب کے بعد بھی ذیابیطس ہو جاتا ہے، نہ صرف اس ضرب سے جو لبلبہ کے مقام پر ہو بلکہ اس سے بھی جو دور دراز مقامات پر ہو، مثلاً ایک گھور جارجہ (fractured limb) سے۔ سر کے تضرات بھی شکر بولیت پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ غالباً کلڈرناڈ کے "خسری ذیابیطس" ("puncture diabetes") سے متماثل ہوتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔

کاربوہائیڈریٹ کے تحول کی فعلیات۔ جسم کے کاربوہائیڈریٹ محفوظات گلائیکو جن کی شکل میں مذکور ہوتے ہیں جو جگر اور عضلات میں

تقریباً مساوی طور پر مشتمل ہوتی ہے۔ گلاکٹو جن غذا کے کاربوہائیڈریٹس اور پروٹینز سے بنتی ہے۔ آخر الذکر معاً سے آمینو ایسڈز کی شکل میں جذب ہوتے ہیں، اور وہ نظام جسم کے ذاتی پروٹینز کی تالیف کے لئے استعمال میں آتے ہیں، یا پھر ایمینو ربائی کے بعد ان کی فی الفور تکسید ہو جاتی یا ان سے گلاکٹو جن بن جاتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹس بھی ہضم سے ٹوٹ پھوٹ جاتے ہیں اور ڈیکسٹریٹنس (dextrins) کی شکل میں اور کمقالبہ سادہ اشیاء جیسے کہ ڈیکسٹرو وٹس (dextrose) اور لیو بیوٹوگلو (levulose) کی شکل میں جذب ہو سکتے ہیں۔ یہ سب اجسام وریڈالاب کی راہوں سے جگریں پہلے جاتے ہیں۔ جگر ڈیکسٹریٹنس اور لیو بیوٹوگلو کو تمام تر اخذ کر کے ان سے دوہین گلاکٹو جن بنالیتا ہے۔ لیکن اگر لیو بیوٹوگلو کی بہت بڑی مقدار میں کھائی گئی ہے تو اس میں سے کچھ حصہ جگر کے پار نکل کر عام دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے اور پھر گردہ اسے فی الفور خارج کر کے لیو بیوٹوگلو منیولیت (levulosuria) پیدا کر دیتا ہے۔ یہی حالت جگر کے مرض میں بھی پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر ان حالات میں لیو بیوٹوگلو کی اس مقدار کو رد کر کے رکھنے کے ناقابل ہوتا ہے، جسے وہ معمولی حالت میں بالکل آسانی کے ساتھ خٹا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ڈیکسٹروٹس کا کچھ حصہ جگریں زکارہ جائے، لیکن اس کا کچھ حصہ تو یقیناً اس کے پار نکل کر عام دوران خون میں چلا جاتا ہے، کیونکہ ایک تندرست شخص کے خون میں شکر کی مقدار غذا کے بعد فوراً زیادہ پائی جاتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۲۵)۔ چنانچہ نظامی خون کو ڈیکسٹروٹس کی رسد دو منابع سے پہنچتی ہے۔ (۱) غذا سے، اور یہ تغیر پذیر رسد ہوتی ہے۔ (۲) جگر کی گلاکٹو جن سے اور یہ غالباً خاصی متقل رسد ہوتی ہے، اور اس گلاکٹو جن کی شکت و ریخت وہاں غالباً ایک نشا پاش غیر کے ذریعہ واقع ہوتی ہے۔ ناشتہ سے پہلے خون میں ڈیکسٹروٹس کا ارتکاز عموماً ۵۰-۱۰۰ فی صدی کے قریب ہوتا ہے۔ یہ مستقل ایک تو جگر سے ڈیکسٹروٹس برابر بنتی رہنے کی وجہ سے اور دوسرے ساختوں کے اندر اس کے غائب ہو جانے کے باعث برابر قائم رہتی ہے۔ ساختوں میں یا تو ڈیکسٹروٹس کی تکسید ہو کر اس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) اور پانی بن جاتا ہے، یا اس سے

اور زیادہ پیچیدہ مرکبات تیار ہوتے ہیں جن میں سے ایک عضلات کی گلاکو جن ہے۔

(۱) انسولین جو جزائر لنگر بانس کا افراز کردہ ہارمون ہے، ان اعمال میں حقیقی طور پر حصہ لیتی ہے، اگرچہ اس کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے۔ اس پر دو نقطہ ہائے نظر سے بہترین طور پر غور کیا جاسکتا ہے:۔ (۱) محیط میں انسولین جوئے خون سے ڈیکسٹروس کو غائب کر دیتی ہے، کیونکہ اگر یہ ذیابیطس کے کسی مریض کو دے دی جائے تو اس کے بازو کے وریدی خون میں شکر کی فی صدی مقدار اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شریانی خون میں، دہاں حالیکہ انسولین دینے سے پہلے دونوں قدریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں (۵)۔ غائب ہوجانے والی شکر کا کچھ حصہ تو کالبدی اور قلبی عضلات کے ذریعہ متا کد ہوجاتا ہے، اور کچھ حصہ عضلات کے اندر گلاکو جن بن جاتا ہے (۶) اور غالباً شحم میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ (۲) اس کی مرکزی یا حیثانی تاثیر جگر پر دو طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے:۔ (الف) مادہ ذیابیطس میں شحم الدم ہو کر جگر میں چربی کی زیادتی ہوجاتی ہے، غالباً اس لئے کہ کاربوائیڈریٹ نہ ملنے کی وجہ سے چربی گوداموں میں سے منتقل کر کے جگر میں جمع کر لی جاتی ہے تاکہ وہ کام میں لائی جائے (۷)۔ یہاں وہ غالباً کاربوائیڈریٹ میں تبدیل کر لی جاتی ہے جس سے اس نسبت متنفسی حاصل تقسیم کی توجیہ ہوتی ہے جو شدید اصابتوں میں پایا جاتا ہے، اور اس تبدیلی میں ایسیٹو آکسیٹک (aceto-acetic) اور بیٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β -oxybutyric acid) پیدا ہوجاتے ہیں (کیتو فیٹ) (۸)۔ انسولین اس عمل کو روک دیتی ہے، کیتو فیٹ اور شحم الدم نابود ہوجاتے ہیں اور جگر سے چربی غائب ہوجاتی ہے، اور متنفسی حاصل تقسیم بلند ہوجاتا ہے۔ (ب) ذیابیطس جگر میں سمول کے نسبت کم گلاکو جن موجود ہوتی ہے، کیونکہ یہ جگر سے خارج ہو کر خون میں چلی جاتی اور شمس شکر دمویت پیدا کر دیتی ہے جو کہ خوب متعارف ہے۔ شدید ذیابیطس میں خون کے اندر سم و یا یو۔ و۔ فی صدی ڈیکسٹروس کا ارتکاز ملنا شاذ نہیں ہے۔ انسولین جگر کے اندر گلاکو جن کا اعتبار اس پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ کبدی شحم کی کمی کے ساتھ ساتھ

گلا کو جن زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ یہ نتیجہ ممکن ہے کہ اس وجہ سے حاصل ہوتا ہو کہ انسولین جگر کے نشاپاش خمیر کے فعل کو روکتی ہے جو اس کی عدم موجودگی میں حد سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ دوسری شکر کا یکا یک کم ہو جاتا، جو انسولین کا نہایت نمایاں سریری اثر ہے، جزو (غالباً محض خفیف طور پر) عکس کے باعث ہوتا ہے اور جیسے عضلات میں اس کے ذخیرہ ہونے کے سبب سے اور اس واقعہ کے سبب سے کہ جگر سے شکر کی وافر مدد موقوف ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ اگر کوئی کاربوہائیڈریٹ غذا اس کے طور پر لیا جاتا ہے تو وہ کچھ تو جگر میں گلا کو جن کی صورت میں ذخیرہ ہو جاتا اور غالباً کچھ چربی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر بیان کی دلیل یہ ہے کہ متعدد مشاہدین نے متغیض حاصل تقسیم کا ایک ارتقاع استراق کی کسی نمایاں زیادتی کے بغیر پایا ہے، جو کہ ضرور واقع ہوتی اگر لی ہوئی شکر میں سے بیشتر مل جاتی۔ مندرجہ ذیل مشاہدہ ظاہر کرتا ہے کہ انسولین کی وسالت سے شکر کا ذخیرہ ہونا ممکن ہے کہ محض ایک عارضی امر ہو۔ ایک مریض کو انسولین کے ۱۰۰ اکائیوں کی ایک منفرد بڑی متنازع غلطی سے دے دی گئی، اور اس کا اثر زائل کرنے کیلئے اسے فی الفور براہ دہن کاربوہائیڈریٹ کے ۱۱۰ گرام ڈیکسٹروس اور روئی کی شکل میں دئے گئے۔ یہ دورہ ڈنک بافوس کے اندر مجبوس رہا اور پھر انسولین کا اثر زائل ہو جانے کے بعد بڑی حد تک پیشاب میں خارج ہو گئے (۹)۔

لبسی قلت کا ابتدائی درجہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۵۵) جس میں ڈیکسٹریس اور نشاپاش خمیر جگر سے خون میں داخل ہو جاتے ہیں دوسری جگہ مذکور ہے۔ تین دوسرے بقائاتی غدود یعنی سرگردس، درقیہ اور تنخامیہ جزائر لنکر باؤس سے مخالف سمت میں عمل کرتے ہیں، کیونکہ ان کو تحریک پہنچانے سے خون میں کی شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ سرگردس دوران خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) داخل کرتے ہیں اور یہ جگر میں پہنچ کر گلا کو جن کو توڑ کر اس سے ڈیکسٹروس بنا دیتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس عمل کے وقوع کے لئے تنقیہ کبدی کا صحیح و سالم رہنا ضروری ہے۔ درقیہ غالباً سرگردس کو تحریک پہنچا کر اپنا فعل کرتا ہے۔ گلا ڈیبرنار و کادائیٹین چہارم کا اشتقاق مثانی اعصاب کے ذریعہ سرگردس کو تحریک پہنچا کر

میش شکر دمویت پیدا کر دیتا ہے۔

ذیابیطس شکر کی امراضیات - ۲۰۰ سال سے زائد عرصہ سے

ذیابیطس شکر لبلبہ کے مرض کے ساتھ وابستہ سمجھا جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ

اس کی بعض اصابتوں میں لبلبہ صریحاً مرضی تھا۔ ۱۸۵۷ء میں وائن میرنگس

(Von Mering) اور مینکواںسکی (Minkowski) نے ایک جانور کے لبلبہ کا امتصاص

کر کے اس مرض کو تجربہ پیدا کر دیا۔ حال ہی میں آئین (Allen) نے بتلادیا ہے کہ

اگر ایک کتے کے لبلبہ کے پچھلے حصے نکال دئے جائیں تو خفیف ذیابیطس پیدا ہو جاتا

ہے، اور اگر پچھلے حصے نکال دئے جائیں تو یہ ذیابیطس شدید درجہ کا ہوتا ہے اور

مزید برآں یہ بھی بتلادیا ہے کہ وہ باقت جراثیم ہے جزیری ہوتی ہے نہ کہ غیبی۔

تجربہ مرض کے سریری خصوصیات انسانی ذیابیطس شکر سے قریبی مشابہت

رکھتے ہیں اور شدید اصابتوں میں کیتون بولیمیت موجود ہوتی ہے اس وقت

جب کہ غذا میں چربی زیادہ ہو۔ حال ہی میں ایک حالت ذیابیطس کے برعکس بیان

کی گئی ہے جس میں جزیری خلیات کی ایک خورد و میش بالیدگی ہو کر اس سے قلیل

شکر دمویت کے علامات بار بار پیدا ہوئے۔ جزئی لبلبہ برآری کے بعد اس حالت میں

اصلاح ہو گئی۔

تجربہ ذیابیطس میں باقی ماندہ جزائر کے اندر نسجیاتی تغیرات بالکل مخصوص

و ممتاز ہوتے ہیں۔ خلیات میں استسا ہوتا ہے (Weichselbaum) اور اب ہمیں

ان کے میز ذرات موجود نہیں ہوتے (Bensley)۔ وہ خستہ اور در ماندہ نظر آتے

ہیں، کیونکہ جزیری باقت کی قلت کی وجہ سے انھیں کام حد سے زائد کرنا پڑتا ہے۔

انسانی اصابتوں میں لبلبہ امتحان بعد المات میں اکثر طبیی نظر آتا ہے اور کوئی صریح

نیجیاتی تغیرات نہیں ہوتے۔ وقت یہ ہے کہ لبلبہ موت کے بعد یہ سرعت تحلیل ہو کر

خراب ہو جاتا ہے، مزید برآں یہ کہ اگر اصابت زیادہ مدت کی ہو تو جزائر کے وہ نیجیاتی

تغیرات جو حاد اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں غائب ہو جائے کارجمان رکھتے ہیں

کیونکہ خلیات بتدریج مردہ ہوتے جاتے ہیں۔ تاہم آئین بیان کرتا ہے کہ جب وہ

کافی احتیاط سے کام لیتا ہے تو خورد بینی امتحان سے ہمیشہ ذیابیطس اور غیر ذیابیطسی

لبلیہ میں فرق کر سکتا ہے، بشرطیکہ بافت تازہ ہو۔ اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ ذیابیطس اور جزائر لنگرائنس کے درمیان ایک واضح تعلق ہے۔

امراضیات ذیابیطس کے متعلق اس خیال کی ایک حیرتناک تصدیق ۱۹۲۲ء میں ایف۔ جی بینٹنگ (F. G. Banting) اور آن کے رفیق کارنچی۔ ایچ بیسٹ (C. H. Best) کی چند آفریں تحقیق سے ہو گئی۔ پہلے ہل کتے کے لبلیہ سے قنات کو باندھنے کے چند ہفتے بعد انسولین کی تقریباً ۱۰ گیلیں لگائی گئیں۔ اس کارروائی سے غیبی خلیات میں انحطاط پیدا ہو گیا لیکن خیریری خلیات صحیح و سالم رہے۔ بالآخر منج سے حاصل کردہ معمولی لبلیہ سے انگل کے ساتھ کسری ترسیب کے ذریعہ انسولین تیار کرنے کا ایک طریقہ عمل میں لایا گیا، اور یہی طریقہ بعض ترمیمات کے ساتھ آج کل کام میں لایا جاتا ہے۔

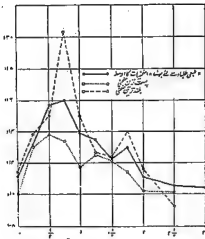
تندرست شخص میں معمولی استقامت سے پیشاب میں کوئی شکر نہیں مل سکتی، لیکن مخصوص طریقوں سے امتحان کرنے پر پیشاب میں ہمیشہ ۱۰ فیصد تک شکر پائی گئی ہے۔ جب دموئی شکر زیادہ ہو کر تقریباً ۱۸-۲۰ یا ۲۰-۲۵ فی صدی تک پہنچ جاتی ہے تو گردہ ڈیکسٹروس کو ایسی مقداروں میں خارج کرتا ہے جن کی شناخت باسانی کی جاسکتی ہے۔ اسکو دھلیز کلوی (threshold of the kidney) کہتے ہیں۔ حقیقی ذیابیطس کے مریضوں کی دھلیز کلوی کم ہو سکتی ہے یا زیادہ۔ اول الذکر حالت میں گلوخون کے اندر کی فی صدی مقدار علاج سے گھٹ کر طبعی درجہ پر ہو گئی ہوتا ہم شکر پھر بھی خارج ہوتی رہتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں جب کہ دموئی شکر کی فی صدی مقدار ہنوز زیادہ (مثلاً ۳۰-۴۰ فیصدی) ہو شکر کا اخراج موقوف ہو جاتا ہے۔

جیکبسن کے دموئی شکر پر برداشت کے منحنی (Jacobsen's blood sugar tolerance curves) تشخیص میں اہمیت رکھتے ہیں۔ علی الصبح خالی معدے کی حالت میں ڈیکسٹروس کی ایک خوراک دی جاتی ہے اور دموئی شکر کی تخمین پہلے سے اور بعد میں مقررہ وقفوں کے بعد کی جاتی ہے۔ پیشاب جمع کر لیا جاتا ہے اور اگر اس میں کوئی شکر ہو تو اس کی تخمین کر لی جاتی ہے۔ نگیارہ

طبی طالب علموں کو ۵ گرام ڈیکٹروس دینے کے بعد ڈاکٹر ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ پی (Dr. W. W. Payne) کو جو نتائج حاصل ہوئے وہ شکل ۵ء میں بتلائے گئے ہیں۔ الف سارے گروہ کا اوسط منحنی ہے، جب پست ترین منحنی ہے اور ج بلند ترین منحنی ہے۔ آخر الذکر حالت میں پشاب کے اندر شکر کا ایک شائبہ ظہور ہوا۔ تینوں منحنیوں میں دوسری شکریہ گھٹنے میں گھٹ کر تقریباً نقطہ آغاز پر آگئی۔ لیکن ثانوی ارتقاعات بھی نظر آ رہے ہیں۔ یہ طریقہ کلوی ذیابیطس کی اصابتوں کے گروہ کو حقیقی ذیابیطس شکر سے علیحدہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۵۹) (۸۴)۔ اس گروہ میں شکر برداشت کا منحنی طبی ہوتا ہے، اگرچہ مریض مسلسل شکر خارج کرتے رہتے ہیں۔ ذیابیطس میں دوسری شکر اکثر معمول کے نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ مرتفع ہوتی ہے اور اس کا یہ ارتقاع نسبتاً زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے اور ابتدائی لیول واپسی میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے۔ اسے شکل ۵ء میں 'ب' اور 'ج' اور دھندلے سے ظاہر کیا گیا ہے، جو ذیابیطس شکر کے مختلف شدتوں والے مریضوں سے حاصل کئے گئے ہیں۔ مقابلہ کی غرض سے الف منحنی بھی شامل کر لیا گیا ہے، جو طبی طالب علم کا منحنی ہے، جو شکل ۵ء کے اوسط منحنی سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ دیکھا جائے گا کہ ذیابیطس کی حالت میں یہ منحنیات زیادہ بلند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ لیکن اس سے بھی زیادہ نمیزاموہ طویل عرصہ ہے جو ان کے گزر کر نقطہ آغاز تک پہنچنے میں صرف ہوتا ہے۔ یہ عرصہ ہمیشہ ڈیڑھ گھنٹے سے زائد ہوتا ہے۔ گلوکوس کی صحیح مقدار جو پچوں میں استعمال کرنی چاہئے اس کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ ۴۵۹)۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں میں، جنہیں بعض اوقات غذائی شکر بولیت (alimentary glycosuria) کے نام سے یاد کرتے ہیں، صرف کاربوہائیڈریٹ کی غذا کھانے کے بعد ہی پشاب میں شکر خارج ہوتی ہے۔ لیکن زیادہ شدید اصابتوں میں غذا کو تمام کاربوہائیڈریٹس سے مبرا کر دینے کے بعد بھی شکر مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ پروٹینز سے اور غالباً

چربی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔
شکر کے سریری کاشفات :- بینڈل کٹ کے کیفی کاشفہ
 (Benedict's qualitative test) میں ایک امتحانی ٹی کے اندر شکر
 کے تین یا چار قطروں میں (جس کا استعمار قطرہ کی جماعت پر ہے) محلول بینڈل کٹ



شکل ۷۵ - دوسری شکر برداشت کے طبی معنی

کے طبی معنی شامل کر دئے جاتے ہیں۔ اس آئینہ کو گرم کر کے خوب جوش دیا جاتا ہے

یہ اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ وہ محلول نہ دیا جائے جو بینڈل کٹ کے کئی امتحان کیلئے نفع مند
 ہوتا ہے اور جس سے آپالنے پر ایک خفیف المقدار سیدر سفوف حاصل ہوتا ہے بشرطیکہ شکر موجود ہو۔

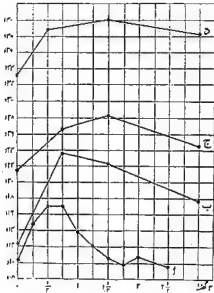
اور یہ عمل ایک دو منٹ تک جاری رکھا جاتا ہے اور پھر آمیزہ کو خود بخود ٹھنڈا ہو سنے دیا جاتا ہے۔ اگر گلو کو ز موجود ہے تو یہ آمیزہ از ستر یا ایک رسوب سے بھر جائے گا جو ممکن ہے کہ سرخ یا زرد یا سبزی مائل ہو۔ اگر شکر کی مقدار ۲۰ فی صدی سے کم ہے تو یہ رسوب صرف ٹھنڈا ہونے پر ہی بنتا ہے۔ اگر شکر موجود نہیں ہے تو یہ محلول بالکل صاف رہتا ہے۔

فینائل ہائیڈرائزین کا کاشف (phenylhydrazine test)۔ ایک استخوانی نلی تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ تک فینائل ہائیڈرائزین صائیڈ روکلورائیڈ (phenylhydrazine hydrochloride) سے اور دوسرے $\frac{1}{4}$ انچ تک سوڈیم اسیٹٹ (sodium acetate) سے بھری جاتی ہے۔ پھر اس استخوانی نلی کو مٹیاب سے آدھا بھر لیا جاتا ہے اور پھر سب کو ایک پن جنٹر میں پندرہ سے لے کر ساٹھ منٹ تک (جس کا اندھا موجودہ شکر کی مقدار پر ہوتا ہے) گرم کیا جاتا ہے۔ اسے ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ زرد قفل کا امتحان کیا جاتا ہے جس سے خردین کے نیچے باریک قلمی سوئیوں کے گٹھے بنا جھنڈ (فینائل گلو کو ساڈو) ظاہر ہوں گے جو ۲۰.۵ درجہ سینٹی گریڈ پر پچھل جاتے ہیں۔

465

تخمیری امتحان (fermentation test)۔ اگر لہرن کی (حے) وھو کر نشاستہ یا شکر سے مترا کر لیا جائے، تھوڑی مقدار مٹیاب میں شامل کر کے اسے چند گھنٹوں کے لئے ایک طرف رکھ دیا جائے تو تخمیر کی وجہ سے گلو کو ز انکھل اور کاربوئیڈ ایسڈ میں تبدیل ہو جائے گا۔ اب اس کی کثافت نوعی کو دیکھنا چاہئے اور مٹیاب کی کثافت نوعی کے ساتھ اس کا مقابلہ کرنا چاہئے جس کو ان کے بغیر کثافت کے تحت رکھ دیا گیا ہو۔ یہ دیکھا جائے گا کہ کثافت میں کمی واقع ہوئی ہے جو کہ تلف شدہ گلو کو ز سے متناظر ہے۔ چنانچہ کثافت نوعی کے فرق کو ۱۲۳ سے ضرب دینے سے شکر کی فی صدی مقدار حاصل ہو جاتی ہے۔ اگر استخوانی نلی کو پورا بھر کر ایک طشتری میں الٹ دیا جائے تو کاربوئیڈ ایسڈ گیس جیسے جیسے کہ وہ بنتی ہے نلی کے بالائی حصہ میں جمع ہوتی جائے گی اور مٹیاب وہاں سے مٹا دے گی۔

تقلیب نہا۔ ڈیکسٹروس تقلیب کے متوی کو وائس طرف پھیر دیتی ہے۔
اس میں بیٹا آکسی بیوٹائرک آئینہ کی موجودگی خلل انداز ہوتی ہے جو چپ گرداں
ہوتا ہے۔



شکل ۵۵۔ ذیابیطس میں رموی شکر برداشت کے تین منحنی
(بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)

مخاطبات۔ خواہ شکر موجود نہ بھی یوز ٹرکنز پیشاب کے اندر گلائیوسیرک
آئینہ یورک آئینہ پیرورک آئینہ گریٹر ٹینن اور جو جینٹیک آئینہ کی موجودگی

تھوڑی سی ترجیع (reduction) واقع کر سکتی ہے۔ ایسا اسلے خفیف ترجیع شکر کی موجودگی پر اس وقت زیادہ دلالت کر سکتی ہے جب کہ پیشاب کی کثافت نوعی پست ہو بہ نسبت اُس حالت کے جب کہ یہ بلند ہو۔ کثافت نوعی کو محسوس طور پر بلند کرنے کے لئے بہت سی شکر موجود ہونی چاہئے۔

گلاٹیکوڈائٹک ایسڈ ہمیشہ کسی دوسری شے کے ساتھ جڑ جاتا ہے جو کہ پیشاب میں خارج ہوتی ہے۔ یہ مارفیا، کلورو فارم کے بخار، کلورل، یوٹا، ٹیل کلورل، کافور، کوپیا، کباب، جینی، سیلی سیلک، ایڈ، اور ٹینک ایسڈ کے استعمال کے بعد پایا جاتا ہے۔ ڈیکسٹروس کے علاوہ دوسری شکر میں بھی پیشاب میں مل سکتی ہیں۔ لیوینولوز خارج ہو سکتی ہے، ڈیکسٹروس کے ساتھ اور تنہا بھی۔ اُس کی موجودگی سے کبدی قلت (hepatic deficiency) کا احتمال پیدا ہوتا ہے۔ اُس سے ترجعی اور تخمیری کاشفات حاصل ہو جاتے ہیں، لیکن اُس کی تفریق انکی چپ گردانی سے اور سیلی وناؤ کے کاشفہ (Seliwanow's test) سے کی جاسکتی ہے۔ ۴ سی سی پیشاب اور اسی سی کاشفہ سیلی وناؤ (Seliwanow's)

reagent = ریپارین ۵ گرام، ہائیڈروکلورک ایسڈ، جس کی کثافت نوعی ۱.۱۹۵ ہو، ۳۰ سی سی، آپ کشیدہ ۳۰ سی سی (کے آمیزے کو ایک پن جنٹر کے اندر چند منٹ تک گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ اُلجھنے لگے۔ اگر لیوینولوز موجود ہے تو اس محلول کا رنگ سرخ ارغوانی ہو جاتا ہے، لیکن تنہا ڈیکسٹروس رنگ کا کوئی ایسا تغیر نہیں پیدا کرتی۔ کاڈب لیوینولوز (pseudo-lævulose) (ایسو گلاٹیکو یورائیک ایسڈ = iso-glycronic acid) بھی یہی رنگ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکنٹوز دو دو پلانے والی عورتوں میں ملتی ہے اور اُن شیر خوار بچوں میں بھی۔ معدی معوی التهاب (gastro-enteritis) کی شکایت ہو۔ اُس سے ترجعی کاشفہ حاصل ہو جاتا ہے مگر تخمیری کاشفہ نہیں حاصل ہوتا اور وہ راست گرداں ہوتی ہے۔ فینائل ہائیڈریزین سے امتحان کرنے پر اُس سے قلمی سوئیاں حاصل ہوتی ہیں جو کروی جھنڈوں کی صورت میں ہوتی ہیں اور ۲ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتی ہیں۔ جن پھلوں میں اراہنوز (arabinose) موجود ہو (بیسے چیریز: cherries)۔

plums: (اور سیب) اُن کے کھانے کے بعد پیشاب میں پینٹوس (pentose) خارج ہو سکتی ہے۔ خود رو پیٹوس بولیٹ (pentosuria) تھول کی ایک شاذ خرابی ہے جو پروٹینی دہ آد کی تحدید سے کم ہو جاتی ہے۔ پینٹوس تانبے کی تربیع کر دیتی ہے، لیکن اُس میں تخمیر نہیں ہوتی اور اُس سے بیسٹل کا آرسینی کا شفعہ (Bial's orcin test) حاصل ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ اصابتوں کے کچھ تناسب میں لہلہہ خالی آنکھ سے صر کا مرضی نظر آتا ہے۔ اکثر اُس میں ذبول یا تلیت ہو جاتا ہے یا یہ دونوں یکت موجود ہوتے ہیں۔ اور ان حالات میں جو دوسرے تغیرات ملتے ہیں وہ حسب ذیل ہوتے ہیں۔ غدے کے بڑے حصوں کا متغیر ہو کر سخی بن جانا، قتیق، زرقا، سرطان قناتوں میں سنگ اور دوسرے۔ یہ بیماری تغیرات پر اس سے پہلے غور کیا گیا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں بالخصوص اُن میں جو تھوڑی مدت کی ہوں، دوسرے اعضا کے بعد المات مظاہر طبیحی حالت سے بہت کم مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ پُرانی اصابتوں میں وہ امراضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں جو چھپ گئیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اکثر گردوں کی کلانی پانی جاتی ہے اور زیادہ مدت کی اصابتوں میں انوبی علیات گلاکو جن کی درپزش اور ترویجی تغیرات ہر کرتے ہیں جو کیتونیت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں کوئی غیر معمولی بات نظر نہیں آتی، الا خون لونیت یا زیا بیٹس اسمر (diabète bronzé) کی شاذ اصابتوں میں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 394)۔ خون بعض اوقات ایک عجیب گلابی یا اشرایری جیسا رنگ ظاہر کرتا ہے، اور ایک طرف رکھنے پر اُس کی سطح پر ایک ملائی جیسی تجمع ہو جاتی ہے۔ اس حالت کو تشعشع الدم (lipaemia) کہتے ہیں۔ لیکن اس ملائی جیسی تہ کو بنانے والے ذرات یقیناً اصلی چربی کے ذرات سے مختلف اور ایسی متین (lecithin) اور گلوبولین (globulin) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 981)۔ خون کی حالت دوران زندگی میں شکلیتی عروق میں شناخت کر لی گئی ہے، چنانچہ شرائین اور آوردہ دونوں قعر چشم کے مرکز میں سامن بچھلی کے رنگ کے اور محیط میں ملائی کے رنگ کے ہوتے ہیں

(مشکیلتی تشخم الدم = lipaemia retinalis) - وہ تشخم ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔

کیتونیت (ketosis) - جب کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو، یا آخر الذکر کام میں نہ لائے جائیں، تو غالباً غائی شحم اور جسمانی شحم کاربوہائیڈریٹس میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی اس شحم سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ $\text{CH}_3\text{COOH} = \text{CH}_3\text{COH}$ (جس کو غلط طور پر ڈائی ایسیٹک ایسڈ کہتے ہیں) بنتا ہے (8)۔ یہ ایک زہری شے ہے، اور غالباً بڑی حد تک جگر کے اندر توجیع کے ذریعہ بے ضرر بنی۔ آکسی بیوٹائیس لک ایسڈ $\text{CH}_3\text{CHOHCH}_2\text{COOH}$ میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور گروے طبعی طور پر ان دونوں اشیاء کو تلف کر دیتے ہیں، مگر اس عمل میں متضرر ہو جاتے ہیں (41)۔ تھوڑا ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کے ایک سالمہ کے نقصان سے ایسیٹون (acetone) میں تبدیل ہو جاتا ہے۔

CH_3COCH_3 میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ یہ تینوں اشیاء خون اور پیشاب میں ظاہر ہوتے ہیں، اور مزید برآں ایسیٹون سانس میں بھی خارج ہوتا ہے۔ اس حالت کو کیتونیت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 451)۔ یہ دورانِ فاقہ میں ظاہر ہوتی ہے، نیز اس وقت جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو، بالخصوص اگر چربی حد سے زائد ہو۔ اور شدید قے جیسے کہ دور قے (cyclical vomiting) اور دورانِ حمل کی مختلف قے کی حالت میں۔ عمومی اور وضعی حالتوں (cachectic conditions) میں۔ اور ما بعد عدم حیثیت (post-anesthetic) یا "کلوروفارم کے آبل تسمم" ("delayed chloroform poisoning")، قسم فاسفورس حادہ اصف زبول (acute yellow atrophy) اور ایشناج (eclampsia) میں جو سب کے سب جگر کا مرکزی تھڑ شمی تغیرات کے ساتھ ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست اشخاص میں سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقادیر لینے کے بعد، اور ذیابیطس شکر میں جب ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ خزان کے اندر ایک بلند ارتکاز پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ قوا پیدا کر کے ہلاکت پیدا کر دے۔ یہی شدید ذیابیطس میں اور عرصہ تک قے ہونے کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 451)۔ شدید

ذیابیطس کی ایک افالبت پذیر اصابت میں مریض کے خول کے ساتھ جسمانی شمر بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیتونیت بھی تقریباً غائب ہو جائے، لیکن مریض ناقہ یا حوار سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

کیتونیت کیلئے سرسری کا شفات - قارورے کے بیٹا، کسی بیٹا پرک ایسڈ (β -oxybutyric acid) کے لئے کوئی کوئی کا شف نہیں ہوتا۔ گر آرٹ کا کا شف (Gerhardt's test) جو ایسٹو آئیٹک ایسڈ کے لئے متعل ہے، یہ ہے کہ چشام میں فیرک کلورائیڈ (ferric chloride) شامل کر دینے سے ایک پورٹ وائن (port-wine) جیسا رنگ حاصل ہو جاتا ہے۔ گرم کرنے سے یہ غائب ہو جاتا ہے۔ یہ کوئی زیادہ نازک کا شف نہیں ہے۔ اسے اس مائل تعامل سے تمیز کرنا چاہئے جو سیلیسیٹس (salicylates) لینے کے بعد بھی حاصل ہو جاتا ہے، لیکن آخر الذکر صورت میں گرم کرنے سے رنگ غائب نہیں ہوتا۔ سوڈیم نائٹرو پروسائیڈ (sodium nitroprusside) کے ساتھ ایسٹو آئیٹک ایسڈ اور ایسٹون دونوں سے دو کا شفات حاصل ہوتے ہیں، لیکن وہ اول الذکر کے لئے اس سے تقریباً میں گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں کہ جتنے آخر الذکر کے لئے۔ لیگال کے کا شف (Legal's test) میں چشام کے اندر سوڈیم نائٹرو پرو سائیڈ کی ایک چھوٹی قلم اس کے تازہ تیار کئے ہوئے محلول کے چند قطرے پکا دئے جاتے ہیں اور پھر قدرے کالیک سوڈا (caustic soda) ایک شاہ دانہ جیسا سرخ رنگ پیدا ہو جاتا ہے جو جلد ہی مائل پڑ جاتا ہے۔ اب آئیٹک ایسڈ کی وافر مقدار ملا دینے سے ایک قرمز سرخ (carmine-red) یا تیشہ گہرا ارغوانی رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ روتھر کے کا شف (Rothera's test) میں چشام میں جامہ ایونیم سلفیٹ کے ساتھ سوڈیم نائٹرو پرو سائیڈ کی ایک قلم اور ایونیم کی وافر مقدار شامل کر دی جاتی ہے جس سے بتدریج ایک ارغوانی رنگ نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسٹو آئیٹک ایسڈ کے لئے سب سے زیادہ حساس کا شف یہی ہے۔

یہ کا شفات کیتونیت کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے تو نہایت عمدہ ہیں، لیکن اس کی مقدار ظاہر کرنے کے لئے (جس سے یہ دریافت ہو سکے کہ آیا ذیابیطس کے

مریض کو قوما ہوئے کو ہے یا نہیں) چنداں کار آمد نہیں۔ اس کا ایک سبب یہ ہے کہ جب قوما ہوئے کے قریب ہوتا ہے تو فشار خون کے سقوط کے ساتھ گردوں کی اخراجی قوت نائل ہونا شروع ہوتی ہے جس سے پیشاب کے اندر ان اشیاء کی مقدار بھی کم ہو جاتی ہے اور اس کے بالعکس یہ خون کے اندر متح ہو جاتے ہیں۔ ان کا یہی اجتماع ہے جس سے خطرے کی مقدار کا اندازہ ہوتا ہے۔ اس کے تین طریقے حاصل ہیں جن سے فائدہ اٹھایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 452)۔ مجموعی نائٹروجن سے ایونینائٹروجن کی نسبت کی دریافت اور گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ براہ دینے کا کاشفہ اس سے پہلے کافی طور پر بیان ہو چکا ہے۔ جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ والے طریقہ (alveolar CO₂ method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ طبعی کاربن ڈائی آکسائیڈ کی قدریں ۵ و ۴ اور ۲ فی صدی کے درمیان ہوتی ہیں اور یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں کی قدریت تر ہوتی ہیں۔ ذیابیطس میں ان فی صدی قدر کے یہ معنی ہیں کہ اگر اصلاح واقع نہ ہوئی تو ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹے کے اندر قوما طاری ہو جائے۔ مریض کی جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ ۳ اور ۴ فی صدی کے درمیان ہو تو ممکن ہے کہ وہ بہت دنوں بلکہ چند ہفتوں تک زندہ رہے۔ خراب سے خراب تر حالت میں اسے تین یا چار دن سے پہلے قوما نہیں طاری ہوگا۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کی وہ سختیف جو زیادتی تنفس کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے، ایک ایسی میکینیت ہے جو خون میں کے ثابت ترشے (fixed acid) کی زیادتی کی توفیق کرتی ہے اور یہ خون کے ہائڈروجنی روان کے ارمکاز کا حد سے زیادہ ارفع ہونے کو روکتی ہے۔

علامات۔ ذیابیطس کے حملہ کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ مریض محض بتدریج محسوس کرتا ہے کہ وہ معمول کے نسبت زیادہ پیاسا ہے اور زیادہ پیشاب کرتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ اسے پیشاب میں کوئی تبدیلی ہونے کے بجائے کمزوری اور لاغری کی شکایت ہو۔ بعض اصابتوں میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور مریض کو وہ ٹھیک تالیخ یاد ہو سکتی ہے جب کہ اسے پہلے پہل تشنگی محسوس ہوتی تھی۔

زیادہ شدید قسم کی اسابت میں جس کا آغاز حادثہ طور پر ہوا ایک نسبتہ خفیف اسابت بڑھ کر زیادہ شدید ہو گئی ہو، ممیز علامات علاج نہ ہونے کی صورت میں جلد ہی ایسے متنازع ہو جاتے ہیں کہ ان کے متعلق متعلقہ کا احتمال نہیں رہتا۔ وہ علامات یہ ہوتے ہیں :- بتول بار بار اور زیادہ مقدار میں ہونا، شدید تشنگی، عموماً بھوک کا بہت زیادہ لگنا، جسمانی کمزوری، اور دہلا پن۔ بعض اوقات بھوک بے انتہا زیادہ ہوتی ہے، لیکن دوسری اصابتوں میں وہ بہت کم متاثر ہوتی ہے، اور اکثر آخر میں نازل ہو جاتی ہے۔ ذہن اور لب خشک ہو جاتے ہیں، زبان سرخ، کچی اور ”کھائے کے گوشت جیسی“ ہو جاتی ہے، اور منہ کا مزہ عموماً میٹھا ہوتا ہے۔ البتہ ہضم اچھا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض غذا کی بڑی مقداروں کو ہضم کرنے میں کافی وقت محسوس نہ کرے۔ آنٹوں میں عموماً قبض ہوتا ہے۔ جلد کھردری اور خشک ہوتی ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ تھنہ یہ بہت شدت کے ساتھ متاثر ہوتا ہے، اور مریض یہ سرعت لاغر ہو کر بے انتہا کمزور ہو جاتا ہے۔ وہ داغی محنت پر راضی نہیں ہوتا اور اس کی طبیعت پست اور مزاج چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ جو فیزیکی سہلان کی وجہ سے دانت ڈھیلے پڑ کر رہنے لگتے ہیں۔ مردوں کی قوت رجولیت اکثر نازل ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ عورتوں میں حیض کا آنا موقوف ہو جائے۔

468

پیشاب کی مقدار زیادہ ہو کر روزانہ ۵ یا ۱۰ لٹر ہو جاتی ہے اور مزاج شدت شکر۔ دگرام سے اوپر لڑکے اور بچکانہ فی صدی تک ہوتا ہے۔ اس قدر شکر کی موجودگی کی وجہ سے پیشاب کی کثافت نوعی بڑھ کر ۲۰ یا ۲۵۔ ایک پہنچ جاتی ہے۔ پیشاب عموماً پھیکے زرد رنگ کا یا تقریباً پانی جیسا ہوتا ہے۔ اس کی بوسہ کمی گھاس جیسی میٹھی میٹھی اور مزہ بھی میٹھا ہوتا ہے۔ شامل ترشی ہوتا ہے۔ اس میں ایسٹون، ایسٹو ایسٹیک، ایسٹ اور جینا آکسی بیوٹائرک ایسٹ موجود ہوتے ہیں۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں کو بعض اوقات ”غذائی شکر بولیت“ کے نام سے یاد کرتے ہیں، لیکن دوسری شکر کی برداشت کے مضحیات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ حقیقی ذیابیطس کی ایک قسم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ شکر بولیت صرف ایک ایسی کثیر المقدار غذا کھانے کے بعد ہی پائی جائے جس میں نشاستہ بہت موجود ہو۔

پایس نہیں ہوتی اور ممکن ہے کہ شکر کی روزانہ خارج شدہ مقدار ۵ گرام سے نیچے ہو۔ ممکن ہے کہ علامات موجود ہوں، گرمیض اکثر محسوس کرتے ہیں کہ پیٹاب کا حجم بڑھ گیا ہے۔ ممکن ہے کہ اُن کو مختلف چھپ گئیوں کی شکایت ہو۔ اس قسم کا ذیابیطس بالخصوص سمر اشخاص میں ہوا کرتا ہے۔

چھپید گئیاں۔ ذیابیطس کے دوران میں متعدد چھپید گئیاں واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بول شکر کی خراش عورتوں میں ایک تکلیف وہ حکۃ الفرج (pruritis vulvae) اور مردوں میں التهاب حشفہ (balanitis) پیدا کر دے۔ جلد کی عام خراش بھی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں سراج پھوڑے (carbuncles) اور دمل (boils) پیدا ہو جائیں اور اول الذکر موت کا باعث ہو جائیں۔ ذیابیطس میں نرسہ سلحہ (xanthoma) کی بھی ایک شکل دیکھی گئی ہے۔ بعض اوقات پاؤں کی انگلیوں کی یا ایک پورے جارجہ کی گنگرین بھی ہوتی ہے، لیکن یہ اتھیر وائی شراین کی مانند وابستہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ البیو میں بولیت موجود ہو جو ساتھ واقع ہو نوالے کٹوی تغیرات کی حالات ہے۔ ذیابیطس میں انجیلی حصے اور رگی جیسے عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ یا تو التهاب اعصاب محیط کی وجہ سے ہوتے ہیں (peripheral neuritis) یا اُم حنوتہ اور رادیو ماٹے کے درمیان پچھلی عصبی جذوں کے ریشوں کے انحطاط کے باعث جس سے شمع کے پچھلے استوائوں میں تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (11)۔ وجع العصب (neuralgia) شدید ہو سکتا ہے، بالخصوص در کی قدالی اور توامی ثلاثی اینٹھن بھی ہو سکتی ہے۔ نہایت لاعرا اشخاص میں پاؤں اور ٹانگوں کا اڈیا (ضعفی تھجج) دیکھنے میں آ سکتا ہے، اور وہ سوڈیم باقی کاربونیٹ کی حد سے زیادہ متادیں دینے سے بھی بآسانی پیدا ہو سکتا ہے۔ سبب مریوی ذات السریہ اور وہ سرے ساری امراض ذیابیطس کے مریضوں میں اس سے زیادہ عام طور پر نہیں ہوتے کہ جتنے عام آبادی میں ہوتے ہیں۔ لیکن انداز نسبت خراب ہوتا ہے، گورنہ حاضرہ کے طرق علاج نے اسے بہتر بنا دیا ہے۔ ذیابیطس میں بصارت کئی طریقوں سے متاثر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ

نظر کی قوت ماسک میں سرایت تبدیلیاں اور کلکیل النظری (amblyopia) عضلہ بصریہ کے ضعف اور وسائل کے انطوائت تمام میں تغیرات کے باعث ہو جو غالباً شکر کی موجودگی کے باعث واقع ہو جاتے ہیں۔ ذیابیطسی نزول الماء (cataract) عموماً پیش رفتی قسم کا ہوتا ہے۔ لیکن نوعہ اشخاص میں ایک مؤخر قلبی نزول الماء (posterior polar cataract) ذیابیطس کی وجہ سے مل سکتا ہے، اگرچہ یہ بہت شاذ ہے۔

مغیر مریضوں میں التهاب شبکیہ (retinitis) عام ہے جو ملائت الشبکیاتی التهاب شبکیہ سے مماثل ہوتا ہے۔ امکاناً یہ ذیابیطس اور شبکیاتی التهاب دونوں شریانی مرض کے بعد ثانوی طور پر جوتے ہوں اور دونوں میں کوئی راست تعلق نہیں ہوتا۔ دوسرے تغیرات یہ ہیں :- التهاب قرصیہ (iritis) خلف المقلعہ عصبی التهاب (retrobulbar neuritis) جو عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) پیدا کر دیتا ہے، شبکیہ اور زجاجیہ میں نزفات اور شبکی تشحیم السدھر (lipemia retinalis) جس کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شدید علاج ناکردہ اصابتوں میں۔

ذیابیطسی قوماً (diabetic coma)۔ یہ نام اس گروہ علامات کو دیا گیا ہے جو خون کے اندر آسینو آسینک ایسڈ کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، جو نظام دوران خون اور مرکزی عصبی نظام دونوں پر ایک ذہر کے طور پر اثر کر کے ہلاکت خیز نتیجہ پیدا کر دیتا ہے۔ اس علاماتی مخلوط کی تشبیب میں خون کے اندر کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) کی قلت بھی ممکن ہے کہ حصہ لیتی ہو۔ قوماً کے اسباب متحدہ یہ ہیں :- (الف) ایسی غذا جس میں پروٹین اور شحم بکثرت ہو۔ (ج) اشتعال یا جذباتی صدمہ۔ (ج) عام عدم حیثیت۔ غالباً گیس آکسیجن کے ساتھ سب سے کم مضرت رسال ہے، لیکن یہ بہت اہم ہے کہ مریض نیلا نہ ہونے پائے۔ (د) حاد سرائیشیں۔ (ه) گردوں کا ناقص فعل، جس سے آسینو آسینک ایسڈ کا نامکمل اخراج ہوتا ہے۔ (و) قبض۔ (ز) ایک نوعہ مریض میں جس کے بدن کی چربی انسولین کی مدد سے بڑھ گئی ہو، انسولین کا استعمال جاری نہ رکھنا۔ قوماً کا آغاز اکثر بتدریج ہوتا ہے، لیکن علامات ذیل اس کی خبر دیتے ہیں :- فقدان اشتہا، پیشاب اور شکر کی روزانہ خارج ہونے والی مقدار میں ایک

سریع تخفیف، پیشاب میں البیومین اور سبائٹک کی موجودگی، اور ہٹل قبض۔
 بعض اوقات شدید درد شکم ہوتا ہے۔ اس وقت مریض کی قدر جلد ہی حالت
 ہبوط اور قوام میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ نبض سریع و ضعیف ہوتی ہے، دروں چشمی
 تناؤ کم ہو جاتا ہے، سطح جسم سرخ چہرہ پیکا ہوا اور جوارح کبود ہوتے ہیں۔ مریض
 نیم باز آنکھوں کے ساتھ پڑا رہتا ہے، اور اپنے گرد و پیش پر التفات نہیں کرتا۔
 اور کو سوال کرنے پر اسے بیدار کر کے اٹھایا جاسکتا ہے مگر وہ ایسی بدحواسی سے
 جواب دیتا ہے (بشرطیکہ وہ جواب دے) گویا وہ اسے ادھورا ہی سمجھتا ہے۔
 تنفس ان اصابتوں میں مخصوص طرز کا ہوتا ہے۔ یعنی وہ آہستہ آہستہ، گہرا، اور
 آہ کی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سینہ کے حرکات نہایت وسیع ہوتے ہیں۔ تنفس
 خاتمہ کے قریب کی قدر زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ اسی کے ساتھ سینہ کے دھکا
 سے کوئی غیر معمولی چیز نہیں ظاہر ہوتی۔ اس شکل کے تنفس کو جوع الہوا کہتے
 ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں مریض کے بستر کے قریب ایک میٹھی سی خوشبودار
 یا آئیری بو محسوس ہو سکتی ہے، جسے بعضوں نے سیب کی بو سے تشبیہ دی ہے۔
 یہ بو ایسیٹون سے منسوب کی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت ایک دن سے تین
 دن تک جاری رہے اور پھر نبض زیادہ زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے، گو ممکن
 ہے کہ قلب قوت کے ساتھ حرکت کرتا رہے، مریض زیادہ بے حس اور بالآخر
 بالکل قومازہ ہو جاتا ہے اور موت اس منظر کو ختم کر دیتی ہے۔ کبھی کبھی مریض کی قدر
 ہڈیان کے ساتھ بڑبڑا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات نسبتاً بہت زیادہ
 سریع ہوتے ہیں۔ مریض دفعہ جہبوط ہو جاتا ہے، اس کی نبض سریع و ضعیف
 اور اطراف کبود ہو جاتے ہیں۔ جوع الہوا نمودار ہو جاتی ہے اور وہ چومین یا
 چھتیس گھنٹوں میں مر جاتا ہے۔

کلوی شکر بولیٹ (renal glycosuria) - غیر خبیث شکر بولیٹ

(benign glycosuria) (سلیم قریابیطس) (diabetes innocens) - ان اصطلاحات

کا اطلاق ایک ایسی حالت پر کیا جاتا ہے، جن میں مریض سالہا سال تک شکر مسلسل
 خارج کرتے رہتے ہیں، لیکن وہ نہایت کامل صحت کی حالت میں رہتے ہیں اور

انہیں ذیابیطس کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔ شکر کی برآمد قلیل المقدار ہوتی ہے اور اکثر ۳ گرام یومیہ سے زائد نہیں ہوتی۔ کاربوہائیڈریٹ کی ایک مقدار لی جائے تو وہ اس برآمد میں چنداں فرق نہیں پیدا کرتی۔ بعض اصابتوں میں علاج سے اس شکر کو موقوف کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر دوسری اصابتوں میں فائدہ کرانے سے شکر بہ سرعت غائب ہو جاتی ہے۔ دوسری برداشت شکر کا سختی طبعی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ دوسری شکر خالی معدہ کی حالت میں طبعی ہوتی ہے مگر پھر بھی شکر خارج ہوتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ دہلیز کلوی پست ہے۔ اس حالت کی تیسب نامعلوم ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پیدا ہوتی ہے۔ اس کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ جب تجربہ کسی جانور کو فلوئورڈزین (phloridzin) سے مسموم کر دیا جاتا ہے تو شکر بولیت پست دہلیز کلوی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ جب شکر کی موجودگی کی دریافت ترجیحی امتحانات میں سے کسی ایک سے کی جاتی ہے، اور تشنگی، کثرت بول یا عضلی کمزوری کی موجودہ یا سابقہ سرگشت بھی موجود ہوتی ہے، تو ذیابیطس شکر کی تشخیص یقینی ہو جاتی ہے۔ اگر پیشاب کا امتحان نہیں کیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ اس مرض کی موجودگی نظر انداز کر دی جائے اور مریض کا علاج ایک مبہم کمزوری اور "نا طاقتی" کے لئے کیا جائے، یا ممکن ہے کہ یہ امر فراموش کر دیا جائے کہ پیچیدگیوں میں سے کسی ایک مثلاً راج پیٹروں، مکنت، یا قوما کا بنیادی سبب ذیابیطس ہی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے اشخاص میں جن کا ذیابیطس ہو نا نامعلوم ہے، قوما کا وقوع ذیابیطس ہی کی وجہ سے ہو سکتا ہے، اور یہ کہ ذیابیطس کے مریضوں میں درد شکر ہی (جو ہتھ کا کافی شدید ہو سکتا ہے کہ اس سے شک شکافی کی ضرورت محسوس ہو) قوما کے آغاز کی پہلی علامت ہو سکتی ہے۔ خاص وقت اس وقت پیش آتی ہے جب کہ کسی مریض کا پیشاب متعدد مواقع پر خفیف سی تریج ظاہر کرتا ہے اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے۔ سرمدی کا شفات سے متعلق منالطات پر پہلے خود کیا گیا ہے، لیکن اگر تخمیری اور فینائل ہائیڈریزینی کا شفات سے ڈیکسٹروس کی موجودگی ثابت ہو چکی ہو تو یہی معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے کہ آیا مریض حقیقی ذیابیطس شکر میں مبتلا ہے۔

اگر دمی شکر ۱۶۔ سے اوپر ہے تو تشخیص نہایت امید افزا ہوگی، مگر اگر وہ اس کم ہے تو بہترین طریقہ یہ ہوگا کہ برداشت شکر کا امتحان عمل میں لایا جائے یعنی ذکر میں کی ایک خوراک کے بعد خون کے تجزیات انجام دئے جائیں جس سے انداز میں بھی مدد ملے گی۔

انذار۔ ذیابیطس شکر ایک نہایت خطرناک مرض ہے، جو معتمد اشخاص کے نسبت نوعروں میں زیادہ سریع اور ناموافق ممرکار رجحان رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی انسولین اور با احتیاط غذائی علاج کے رواج کے ساتھ انداز بہتر بھی ہو گیا ہے۔ بعض اصابعوں میں علاج کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ شکر کی برداشت بڑھ جاتی ہے۔ لیکن شغایہ ان معنوں میں نہایت ہی شاذ ہے کہ وہ مریض بلا انسولین کے بے پروہیزی غذا پر بر کر سکتا ہو اور پھر بھی اس کی دمی شکر طبعی درجہ پر رہتی ہو۔ بلا علاج کے انداز نوعمر مریضوں میں بلا استثناء ناموافق ہوتا ہے کیونکہ مرض ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض باوجود علاج کے ترقی کرتا رہے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض سرایت زدہ ہو گیا ہو۔ دوران مرض میں علاج کا آغاز جس قدر دیر سے کیا جائے گا انداز اسی قدر زیادہ ناموافق ہوگا۔ ممر اشخاص میں جن میں نام نہاد "غذائی شکر بولیت" ہو، علاج نہ ہونے کی صورت میں ہملک نتیجہ نہ ہونا چاہئے۔ لیکن پیچیدگیوں (مثلاً راج پھوڑے، نزول الماء اور التهاب شبکیہ) کا امکان ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ ایسے اسطے ضروری ہے کہ ہمیشہ مناسب علاج کا آغاز کیا جائے تاکہ پیچیدگی پیدا نہ ہوسکے پائیں۔

تحریر۔ چون کہ علاج کا جلد کیا جانا نہایت اہم ہے، لہذا وقتاً فوقتاً امتحان بول کی سفارشات کی گئی ہے۔ امتحان بول تندرست اراکین خاندان کی حالت میں اس وقت یقیناً عمل میں لانا چاہئے جب کہ ذیابیطس کسی خاندان میں موروثی طور پر چلا آ رہا ہو۔ ذیابیطس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صحت مندانہ زندگی بسر کی جائے ساتھ ہی باقاعدہ ورزش جاری رکھی جائے اور فزہبی اور مرکزی عفوشت سے بچنے کی کوشش کی جائے۔

علاج۔ ذیابیطس کا پہلا علاج جو عقلی اصول کے مطابق تھا، 'رولو' (Rollo) نے کیا۔ اس نے حیوانی غذا کی خوراک تجویز کی جس میں نشاستہ اور شکر موجود نہ تھی۔ ۱۹۱۵ء تک یہی طریقہ نہایت عام طور پر اختیار کیا جاتا تھا اور روین اور شحہ کی بڑی بڑی مقداریں دی جاتی تھیں۔ ایسی غذا کے ساتھ ذیابیطس کے کئی مریض کے پیشاب کا شکر سے خالی ہونا مقابلہ شاذ امر تھا۔ ان تجربات نے جو اقیقہ - ایم۔ ایلن (F.M. Allen) نے لبلبہ ربودہ کتوں پر کئے، اور ان سرری مشاہدات کے جو آئن نوز ڈین، گوئیلا (Guelpa) اور گراہم نے مختلف اوقات میں کئے، علاج ذیابیطس میں تغذیہ کی اہمیت کو واضح کر دیا۔ عموماً اختیار کردہ طریقہ یہ ہوتا کہ پہلے فاقہ کے ذریعہ سے پیشاب کو خالی از شکر کر لیا جاتا، اور پھر غذا بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں دی جاتی، کاربوہائیڈریٹ کی درآمد کو بہ شدت محدود کر دیا جاتا، اور مریض کو مستقل معمول سے کم غذا دی جاتی تاکہ وہ دیلا رہے۔ کم غذا ماننے والے شخص میں اساسی تحول پست ہوتا ہے، چنانچہ جزیری بافت پر کام کا بار نسبت کم پڑتا ہے۔ یہ امر اس وقت نہایت نفع بخش ہوتا ہے جب کہ یہ جزائر قلت زدہ ہوتے ہیں (جیسے کہ ذیابیطس میں) کیونکہ اگر ان پر کام کا بار سے زیادہ ڈالا جاتا ہے تو وہ بتدریج خراب و خستہ ہو جاتے ہیں۔ کثیر پرہیز میں والی غذا اساسی تحول کو بلند کر دیتی ہے۔ اسی کو پروٹین کا نوعی حوصلے کی فصل کہتے ہیں۔ انہیں کے انکشاف سے ذیابیطس کے علاج میں ایک انقلاب پیدا ہو گیا ہے۔ لیکن اگرچہ اب فاقہ کی ضرورت نہیں رہی تاہم غذا کی کیفیت سختید اب بھی عموماً ضروری ہوتی ہے بالخصوص زیادہ شدید اصابتوں میں۔

علاج کے شروع میں امکانی مرکزی سرایت کا جو دندانہ راسی سرایت، عفونی لوزین، مارا، یا زائدہ دودھ کی وجہ سے جو استعمال کر دینا چاہئے۔ علاج کا مقصد یہ ہے کہ انولین کا استعمال ایسی مقداروں میں اور ایسے اوقات میں کیا جائے کہ دومی شکر جو میس گھٹنوں کے دوران میں طبی حدود کے اندر رہے۔

اصول علاج ڈاکٹر ڈبلیو۔ پین کے ایک مریض کی دومی شکر کی تخمینوں پر

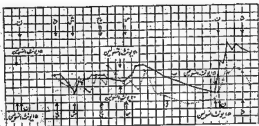
مستطب کیا جاسکتا ہے، جو شکل ۵۹ میں بتلائی گئی ہیں۔ منحنی جی اوسط منحنی الف کے نسبت بلند تر ہے، کیونکہ کیفیت پر وٹمین کے بجائے کاربوہائیڈریٹ دیا گیا تھا۔ وٹمین الف اور جی میں غذاوری تھی۔ ناشتہ اور رات کے کھانے سے پہلے بارہ گھنٹے کے وقفوں سے روزانہ دو بار انسولین دینے کا اثر یہ حیثیت مجموعی ایک دو گونہ منحنی پیدا کرتا تھا، اور ایک ارتفاع کھانے کے فوراً بعد جو کہ اس کے بعد ایک سقوط ہوتا تھا۔ اس مریض میں انسولین کی ایک کیفیت کمتر مقدار سے صبح کا ارتفاع شام کے ارتفاع کے نسبت بہت زیادہ بلند تھا۔ منحنی الف میں ارتفاع یقیناً ناشتہ سے پہلے شروع ہو گیا، اور اس کی توجیہ اس بڑھی ہوئی سنبھلی فعالیت سے ہو سکتی ہے جو بیدار ہونے پر فتنہ واقع ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں انسولین کی مادی متبادوں کے ساتھ ممکن ہے کہ شام کا ارتفاع بلند تر ہو، اور جب انسولین کی تین متبادیں چھ بجے صبح ۱۲ بجے دوپہر اور ۹ بجے شب کو یعنی رات کے کھانے کے بعد دی جاتی ہیں تو ایک سہ گونہ منحنی حاصل ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ رات کے وقت بھی اسی قدر ہی بلند ہو جس قدر کہ دن کے وقت غالباً بایں وجہ کہ پروٹینی تحول کاربوہائیڈریٹ کے تحول کے نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے اور اس وجہ سے وہ رات تک ملتی ہو جاتا ہے (۱۲)۔

جب علاج ابتدا شروع کیا جاتا ہے تو ۱۵ اکائیوں کے اثرات ناشتہ اور رات کے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے دئے جاتے ہیں۔ یہ متباد ہر دوسرے یا تیسرے روز بقدر ۱۵ اکائیوں کے بڑھا دی جاتی ہے۔ اس سے پیشاب میں شکر کم ہو کر بالآخر خائب ہو جاتی ہے۔ اس درجہ میں اگر شائد خالی کرنے کے بعد موی شکر کی تخمین کی جائے اور آئندہ ۱۵ امانت کے دوران میں خارج ہونے والے پیشاب کا امتحان کیا جائے تو دبیز کلوئی کی تمین کی جاسکتی ہے۔ اگر دبیز کلوئی طبیعی یا معمولی (۱۶۔۲۰) ہے تو چوبیس گھنٹوں کے دوران میں متباد تحول پر خارج ہونے والے پیشاب میں شکر کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ موی شکر کبھی حد سے زیادہ بلند نہ تھی۔ لیکن اگر دبیز کلوئی پست ہے، جیسا کہ ذیابیطس کے مریضوں کی کچھ تعداد میں ہوتا ہے تو متقل و متوالی خالی از شکر امتحانات کی توقع

نہ کرنی چاہئے۔ پھر اگر دہلیز کلوی بلند ہے تو فارورس کے امتحانات کی کچھ اہمیت نہیں ہے۔ لیکن راقم الحروف کا تجربہ ہے کہ جب انسولین کے ذریعہ علاج اختیار کیا جاتا ہے تو بلند دہلیزات کلوی بہ سرعت طبی ہو جاتے ہیں۔ چھپیدہ اصابتوں میں شکر کے بالآخر غائب ہو جانے کے بعد انسولین کی زیادتی کو مزید جاری رکھنا چاہئے یہاں کہ مریض اس کی متاد کے دو تا چھ گھنٹے بعد ایک نہایت نفیس ساقلیل شکر دموی رد عمل (hypoglycemia reaction) محسوس کرنے لگے، یعنی جوارح کارزومینہ، بھوک، غلور یا متلی، دوران سر یا جگر، ذہنی اختلالات، دوسرے احتمالات، خوشگئی، غشی، سن بن، سردی یا گرمی کے احساسات، اور کبھی کبھی اسہال۔ یہ علامات ان کے وقوع کے تواتر کے لحاظ سے مرتب کئے گئے ہیں (12)۔ اس ذریعہ سے مریض ایک ابتدائی درجہ میں اور طبی نگرانی میں ہونے کی حالت میں ہی محسوس کر لیتا ہے کہ انسولین کی مقررہ مقدار سے زائد ملنے کے اثرات کیا اور کیسے ہوتے ہیں۔ اس تجربہ کی بنیاد پر اس کا آئندہ علاج نسبت زیادہ وثوق و اعتماد کے ساتھ کیا جائیگا۔

اعظم متاد جن کا مریض متعل ہو سکے گا اس مقدار سے ذرا ہی کم ہوگی جو یہ علامات پیدا کر دیتی ہے، اور یہی متاد تجربہ کرنی چاہئے، کیونکہ یہ دموی شکر کو طبی درجہ پر اور پیشاب کو مستقلاً خالی از شکر رکھے گی۔ ایسے ذرائع کی وساطت سے دموی شکر کے امتحانات کی ضرورت بڑی حد تک لاحق نہ ہوگی۔ اگرچہ طبی اشخاص میں دموی شکر تقریباً ۰.۱ تک گھٹ جانے سے عموماً علامات پیدا ہو جاتے ہیں، آخر الذکر بعض ایسے مریضوں کو جو عرصہ دوازنکدیش شکر دموی رہ چکے ہیں دموی شکر کے نسبت بلند تر مثلاً ۰.۴ فی صدی، ۰.۱۲ فی صدی، بلکہ ۰.۱۸ فی صدی سے بھی اوپر کے لیوول پر محسوس ہو سکتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ان کا جسم عرصہ دوازن سے بیش شکر دمویت کے متوافق ہو چکا ہے (80)۔ سخت لاغور مریض کی حالت میں بہت احتیاط لازم ہے۔ ان کو ابتدائے علاج ہی میں کاربوہائیڈریٹ دینا چاہئے تاکہ قلیل شکر دمویت کے شدید علامات نہ پیدا ہونے پائیں اور سست روی کی حالت میں انسولین کی متاد بتدریج بڑھانی چاہئے تاکہ دموی شکر بتدریج کم ہو، ورنہ ممکن ہے کہ نہایت شدید طو پر بھڑک اٹھے۔

ممكن ہے کہ ذیابیطس کی شدید اصابتوں میں انسولین کی ایک مقدار دو یا تین لکھنوں میں تحلیل شکر دمویت کے علامات پیدا کر دے اور پھر قبل اس کے کہ دوسرا مقدار ۱۲ لکھنوں کے عرصہ میں دی جائے دموى شکر بہ سرعت بلند ہو کر شکر بولیت پیدا ہو جائے۔ یہ واعیہ چراس امر کا کہ انسولین کا استعمال روزانہ تین بار کرنا چاہیے، یعنی بچے بچے، ایک بچے دوپہر اور ۷ بجے شام کو، یعنی تین خاص کھانوں سے پہلے۔



صبح ۶ بجے، دوپہر ۱۲ بجے، شام ۶ بجے، رات ۱۲ بجے

شکل ۵۹۔ دموى شکر ایک چالیس سالہ دمی کی جس کا وزن ۱۳۸ پونڈ تھا۔ منحنی الف اس وقت لیا گیا جب کہ اس کو تین دن تک ایک ایسی غذا دی گئی رہی جس میں ۸۰ گرام پروٹین، سبزیوں اور شحم تھیں۔ منحنی ج، تین دن بالکل ایسی ہی غذا کے بعد لیا گیا کہ ۳۰ گرام پروٹین کی بجائے اتنی ہی مقدار کاربوائیڈریٹ کی دی گئی جو کہ ناشتہ اور رات کے کھانے پر ڈبل روٹی اور آلوؤں کی شکل میں تھا۔ حرارتی قدر ۱۸۰۰ سے زرا اوپر تھی۔ انسولین جو دی گئی۔ ن ناشتہ ۵ دوپہر کا کھانا۔ ش شام کا کھانا۔ سچ چائے۔ رات کا کھانا۔ دموى شکر ہیکٹڈارن (Hagedorn) اور جینسن (Jensen) کے طریقے سے۔

بعض اوقات انسولین کے اشتراک کے بعد فوراً مریضوں کو ٹیبلٹ لگنے کی بھی

کیفیت کی شکایت جو باقی ہے، جو انسولین کے محلول میں ترشہ موجود ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کو رفع کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ اس کی تبدیل کیلئے پچکاری کے اندر انسولین کے نصف حجم کے برابر $\frac{1}{100}$ N. caustic soda (tricrosol) موجود ہو اور انسولین کے ساتھ آمیز کر لیا جائے۔ اس کی ٹھیک مطلوبہ مقدار مختلف تجارتی چھاپ کی انسولین کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، لیکن اتنی کافی استعمال کرنی چاہئے کہ جس سے پچکاری میں مرتبہ انسولین کی وجہ سے خفیف سا تکرر پیدا ہو جائے۔ انسولین بصورت قرص بھی دستیاب ہو سکتی ہے جسے اشراب سے فی الفور پہلے آپ عقیقہ میں حل کر لیا جاتا ہے۔ شری ادوڑ سے جو مقام اشراب پر بارہ گھنٹے بعد پیدا ہو کر دوبارین دن میں رفع ہو جاتے ہیں یہ بالخصوص اُن سنجاستوں کے باعث ہو جاتے ہیں جو اس خاص چھاپ کی انسولین میں موجود ہیں، لہذا اب دوسرے چھاپ کی انسولین آزمانا چاہئے۔ بیشتر انگریزی انسولین گائے سے بنائی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کو بدل کر خنزیری انسولین دینا مناسب ہو۔ ممکن ہے یہ خود انسولین کی حساس گری کا نتیجہ ہوں اور چھوٹی چھوٹی اور برستی ہوئی خوراکیں دے کر حساسیت ربانی کی آزمائش کرنی چاہئے۔ انسولین کے علاج میں ایک مستقل غذا کا دینا ضروری ہے۔

بعض صیاری غذائی عناصر

کاربوہائیڈریٹ اور حجم کی نسبت											
۱:۱			۱:۲			۱:۳			۱:۴		
ل	ش	پ	ل	ش	پ	ل	ش	پ	ل	ش	پ
۲۰۰	۱	۱	۱۶	۱	۱	۱۲	۱	۱	۱۰	۱	۱
۱۴۰۰	۱	۱	۱۶	۱	۱	۱۲	۱	۱	۱۰	۱	۱
۱۸۰۰	۱	۱	۱۶	۱	۱	۱۲	۱	۱	۱۰	۱	۱
۲۲۰۰	۱	۱	۱۶	۱	۱	۱۲	۱	۱	۱۰	۱	۱

۱۰۰ گرام شکر

۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ

مریض کی غذائی احتیاج کا سب سے پہلے اندازہ کرنا چاہئے۔ اگر اس کا وزن طبی حدود کے اندر تصور کیا جائے تو اساسی حراری احتیاج 'صحفہ ۳۷ پر صفحہ 480 میں درج کی ہوئی قانون نگارش سے حاصل کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اس امر کے لحاظ سے کہ وہ کس قدر ورزش کرتا ہے۔ ۵۰ فی صدی یا زیادہ تک مزید رعایت دینی جاتی ہے۔ ایک تھوڑی کارکن کے لئے یہ ۱۰ یا ۲۰ فی صدی سے زیادہ نہ ہونی چاہئے۔ آزمائش کے بعد اس امر کے لحاظ سے کہ مریض کا وزن بڑھتا یا گھٹتا ہے 'ترمیمات کرنے کی ضرورت پیش آئے گی۔ اگر مریض فزیکل تو اس کے لئے یہی مناسب ہے کہ اس کا وزن گھٹے اور حراری قدر کا حساب اس شخصین کردہ وزن سے لگایا جاتا ہے جو کہ آئٹلے والٹر (Ainley Walter) کی بات (2) سے طول تنوع (stem length) سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بالکل پست حراری قدریں مثلاً ۶۰۰ یا ۸۰۰ کچھ عرصہ تک کام میں لائی جاسکتی ہیں۔

جدول ۷۷ جسمانی وزن (پاؤنڈ)

عورت			مرد			جسم کا طول (انچ)
اقل	اوسط	اعظم	اقل	اوسط	اعظم	
۲۱	۲۵	۳۱	۲۱	۲۵	۳۱	۲۰
۲۴	۳۲	۴۱	۲۴	۳۲	۴۱	۲۲
۳۴	۴۵	۵۵	۳۶	۴۴	۵۲	۲۴
۴۴	۵۴	۶۹	۴۶	۵۶	۶۸	۲۶
۵۹	۶۲	۸۸	۵۴	۶۰	۸۶	۲۸
۷۲	۹۰	۱۰۹	۶۰	۸۶	۱۰۵	۳۰
۸۲	۹۸	۱۲۱	۶۸	۹۲	۱۱۴	۳۱
۹۰	۱۰۹	۱۳۳	۸۵	۱۰۲	۱۲۸	۳۲
۹۹	۱۱۹	۱۴۶	۹۲	۱۱۲	۱۴۱	۳۳
۱۰۹	۱۳۱	۱۶۰	۱۰۳	۱۲۵	۱۵۲	۳۴

عورت			مرد			جسم کا طول (انچ)
اقل	اوسط	اعظم	اقل	اوسط	اعظم	
۱۱۸	۱۴۲	۱۷۵	۱۱۲	۲۳۶	۱۶۹	۳۵
۱۲۹	۱۵۵	۱۹۰	۱۲۲	۱۴۸	۱۸۳	۳۶
۱۴۲	۱۶۹	۲۰۸	۱۳۴	۱۶۱	۲۰۰	۳۷
۱۵۳	۱۸۳	۲۲۶	۱۴۴	۱۷۴	۲۱۷	۳۸

(نوٹ) اعظم اور اقل اوزان طبی افراد کی تقریباً ۹۰ فی صدی تعداد میں جوت اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ یہ دیکھا جائے گا بڑی حیرت والے اشخاص میں یہ نہایت کم دیکھنے سے (3)۔

مریض زمین پر بیٹھ کر اپنی پشت کو مضبوطی کے ساتھ دیوار سے لگا کر رکھتا ہے اور اس کے گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں۔ جسم کے طول کو زمین سے سر کی چوٹی تک انچوں میں ناپ کر اس کا مقابلہ جسم کے وزن کے ساتھ کیا جاتا ہے جو بغیر کپڑوں کے پاؤں دونوں میں لے لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کسی مرض کی وجہ سے حد سے زیادہ موٹا یا حد سے زیادہ ڈبلا ہو تو اس کے طبی تحول کے حصول کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صفحہ ۳ میں اوسط وزن سے جو اس کے جسم کے طول کے متناظر ہو کام لیا جائے کہ اس کے اہلی وزن سے۔ جدول ۷ عمومی استعمال کیلئے ہے جس سے کسی وقت یہ ظاہر ہو سکتا ہے کہ آیا مریض بے حد موٹا یا بے حد ڈبلا ہے۔

ذیابیطس مریض کے علاج میں آج کل اس سے زیادہ کاربوہائیڈریٹ دیا جاتا ہے کہ جتنا زمانہ ماضی میں اور بشرطیکہ غذا کی کل حراری قدر وافر ہو انسانی کی احتیاج اس سے زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی پست کاربوہائیڈریٹ غذاؤں میں۔ حقیقت میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا جس میں ۶۰ کی نسبت ہو ایک فریبہ مریض میں دومی شکر کو گھٹا کر طبی تک لاینے میں کامیاب ہو جاتی ہے بغیر اس کے کہ انولین کی ضرورت پڑے۔ لیکن اگر اس قسم کی غذا کو طویل مدت کے لئے استعمال کرنا پڑے تو پھر حیاتین ل اور ۵ مزید دیئے جائیں۔ غذا میں تجویز کرنے میں سہولت پیدا کرنے کے لئے مصنف نے کئی ایک غذائی ضابطے نکالے

ہیں جن میں سے بعض جدول میں دئے گئے ہیں۔ ہر فٹ پونچھ میں ۲۰ گرام کے کاربوہائیڈریٹ راتوں کی ۱۰ گرام کے شہجی راتوں کی اور گراموں میں پروٹین کی ایک مقررہ تعداد ہے۔ اور پھر کی سطر کو جو کہ ۲۰ حراروں کے متناظر ہے، جمع اور تقریبی کر کے مزید سٹائیلٹ نکالنے یا سیکتے ہیں۔ ان نسبتوں کے نکالنے میں اس امر کا بالکل لحاظ نہیں کیا گیا کہ پروٹین کاربوہائیڈریٹ یا شحم کا اخذ ہو سکتی ہے۔ ایسے حالات حد سے زیادہ فرضی ہوتے ہیں اور بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذاؤں میں شحم کا گھسراں کاربوہائیڈریٹ کے اخذ کی حیثیت سے کچھ اہمیت نہیں رکھتا۔ کاربوہائیڈریٹ اور شحم میں ۱:۲ کی نسبت نہایت عام طور پر مفید پائی جائے گی لیکن بچوں کے لئے ۴:۱ مربع ہے اور ایک بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذا صلاحت شرانین ذبحہ صدریہ اعفونت اور سل ریوی میں خاص طور پر مفید ہوگی۔ قدیم رواج کی غذا ۱:۱ کے متناظر تھی۔ کاربوہائیڈریٹ اور شحم کے راتب فہرست الف ب اور ج سے حاصل کئے جاتے ہیں جو ہر غذائی شے کی وہ مقدار بتاتی ہیں جو کہ پورے یا آدھے کاربوہائیڈریٹ یا شہجی راتب کے متناظر ہے اور فہرست د میں ایسی غذائیں درج ہیں جن میں کاربوہائیڈریٹ شحم اور پروٹین موجود ہے اور گھر میں معمولی استعمال کے لئے چند مرکب اغذیہ درج ہیں۔ ذیابیطس مریض ہر وہ غذا کھا سکتا ہے جو کہ معمولی مونسوع عادتاً کھاتا ہے بشرطیکہ اس کے اجزا معلوم ہوں اور غذاؤں کی اس اسکیم کے ذریعہ مریض خاندان کے معمولی کھانوں میں شریک ہو سکتا ہے۔ اس سے کہیں زیادہ تفصیلی فہرست جس میں ۲۰۰ مرکب اغذیہ درج ہیں کسی دوسری جگہ شائع کی جا رہی ہے (۵۴)۔ شکوائیہ کھانے (dishes) عام طور پر انسانوں کے ذراہی بعد لینا چاہئیں یعنی ناشتہ اور رات کے کھانے پر۔ لیکن بہت سے طبیب اس کو بالکل منع کر دیتے ہیں۔ سبزیوں کے لئے رعایت دی جاتی ہے لیکن آدوں سیم کی پھلیوں (butter beans) اور مٹروں کے سوا ان کو تولنے کی ضرورت نہیں۔ صاف بخنی آواز ان طور پر لے سکتے ہیں۔ اکھل دینے میں وہ مقصد نہیں ہو سکتا جو کہ زمانہ ماضی میں ہوتا تھا اور بہتر یہ ہے کہ اس سے اجتناب کیا جائے۔ مٹروں (beers) میں سہ ماہ فی صدی کاربوہائیڈریٹ موجود ہوتا ہے۔ مٹھا کرنے کے لئے

سکرین (saccharine) استعمال کر سکتے ہیں۔ یہ غذائی جدولیں بیشتر کاربوہائیڈریٹ اور شحم سے اعتدال کرتی ہیں۔ پروٹین کو کم و بیش کرنا زیادہ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس کی حراری قدر اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شحم کی۔ یہ زیادہ سہولت دہ ہوگا کہ غذا کو گراموں میں تو لاجائے اور ان کسروں (fractions) کے جھگڑے میں نہ پڑا جائے جو کہ انہیں استعمال کرنے میں پیدا ہوتی ہیں۔ جدولوں میں دونوں ناپ دئے گئے ہیں۔ ان کاربوہائیڈریٹس کو زیادہ تر ناشتہ اور رات کے کھانے کے ساتھ انسولین سے متوازن دیر بعد دینا چاہئے، لیکن خفیف اصابتوں میں ان کی کچھ مقدار دوپہر کے کھانے کے وقت، بلکہ شام کی چائے کے ساتھ بھی دیا جاسکتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کی ٹری مقداروں کے ساتھ اکثر یہ مناسب ہے کہ انسولین کھانے سے پون گھنٹہ بلکہ ایک گھنٹہ یا اس سے بھی زیادہ پہلے دی جائے تاکہ وہ اپنا اہم اثر کھانے سے ایک تا دو گھنٹے بعد اس وقت ظاہر کرے جب کہ دموئی شکر بھی اپنے درجہ اعظم پر ہوتی ہے۔ لیکن اگر انسولین کو بہت پہلے دیا جائے گا تو رد عمل کھانے سے پہلے یا کھانے کے دوران میں واقع ہو جائے گا۔

انسولین کے علاج کیلئے مریض کا انتخاب۔ کلوی شکر بولیت کے لئے انسولین نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ دوران عمل کی شکر بولیت اکثر اوقات ایسی نوعیت کی ہوتی ہے۔ لیکن جہاں عمل کے ساتھ حقیقی ذیابیطس بطور ایک پیچیدگی کے موجود ہو، اس صورت کو اس امر کے انتخاب کا اختیار دینا چاہئے کہ عمل کو ختم کر دیا جائے یا نہیں اور اگر عمل ختم نہ کیا جائے تو انسولین کا علاج شروع کر دینا چاہئے۔ شکر بولیت اور پیش شکر دمویت کے تقریباً تمام مریضوں میں علامات کو رفع کر دینے میں جو کامیابی انسولین سے حاصل ہوتی ہے اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی تمام اصابتوں میں اولی نقص لسلہ میں ہوتا ہے، لہذا اقرین مثل یہی ہے کہ اس قلت کی تعویض کے لئے انسولین استعمال کی جائے اور جب پیچیدگیوں جیسے کہ گنگرین، نزول المائوسل ریوی، ذبحہ صدریہ وغیرہ موجود ہوں تو یقیناً یہی کرنا چاہئے۔ نہایت خفیف محترم مریضوں کی حالت میں لک اور ش میں ۱:۱ کی نسبت رکھنے والی غذا جس کے حرارے ذرا پست ہوں دموئی شکر کو گھٹا کر

فہرست الف۔ ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ کے رتب (کے)

ان مقدار میں پروٹین بھی موجود ہے

گرام	انس	۱	۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل
۲	$\frac{1}{2}$	۲۶	موتیا جو (pearl barley)
۸	۵	۱۳۹	سبکی کی پی کی ایک تسم (butter beans)
۲	$\frac{1}{2}$	۲۳	اس وقت جبکہ وہ دسترخوان پر چینی جائے۔
۳	$\frac{1}{2}$	۲۵	پن بیکٹ (H&P) (water biscuit)
۳۰.۵	$1\frac{1}{2}$	۳۸	پن بیکٹ (captain biscuit)
۵	$1\frac{1}{2}$	۳۹	روٹی چھینے ہوئے آٹے کی
۵	$1\frac{1}{2}$	۳۹	ہلے چھینے ہوئے آٹے کی (Hovis)
۳	۱	۲۴	خشک کردہ کشمش
۳	$\frac{1}{2}$	۲۹	آٹا
۳	$\frac{1}{2}$	۲۹	فدس (force)
۵	۱	۲۶	+ گولڈن سرپ لائل کا (Lyle's golden syrup)
۵	$\frac{1}{2}$	۲۵	+ شہد
۵	۱	۲۴	مکرونی (Macaroni)
۵	۱	۲۴	+ مارٹلیٹ کوپر (Cooper) کا
۵	$1\frac{1}{2}$	۲۵	آکسفورڈ کا
۵	۱	۲۰	جی کا آٹا (oat meal)
۱۱۵	۴	۱۴۳	مٹر تازہ آٹے ہوئے
۲	۵	۱۴۲	آلو تازے آٹے ہوئے
۲	۵	۱۱۵	ہلے چھینے ہوئے
۲	۵	۲۸	چاول آٹے ہوئے کے (اور پھر دھوئے ہوئے)
۲	۵	۲۹	سگودانہ

ان مقداروں میں پڑھیں بھی بڑھیں

مندرجہ ذیل میں اگر گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہو
گرام ۱ اونس ۲۱
شکر $\frac{3}{4}$
کدو کی سوچی (tapioca) ۲۲ $\frac{3}{4}$

فہرست ب - نصف کاربوہائیڈریٹیں راتیب (۱۶ لکھ)

پھل جو تازہ اور پختہ ہوں ان میں موثر ہیں کہ ان کے خلاف بیان کیا جائے اور خوردنی حصہ کو تو لایا جائے۔

پھل

اونس	گرام	مندرجہ ذیل میں اگر گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں
۲ $\frac{1}{4}$	۹۲	سیب
۵ $\frac{5}{8}$	۱۶۲	خربانی (apricot) ، پھلکے سمیت، لیکن گٹھنوں کو کم
۲	۵۶	کیلا
۶ $\frac{1}{2}$	۱۴۲	بلیک بیرری (blackberries)
۳ $\frac{1}{4}$	۹۳	شاہ دانہ (cherries)
۵ $\frac{4}{8}$	۱۶۴	کشمش سیاہ
۹	۲۵۵	کشمش سرخ
۴	۱۱۵	آلو بخارا (damsons)
۴ $\frac{1}{4}$	۱۲۰	گوس بیرری (gooseberries)
۲ $\frac{1}{4}$	۷۲	انگور
۳ $\frac{1}{4}$	۹۳	گرین گیج (greengages)
۷ $\frac{5}{8}$	۲۱۸	یلو میلن (yellow melon)
۴ $\frac{1}{4}$	۱۲۷	نارنگی
۴ $\frac{1}{2}$	۱۱۸	آٹو
۳ $\frac{3}{4}$	۱۰۴	ناشپاتی
۱	۳۱	انٹاس ٹین بند
۴	۱۱۳	پلم (Victoria) (plum)

اونس	گرام	مندرجہ ذیل میں۔ اگر کام کاربوائڈریٹ موجود ہیں
		پرون (prunes) جو معہ گھٹلیوں کے دھیمی آرجی پر
۲	۸۲	پکائے ہوئے ہوں
$\frac{1}{2}$	۱۹۶	رسم بھری (rasberries)
$\frac{1}{4}$	۱۴۴	اسٹرابری (strawberries)
ان میں پروٹین ناقابل التفات ہے		
سبزیاں		
گروہ ۱		

مندرجہ ذیل کی معمولی مقدار :-

سوڈی شلیم (swedes)	پیاز	چندر
نصف چمڑا لکڑی (grapefruit)	پار سنپ (parsnip)	عاجر
گروہ ۲		

مندرجہ ذیل کی اتنی مقدار کہ جتنی خواہش ہو :-

مولی	کرفس (celery)	یرشلیم آرٹو چوک (Jerusalem)
ریونڈ جینی	کھیرا	artichokes)
بحری گوہی (sea kale)	فرانسیسی پھلیاں (French)	اسپراگس (asparagus)
اسفناج (spinach)	beans)	برسلز سپر وٹز (Brussel's)
شازر	کاہو (lettuce)	sprouts)
سلاو (watercress)	گھیا کہو (marrow)	کرم کدہ (cabbage)
	مڑا بند کریس (mustard & cress)	پھول گوہی (cauliflower)

فہرست ج۔ نصف شحمی راتب ($\frac{1}{4}$ ش سا)

اونس	گرام	مندرجہ ذیل میں۔ اگر کام شحم موجود ہے
$\frac{1}{4}$	۶	کھن
$\frac{1}{4}$	۱۵	ہیزلڈر (cheddar)

ان مقداروں میں اتنی ہڈیاں ہوں گی

مندرجہ ذیل میں ہر گرام شحم موجود ہے

پنیر، بالندی (Dutch)

ایک ایک عدد

475

گرام	اونس	گرام
۱۲	$\frac{1}{4}$	۵
۵۶	۲	۶

مچھلی وغیرہ

توہا بیس شکاری

ان مقداروں میں اتنی ہڈیاں ہوں گی

مندرجہ ذیل میں ہر گرام شحم موجود ہے

بلوٹرز (bloaters)، کباب کی ہوئی

ہیٹل (eel)، دسیسی آنچ پر پکی ہوئی

ہرننگ (herring)، تلی ہوئی

کپرز (kippers)، توہا بیس شکاری ہوئی

میگرل (mackerel)، تلی ہوئی

سارڈینز (sardines)

سپرائز (sprats)، دسویں میں لٹکائی ہوئی

اور کباب کی ہوئی

سفید مچھلی (white fish)، بھاپ ہے

پکائی ہوئی

کیکرو (crab)، بلا سی کے

جھینگا مچھلی، بلا سی کے

چھوٹی جھینگا مچھلی، بلا سی کے

۱۵ میں ہر گرام کھن ملاؤ

گوشت

سور کا ٹکڑا لٹکایا ہوا اور لٹکایا ہوا گوشت

گردن کا پٹہ اور ران کا

سور کی بے چربی کی ران، ٹکڑا لٹکائی ہوئی اور

دسویں میں پکائی ہوئی

گرام	اونس	گرام
۱۵	$\frac{1}{4}$	۲
۳۷	$\frac{1}{4}$	۸۵

ان مقداروں میں یا ان سے کم	اونس	گرام	مندرجہ ذیل میں گرام ششم موجود ہے
۱۱	$1\frac{1}{2}$	۴۰	گاسے کی چمچ کا گوشت، بے چربی کا
۱۸	۲	۵۸	گوشت کا قتلہ دھیمی آنچ پر پکا ہوا، کس میں چربی نہیں ہے۔
۱۳.۵	$1\frac{1}{4}$	۴۲	بجھڑے کی پنڈلی کا گوشت، بے چربی کا، پٹا ہوا
۸	۱	۲۰	بریاں کیا ہوا۔
			دیگر گوشت، بے چربی کا
			اعضا
۸.۵	$1\frac{1}{4}$	۴۲	قلب، بریاں کیا ہوا
۱۵.۵	۲	۵۵	گرہ، سٹا ہوا
۱۰	۱	۳۲	بکر
۱۳.۵	۲	۵۵	لبیبہ، دھیمی آنچ پر پکا یا ہوا
۲	$\frac{3}{4}$	۲۱	دبان، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی
۱۵	۲	۵۲	اوبجھڑی، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی
			مرغیاں بطخ وغیرہ
۲۰	$2\frac{1}{2}$	۶۸	چوزہ، بریاں کیا ہوا
۵	$\frac{2}{3}$	۲۱	بطخ، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی
۹	$\frac{2}{3}$	۲۲	ہنس
۱۸	$1\frac{1}{4}$	۴۲	پارٹریج (partridge)
۱۶	۲	۵۴	فینٹ (pheasant)
۱۴	$1\frac{1}{4}$	۴۳	ارشب (rabbit)، دھیمی آنچ پر پکا یا ہوا
۱۹.۵	$2\frac{1}{2}$	۶۲	پرو (turkey)، بریاں کیا ہوا
			فہرست ۵ - وہ غذا جس میں کاربوہائیڈریٹ ششم اور پروٹین موجود ہیں
گرام	اونس	گرام	مندرجہ ذیل غذاؤں میں
۱۱	$1\frac{1}{2}$	۴۰	وہ وہ کھجور، میٹھی میٹھروں میں ناپا ہوا

مقدار ذریعہ غذاؤں میں	گرام	اونس	لبر	ش	گریم پیماس
	۲۵۰	۱۳	۱	$1\frac{1}{4}$	۱۳
	۵۰۰	۲۰	$1\frac{1}{2}$	۲	۲۰
بیکٹ					
بیکٹ آلیور (bath oil) (۲۱)	۲۱	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۲۱۵
برکفاسٹ (breakfast) (۷)					
(H & P)	۵۴	۲	۲	$\frac{1}{4}$	۵۱۵
کریم کرکر (cream cracker)					
(H & P) (۷)	۵۷	۲	۲	۱	۴۱۵
پتی بیور (Petit Beurre) (۲۱)					
P.F	۴۴	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۴۱۵
شارٹ برڈ (shortbread)					
(P.F) (۲۱) (Grenock)	۳۴	$1\frac{1}{4}$	۱	۱	۲۱۵
+ چاکولیٹ (chocolate) پورل					
(Bournville)	۵۶	۲	$\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۰
+ چاکولیٹ برکفاسٹ (chocolate)					
(cadbury) breakfast	۲۶	۱	۱	-	۱۵
سپاریاں (nuts)					
برازیل (brazil)	۱۵	$\frac{1}{4}$	۰	۱	۲۱۵
جوز (chestnut)	۷۵	$2\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۴۱۵
فلبرٹز (filberts) (۱۵ اگر امڈل)					
روٹی ملاؤ	۱۵	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۱	۲
اخروٹ	۱۶	$\frac{1}{4}$	-	۱	۳
مختلف					
+ ۱- فروٹ کیک (fruit cake)	۳۹	$1\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲

سندھ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لک	ش	گرام
۲+ ۱- اسفنج کیک (sponge cake)	۲۴	$1\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲
۳- پنیر کی ڈرائیو (cheese straws)					
نسخہ میں دی ہوئی مقدار کا					
ایک چوتھائی حصہ	۵۳	$1\frac{1}{2}$	۱	۱	۸۵۵
۴- پنیر کے ساتھ کچی ہوئی کدوئی					
(macaroni cheese) نصف					
پڈنگ -	۲۰۰	۴	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۶۵۰
۵- آلوؤں کا بھرتا - نصف مقدار	۱۲۰	$2\frac{1}{2}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲۵۵
۶- (دو) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ					
بجائے پکائی ہوئی - نصف پڈنگ	۱۵۰	$5\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۱
(ب) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ					
تھوڑی سی جٹی ہوئی - نصف پڈنگ	۱۳۰	$2\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۱
۷- ڈبل روٹی اور کھن کی پڈنگ -					
نصف پڈنگ	۱۴۰	$2\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۶۵۰
۸- خوش مزہ پڈنگ - نصف پڈنگ	۲۱۰	۴	۱	$1\frac{1}{4}$	۱۱
۹- (دو) سوٹ (suet) کی پڈنگ					
بجائے پکائی ہوئی - نصف پڈنگ	۵۹	۲	۱	$\frac{1}{4}$	۴
(ب) سوٹ کی پڈنگ - تھوڑی سی					
جٹی ہوئی - نصف پڈنگ	۴۴	$1\frac{1}{4}$	۱	۱	۱۱
۱۰- یارک شائر (Yorkshire) کی					
پڈنگ -	۸۳	۴	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
۱۱- ڈبل روٹی کی بھرتی - نصف مقدار	۲۸	۱	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۲۰

+ وہ غذا جس میں پر یہ نشان ہے ۱۰- ۱۱ گرام سے زیادہ عمل پذیر کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل ہوئی ہیں اور صرف مہیب ہی ان کی اجازت دے سکتے ہیں۔

(zero limit) -

نسخہ

(۱) فروٹ کلیک - $\frac{1}{4}$ پونڈ آٹا - $\frac{1}{4}$ پونڈ سبز کی کشرش - $\frac{1}{4}$ پونڈ شکر - $\frac{1}{4}$ پونڈ کھن - ۲ انڈے - $\frac{1}{4}$ اونس vanilla - اگر گرام رائل بیکنگ پوڈر (royal baking powder) (ٹی سپون فل) - تنور میں ایک گھنٹہ۔

(۲) سفیجہ کیلک - ۶ اونس آٹا - $\frac{1}{4}$ پونڈ شکر - ۲ اونس کھن - $\frac{1}{4}$ اونس دودھ - ۲ انڈے - ۵ گرام بیکنگ پوڈر (جھوٹا ٹی سپون فل) - تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۳) پتلی کی لوزیں (cheese straws) - ۷ گرام ($\frac{1}{4}$ اونس) پنیر (پارما (parma) کا) ۱۳ گرام (۴ اونس) آٹا، ۶۲ گرام ($\frac{1}{4}$ اونس) کھن، ایک انڈے کی زروئی، $\frac{1}{4}$ اونس پانی، نمک، تیار مرچ - آٹا چھان لو، کھن ملا کر لو، گھس کر پھیلا ہوا پنیر اور مائلے ملاؤ، اور خفیف طور پر پھینٹی ہوئی انڈے کی زروئی اور پانی کے ذریعہ چپکاؤ کہ جس سے ایک سخت پیڑا بن جائے، اس کو ہلکے سے گوندھو، بیلن کے ذریعہ اسکو پتلا پھیلاؤ اور کاٹو - تنور میں مدت ۱۵ منٹ۔

(۴) پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese) - ۳۰ گرام (۲ اونس) مکرونی (۲ گرام) اونس، سبجینی (spaghetti) چٹنی - ۷ گرام اجزاء، ۶۲ گرام ($\frac{1}{4}$ اونس) شڈ پنیر، کرہ کی کوپانی میں ایک گھنٹہ تک بجھو، مکھن، پھر نمک ملا کر چٹنی، یا تاک کہ نرم ہو جا، پھر تھان لو، تیز چٹنی تیار کر کے اس میں مکرونی اور بیشتر حصہ پنیر کا ملاوہ، رانی اور نمک کے ذریعہ خوب مالدو، بناؤ، پھر پڈنگ کے کٹوں میں منتقل کرو، بقیہ پنیر کو پڈنگ کے اوپر چھڑک دو، اور تنور میں بھورا کرو - مدت ۴۵ منٹ۔

(۵) آلوؤں کا جھوٹا - ۲۰۰ (۷ گرام) چھلے ہوئے پرلے آلوؤں کو جو شڈ یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائیں، پانی کو پھینک کر، خفیف سی بھاپ دونا کہ وہ پورے پک جائیں۔ اس طرح پکانے پر وزن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی - ایک اونس دودھ، ۱۳ گرام ($\frac{1}{4}$ اونس) کھن کے ہمراہ بھجرتا بناؤ، اور سیاہ مرچ ملاؤ۔

(۶) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ - (۱) ۷۰ گرام ($\frac{1}{4}$ اونس) آٹا، ایک انڈا، ۶ اونس دودھ، ۱۲ گرام ($\frac{1}{4}$ اونس) کھن تیلے کے لئے - آمیز کرو، پھینٹو اور ڈسک تک کر رکھا رہنے دو، گاہے گاہے پھینٹو - پھر بھاپ دینے والے ظرف کو گرم کرو،

جب کہ کھن اچھی طرح گھملا ہوا ہو۔ مدت ایک گھنٹہ (ب) اس کو ہم منٹ نور میں بھونا جاسکتا ہے۔

(۷) ڈبل روٹی اور مکھن کی پلٹنگ۔ ۷۷ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی ۶ گرام (۱/۲ اونس) مکھن ایک انڈا ۱۰ اونس دودھ ۲۱ گرام (۳/۴ اونس) سمنا کی کشش۔ مدت دو گھنٹہ۔

(۸) خوش ذائقہ پلٹنگ۔ ۷۷ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے ۱۶ گرام (۱/۲ اونس) مکھن ۲ انڈے ۷ اونس دودھ مستدل جامت کا ایک پیاز۔ مخلوط بوٹیاں یا کٹی ہوئی پارسلے (parsley) سیاح مرچ اور نمک۔ پیاز کے ٹکڑے کر کے ٹکین پانی میں جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائے۔ انڈوں کو پھینٹو اجڑا کو آمیز کر دو اور اور بوٹیوں، سیاح مرچ اور نمک کے ذریعہ خوب سالن دار بناؤ کٹورے میں مکھن لگاؤ اور ۵۰ منٹ تک تنور میں بھونو۔

(۹) سویٹ کی پلٹنگ۔ ۹۴ گرام (۳/۴ اونس) آٹا ۲۲ گرام (۱/۲ اونس) ٹکڑے کی ہوئی سویٹ (Atora) ۱/۲ اونس دودھ ۴ گرام (۱/۲ اونس) بیکنگ پوڈر نمک۔ آٹے، بیکنگ پوڈر اور نمک کو چھان لو۔ سویٹ ملاؤ، پھر دودھ ڈال کر اس کو بھری کے ذریعہ خوب آمیز کر دو۔ آمیزہ کو مٹ میں بیل پر ایک ٹوٹی کی صورت میں لٹکانے کے لئے چاقو استعمال کرو۔ (۱۰) اس کو چربی بند کاغذ کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے اور ۸ منٹ تک بھاپ پر پکا یا جاتا ہے یا (ب) تنور میں ۳ منٹ تک بھونا جاتا ہے۔ (ج) اگر ایک سلور سائڈ سٹو (aliverside stew) میں ڈمپلنگز (dumplings) کی ضرورت ہو تو ۶ گرام (۱/۲ اونس) آٹا آمیزہ میں اور ۱ گرام (۱/۲ اونس) آٹا ڈمپلنگز کو ڈالنے کے لئے استعمال کرو۔

(۱۰) یارلڈ شائر (Yorkshire) کے اپنٹنگ۔ وہی آمیزہ جو کہ ۵ میں ہے لیکن ڈش (dial) کو بھوننے کے لئے مکھن کی بجائے چربی (dripping) استعمال کرو۔ تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۱۱) سفید چٹنی کا گھان (pouring)۔ ۴۴ گرام (۱/۲ اونس) آٹا ۴۴ گرام (۱/۲ اونس) مکھن ۶ اونس دودھ نمک اور سیاح مرچ۔ مکھن کو گھملاؤ اور آٹے کی سیاح

آئیز کرو' دودھ کو آہستہ آہستہ ملاؤ، شروع سے آخر تک ہلاتے جاؤ، اور ہر اضافہ کے بعد ہر دو۔ ۵ منٹ تک ہر بار دو۔ ۵ منٹ ملاؤ۔

(۱۲) ڈبل روٹی کی بھرتی یا قیما کی بھرتی (force-meat) - ۲۹ گرام
(ایک اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے ۱۲ گرام (۱/۲ اونس) کھن مارکر (margarine) یا چربی (dripping) ۱/۲ اونس دودھ، مخلوط بوتیاں، سیاہ مرچ اور نمک کھن کو روٹی کے ٹکڑوں میں ملا کر کھو، سال ملاؤ، آئیز کرو اور دودھ سے تر کرو۔ گائے کے گوشت یا بچھڑے کے گوشت کے پارچوں کے لئے جو سبز بوں میں لپیٹ کر دم بخت کئے جاتے ہیں، یا بکر کیلئے استعمال کرو۔ اس سے زیادہ مقدار میں پرندوں، شکاری کے جانوروں، گیلنٹائن (galantines) یا پھلی میں بھرنے کے لئے یا گوشتوں کی صورت میں بنا کر بانٹنگ شاک (boiling stock) میں ۱۰ منٹ تک دم بخت کرنے کے لئے۔ پکانے میں ۶ گرام (۱/۲ اونس) آٹا استعمال کرنا چاہئے۔

۱۰۰ حرارے۔ نسبت لٹ اور ش کی ۱۰۰

(۱/۲ لٹ س، ۱/۲ ش س، ۶۴ گرام پ) ۳۰ گرام لٹ ۶۵ گرام ش ۶۴ گرام پ
گرام اونس لٹ ش گرام پ

دودھ (۱/۲ لٹ) - - - ۱/۲ ۱/۲ ۷

دال (۱/۲ لٹ س) سبزیاں (نہرت

ب) نصف چھوٹے

گرپ فروٹ میت - - - ۱/۲ - -

نارستہ چھنے ہوئے آٹے کی روٹی ۷ ۲ ۲ ۷

(۲ لٹ س، ۱/۲ لٹ س) سودا نمک لگایا ہو

اور سکایا ہوا گوشت

گوشت کا یا پٹھ اور

ران کا، سلا ہوا

(نہرت س) دودھ ۳۰ ۱ - ۱ - ۸

گرام ۱۰۰ انس ۱۰۰ شہہ گرام پ

کھن (فہرست ج' ا حصہ)
نماثر (فہرست ب)

شام کا کھانا

(الہء شہہ) سود کی دان نمک لگائی ہوئی
اور دھوئیں میں بڑیاں کی ہوئی

(فہرست ج' ۲ حصہ)

آبیٹے ہوئے آلو پرانے (فہرست

(۱ حصہ)

کھن (فہرست ج' ۲ حصہ)

سبزیاں (فہرست ۱)

شفق چھوٹا گرپ فروٹ

سلاد (فہرست ب)

چائے

(۱/۲ لٹر شہہ) ڈبل روٹی (فہرست ۱)

۱/۲ حصہ

انڈا (۱) یا ساروین چھلپا

(فہرست ج' ا حصہ)

کھن (فہرست ج' ا حصہ)

شہہ پیر (فہرست ج' ۲ حصہ)

رات کا کھانا

(۲ لٹر شہہ) کھن (فہرست ج' ا حصہ)

ڈبل روٹی

پھل (فہرست ب' ا حصہ)

۱۰۰۰ احادیثے نسبت لٹر شہہ کی

(۱/۲ لٹر شہہ) شہہ گرام پ

۵۰۰ گرام شہہ گرام پ

گرام	اوس	ش	ش	گرام
-	-	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	دودھ (۱۰ پائٹ)
-	-	-	-	سبزیاں (فہرست و)
-	-	$\frac{1}{4}$	-	چھوٹے گریپ فروٹ (فہرست و)
۱۱۳	۳	۳	-	ڈبل روٹی
-	-	-	-	تاشقہ
-	-	-	-	(۳ لکڑی ۲ ش) سوکھا نمک لگایا ہوا اور کھانا
-	-	-	-	گوشت گردن کا یا پیٹھا اور دھن
۳۰	۱	-	-	کاملا ہوا (فہرست و)
-	-	-	-	ٹماٹر (فہرست و)
-	-	$\frac{1}{4}$	-	(۱۱ لکڑی) (فہرست و)
۱۲	$\frac{2}{3}$	-	-	کھن (فہرست و)
-	-	-	-	پیر چربی کا گوشت (فہرست و)
۶۰	$2\frac{1}{2}$	-	-	(۱ لکڑی ۲ ش) (فہرست و)
-	-	-	-	اُبلے ہوئے آلو پٹا (فہرست و)
۱۱۵	۴	-	-	(۱ لکڑی ۱ ش)
۱۲	$\frac{5}{8}$	-	-	کھن
-	-	-	-	سبزیاں (فہرست و)
-	-	-	-	نصف چھوٹا گریپ فروٹ
-	-	-	-	سلاد (فہرست و)
-	-	-	-	چائے
-	-	-	-	(۱ لکڑی ۱ ش) ڈبل روٹی (فہرست و)
۱۹	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$ حصہ
۶	$\frac{1}{4}$	-	-	کھن
-	-	-	-	سارو ڈین چھلایا (فہرست و)
۳۲	$\frac{5}{8}$	-	-	۱ حصہ
۴۵	$1\frac{5}{8}$	-	-	شیر (فہرست و)
-	-	-	-	رات کا کھانا

گرام	انس	لے	ش	گرام پ
۱۹	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	۱۷۵
۱۸	$\frac{5}{8}$	-	$1\frac{1}{4}$	-
پائے (ملاظفیرست جا)				
۳۸	$1\frac{3}{4}$	۱	-	۳۵۵
۲۲	$\frac{2}{3}$	-	$\frac{1}{4}$	۴۱۵
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
۴۵	$1\frac{5}{8}$	-	$1\frac{1}{4}$	۱۳۵۵
۱۱۴	۲	۳	-	۱۲
۱۸	$\frac{9}{8}$	-	$1\frac{1}{4}$	-
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
پہل (فہرست جا احد)				
۸۹۵۰ ۱۰- $\frac{1}{4}$ ۱۰- $\frac{1}{4}$				

طبی درجہ پر لانے کے لئے اکثر خودی کافی ہوں گی، لیکن کیتونیت سے بچنا چاہئے۔ سبب اس میں کہ جن میں بلند کاربوناڈ ریٹ اور پت شحم والی غذا بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی جا سکتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین دیا جائے۔ تاہم نفیہ مریضوں میں خواہ انکی حالت کیسی ہی تخفیف و جدہ کی ہو، انسولین کا علاج فی الفور شروع کر دینا چاہئے تاکہ مرض خراب تر نہ ہونے پائے، اور ساتھ ہی جزائر کو آرام کا موقع ملنے سے کیتونیشن اثر بھی پیدا ہو سکے۔ عمومی معدم جس دوا کے استعمال سے نصف گھنٹہ قبل ویکٹر وکس (۲ انس کے قریب) دے دی جی چاہئے، اور اس سے نصف گھنٹہ قبل انسولین کی ۲۰ اکائیاں۔

علاج ما بعد (after-treatment)۔ مریضوں کو یہ سکھلا دینا چاہئے کہ وہ خود کو انسولین کی سچکاری کس طرح لگائیں، اور انہیں شکر کے لئے امتحان بول کا طریقہ بھی جاننا چاہئے۔ معمر مریضوں میں انسولین کا استعمال کسی وقت بھی متوقف کیا جا سکتا ہے، اور اس سے کوئی نقصان نہ ہوگا۔ نیز ممکن ہے کہ اس کا استعمال ماری

رکھنا ضروری ہو جائے۔ نوعمروں میں انسولین کی مقدار اعظم ہونی چاہئے کہ عمل مرض متحمل ہو سکے بغیر اس کے کہ علامات پیدا ہوں۔ طبی ویزٹنگلوی کے ساتھ چشما ہمیشہ خالی از شکر اور گلیٹونیت کے لئے راتخیر کا امتحان ہمیشہ منفی ہونا چاہئے۔ اکثر راتخیر کا مثبت امتحان اُس وقت پایا جاتا ہے جب کہ انسولین بے حد کم استعمال کی جا رہی ہو جس سے دموی شکر طبی درجہ سے اوپر رہتی ہے (14)۔ لیکن وہ اُس وقت بھی مثبت پایا جاتا ہے جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹ از حد کم اور چربی از حد زیادہ ہوتی ہے، لہذا جب ایسی حالت ہو تو غذا میں کچھ ترمیم کرنی چاہئے۔ اگر مریضوں کو خلاف عادت عضلی ورزش کرنا ہو تو انہیں انسولین کم لینی چاہئے، کیونکہ ورزش دموی شکر کو کم کر دیتے کارباجان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک مریض جس کا علاج ابھی بیان کئے ہوئے اصول پر کیا جا رہا ہے کچھ عرصہ کے بعد یہ محسوس کرے کہ انسولین کی وہ مقدار جس کا وہ عادی ہے حد سے زیادہ ثابت ہو رہی ہے، کیونکہ اُسے قلیل شکر دموی رہتی رو عمل محسوس ہو رہے ہیں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ اُس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے اور اس مقدار کو کم کرنا چاہئے۔ اگر انسولین سے شفا یابی ممکن ہے تو شفا کامل کے لئے یقیناً چند سال کی ضرورت ہوگی۔

مساہدات۔ جب مریض کو کوئی حادثہ سرایت، مثلاً التهاب لوزقین، انفلوزنزا، کھسر، ذات الریہ، معدی صموی التهاب وغیرہ ہو جاتا ہے تو جسم کو انسولین کی زیادہ احتیاج ہو جاتی ہے۔

(ا) اگر معمولی غذائی جا رہی ہے تو انسولین کی معمولی مقدار دی جاتی ہے۔ چشما کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کرنا چاہئے اور اگر شکر غلابہ ہو تو وہ پھر کے کھانے سے پہلے یا وسط شب میں (ایک بار دہانکھانا اور ویکس) انسولین کی ایک تازہ مقدار استعمال کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ انسولین کی مقدار میں تبدیلی زیادتی بھی ضروری ہو۔ لیکن جوں ہی کہ پیش کر جائے اور چشما خالی از شکر ہو، لازماً انسولین کو فی الفور کم کر دینا چاہئے۔

(ب) فرض کرو کہ غذا نہیں لی جا رہی ہے (مثلاً اگر تھکے ہو ہوئے)۔

(۱) اگر چشما میں شکر موجود ہے تو انسولین کی پوری مقدار معمولی وقت پر دینی

چاہئے اور پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کر کے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے انسولین میں تازہ اضافے کئے جائیں۔ (۲) اگر پیشاب میں شکر موجود نہ ہو تو انسولین معمولی مقدار سے آدھی دینی چاہئے اور ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے امتحان ہو کر کے اگر ضرورت ہو تو انسولین کی تازہ مقدار دی دی جائیں۔ دونوں حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ انسولین سے آدھ گھنٹہ بعد گلوکوس ۱۰ فی صدی محلول میں (اگرام فی اکی) دینا چاہئے۔

479 ذیابیطسی قوما (diabetic coma) - ذیابیطسی قوما کے آغاز میں انسولین کی ایک بڑی مقدار (مثلاً ۶۰ اکائیاں) کچھ تو تحت الجلدی راہ سے اور کچھ دروں وریڈی راہ سے دینا چاہئے جس کے ہمراہ ۶۰ گرام شکر ایک بائسٹ پانی میں دینی چاہئے اور تحت الجلدی شربت محو شکر کے ہر چوتھے گھنٹے مکروینا چاہئے یہاں تک کہ پیشاب کیٹونی اجسام سے متبرا ہو جائے۔ اس کے بعد انسولین محو شکر کے نسبتہ قلیل تر مقداروں میں زیادہ طویل وقفوں سے جاری رکھیں۔ جب جب پیشاب ہو اس کے ہر نمونہ کا امتحان کرنا اہم ہے اور اگر تین یا چار گھنٹے تک امتحان کے لئے پیشاب نہ ہوا ہو تو اس کا نمونہ حاصل کرنے کے لئے قاتلاً طبع استعمال کرنا چاہئے۔ ان احتیاطوں سے کام لینے کی وجہ یہ ہے کہ ایسے قوی علاج جو ذیابیطسی قوما کے لئے ضروری ہوتا ہے مریض کو درمیان میں ہوش آئے بغیر نہایت آسانی کے ساتھ قلیل مشکو و موتی قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اگرچہ بیان کردہ طریقہ سے شکر دینے پر ایسا ہونا خلاف قیاس ہے۔

اس کے علاوہ علاج کا ایک نہایت اہم طریقہ یہ ہے کہ ایسے سیال کی بڑی مقداریں دی جائیں جس میں شکر اور شاید سوڈیم بائی کاربونیٹ موجود ہو۔ اس کے اثر سے سیلان بول جاری رہ کر زہری آئینہ ایسڈ کے خارج ہونے میں مدد ملے گی جو غالباً ذیابیطسی قوما کا سبب ہوتا ہے۔ بے ہوش مریض میں اس سیال کو دینے کے لئے ایک ممدی انبوبہ (انوبہ آئینہ ہارن (Binhorn's tube) یا ایک لمبا انفی انبوبہ اور ایک قیف ضروری ہیں۔ مریض کو دائیں کرٹ پر لٹا دیا جاتا ہے تاکہ سیال باوجود بکتر کے اثر سے فوراً اٹنا عشری میں چلا جائے۔

ایک پانٹ گرم عقیم ہم نشی محلول ہر گھنٹہ دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ آواز میلان بول قائم ہو جائے۔ اگر مریض تھکے کرے تو اس علاج کو ہرگز موقوف نہیں کرنا چاہئے بلکہ اس کے استعمال کی اصلی مدت کو زیادہ طویل کر دینا چاہئے تاکہ معدے کا متدہ نہ پیدا ہو سکے۔ بار بار امتحان کر کے یہ دیکھنے کی احتیاط عمل میں لانا چاہئے کہ شش کا آؤرینا متویب نہ ہونے پائے۔ ایسا علاج ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اس کے گہرے قوما کی حالت میں ہونے کے بعد مریض کامل طور پر ہوش میں آئے۔ جب متعدی کے ساتھ علاج کے باوجود موت واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ اس کا سبب یوریا دمویت ہو، کیونکہ ایسی متعدد امایاتوں میں دموئی یوریا بلند پایا گیا ہے (12, 13)۔ مریض کو ٹٹ کر رکھنا چاہئے تاکہ قتل قلب نہ ہونے پائے۔

قلیل شکر و مویت (hypoglycemia)۔ قلیل شکر و مویت کے علامات اس سے پہلے درج ہو چکے ہیں۔ علاج کے ابتدائی درجوں میں شدید متیل شکر و مویت کا خطرہ نہیں ہوتا، بشرطیکہ علاج صحیح طور پر کیا جاتا ہو۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ شدید عضنی محنت سے قلیل شکر و مویت پیدا ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بلند کاربوہائیڈریٹ والی غذا کا تحول واقع کرنے کے لئے انسولین کی بڑی مقداریں لی جا رہی ہوں۔ مریضوں کو چاہئے کہ ناگہانی ضرورت کے موقع پر کھانے کے لئے اپنے ساتھ شکر کے کچھ ٹلے رکھیں۔

قلیل شکر و مویت قوما (hypoglycemic coma) کے علامات

کچھ مدت تک ذیابیطیس قوما کے برعکس ہوتے ہیں۔ پسینہ بکثرت آتا ہے، نبض مختل اور مشرف ہوتی ہے، وریدیں نمایاں طور پر ابھرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ پیچھے پیروں کا کچھ آؤرینا اور اس کے ساتھ ہی ذراق اور سیال نفث ہو۔ مریض متعجب ہوتا ہے اور پیشاب میں کیتون نہیں ہوتے۔ ایک مریض نے شکایت کی کہ وہ خاتون نہیں لے سکتا۔ فالج نصفی (hemiplegia) بھی بیان کیا گیا ہے۔ قلیل شکر و مویت قوما کی حالت میں آؤرینا لین (۱۰۰۰ میں ۱) کے ۱۵ قطرہوں کا تحت الجلدی اشراب کیا جاسکتا ہے، یا اگر اس سے ناگہانی ضرورت ہے تو پیٹوٹرین (pituitrin) کی یہی متادوی جاسکتی ہے۔ یہ علاج صرف اسی وقت

نفع بخش ہوگا جب کہ جگر میں گلاکوزین کا اچھا ذخیرہ موجود ہو۔ ذہن کی راد سے یہ امیڈیا
 انیوہ کے ذریعہ بکثرت شکر (شکر خلیج) یا ڈیکسٹروس کے متماہ (اوش) دی جاتی ہے۔
 اگر مریض کو جلد ہوش نہ آجائے تو ڈیکسٹروس کے ۶ یا ۹ فی صدی محلول کا درول
 وریڈی اشراب کیا جاتا ہے۔

خود بخود بیش انسولینیت (spontaneous hyperinsulinism)۔

اب تک انسولین کے استعمال سے متعلق قلیل شکر و مویت کا ذکر کیا گیا ہے۔ خود بخود
 بیش انسولینیت جزیرہ لینگر بارن کے خلیات کے سلعہ یا بیش تکون کے باعث پیدا
 ہو جاتی ہے۔ مثالی قلیل شکر و مویت عیالات کی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں
 غشی یا تو اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ مریض بہت مدت تک کچھ نہ کھائے،
 اور ان اصابتوں میں شکر دینے سے افاق ہو جاتا ہے۔ حملیہ کے ذریعہ بیش افاق
 قیسی حالت معلوم ہو گئی ہے اور ضرر کو کامیابی کے ساتھ دور کر دیا گیا ہے۔
 عمیق لاشعاع کو ایک متبادل طریقہ علاج سمجھا جاسکتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں
 طبیسی لیسلیہ پایا گیا ہے اور علامات کا سبب کیا ہے یہ مسئلہ حل نہیں ہوا۔ گاہے جگر
 سبب ہوتا ہے، گو کہ جگر سے قلیل شکر و مویت ہونے کے یہ معنی ہیں کہ بہت وسیع
 ماؤفیت موجود ہے، لہذا اکیدی قلت کی دیگر امارات کی توقع کرنی چاہئے۔ ایک
 امکان ذیل میں درج ہے، گو کہ اس کا ثبوت ہنوز منقود ہے۔

مقلدہ ضخاعی قلت۔ خدہ ضخامیہ کے مقدم لغتہ کے بہت سے افعا
 میں سے ایک یہ ہے کہ انسولین کا تضاد العمل کیا جائے۔ چنانچہ کسب الجواج
 (acromegaly) کا ذیابیطس مشہور و معروف ہے۔ تجسیر پر یہ پایا گیا ہے کہ
 اگر ایک بلنیز بودہ کتے میں ضخامیہ کو بھی دور کر دیا جائے، تو حیوان کا ذیابیطس
 جاتا رہتا ہے اور دوسری شکر ممکن ہے طبیسی کے اوپر سے نیچے آجائے۔ اگر ضخامیہ کو
 تہا دور کیا جائے تو انسولین کا طبیسی تضاد العمل منقود ہوتا ہے اور فاقہ کشی اور
 کے بعد قلیل شکر و مویت باسانی واقع ہو جاتی ہے جس کا علاج شکر دے کر کیا
 جاسکتا ہے۔ ایسی اصابت میں مقدم ضخامیہ کی تجہیزات آزمائی جاسکتی ہیں۔ قلیل
 شکر و مویت، سمانڈ کے مرض (Simmond's disease) (جہ ملاحظہ ہو) کے نام نہا

نخامی ضعف (pituitary cachexia) میں شاہد کی گئی ہے۔
 قلیل شکر و مویت کی دیگر امراض میں یہ ہیں: — وافر عضلی ورزش مثلاً
 لمبی دوڑ دوڑنے والوں میں یا گلاگو جن کے ذخیروں کا ختم ہو جانا درقہ کھلانے
 سے۔ ملاحظہ ہو ضمیرہ صفحہ 504۔

غده درقہ

(THYROID GLAND)

طبعی غده درقہ میں ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں جو کولائڈ کا افراز پیدا
 کرتے ہیں اور اس کولائڈ سے ایک آیوڈین شامل رکھنے والی قلمی شے علیحدہ کی گئی
 ہے جس کو تھائیراکسین (thyroxin) کہتے ہیں۔

انسانی جسم میں طبعاً اس شے کے تقریباً تاسی گرام موجود ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ ہست آہستہ
 بنتی ہے [غالباً ڈائی آیوڈو ٹائروسین (di-iodo-tyrosine) - (48) کے درجہ میں
 سے ہو کر] اور تلف ہوتی رہتی ہے۔ جوں ہی کہ غده کے حویصلات کو ابتر کرنے
 والے خلیات کولائڈ کا افراز کرتے ہیں یہ کولائڈ حویصلات کے اندر مذخور ہو جاتا
 ہے۔ چنانچہ اس کے مذخور ہو جانے کے بعد یہ خلیات چھٹے اور ساکن ہو جاتے
 ہیں۔ فعال افرازی خلیے کمب یا استوائی ہوتے ہیں۔ یہ عینیات کی شکل میں
 مرتب ہوتے ہیں اور ان میں متع عروق شریہ کی دافرد بند پہنچتی ہے۔ مغزہ
 تھائیراکسین یا تو خارج ہو کر انھیں شریات کے اندر چلی جاتی اور اس طرح
 دوران خون میں داخل ہو جاتی ہے یا ممکن ہے کہ وہ کولائڈ کے طور پر عینیات
 کے اندر مذخور ہو کر ایک حویصلہ پیدا کر دے۔ افرازی خلیے اس مرتبے یا درجہ
 میں ساکن ہو جاتے ہیں۔ درقہ کی فعالیت افراز کی زیادتی سے اور کولائڈ
 کے اخراج سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ اخراج غالباً ابتر کرنے والے خلیوں کے
 درمیان کی درزوں میں سے ہوتا ہے (16)۔ تھائیراکسین کی تاثیر یہ ہے کہ
 یہ مشار کی عصبی نظام کو تہیج کرتی ہے، شاید فوق الکلوئی لیب کا تہیج کر کے، کیونکہ

خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) کی ایک زیادتی پائی جاتی ہے۔ جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، درقی فوق الصلوی آلہ جگر کو تہیج کر کے گلاٹھو بن کو گلوکوکوز کی شکل میں جوئے خون کے اندر منتقل کرتا ہے۔ تنفسی تبادلہ زیادہ ہو جاتا ہے اور جسمانی تپیش بلند ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بیرونی سردی میں تکشف ہونے سے اس آلہ کی وظیفی فعالیت زیادہ ہو جاتی ہے اور حرارت اس آلہ کا امتناع کرتی ہے اور اس آلہ پر جراثیمی تہیات کا حمل ہونے سے شاید بخار پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ در اس حالیکہ فوق الصلوی کا فعل سریع اور مختصر ہوتا ہے، تھاٹراکین کا فعل سست اور دیر پا ہوتا ہے۔ کیکسیم کے تحول پر در قیہ کی تاثیر جھوز العینی گائٹر کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

گائٹر کی اصطلاح سے غده در قیہ کی کلانی مراد ہے۔ یہ مندرجہ ذیل شکلوں میں واقع ہوتی ہے:— (۱) بیش پر وراثی جس کے ساتھ حویصلات اور افزائی عنیبات غده میں منتشر طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ بلوغ، حمل اور سن یاس کا گائٹر ہے اور ممکن ہے کہ یہ بیض براری (oophorectomy) اور جنسی مرض (ovarian disease) کے بعد بھی واقع ہو جائے۔ (۲) کوکلائڈ گائٹر (colloid goitre)۔ (۳) کیسہ بند غدی سلعہ (encapsulated adenoma) جو جامہ یا دوبری ہو سکتا ہے (یہ تین کلانیاں مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر کی شکلیں ہیں)۔ (۴) اولیٰ الخوظی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔ (۵) ثانوی مرض گریو (secondary Graves' disease) یا ستمی غدی سلعہ (toxic adenoma)۔ (۶) مریض نجیث۔

مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر

(endemic or sporadic goitre)

بحث اسباب۔ گائٹر بعض مقامات میں کثیر الوقوع ہے۔ وہ انگلستان میں ڈربی شائر (Derbyshire) میں اور انگلستان کے مغرب اور

جنوب مغرب اور ویلز (Wales) میں ہوتا ہے (16)۔ اور شہروں کے نسبت اضلاع میں زیادہ عام ہے۔ براعظم پر وہ سیوائی (Savoy) سوئزر لینڈ شمالی اطالیہ، ٹائرال (Tyrol) اور اسٹائریا (Styria) کے پہاڑی خطوں میں کثیر الوقوع ہے۔ لیکن وہ صرف پہاڑیوں میں محدود نہیں بلکہ ان کے نیچے کے میدانوں میں وہ بہت تک پھیلتا ہے۔ مقامی الحدوث گائٹر گالبا آئیوڈین کی قلت یا غیر موجودگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے اور ایسے اشخاص میں جو نے کارجمان رکھتا ہے جو سمندر سے دور رہتے ہیں۔ نیز وہ آئیوڈین کی ضرورت کی زیادتی سے پیدا ہو جاتا ہے جو پوری نہ کی گئی ہو۔ اس ضرورت کو زیادہ کرنے میں بہت سے علامات حصہ لے سکتے ہیں۔ آب نوشیدنی کا زمین کے اندر کے کسی نامیاتی مادے سے ملوث ہو جانا، جو ممکن ہے برازی ہو۔ سرایت کیونکہ بعض اوقات حاد گائٹرو بائی شکل میں واقع ہوتا ہے (17)۔ شناخت ناشدہ مادے [شاید سایانینز (cyanins) جو کبافتی گیسر کا امتنع کرتی ہیں] کرم کلمہ اور بعض دیگر ہنزوں میں۔ شحم کثرت سے کھانا، بلوغ اور حمل تجربی حیوانوں میں حیاتین ڈ اور ج کافقدان خواہ کثرت سے آئیوڈین موجود ہو (47)۔ گائٹر غورتوں اور نوعروں میں نہایت عام ہے۔ غیر گائٹری اضلاع میں واقع ہونے والے انفرادی الحدوث گائٹروں کی توجہ یہ بھی انہیں اصول پر کجا سکتی ہے۔ مقامی الحدوث گائٹرا کثر مخاطی اذیما اور قنات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، آئیوڈین کی قلت غدے کی فعالیت کو تحریک پہنچاتی ہے جس کے ساتھ ہی افزائی خلیات کا تکاثر ہو کر لیفیٹیکل اور دموی رسد کی زیادتی اور کولائیڈ کی غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ اس عمل کے کسی بھی درجہ میں غدے کی حالت میں خلش واقع ہو کر تشافہ کامل ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اس فعال درجہ کے چند سال بعد وہ اقسام کا انحطاط واقع ہو جائے۔ (الف) خلیات کا ذبول ہو کر ان کے بجائے لیفیٹامیضات پیدا ہو کر لیفیت اور دویزی شکوین ہو یا (ب) غدے کی بڑی کلانی واقع ہو کر انش کے ساتھ اس کے کولائیڈ میں زیادتی ہو جائے،

(کو لائڈی گائٹرس) یہ سابقہ فعالیت کے زمانہ کے بعد جو کہ آیوڈین کی ضرورت کے باعث پیدا ہوا تھا غده کا استراحتی درجہ ہے، کہ جس میں کو لائڈ اور آیوڈین جمع ہو جاتے ہیں۔ درتیبہ کے غدی سلعات تخلوی باقیات (cell rests) سے پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ اسی تیہج کے تحت بڑھ جاتے ہیں کہ جس سے کو لائڈی گائٹرس پیدا ہوتا ہے۔ کو لائڈی گائٹروں سے غدی سلعات کی تفریق پورے طور پر واضح نہیں اور درمیانی امثال عام ہیں۔ غدی سلعات بھی مکش، ذبول، دویری کون یا کو لائڈی کون کے وہی خارج طے کر سکتے ہیں جو سارے غده میں واقع ہو کرتے ہیں۔ بالعموم غدی سلعات متحد ہوتے ہیں اور سن بلوغ کے قریب قریب نمو یاب ہوتے ہیں۔ گائٹرس کی جماعت گردن کے دونوں جانب ایک اوسط درجہ کے آبشار سے لے کر ایک ایسے تودہ تک جو بندھی ہوئی مٹھی یا جینی سر کے برابر ہو اختلاف پذیر ہوتی ہے اور عظم القفس کے بالائی حصے کے سامنے لٹکا ہوا ہوتا ہے ان گائٹروں کی طرح جو سوزر لینڈ اور سیوانی میں اس قبہ عام طور پر پائے گئے ہیں۔ لغتی غده آسا گائٹرسین غده کے اندر سرخلی قرینیت اور لغتی تخلیات کا اجتماع اور بالآخر لیفیت پائی جاتی ہے۔ حیاتین کی قلت اس کا ایک سبب ہے۔

علامات۔ اکثر گردن کی کلانی اور رری کا احساس ہی تھا علامات ہوتے ہیں۔ اگر گائٹرس بہت بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مری پر دباؤ پڑنے سے عسر البلع یا قصبۃ الریہ یا باز گرد حنجری اعصاب کے انضغاط کی وجہ سے بہر موجود ہو۔ اگر ٹرسے غده سے کے مقامی اثرات کے علاوہ کوئی دوسرے علامات ہوں تو وہ درتیبہ کے فعل کی تخفیف یعنی قلیل درتیت پر دلالت کرتے ہیں (ملاحظہ ہو مخاطی آذیم)۔ کو لائڈی گائٹرس میں آسای تحول طبی یا قدرے گھٹا ہوا ہوتا ہے۔

مرطان عموماً اوجیٹر عمر کے بعد ہوتا ہے اور ایک سخت سرخ النمو سلسلہ پیدا کر دیتا ہے، جو گرد و پیش کے حصوں میں قد ریز ہو کر ان پر دباؤ ڈالتا ہے۔ جب گائٹرس سبب سرطان یا لمفی سلسلہ ہوتا ہے تو عموماً غده سے کے افعال جاری رہتے ہیں۔ اور اگر ایسی حالت میں داخلی اعضا میں ثانوی بالیدیں موجود ہوں تو درتیبہ کے استیصال کلی سے مخاطی آذیم نہیں پیدا ہوتا۔

تشخیص کسی کلائی کی درہیدی نوعیت اس سے ثابت ہوتی ہے کہ وہ بچکنے کے فعل کے دوران میں حفرہ کے ساتھ ساتھ اوپر اور نیچے حرکت کرے۔

علاج - مقامی المحدث کائٹر کے رقبوں میں حفظاً تقدم کا طریقہ یہ ہے

کہ موسم بہار اور موسم خزاں میں دس دن تک روزانہ ۱۰-۱۲ گرام سوڈیم یا پوٹاشیم آیوڈائیڈ استعمال کیا جائے۔ سوئزر لینڈ کی ریاست (Canton of Appenzell) میں نمک کے ہر کلو گرام کے ساتھ ۲۵-۳۵ گرام پوٹاشیم آیوڈائیڈ شامل ہوتا ہے تاکہ تمام باشندوں کو اس کا کچھ حصہ ضرور پہنچ جائے۔ غذائی غیر طبیعی حالتیں جو کہ بحث اسباب میں بیان کی گئی ہیں دست کر دینی چاہئیں۔ دوران عمل میں ماں کا علاج کرنے سے بچہ میں پیدائشی کائٹر بدکا جا سکتا ہے۔ کائٹر کے ابتدائی ترمیم درجہ کے علاج میں اس وقت جب کہ غذائی خلعات موجود نہیں ہوتے آیوڈین کا داخلی استعمال جببہ کی صورت میں روزانہ ۲ یا ۳ قطروں کی مقداروں میں کیا جا سکتا ہے۔ آیوڈین کے استعمال سے غذائی طبعی کائٹر کے فعل کی کثرت ہو گئی ہے اور ممکن ہے کہ آیوڈین کا مزید استعمال کئے بغیر بیش درہیت سالانہ سال تک جاری رہے۔ آیوڈین حقیقی بخونگی کائٹر کی بیش درہیت کو زیادہ نہیں کرتی۔ نمونہ فست کو لائڈی کائٹرس آیوڈین کا علاج چنداں کامیاب نہیں اور خلاصہ درہیدہ کو آدھا چاہئے۔ نہایت سخت اور نہایت بڑے کائٹروں میں اور جمیٹ مرض میں بشرطیکہ یہ کافی ابتدائی درجوں میں شناخت کر لئے گئے ہوں جراحی تدابیر کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ تدابیر یہ ہیں کہ کیکہ بند رسولی کا اتھاف کر دیا جائے اور غدد کے بیشتر حصے کو نکال دیا جائے۔ رائجی شعاعیں بھی استعمال کی جا سکتی ہیں۔

مخروطی کائٹر

(exophthalmic goitre)

(مرض گریو = Graves' disease)

(مرضیلو کلامون = Basedow's disease)

اس مرض کو جو عورتوں میں مریض کے نسبت زیادہ کثیر الموقوع ہے اس کی

نیت سے (18) 'ابتداءً' میں ڈبل کے ایک ٹیب (Graves) نے اور ٹیب میں ایک جرم ٹیب (Basedow) نے بیان کیا۔ اس کے نمایاں علامات یہ ہیں۔ کرات چشم کا ہر کوہ روز گزرا، غده در قیہ کی کلانی، قلب کے متل کی کثرت و تورع اور لرزش۔

بجھٹ اسباب۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو اس مرض کی اسباب دو گروہوں میں تقسیم کی جاسکتی ہیں۔ لیکن ان دونوں گروہوں کے درمیان کوئی واضح فرق نہیں ہے، اور ان کی تفریق کو کسی قدر معنوی تصور کیا جاتا ہے۔

(۱) اولیٰ جھوٹی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔

اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے اور فترات اور اشتدادات بار بار ہوتے ہیں۔ تنہی تبادلہ یا اساسی تحول کی شرح میں بھی متناظر تغیرات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ اساسی تحول کی شرح شدت مرض کے دوران میں بلند ہوتی ہے، اور تخفیف مرض کی حالت میں کم۔ یہ مرض عموماً فوجہ اشخاص میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات معصباتی رجحان پہلے سے موجود تھا جیسا کہ ہسٹیریا (hysteria) یا صرع (epilepsy) یا فانی داغی مرض سے ظاہر ہوتا ہے۔ چند اصابتوں میں یہ مرض کسی جذباتی یا داغی اشتعال، بلکہ نرس دست تصرف کرنے کے بعد بھی تکرار پیدا ہو گیا ہے۔ دوران جنگ میں اکثر اوقات فوج کے سپاہیوں میں بیش در قیہ دیکھی گئی، جو شدید داغی بار کی وجہ سے پیدا ہو گئی۔ بعض اوقات اس مرض میں ایک موروثی تعلق بھی مشاہدہ سے آیا ہے۔ مثلاً یہ ماں اور بیٹی یا بیٹی میں دیکھا گیا ہے۔ اس سے بھی زیادہ اکثر یہ انہی خاندان میں بھائیوں اور بہنوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ واقعہ کہ دوران جنگ میں جرنی میں جھوٹی گائٹر کا حدوث کم ہو گیا تھا، اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ غذائی افراط اس کے پیدا کرنے میں مدد دے سکتی ہے (19)۔ انگلستان اور ویلوس میں جھوٹی گائٹر کی توزیع ایک حد تک مقامی الحدود کا شکر کی توزیع سے مشابہ ہے۔ یہ حدوث شہروں کے قریب و یہاں قیاض میں زیادہ ہوتا ہے (20)۔

(۲) ثانوی مرض گرتوز (secondary Graves' disease)۔

حدیث کے سبب تو ترم کی سرگذشت ملتی ہے جو یہ بتاتی ہے کہ کبھی غده در قیہ میں فزٹ

تغیرات ہو رہے ہیں۔ اقراط فعل کے علامات اکثر چھتیس یا چالیس سال کی عمر کے قریب نمودار ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ غذائی سلعہ کی حالت میں آیوڈین کے ہتھمال سے پیدا ہو جائیں۔ یہ مرض ایسے علامات کے ساتھ جو تبدیلیج زیادہ شدید ہو جاتے ہیں ساہما سال تک جاری رہ سکتا ہے۔ فترات نہیں ہوتے۔ تنفسی تبادلہ میں آہستہ آہستہ براہین پائی جاتی ہوتی جاتی ہے۔ جھوٹا امین اکثر بہت نمایاں نہیں ہوتا۔ قلب کی بے نظمیوں کی جیسے کہ آڈینی ریٹکی انقباض کا خاص احتمال موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتدائے قفل قلب کے لئے مشورہ کا طالب ہو۔ جب درقید کے غذائی سلعہ کی شہادت موجود ہوتی ہے تو ان اصابتوں کو اکثر سمی غذائی سلعہ (toxic adenoma) کہتے ہیں۔

امراض ضیاء - یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ درقید کی بیش پرورش کی وجہ سے تحاثر اکسین کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اس کے علامات انہیں علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو خاصہ درقید کی بڑی مقداروں کے بعد پیدا ہوتا ہے ہیں، نیز یہ کہ وہ مخاطمی آڈینا کے علامات سے متضاد ہوتے ہیں اور یہ کہ بیش پروردہ درقید کے جزئی اتیمصال کے بعد مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن عرصہ دراز سے اس امر میں بحث چلی آتی ہے کہ آیا یہ مرض محض طبی تحاثر اکسین کی حد تک زائد پیدائش کی وجہ سے ہوتا ہے یا اس وجہ سے کہ اس تحاثر اکسین میں کوئی تبدیلی ہو جاتی ہے، شائد اس کے سلسلہ میں معمول کے نسبت کم آیوڈین ہونا یعنی یہ بحث کی گئی ہے کہ اس حالت میں ایک حتمی بیش درقیت (true hyperthyroidism) ہوتی ہے یا درقیت سمیت (thyrotoxicosis)۔ آخر الذکر رائے کی تائید میں یہ دلائل ہیں کہ باخوروں کو درقید کی زیادتی دینے سے علامات جو بوجہ نہیں پیدا کئے جاسکتے، یعنی جھوٹا امین نہیں پیدا ہوتا۔ مزید برآں بعض اصابتیں ایسی ہیں جن میں بیش درقیت اور مخاطمی آڈینا کے علامات ایک ساتھ موجود معلوم ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے یہ معنی ہونا لازمی نہیں کہ یہ دونوں مرض ایک ساتھ موجود ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ بیش درقیت کے علامات سبقت میں فعالیت کے باقیات ہوں جو آب مرؤہ ہو چکی ہے۔ مگر دوسری رائے کی تائید میں کافی ثبوت موجود نہیں ہے۔ اغلب ہے کہ بعض

اصابتوں میں درقیہ کی فعالیت اس کے اس ہیجان سے پیدا ہوتی ہے جو کہ مقدمی ششامیہ (ملاحظہ ہو) کے جمیع درقی ہارمون کی کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

درقیہ ششامیہ کی کاہلیج، جگر سے گلاکوچن کی زیادہ ترسیل اور تنفسی تبادلہ کی زیادتی پیدا کرتا ہے۔ مریض ہارمون لین کے نہایت متعل ہوتے ہیں جو گلاکوچن کی ترسیل کو مدد کر کے تھائرائکسین کی مضادات کرتی ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ جہاں تک جگر پر اثر کا تعلق ہے، ذیابیطس اور جھوٹی گائٹروڈوں ایک دوسرے سے مشابہ ہیں۔ لیکن ان کا اثر عضلات پر نہایت مختلف ہوتا ہے، کیونکہ وہاں جھوٹی گائٹروڈ میں شکر چلائی جاتی ہے لیکن ذیابیطس میں یہ جلتا بڑی حد تک رکا ہوا ہوتا ہے (15)۔ مشار کی کا یہ تہیج جھوٹا العین، امارت و آن گریفی (von Graefe's sign) سرعت ضربات قلب اور پسینہ آنے کا سبب ہو سکتا ہے۔ کیا ٹن (Cannon) کے مشہور تجربہ میں بی بی کا عصب حجابی اسی جانب کے غنی مشار کی سے ٹانگ دیا گیا۔ اس طرح پسہ اگر وہ تہیج مشار کی نے اسی جانب پر جھوٹا العین پیدا کر دیا۔ اس جھوٹا العین کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلہ ٹن کے ہیجان کے باعث واقع ہوتا ہے، جو مجھ پر اثر کرنے والی جھلی میں وندی فلی شقاق پر واقع ہے۔ لیکن انسان میں یہ عضلہ ناقص النہو ہوتا ہے، اور چند منتشر ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دوسرا امکان یہ ہے کہ آذنیائی سیال کرات چشم کو آگے کے طرف دھکیل دیتا ہے (کیونکہ عضلات مستقیمہ چشم کا اذیما بھی پایا گیا ہے) اور پھر اس کے بعد وہاں چربی کا ثانی ہوا جاؤ ہوتا ہے۔

نحول بلند تنفسی تبادلہ کے باعث ہوتا ہے، اور ساتھ ہی غذائی اشتکالات کے سبب سے جو اخذ اب میں مزاحم ہوتے ہیں۔ جب چربی کے گودام ختم ہو چکے ہیں تو پروٹین کام میں لایا جاتا ہے، چنانچہ پروٹینی خشکت و رخت بھی غیر لیسیلو پر بلند درجہ کی ہوتی ہے۔ لیکن زیادتی احتراق کے باوجود جسمانی تپش بلند نہیں ہوتی (مگر کبھی کبھی) کیونکہ پسینہ کی افراط کے باعث جسم سے حرارت کا نقصان زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیلسیم کا نمایاں اخراج ہوتا ہے نہ صرف پیشاب میں بلکہ براز میں بھی حقیقت میں ایک تندرست موضوع میں کیلسیم کا افراغ درقی غلامہ کے ذریعہ اس سے

زیادہ آسانی کے ساتھ انحام پاتا ہے کہ جتنا پیرا تھا رمون یا ترشوں کے ذریعہ۔ جس نزد درقیہ کے خلاف (جو کہ ملاحظہ ہو) دوسری کیلیم بالکل مرتفع نہیں ہوتا بلکہ حقیقت میں پست ہوئے کارباجان رکھتا ہے (گو کہ نزد درقیہ کی تیز میں درقی خلاصہ سے دوسری کیلیم بلند ہو جاتا ہے)۔ لاشعاعی امتحان پر پڑیاں کیلیم کی قلت ظاہر کر سکتی ہیں (21)۔

مرضی تشریح - جو بیلی اور سختی یافت کے خلیات میں نکا شروع ہوتا ہے۔ جو بیلات کے مانیہ اپنی کو لائیڈی نوعیت کھو کر مخاطی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔ نسبت بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ غدہ لیفی یا دویری ہو جائے۔ اولی عموماً گائٹر میں یہ تغیرات سارے غدے کے اندر منتشر ہوتے ہیں۔ ثانوی گریوز کے مرض میں غدے کے بعض حصے خالی ظاہر کرتے ہیں۔ دوسرے حصے کو لائیڈی تدریجاً لیغیت اور دویری کو مین ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مستین غدی سلمی تغیرات ہوں یا نہ ہوں۔

غذائے تیموسیہ اکثر باقی ہوتا ہے اور بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ طویل المدتہ اصابتوں میں درقی سمی التهاب عضلہ قلب (thyro-toxic myocarditis) کے ساتھ عضلی ریشوں کا تغیر اور زجاجی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (20)۔

علامات - ممکن ہے کہ علامات یکایک ظاہری ہو جائیں، لیکن عموماً وہ کیقدر تدریجاً ہی نمودار ہوتے ہیں، اور بالعموم قلبی علامات پہلے ظاہر ہوتے ہیں اور کرات چشم کا بروز اور درقیہ کا تورم چند مینوں بعد ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی ان کے ظہور کی ترتیب مختلف ہو، یا تین خاص علامتوں میں سے ایک یا دوسری غیر موجود ہو۔ لیکن دوران خون کے متعلق شکایت مستقل ترین ہوتی ہے۔ کامل نمو یافتہ مرض میں قلب تیزی اور قوت کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ صدم القلب غیر معمولی طور پر بڑے رقبہ پر محسوس ہوتا ہے۔ سباتی اور بڑی شرائین کا نبضان بڑی قوت کے ساتھ ہوتا ہے اور مریض قلبی ضرب اور شریانی تیک دونوں کی شدت کو محسوس کرتا ہے۔ نبض - ہم ایک پہنچ سکتے ہیں بقی قلبی نگار شس اکثر طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ آذینی ریشکی انقباض یا ایک

طویل فل فاصلہ موجود ہو اور ن اور ف موجیں جہامت میں ایک دوسرے کے برابر ہوں (20)۔ گاہے گاہے قلبی مدد دی دیکھی جاتی ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ ڈیجیٹالس بڑی مقداروں میں دیا گیا ہو۔ قلبی اختلال کے لحاظ سے مریض کو سانس بچھ لینے کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ رفتہ رفتہ قلب جیش پروردہ اور ازاں بعد تسخ ہو جائے۔ عموماً شرح نبض کے تغیرات کے بالکل ساتھ ساتھ آسانی تحول کے متناظر تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بیض اوقات مرض کی فعالیت مردہ ہو جانے کے بعد بھی نبض قلب کے متضرر ہو جانے کی وجہ سے بلند رہتی ہے، چنانچہ آسانی تحول ہی غده کی فعالیت کی زیادہ قابل اعتبار تصویر پیش کرتا ہے۔ جسم درستی کی کلائی متشاکل اور عموماً متوسط الابعاد ہوتی ہے اور شاذ ہی اس کلائی کے برابر ہوتی ہے جو نسبت بڑے مقامی گائٹروں میں دیکھی جاتی ہے۔ اگر اس پر پٹہ رکھا جائے تو ایک ذہن یہ محسوس ہو سکتا ہے (جو اس کے متع عروق و موہ کے اندر خون کی حرکت کی وجہ سے ہوتا ہے) اور مسلخ الصد سے ایک انکماش خیر سنا جاسکتا ہے۔

کرات چشم کا ابھونا (محوظ العین تبدل العین) اور اجفانی شقاق کا چوڑا ہونا اس مرض کی نہایت ممتاز و تمیز خصوصیت ہے جس سے مریض کی شکل ناگوار اور خوف زدہ بن جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا اس کی نمکنی لگی ہوئی ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتی ہے اور اس درجہ تک پہنچ سکتی ہے کہ صلیبہ قرنیہ سے اوپر اور اس سے نیچے دونوں جگہ نظر آتا ہے اور پوٹے پاس آکر باہم مل نہیں سکتے۔ اُس وقت بھی جب کہ پوٹے ارادی دور پر بندھے جاسکتے ہیں مگر یہ کہ وہ غینہ کے دوران میں ایک دوسرے سے علیحدہ رہ جائیں اور اگر محوظ العین انتہائی ہے تو ممکن ہے کہ تکشف کا یہ نتیجہ ہو کہ قرنیہ کی خراش اور تقرع پیدا ہو جائے۔ آنکھ بہت کم بار جھپکتی ہے (مارتہ استیل و ایک Stollwag's sign)۔ محوظ العین کے ساتھ ساتھ کرہ چشم اور بالائی پوٹے کے حرکات میں یکسانی کی عدم موجودگی ہوتی ہے، چنانچہ جب مریض نیچے دیکھنے کے لئے کرہ چشم کو نیچے کرتا ہے تو بالائی پوٹے اسی متناظر حد تک نیچے نہیں پہنچتا

(امارت گریقی = von Graefe's sign) - یہ امارت ہر اصابت میں موجود ہوتی اگرچہ یہ بعض اوقات آنکھ کے بروز سے پہلے ہی دیکھی گئی ہے۔ لیکن اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ جب یہ موجود ہو تو اہم ہے۔ کیونکہ یہ دوسرے اقسام کے بخول سین میں نہیں واقع ہوتی۔ عضلات متقاربہ کی کمزوری بھی موجود ہو سکتی ہے (امارت موبیئس = Mobius' sign) اور بعض اصابتوں میں دو نظری یا بعض یا تمام عضلات چشم کا واضح شلل بھی موجود ہو سکتا ہے۔ حدتہ اور توفیق غیر مستشرق رہتے ہیں اور چشم بین سے بے حد پر اور بیچہ ارشکیتی اور وہ کے سوائے اور کوئی چیز ظاہر نہیں ہوتی۔

جو متحی اور نہایت متعل علامت جوارح کی بلکہ سارے جسم کی کم و بیش مسلسل نازک سی لرزش ہے۔ عضلی کمزوری اور درد بھی نہایت مزید ہوتے ہیں۔ مریض کو گھٹنے پھیلانے میں دقت ہوتی ہے، لہذا ازبیتہ چڑھنے کا عمل صرف جنگلے یا کپڑے کو بازوؤں سے دبا دبا کر ہی انجام دیا جاسکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بازوؤں اور دھڑکے عضلات بھی ماؤف ہو گئے ہوں۔ ممکن ہے کہ ایک شام وسیع پھیلا ہوا استرخا ہو اور رات بھر بستر میں گزارنے کے بعد دوسرے دن صبح کال شفا ہو جائے۔

مریض چڑچڑاہے چین یا ہٹیر یا بی ہو سکتا ہے لیکن عیدم اللہ ہم نہیں جاتا۔ بعض اصابتوں میں مایہو یا تو جہات بلکہ مایہانک ہو گیا ہے۔ اور تکرر کبھی کبھی واقع ہو جاتا ہے۔ تو جہاں کسی اشتعال سے عصبی اضطراب اور قلبی فعل میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی متدل درجہ کی تب بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بعض مریضوں میں جلد کے مختلف کوئی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جیسے کہ متدل درجہ کی شکر کلف یا برس۔ مختلف مریضوں میں حرارت کا ایک موصوعی احساس سر اور گردن کی تنہا ہٹ، پسینہ اور وقفہ دار البیومن بولیت بھی دیکھے گئے ہیں۔ مریضوں کو اکثر اہمال کے تلے ہو جایا کرتے ہیں جن کے ساتھ کبھی کبھی تلے بھی ہوتی ہے۔ بعض اوقات بیش شکر و مویہ کی وجہ سے شکر بولیت ہو جایا کرتی ہے۔ یہی ہے کہ مریض شکر کی طبیعت مقدار نہیں لے سکتا بغیر اس کے کہ وہ پیشاب میں ظاہر ہو۔

بعض اوقات اس کے بعد جتنی ذیابیطس شکر کی ہو جاتی ہے، اور گریوز کے مرض کے مریض بعض اوقات ذیابیطس قوما سے ہلاک ہوئے ہیں۔ تاہم حالت قاقہ کی رمویا شکر عموماً طبی درجہ پر ہوتی ہے۔ مگر برواشت شکر کے منہ میں کی مقدار تاخیر پائی جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً علامات میں اشتداد کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص - ابتدائی درجوں میں، جھوٹا لعین یا ورقیہ کا تورم ظاہر ہونے سے پہلے تشخیص میں وقت پیش آتی ہے۔ اس مرض کو تمدن سے تمیز کرنا چاہئے۔ ۳۵۵ مواعظ مرعہ صریح قلب سے، جب کہ برقی قلبی نگارش طبی ہو اور بالنت میں جب کہ پسینہ بھی آتا ہو، اس مرض کا اشارہ ہوتا ہے۔ تاہم آفرینی ریشکی انتباہ شافوی مریض گریوز میں عام ہوتا ہے۔ تنفسی تبادلہ کی تنجیم کی جائے (ملاحظہ فرمائیے) ۱۹۵۰۔ دوسری کیلیم کا ۹ ملی گرام یا اس سے کم ہونا، اور عضلی انتباہ کے لئے دلی تحریک پذیری کا ۲۰ ملی ایمپیر سے کم ہونا بھی اشارہ کن ہے۔

انڈا - حال ہی میں کیمل (Campbell) نے ۱۴ مریضوں کی روٹا دو پر از ابتدا انتہا غور کر کے افکا تھج کیا ہے، جن کا طبی علاج کائیز ہسپتال میں ۱۹۱۹ء اور ۱۹۱۷ء کے درمیان کیا گیا۔ اس کے نتائج نہایت قریبی طور پر ایسی ہی ایک تحقیقات کے مطابق پائے گئے جو پہلے جیل و ہاٹ (Hale White) نے انجام دی تھی۔ اس عرصہ کے اختتام پر ۶ فی صدی مریض بالکل اچھے تھے۔ ۳۰ فی صدی تقریباً اچھے تھے اور پورے دن کا کام کرنے کے قابل تھے، لیکن ان میں ایک یا دو اماتیں خفیف طور پر جاری رہیں۔ ۴۴ فی صدی بہت بہتر حالت میں تھے اور ہلکا کلام کرنے کے قابل تھے۔ ۱۳ فی صدی کی حالت میں اصلاح نہیں ہوئی یا ان کی حالت بدتر تھی۔ ۵۰ فی صدی اس مرض سے ہلاک ہو گئے۔ اگر علیہ باعیت لاشعاع کے ذریعہ علاج عمل میں لایا جائے تو انداز میں بہت اصلاح واقع ہوتی ہے۔ ۶۰ فی صدی اماتوں میں مریض بنیر تکلیف کے پورا کام کرنے کے قابل محرابانگا (49 '50)۔

علاج - غذا ایسی سادہ کام میں لانا چاہئے جس سے سری حاصل ہو جائے اور جس میں کاربوہائیڈریٹ بہ افراط ہو۔ الکھل اور تمباکو ضرر ہونے کا احتمال رکھتے

ہیں۔ چند ہفتوں تک بستر میں آرام کرنے سے مریضوں پر یقیناً مفید اثر ہوا ہے۔ اکاؤن مریضوں کے ایک سلسلہ میں جن میں صرف یہی علاج کیا گیا، تین چوتھائی کا اساسی تحول چھ مہینے کے اندر ۸۸ فی صدی سے نیچے ہو گیا (۵)۔ جب مریض لگنے لگیں تو انہیں نہایت خفیف ورزش کی اجازت دینی چاہئے۔ لیکن آرام بہت لینا چاہئے۔ مجموعی گائٹھ کے مریض انسولین کے متحمل ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ مریض کو معمولی غذا پر رکھ کر انسولین کے ۱۵ یا ۲۰ یونٹس دن میں دوبارہ دینے سے کچھ فائدہ حاصل ہو جائے، جن کے ساتھ ۱۶ گرین پیرا تھا ئر انڈر اوورین دن میں تین بار دئے جاتے ہیں (28)۔ حد قیہ پر بروت لگانے سے تسکین حاصل ہوتی ہے۔

در قیہ کی فعالیت کم کرنے کے دو خاص طریقے ہیں:۔ (۱) گری لاشامیں (۲) علیہ کے ذریعہ غدے کا استعمال جس سے پہلے بعض اوقات ایک یا دونوں در قی شرائین کی گرو بندی عمل میں لائی جاتی ہے۔ لاشامیں عمر یا ابتداء مرض میں استعمال کی جاتی ہیں اور اگر ان سے کوئی اصلاح یا افادہ نہ ہو تو بعد میں علیہ کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے۔ لاشامیں علاج زیادہ طویل عرصہ تک کر رہے یا بعد علاج بالعلیہ زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ حقیقی مجموعی گائٹھ میں محسوس لو کال (Lugol's solution) (۵ فی صدی آیوڈین، پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے ۵۰۰ فیصد محلول میں) کے ۵ قطرے روزانہ دینے سے عارضی طور پر بڑا فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس سے تحول ایک یا دو ہفتوں میں گر کر طبی وجہ پر ہو جاتا ہے۔ یہی تیم آیوڈین کے ۵۰ فی صدی الکلی محلول سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس کی متاد ۵ قطرے روزانہ دئے اور اسے ایک یا دو ہفتے کے بعد ۳ یا ۴ قطرے تک گھٹا دیا جاتا ہے (28)۔ یہ علاج قبل الکلیتی علاج کے طور پر بہت نفع بخش ہو سکتا ہے اور اسے لاشامیں علاج کے ساتھ ساتھ ہی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

مخاطی اڈیما

(myxoedema)

(بے در قیہ ضعیفہ = cachexia strumipriva)

مخاطی اڈیما اور قماہت (cretinism) غده در قیہ کے اس مرض کے نتائج ہیں جس سے اس کے افراد کی قلت پیدا ہو جاتی ہے (ناقص در قیہ)۔ قماہت پیدائشی ہوتی ہے۔ مخاطی اڈیما بعض اوقات بچپن میں پیدا ہو جاتا ہے (طفولی مخاطی اڈیما = juvenile myxoedema) لیکن زیادہ عام طور پر وہ مابعد زندگی میں ہو کر نکلتا ہے۔

بحث اسباب۔ مخاطی اڈیما مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے اور مریمینوں کی اکثریت میں علامات تیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتے ہیں، اگرچہ وہ اس قدر جلد کے ساڑھے آٹھ سال کی عمر میں اور اس قدر دیر سے کہ ۶۰ سال کی عمر میں بھی شروع ہونا پائے گئے ہیں۔ موروثیت کی بعض دلائل بھی دیکھی گئی ہیں اور یہ زیادہ تر اکثر منسل جہاعتوں میں دیکھا گیا ہے۔ ان املاک میں جہاں گاٹھریک مقامی الحدوث مرض ہے، قلیل در قیہ کی تمام قسمیں عام ہیں۔

مرضی تشریح۔ جلد میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ پیرنہ کے غدد درہنی غدد اور شعری جزیات کے قرب وجوار میں نواقی نکاٹھرا اور اتعالی بافت کا نمو ہوتا ہے۔ جلد کا جیلا تینی اور اڈیمائی ہونا جسے آرڈ (Ord) نے مخاطی اڈیما کا نام دیا تھا، صرف چند بار ہی مندرج ہے۔ تحت الجلدی شحم کی خاصی مقدار ہوتی ہے۔

جسم در قیہ اپنی طبعی جہامت سے گھٹ کر نصف یا ایک تہائی ہو جاتا ہے۔ وہ پھیکے، زردی مائل یا زرد رنگ کا اور لوچدار یا مستطیل یعنی یا ساخت و بود ہو جاتا ہے۔ غده بالخصوص یعنی بافت پر شکل ہوتا ہے جس میں نلیات کے منتشر کردہ ہوتے ہیں جو جو بیضات کے باقیات ہیں۔ اور بالآخر کشیف یعنی بافت کے سوا اور کچھ باقی نہیں رہتا۔ جسم سخامی بڑا یا بعض اصابتوں میں بڑا اور انحطاط یافتہ

ہوتا ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں فوق انکلیے مذبول تھے۔ صلاحیت شریانی اور عضلہ قلب کا اختطاط عام ہیں۔ کیلیسیم کی برآمد کم ہو جاتی ہے۔

علامات۔ یہ ابتدائے غیر محسوس ہوتے ہیں، چنانچہ بیشتر اصابتوں میں مرض تا وقتیکہ وہ خوب نمویافتہ نہ ہو جائے معلوم نہیں ہوتا۔ پھر مریض کی شکل تیز ہوتی ہے۔ چہرہ بے اظہار شکل از تنادی سے ملتا جلتا ہوتا ہے۔ ناک، چوٹے، اور لب پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ چہرہ کی جلد میں نہایت میز اور مخصوص جھریاں پائی جاتی ہیں۔ رنگ نمایاں طور پر زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی ہر گال پر ایک کسی قدر تیز سرخ چلتی ہوتی ہے، اور لب گہرے سرخ یا تقریباً گہرے ہوتے ہیں۔ جسم کی جلد عام طور پر موٹی ہوتی ہے، اور ٹانگوں اور پاؤں کی شکل قدرے آذمیاتی ہوتی ہے، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں (سب اصابتوں میں نہ سہی) متفیر بالکل نہیں ہوتی۔ ہاتھ کی شکل میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں: وہ بعد رستی ہڈیوں کے سروں کے مقابل زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے، اور انگلیاں موٹی اور کیساں شکل کی ہو جاتی ہیں۔ اس تغیر کو "سپاڈ لک" جیسے ("spade-like") کا نام دیا گیا ہے، جو بہت زیادہ میز نہیں۔ پاؤں بھی اسی طرح ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا، جلد خشک اور چٹکے دار ہو جاتی ہے، بال جھڑ جاتے ہیں جس سے سر پر محض ایک پتلی سی پوشش رہ جاتی ہے، یا جلد لراس کا حقیقی منجج (جیسی صلتہ) = "frontal alopecia" اور "گودی گردن" = "cassowary neck" اور جموؤں کی بیرونی تہائی کا گنج ("امارت ابرو" = "eyebrow sign") اور پلکوں کا گنج پیدا ہو جاتا ہے۔ ناخن ٹھٹھر کر ٹھیر ٹھیرے ہو جاتے ہیں۔ مخاطی اعشہ یہ بھی یہی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ بہر حال لہات اور نرم تالو متورم ہوتے ہیں، اور زبان بڑی اور موٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں دانت بوسیدہ یا ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ مریض کا عصبی نظام وہ دوری چیز ہے جو عاذب توجہ ہوتی ہے۔ وہ سست اور بے پروا نظر آتی ہے، جمول الخیال اور جمول الحریکت اور اکثر بھری ہوتی ہے۔ وہ سستی کے ساتھ اور سوچ سوچ کر بولتی ہے، گویا کہ اس کی موٹی زبان نطق میں میکافی طور پر مزاحم ہوتی ہے، لیکن حکم کے ساتھ آنکھوں کے حرکات اور اظہار کے عضلات کے حرکات کی سستی سے ظاہر ہوتا ہے کہ

عصبی عضلی آلہ میں بھی خرابی ہو گئی ہے۔ احبال کے متورم ہو جانے کی وجہ سے آواز پست درجہ ارتفاع رکھتی ہے اور بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ جہاں تک ذہن کا تعلق ہے ملاحظہ ناقص ہوتا ہے۔ مریض اکثر چڑچڑی یا شکی، یاسست اور خواب آلود ہوتی ہے۔ اور مریضوں کے کچھ تناسب میں توہمات، اختلاط اور تشنجات دیکھے گئے ہیں۔ ممکن ہے کہ در دسرا در ریشتی درودوں کی شکایتیں بھی کی جائیں۔ بعض اوقات مکرر اسی طرح ہو جاتا ہے جس طرح کہ وہ درقیہ کے عملیتی استیصال کے بعد ہوتا ہے۔ پیش بیشتر تحت الحاد ہوتی ہے، مریض کو سردی کی شکایت باسانی ہو جاتی ہے، اور اس کے ہاتھ پاؤں اکثر سرد اور نیلے ہوتے ہیں۔

نبض کمزور یا سست ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلبی عرقی مرض ہوتا ہے اور منفقود یا مرتکس ن موج اور پست و دلیٹج کی برقی قلبی نگارش حاصل ہوتی ہے، اور صلابت شریانی موجود ہوتی ہے۔ اور پیشاب رقیق ہوتا ہے اور بڑا اوقات اس میں تھوڑا البینوس موجود ہوتا ہے۔ امتحان خون سے خرد خلوی عدم دمویت ظاہر ہوتی ہے جس کے ساتھ سرخ غلیظے گھٹ کر ۳۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں اور ہیموگلوبین بھی متناظر درجہ تک کم ہو جاتی ہے۔ امعا میں قبض ہوتا ہے۔ شکر کی برداشت زیادہ ہو جاتی ہے، چنانچہ اس کی بڑی مقداریں بلکہ بعض اصابتوں میں ۱۰ اونس تک لے لینے سے بھی پیشاب میں کوئی شکر نہیں ظاہر ہوتی۔ عورتوں میں کثرت طمث جو عام ہے۔ زیادہ شاذ طور پر عدم طمث ہوتا ہے۔ رعاف مسوڑھوں سے خون آنا اور بوا میر غیر عام نہیں۔ جس کو سنے پر درقی غدہ بالمعوم چھوٹا پایا جاتا ہے اور ملتی غضروف سے نیچے اس جگہ جہاں خاکنائے ہونی چاہئے، قبضہ الریہ کے ملنے جش کئے جاسکتے ہیں۔ رفتار مرض سست ہوتی ہے۔ ایسے مریض بھی معلوم ہو چکے ہیں جن میں یہ مرض دس سال یا زائد تک بلا کسی اہم تغیر کے موجود رہا۔ تاہم اس میں شبہ نہیں کہ یہ زندگی کو گھٹا دیتا ہے۔ مریض عضلی قلبی یا صلابت شریانی تغیرات سے یا اہم روماتیسم جیسے کہ ذوات الریہ اور سنجی التهاب سے ہلاک ہو جاتے ہیں یا عمومی یا عصبی خستگی، انہیں بتدریج نشاء اعلیٰ بنا دیتی ہے۔ تشخیص - مخاطمی آذیا بیشتر اوقات مرض برائٹ یا عضلی قلبی استسقاط

(myocardial degeneration) کے ساتھ خلط خلط ہو جاتا ہے۔ مگر گروہ میں مرض میں قدرے البیومن بولیت موجود ہوتا ہم کلوی وٹیفیہ طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ برقی قلبی نگارش میں کی غیر طبعی حالتیں علاج سے زائل ہو جاتی ہیں جس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اساسی تحول کے امتحان سے جو نہایت شدید حالت میں محمول سے۔ ۴۰ فی صدی نیچے ہو سکتا ہے، قطعی ثبوت حاصل ہو سکتا ہے۔

علاج - تھائرائیڈینم (thyroidine) (B. P.) جو خشک کردہ غدے سے بنا ہوا ہوتا ہے، آٹا گریمن کی مقداروں میں برشامہ کے اندر رکھ کر یا گولی کی صورت میں روزانہ ایک دو بار براہ دہن دیا جاسکتا ہے۔ تاہم تھائرائکین (synthetic thyroxine) بھی براہ دہن دی جاسکتی ہے، اور اس کی صغیر ترین روزانہ مقدار ۲۰ ملی گرام ہے۔ مخاطی آذینا کی نہایت شدید امصاتیوں میں علاج براہ دہن ہمیشہ ہی کامیاب نہیں ہوتا، جس کی وجہ شاید یہ ہو سکتی ہے کہ غذائی خٹے سے انجذاب نہایت مست ہوتا ہے۔ تھائرائکین کے ایک خاص طور پر تیار کئے ہوئے محلول کا دروں دریدی اشراب آزمایا جاسکتا ہے، یعنی ۵ ملی گرام فی مقدار کی مین مقداریں ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے۔ لیکن محفوظ طریقہ یہ ہے کہ ۲ ملی گرام کے ایک اشراب سے شروع کریں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس کے استعمال کے چوتھیں گھنٹے بعد شدید رد عمل ظاہر ہو جائیں، جن کے علامات یہ ہیں:۔ نبض تیز، درد سر، لرزش، متلی، تھکے یا اسپہال، اور پشت اور ٹانگوں میں درد۔ ۳، ۵، ۱۰ ڈائی آئیوڈو تھائرونین (3:5 di-iodothyronine) ایک مادہ جو کہ تھائرائکین کے ساتھ کیمیاوی طور پر متجانس ہے، اور اس سے زیادہ حل پذیر ہے، کامیابی کے ساتھ استعمال کی گئی ہے (51)۔ اساسی تحول کے امتحان کے ذریعہ سے اس علاج پر اعتبار کرنا چاہئے۔ جب اس ذریعہ سے جسم کے اندر تھائرائکین کا ذخیرہ صحیح مقدار تک بڑھ جائے تو پھر اس کا استعمال براہ دہن جاری رکھا جاسکتا ہے۔ درجہ کو کسی طور سے بھی دیا جائے، مناسب یہ ہے کہ چھوٹی خوراکیوں سے ابتدا کی جائے، ورنہ وہ بھی علامات یکایک پیدا ہو جائے گا احتمال ہے۔

قماّت

(cretinism)

قماّت یورپ کے پہاڑی ملکوں (سوئٹزرلینڈ، شمالی اطالیہ اور سیوائی) میں اور شمالی ہندوستان (چترال، گلگٹ) میں ایک مقامی المحدث مرض کے طور پر ہوتی ہے، جہاں گائٹری بھی بے انتہا پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اکثر یہ دونوں حالتیں ایک ہی فرد میں یک جا پائی جاتی ہیں۔ فی الحقیقت ان میں کے بہت سے متساوی (cretinism) گائٹری ہوتے ہیں۔ میک کیریسن (McCarrison) کو ہندوستان میں ۲۰۸ قمار میں سے آٹھاسی گائٹری ملے۔

انفرادی المحدث قماّت دوسرے قماّت مثلاً انگلستان میں ہوتی ہے۔ اس کے بتلاؤں میں درقہ قلت زدہ ہوتا ہے، یا خفیف سا گائٹری ہوتا ہے۔ امراضیات - فرد اور جماعت میں مقامی المحدث قماّت کا گائٹری کے ساتھ یکجا پایا جاتا، بعض اصابتوں میں درقہ کی غیر موجودگی اور محالہ آدیاسے مشابہت یہ سب امور اس مرض اور غددِ درقہ کے تعلقات کو ظاہر کرتے ہیں جب مقامی المحدث قماّت اور گائٹری ایک ہی فرد میں ظاہر ہوتے ہیں تو اول الذکر آخر الذکر سے پہلے ہوتی ہے لہذا وہ اس کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ قماّت ایک یا دونوں والدین کی گائٹری حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ان کے درقہ کا ناقص فعل جنین میں خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ضرر زور درقہ اور درقہ دونوں اقسام کو باؤف کرتا ہے۔

علامات - قماّت کے میز خصائص یہ ہیں :- بالیدگی ٹھہری ہوئی، سر بڑا اور چوڑا، چہرے کے خط وخال موٹے، آنکھوں کا ایک دوسری سے بہت دور ہونا، ناک چبٹی، منہ بڑا، ابتدائی عمر ہی میں ناپسوار اور کھردری جلد میں جھریاں، سینہ تنگ، شکم بھرا ہوا، البصوم سری فتق، ٹانگیں ٹیڑھی یا تمیدہ، کم ذہنی اتنی زیادہ کہ ابلیہ کی حد تک۔

یہ میز خصائص عموماً زندگی کے پہلے سال کے آخری نصف میں دیکھے جاتے ہیں۔ چلتے کی قابلیت بہت دیر میں حاصل ہوتی ہے، اور بالیدگی کی رکاوٹ

مکن ہے کہ اس قدر ہو کہ ایک بالغ قمری پانچ یا چھ سال کے بچے سے زیادہ اور کچا ہو بلوغ میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے، یا تناسلی وظائف بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔ حکم کی قوت نہایت آہستہ آہستہ حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں حاصل ہوتی، اور بعض قمری پہرے گونگے اور ابلہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں نقص المنقذ، خول اور نائنگوں کی شنجی استواری پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات تر قوؤں سے اوپر شنجی تودوں سے بنے ہوئے سخت الجھدی سلمات پائے جاتے ہیں۔ عظمی نظام میں نمایاں نقص موجود ہوتے ہیں۔ اس قدر اذی اور اس قدر ہڈیاں تھلی از وقت متعظم ہو جاتی ہیں۔ لمبی ہڈیاں معمول کے نسبت متعظلاً چھوٹی ہوتی ہیں، ٹانگیں خمیدہ ہو جاتی ہیں اور گرد غلطہ سے لینگی بافت نکل کر ہڈی کے برابر اور پوری کے درمیان بڑھ جاتی ہے۔ پاؤں اور کلائی کی ہڈیوں کے تعظم کے مراکز بہت تاخیر کے ساتھ نمودار ہوتے ہیں۔ ان ساختوں کے شعلہ نگاری امتحان مفید ذرائع تشخیص ہیں۔

علاج۔ غماطی اذی کی طرح قنات میں بھی غلاضہ در قیہ بہت کامیابی کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔ اس کے زیر اثر بچوں کی بالیدگی بہت کے ساتھ ہو کر بافتوں کی اذیائی در ریزش جاتی رہی، اور بچے زیادہ سمجھدار ہو گئے۔ لیکن یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ بچے کی ذہنی اصلاح کے نسبت جسمانی اصلاح زیادہ آسانی کے ساتھ ہوتی ہے، خاص طور پر اس وقت جب کہ علاج دیر سے شروع کیا جائے۔

488

نزدورقی غدہ

(PARATHYROID GLANDS)

نزدورقی غدہ وہ چھوٹے اجسام ہیں جو تعداد میں عموماً چار اور در قیہ کے قریب یا اس کے چرم کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک لینگی جال کے اندر سر جلد آسا غلیوں کے گرد ہوں پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن ان میں در قیہ جیسی جو لینگی ترتیب اور کولائڈی مشمولات نہیں ہوتے، چرم ناپیں، یا غلی ٹیڑیاہ ملی میٹر یا ۱/۲ ملی میٹر اور وزن میں تقریباً ۱/۲ گریں ہوتا ہے۔ پیل تھاہرون (parathormone) ہجرا

غذہ کا فعال جوہر ہے، تجارتی طور پر حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کا اشراب کیا جائے تو پہلے پیشاب میں فاسفورس کی رآمد بڑھ جاتی ہے اور پلازما کا غیر نامیاتی فاسفورس گھٹ جاتا ہے، پھر خون کے اندر کیلیم کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے (بیش کلیت)۔ مصلی کیلیم کے ایک خاص بھجائی لیول پر عمومی فاسفورس فی الفوہر بند ہو جاتا ہے غالباً کلوی و فلیف کے بدل جانے کے باعث، کیونکہ ساتھ ہی خون کی غیر پروٹینی ٹائٹروجن بھی بند ہو جاتی ہے۔ شدید بیش مکلس الدم کتوں میں واضح علامات پیدا کر دیتا ہے، لیکن آدمی اس قدر حساس نہیں ہے۔ نزدوقتی بہت اقسام کی بیماریوں، سراتیوں وغیرہ میں استعمال کیا گیا ہے، جن میں مصل کے اندر زواں شدہ کیلیم کی مقدار پست پائی گئی ہے (ملاحظہ ہو دار الرقص)۔ افسوس کہ پیراتھارمون کا فعل تیز پیر ہے اور دوا کی طرف سے اہتیت بااوقات متویاب ہو جاتی ہے جس سے اس کی موثریت بالکل زائل ہو جاتی ہے (21)۔

نزدوقتی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ بیش تکوین، شحمی انخلاء، لہیت، دوریری اور کوکولائیڈ تکوین۔

بیش نزدوقتی (hyperparathyroidism)۔ ممکن ہے کہ اس غدہ کی بیش تکوین سے گروں میں ایک رسولی پیدا ہو جائے، جو نکلنے وقت جس پیر ہو۔ مصلی کیلیم ۱۶-۱۷ ملی گرام فی صدی تک بڑھ جاتا ہے، اور پلازما کا فاسفیٹسز (phosphatase) بند ہوتا ہے اور کیلیم پیشاب میں روزانہ مناع ہوتا ہے۔ عمومی فاسفیٹسز ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلیم ٹیوں سے آتا ہے، اور وہ مرض پیدا کر رہے جو کہ دان سے یکلنگ ہائین کے عمومی التهاب العظام یعنی (generalised osteitis fibrosa of von Recklinghausen) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ مرض مردوں کی نسبت عورتوں میں دو گنا زیادہ عام ہے۔

علامات ٹیوں میں دوہوتا ہے اور لاشعاعی امتحان منقطع خطرہ ثابت کرنا ہے۔ یہ ٹیوں میں منقطع طور پر پھیلی ہوئی فضائل (متنوع ان شکن خلوی مصلحہ = osteoclastoma) کے باعث ہوتا ہے، جو خود بخود کس واقع ہونے کا رجحان پیدا کرتی ہیں، لیکن یہ تشنگی، کثرت بول، کھانسی، حشرات متعلقہ کے عضلات کی بیش مٹائی، سلی، قر اور لاغری ہو جو کہ شدید امابٹوں میں ہوتی ہے۔ رسولی کے

استیصال کے بعد اصلاح شروع ہو جاتی ہے، لیکن دھوی کیلیم کے سرخ ستون کی وجہ سے مکرز نہایت عام طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں سرائقہ دون دینے سے تخفیف ہو سکتی ہے جو تھمال کرنے کیلئے ہر شیا میں لگنا چاہئے (21)۔ علیہ کا بدل ترقی لاشاعیں ہو سکتی ہیں۔ مرکزی التهاب العظام لیفی (focal osteitis fibrosa) میں جو کہ عام تر ہے، کیلیم کے تحول میں کوئی غیر طبیعی بات نہیں پائی جاتی۔

مکرز

(tetany)

مکرز نزدہرقیہ کے مرض سے خود بخود ناقص نزدہرقیہ (spontaneous hypoparathyroidism) میں پیدا ہو سکتا ہے، لیکن وہ شاذ ہے۔ بعد علیتی مکرز، درقی عملیات میں نزدہرقیات کے استیصال کے بعد ہوتا خوب معلوم ہے۔ لیکن سریری مکرز کے بہت سے دوسرے اسباب بھی ہیں۔

بحث اسباب۔ وہ ہر عمر میں واقع ہوتا ہے، لیکن شیرخواروں اور نوجوانوں میں بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔ بچوں میں اماتھ کے نسبت ذکر پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ نسبتاً زیادہ عمر کے اشخاص میں ذکر کی نسبت اماتھ پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ بچوں میں کثافت اور اسپہال عام ترین اسباب مہدہ ہیں۔ بالغوں میں یہ اسباب کارفرما ہوتے ہیں: حمل اور رضاعت، حوی امراض سے شغایابی، اقباع معدہ اور قند والا معا، اور راقم الحروف کے مریض میں معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula) جس کے ساتھ برازیں آزاد اداکٹر و کلوریک ایسڈ ضایع ہوتا تھا۔ وہ جسم درقی کے استیصال کے علیہ کے بعد بھی ہو گیا ہے، جب کہ درقی کیساتھ نزدہرقی اجسام بھی دور کر دیئے گئے تھے۔ ٹیک کیری سن بیان کرتے ہیں کہ وہ گلگٹ (شمالی ہند) کی بلند وادیوں میں عورتوں میں عام ہے، اور یہ کہ ایسے تمام قبائلوں میں گائیک شکیات بھی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان اماتھوں میں وہ نزدہرقی کے مرض کے باعث ہوتا ہو جو کہ ساتھ موجود ہے۔ مائل دورے ارگٹ کے شتم (ergotism) سے اور لیسٹ عظام (osteomalacia) کے ہجراۃ اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کے

تسمم سے بھی دیکھے گئے ہیں۔ بعض اوقات بعض عصبی امراض بالخصوص صرع (epilepsy) میں تکرر موجود ہوتا ہے۔ نیز تکرر دباؤں میں مزدوروں کے اندر سال کے بعض موسموں میں یورپ کے خاص خاص شہروں (دائٹا، ہیڈلبرگ) میں واقع ہوتا ہے۔ مصنوعی طور پر وہ مہل جبری تنفس سے پیدا کیا جاسکتا ہے جس سے جسم کے اندر سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) دھلکار باہر نکل جاتی ہے (بے دھانی = acapnia)۔

امراضیات۔ اس مرض کا اصلی مینہ خاصہ معطلی حرکی عصبیہ کی بیش تحریک پذیر ہے۔ اور یہ اسے ظاہر کی گئی ہے کہ آکسیجن کی احتیاج اس کا اولی سبب ہوتا ہے اور متعدد علامات یہ احتیاج پیدا کر دیتے ہیں (26)۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ قلبی دمویت جو سوڈیم بائی کاربونیٹ کے اشروبات یا جبری تنفس (جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ واصل کر جسم سے باہر نکل جاتی ہے) کے سبب سے ہوتی ہے اس طرح عمل کرتی ہو کہ آکسی ہیموگلوبین سے آکسیجن کے افراط کو زیادہ مشکل بنا دیتی ہو (کمشیر طبعی = pleonexy) جس سے بافت کا آکسیجنی تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر گوانیڈین (guanidine) اور ہسٹامین (histamine) کے تسمم میں بھی واقع ہوتا ہے اور یہ دونوں تکرر کا سبب ہوتے ہیں۔ خورد رقیہ براری (parathyroidectomy) خود آکسیجن کے تناؤ کو کم نہیں کرتی، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ پست ذموی کیلیم کی وجہ سے غلیوں کی آکسیجنی رسد میں مزاحمت ہو جاتی ہو۔ ایسی مزاحمت کا وقوع سیانائیڈ کے تسمم (cyanide poisoning) میں ہونا معلوم ہے۔ تجربی تکرر پیدا کرنے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک ایسے کتے کے معدے کو جس کا جواب مسدود کر دیا گیا ہو بار بار دھوڈا لیں۔ سوڈیم کلورائیڈ کے دروں وریڈی استعمال سے یہ تکرر موقوف کیا جاسکتا ہے۔ چنانچہ متسع معدے (dilated stomach) مسدود ہوئی (intestinal obstruction) اور معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula) ان سب کے تکرر کے متعلق یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ اس کا سبب جسم سے کلورائیڈ کا نقصان ہے۔ اور ان اصابتوں میں پلازما مائی کلورائیڈ پست اور پلازما مائی بائی کاربونیٹ بلند پایا گیا ہے اور خون میں یوریا کی زیادتی بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں تکرر قلبی دمویت کی وجہ سے نہیں ہوتا (28) اور ممکن ہے کہ یہاں بھی وہ پست

روانی کیلیم کی وجہ سے ہو (24)۔ چنانچہ ہسٹریائی بیش تنفس میں دماغی نواحی سیال میں پست کیلیم پایا گیا ہے۔

عضلات۔ ممکن ہے کہ حمل سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے کسی قدر بے قراری یا کمندی یا بازوؤں کی اکڑ، یا جھنجھٹی محسوس ہو۔ بعض اوقات دورہ بلا کسی انتباہ کے ناگہانی طور پر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ہاتھ کلائیوں پر مڑ جاتے ہیں، انگلیاں بعد رستی سلامی جوڑوں پر خمیدہ، سلامی جوڑوں پر پھیلی ہوئی، اور باہم مضبوط دبی ہوئی ہوتی ہیں اور انگوٹھے، ہتھیلیوں کے اندر خمیدہ ہوتے ہیں، چنانچہ انگلیاں ایک مخروط بنا دیتی ہیں (مید قابلہ main "d'accoucheur"۔ کہنیاں قدرے خمیدہ، اور بازو جانہوں سے مقرب ہوتے ہیں۔ بعض اوقات چاروں انگلیاں ہاتھ کے اندر خمیدہ، کلائیوں پھیلی ہوئی، اور کہنیاں کامل طور پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ جواج اسفل میں پاؤں ٹانگ پر پھیلا ہوا، حمارہ خمیدہ، اور پاؤں کی انگلیاں خمیدہ اور باہم ملی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ میرز انقباضات ہیں اور بیشتر اصابتوں میں صرف یہی واقعہ ہوتا ہے۔ نہایت شدید اصابتوں میں شکم، سینہ، چہرے اور زبان کے عضلات کا شنج پیدا ہو جاتا ہے، نیز پشت کے عضلات میں شنج ہونے سے خفیف سی پس طنائی اور آنکھوں کے عضلات کے شنج سے حائل پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ماؤف حصوں میں کسی قدر انقباض جیسا در دہوا اور ہاتھوں کی پشت متورم اور وریدیں متمدن ہوں۔ ممکن ہے کہ سینہ، تہا ہٹ، اور پیش کا خفیف سا ارتقاع ہو۔ یہ شنج پانچ تا پندرہ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے، یا ایک دو یا زائد گھنٹوں تک جاری رہتا ہے۔ وہ بتدریج رفع ہو کر چند گھنٹوں یا دنوں کے وقفے کے بعد پھر کر رہتا ہے۔

ان وقتوں کے دوران میں اعصاب و عضلات میکانیکی خراش سے زیادہ اثر پذیر می ظاہر کرتے ہیں (Chvostek)۔ اعصاب کے قرع سے متناظر عضلات میں انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ امر چہرہ میں عظم الوجہ اور ذرا دہن کے بالکل نیچوں نیچے قرع کرنے سے خوب ظاہر ہوتا ہے۔ چہرے کو اوپر سے نیچے کے طرف سہلانے سے یکے بعد دیگرے عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔

ٹراؤسٹو (Trousseau) نے پہلے بتلایا کہ بازوؤں کو مضبوط پکڑنے سے یا اعصاب و شرائین کو دبائے سے ان وقتوں کے زمانہ میں تازہ دور سے پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ نیز حرکتی اعصاب فرادیت سے غیر معمولی طور پر اثر پذیر ہوتے ہیں، اور گلوٹامیت سے تو اور بھی زیادہ (Erb)۔ اگر ۲ ملی ایمپیر سے نیچے کی گلوٹامی روئیں زیر برقہ کو بند کرنے یا زیر برقہ کو کھولنے پر انقباض پیدا کر دیں تو اس سے ظاہر ہوگا کہ بیش تحریر یک پذیر موجد ہے جو تکثر کی موجودگی کی دلالت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 628)۔ طبی جولت ۲۵ اور ۳ ملی ایمپیر کے درمیان ہے۔

لیکن دوروں کے درمیان وقفہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں میں مسلسل شنج زیادہ عام ہے اور بالغوں میں ممکن ہے کہ شنج کلی طور پر ڈھیلا نہ ہو، اسی واسطے اس شکل کے شنج کو متفقہ طور پر اس شکل کو جس میں کامل سکون کے وقفے ہوں متوقف کہتے ہیں۔ مخفی تکثر (latent tetany) میں جو خاصہ عام ہے، شنج کے حملے خود رو نہیں ہوتے۔

گلشچ بچوں میں عصبی نظام کی غیر معمولی تحریک پذیر نہ صرف تکثر کی صورت میں بلکہ ضروری شنج حنجرہ (laryngismus stridulus) اور تشنجات سے بھی ظاہر ہوتی ہے۔

نزدور قیمتی تکثر میں عارضی عمتا، جو کہ ابتدائی درجوں میں ایک شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ مشاہدہ کرائے جاسکتے ہیں، ناخنوں کا بھر پھران اور جیدیت (ridging) ناقص بینا کی وجہ سے دانتوں کی متعرض جیدیت اور بالوں کا گر جانا واقع ہو سکتا ہے (21)۔

یہ مرض چند دنوں سے لے کر چند ہفتوں تک جاری رہتا ہے اور قاعدہ پر کشفیابی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی صحتیابی کے بعد تھوڑے عرصہ تک ناگوں کی کچھ کمزوری باقی رہ جاتی ہے، اور عضلی ذبول اور ریشکی لرزش بھی دیکھی گئی ہے۔ لیکن جب دور سے شدید ہوں تو موت خستگی سے یا زات الجنب سے (جو نفسی مزاحمت کا نتیجہ ہو سکتا ہے)، یا بچوں میں اسی اسہال کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے جس نے تکثر کو پیداکر دیا تھا۔

تشخیص۔ شخصات کی توزیع، یعنی اُن کا بالخصوص ماتحتوں اور بازوؤں میں واقع ہونا، اُس مرض کو تکرانہ (tetanus) سے منیز کرنا ہے۔ ہسٹیریا فی انتباہات تکرانہ کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ وہ عموماً ایک جانتی ہوتے ہیں اور دوسری ہسٹیریا فی حالتوں کے ہمراہ واقع ہوتے ہیں۔ مخفی تکرانہ (latent tetany) کی تشخیص آمارت و اسٹیک وٹراؤٹو کی مدد سے کی جاسکتی ہے اور بعض اُن علامات کی موجودگی پر سے جو عموماً اُس کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں، یعنی دانتوں کے مینا کے نقص، گردن و آتی نزول المار (perinuclear cataracts) بالوں اور ناخنوں کے اسوداد تغذیہ اور متوالی التباب ملحوظہ۔

علاج۔ پیراتھارمون (parathormone) تحت المجلدی دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے روزانہ ۱۰ تا ۳۰ یونٹس دیا جائے۔ جیش متبادی کی سب سے پہلی علامت تھوے ہوتی ہے کیلیم کلورائیڈ (calcium chloride) (۱۵-۲۰ گریں) شیرخوار بچوں کی حالت میں، براہ دہن ہر چوتھے گھنٹے دیا جاتا ہے (25)۔ کلورین دوہان خون کے اندر جاکر کلورائیڈ کی کمی کی تلافی کر دیتی ہے اور کیلیم امعاء سے خارج ہو جاتا ہے۔ امیونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) بھی بڑی متادوں میں آزمایا جائے۔ اس کا امیونیا یوریا میں تبدیل ہو جاتا ہے، چنانچہ اس صورت میں بھی اُتار و کلورک آئیڈ سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔ یہ دوا میں براہ معاد مستقیم بھی دی جاسکتی ہیں۔ مریض کی معیدہ حالت کو خفی الامکا دور کر دینا چاہئے۔ مثلاً معدی اتساع کا علاج جراحی عملیہ (معدی صنایعی تغییر gastro-jejunosomy = کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ بچوں میں اسپریمال کا علاج کرنا چاہئے اور کساحہ (rickets) کا تدارک زوغن کا فیلو و فولاد مناسب غذا وغیرہ سے کرنا چاہئے۔ عورتیں اپنے بچوں کو دودھ پلانا چھوڑ دیں اور فولاد اور دوسرے مقویات استعمال کریں۔

غده تیموسیہ

(THYMUS GLAND)

غده تیموسیہ کا وزن پیدائش سے لے کر ایک سال تک، وزن جسم کا تقریباً ۱ فی صدی ہوتا ہے اور ۱۱ اور ۱۶ سال کے درمیان اس وزن کا ۵۵ فی صدی ہوتا ہے لیکن اگر احتیاط کے ساتھ تلاش کیا جائے تو بالغ عمر میں بھی اس کا باقی حصہ مل سکتا ہے جو لینی اور شمعی بافت، یعنی خلیوں کے جزیرات اور چند جسامت تھیل (Hassall's corpuscles) پر مشتمل ہوتا ہے۔ (Dudgeon)۔ ذبول میں بوجھوں میں ضموں (marasmus) یا قدرتی یا دوسرے مزمن ہزال آفریں امراض کے ہمراہ پایا جاتا ہے، یہ غده جسامت میں گھٹ جاتا ہے۔ تیموسیہ کی کلائی، متعدد امراض میں پائی جاتی ہے، جن میں سے اہم ترین یہ ہیں: — بیض موت (leukemia) یا مخصوص لمفائی قسم کی، مزمن ایکٹن، بھولگی کا ٹر اور مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis)۔ تمدن کے اثر سے غده متغیر ہو کر ایک لینی جُسنی قودہ بن سکتا ہے، اور غده سے میں نو بالید بھی ہو سکتی ہے۔

زمانہ ماضی میں غده تیموسیہ کی انتہائی اہمیت یہ بتائی گئی ہے کہ یہ اس حالت میں جو کہ تیموسی لینی حالت (status thymo-lymphaticus) کے نام سے مشہور ہے، ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے۔ یہ تشخیص ایسی موت کی توجیہ کے لئے کی گئی ہے جو معدم حس کے تحت خاص طور پر بچوں میں واقع ہو اور موت کا سبب واضح نہ ہو۔ ان اصابتوں میں بسا اوقات تمام جسم کی لینی بافتوں کی عام شیں مکوں پائی جاتی ہے اور تیموسیہ کو بڑھا ہوا سمجھا گیا ہے۔ لیکن اس کے خلاف واقعہ یہ ہے کہ لینی بافت کی مقدار غالباً اس سے ہرگز زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی ایک طبعی بچہ میں موجود ہوتی ہے، گو کہ ایک ایسے بچے میں جو ہزال آفریں مرض سے مراد ہو لینی بافت ذبول ظاہر کرتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ پتہ چلا ہے کہ

تیوسای غدہ بھی طبی حدود کے اندر ہوتا ہے، لہذا تیوسای لسانی حالت کی تشخیص کسی حقیقت پر مبنی نہیں اور مستقبل میں ایسی اموات کو معدوم جس کی طرف براہ راست منسوب کرنا چاہئے یا ناگہانی موت کی دوسری مثالوں میں کسی نامعلوم سبب کی طرف۔

فوق الکلیہ کیسے

(SUPRARENAL CAPSULES)

فوق الکلیہ کیسے دو حصوں پر مشتمل ہیں :-

۱۔ قشرہ (cortex) رین کلوئی نظام = (interrenal system)

میاں آدمی کلیوں سے ماخوذ ہوتا ہے، جو اعضائے تناسل سے قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ اس میں کالیسٹرین ایسٹر (cholesterin esters) اور لیسیٹین (lecithin) بڑی مقدار میں موجود ہوتے ہیں اور اس کا زرد رنگ انہیں کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کا وزن پورے غدے سے کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے اور وہ دورانِ عمل میں کی قدر زیادہ بڑا ہو جاتا ہے۔ قشرہ کے لیپائیڈ زساری نوعیت کے ایک حاد عمومی مرض کے باعث جو کہ ہلک ہوتا ہے چند ہی روز میں غائب ہو جاتے ہیں اس کے برعکس وہ خواہ کی حالتوں مثلاً خبیث مرض میں یا خارج نہیں ہوتے۔ اس لحاظ سے وہ معمولی جسمانی شحم کے بالکل برعکس خاصہ ظاہر کرتے ہیں۔ قشرہ منف کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شاذ الکساہتوں میں جہاں قشرہ پیش پروردہ ہوتا ہے، اعضائے تناسل کا نمو متبادر ہوتا ہے اور مردانہ خصایص کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ علامات قشرہ کے سرطان سے پیدا ہو جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ اس کے برعکس فوق الکلیوں کی ناقص تکوین بعض اوقات اعضائے تناسل سے بالوں کے غائب ہو جانے یا ابتداء ہی سے ان بالوں کی غیر موجودگی اور اعضائے تناسل کی ناقص تکوین کی حالتوں میں دیکھی گئی ہے۔ قشرہ میں ایک ترجیحی شے ہیکسینورائک ایسڈ یا اسے سکاربک (hexuronic acid or ascorbic) حیاتی ج سے متعلق (ملاحظہ ہو) موجود ہوتی ہے جو جسم کے آکسی ڈیسیز (oxidases) کا استخراج کرتی ہے۔

جب یہ ترکیبی شے غیر موجود ہو، جیسے کہ مرض ایڈنیم میں، تو یہ آکسیڈائیزر جسم کے ترکیبی سالمات کے ایڈروکیوٹون گروہوں (hydroquinone groupings) کو سیاہ رنگ رکھنے والے کیوٹون گروہوں (quinone groupings) میں تبدیل کرنے میں پورے طور پر کارفرما ہوتے ہیں اور اس طرح جسم کو رنگ دیتے ہیں (27)۔ ہوا میں کھلے رہنے پر ایک سبزہ کٹے ہوئے سیب کا سیاہ پڑ جانا بھی تکیہ کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ آخر اُنہی کے قشر میں ایک نوعی مادہ موجود ہوتا ہے جو کہ ایڈنیم کے مرض کو روکتا ہے اور فوق الکلوئی قشری خلاصہ (suprarenal cortical extract) 'ایسکاٹین (esthatin) یا یوکارٹون (eucortone) یا کارٹین (cortin) کے نام سے مشہور ہے۔

۲۔ لُب (medulla) انھیں غلیوں سے اخذ ہوتا ہے جن سے مشار کی عصبی نظام کے عقدی خلیے ماخوذ ہوتے ہیں۔ باکرومیٹ (bichromate) سے وہ میز و مخصوص تلوینی تعامل ظاہر کرتا ہے اور اس کو اسٹے اُسے ایک کروموفینی جسم (chromaffine body) کہتے ہیں۔ وہ ایڈرینلین (adrenin) یا اپی نیفرین (epinephrin) نام کی ایک شے تیار کرتا ہے جو بذریعہ تالیف بھی تیار کر لی گئی ہے اور کیمیائی لحاظ سے آرتھو ڈائی آکسی فینائل ایٹھانائل میتھائلین (ortho-dioxyphenyl-ethanol-methylamine) ہے۔ اشانی اعصاب کو متہیج کرنے پر یہ شے خون کے اندر منسوب ہو جاتی ہے۔ یہ تمام مشار کی عصبی منتہاؤں پر ایک قوی اثر رکھتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت دوران خون کے اندر یہ انقباض آسن وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تحریک درد، خوف اور غصہ کے قوی جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت میں ہضم اور تجدید پیدا نش سے متعلق اعمال کا اتناغ ہو جاتا ہے۔ حیوان جنگ کے لئے یا فرار ہونے کے لئے مستعد ہو جاتا ہے۔ اس کی نیلیاں پھیل جاتی ہیں۔ جلد پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ بال کھڑے ہو جاتے ہیں۔ حرکت قلب تیز ہو جاتی ہے۔ جگر پر اس شے کے فعل سے خون میں شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ اعضا کی عضلات زیادہ قوت ظاہر کرتے ہیں اور جلد نہیں ٹپکتے خون کی ترویج بڑی زیادہ ہو جاتی ہے اور اگر وہ حیوان زخمی ہو جائے تو ترویج کی یہ زیادتی کارآمد ہوتی ہے۔ اس میں شک

نہیں ہو سکتا کہ ایک نوجوان شخص کی طلاق جو ضرب الاشمال میں پائی جاتی ہے، ایڈرینین کے انقباض کے باعث ہوتی ہو کر اس کے معانظوں میں انکی قوت محسوس کرتے ہیں، مثال قوی جذبات کا دریا نہیں ہوتے۔ عناہت متباد (dementia praecox) میں یہ پایا گیا ہو کہ لُب قلیل ہو اور وہ حیاتی تغیرات ظاہر کرے (28)۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ بدن میں پیدا شدہ حرارت کی تنظیم بڑی حد تک ایڈرینین کی رسد کی وجہ سے ہوتی ہے، جو جگر پر عمل کرتی اور گلاں کو جن کو مشتعل کرتی ہے، اور یہ کہ تپ ایڈرینین کے سریع انصباب کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس مفروضہ کی بنا پر وہ ناگہانی شدید تپ جو لُب کے اندر نرزنہ یا شدید املا کے ہمراہ پائی جاتی ہے، 'ماد بلیش ایڈرینالیت (hyper-adrenalism)' کی علامت ہے (15)۔ ایسے نرزنات عموماً نوعی حیات، مثلاً 'میریا' ذات الریہ، سرخ بادہ، پر پیورا وغیرہ کے باعث ہوتے ہیں، جن میں لُب کے املا کی توقع ہو سکتی ہے۔ لیکن یہ نرزنہ فوق الکلی و ریدوں کی عظمت کے باعث بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور اسی واسطے اس حالت میں تپ سرایت کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتی بلکہ مشار کی تپ کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ایک 'مشار کی تپ' ("sympathetic fever") ہے۔

ان میں سے بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ تپ جاتی رہے اور اس کے بعد تحت الطبعی تپ، ہلاکت اور ہبوط واقع ہو جائے۔ یہ عاقل لیل ایڈرینالیت (hypo-adrenalism) کے علامات ہیں، جو لُب کے تلف ہو جانے کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس تعلق میں یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ عام ضیق کے ساتھ بتدریج ہلاکت کو پہنچنے والے اشخاص میں لُب کا ایڈرینالینس افیہ ۲۰۰ ملی گرام سے لے کر ۳۰۰ ملی گرام تک پایا جائے گا، درآں حالیکہ ناگہانی موت کی مثالوں میں انکی مقدار ۵۰۰ ملی گرام ہوتی ہے۔ عاقل لیل ایڈرینالینس کے دوسرے علامات شریانی درد کا ناگہانی حملہ اور آکسمیت ہیں اور اس کے بعد حکم کا تھوڑا اور تشنات، قوما اور ندریان، یا ایک محرقی درجہ۔

مرض ایڈیسن

(Addison's disease)

اس مرض کو سب سے پہلے ڈاکٹر تھامس ایڈیسن نے ۱۸۵۵ء میں بیان کیا۔
 بحث اسباب - یہ مرض ہر عمر میں ہو سکتا ہے، اور ذکور میں نسبتاً زیادہ
 عام ہے۔ یہ تین ایک نہایت کثیر الوقوع سبب ہے۔ بعض امواتوں میں فوق الکلیہ
 کیسے ماسبق بل ریونی، یا شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا خصری خراج (psoriasis)
 abscess سے سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہت سی امواتوں میں یہ ان
 غدو کی ایک ادلی قدری سرایت ہوتی ہے۔ تراشنے پر یہ نیم شفاف رمادی یا سبزی مل
 رمادی باقت اور غیر شفاف زرد جینی جرم کا ایک مجموعہ ظاہر کرتے ہیں۔ بعض اوقات
 یہ جینی مادہ نرم ہو کر ایک ریوی کہفہ بن جاتا ہے۔ ۲۵ فی صدی امواتوں میں تیز صرف
 یہی ہوتا ہے کہ قشرہ کا ذبول واقع ہو جاتا ہے (29)۔ دوسری مثالوں میں ان غدو
 پر سلعہ کا حملہ ہوتا ہے، یا عروق کی غلطیت واقع ہو کر خون کی وعادری ہوتی ہے۔

امراضیات - مرض ایڈیسن فوق الکلیہ کے قشرہ کے اتلاف کے باعث
 ہوتا ہے جس سے اسے سکاربک ایسڈ (ascorbic acid) کا فقدان ہو جاتا ہے
 جس کا نتیجہ جیسا کہ پہلے سمجھا گیا ہے، لونیت ہوتی ہے۔ نیز نوعی قشری مادہ کی عدم
 موجودگی پلا دما کے سوڈیم کلورائیڈ کا سقوط، پوٹاسیم کا ارتفاع، اور نائٹرو جینی مادوں کا
 کلوی احتیاس پیدا کرتی ہے۔ گروے اب بھی بہت سے کلورائیڈ اور وافر پانی کا خراج
 کرتے ہیں۔ یہ حیاتی کیمیائی تغیرات خون کے ارتکاز کی وجہ سے کثیر خلوی دسویت، دباؤ
 کی کمی اور اس مرض کی عمومی ہلاکت، اور شاید معدی معوی احتمالات پیدا کر دیتے ہیں۔
 اساسی تحول طبعی درجہ سے نیچے پایا گیا ہے (4)۔

علامات - اہم علامات یہ ہوتے ہیں: کمزوری، خون کے دباؤ کی کمی
 قے اور لونیت۔ آغاز مرض عموماً غیر محسوس طور پر ہوتا ہے اور مریض کو بہت درجہ
 کمزوری، انخفاض، مدحال پن اور محنت کے لئے بے رغبتی کی شکایت ہوتی ہے۔
 ممکن ہے کہ کوکھوں، مرق یا شراسیف میں درد ہو۔ قلب کا فعل نہایت ضعیف

ہوتا ہے اور بستر میں آٹھنے پر غشی یا دورانِ سر یا محنت کرنے پر سانس کا پھولنا یا اختلاج ہوتا ہے۔ نبض کے ضربات فی منٹ اسی سے نو دم تک ہوتے ہیں اور وہ معنیر و ضعیف ہوتی ہے۔ خون کا دباؤ نہایت کم ہوتا ہے اور اتنا کم کہ پارے کا ۸۰ یا ۶۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اشتہا عموماً کم ہوتی ہے اور متلی آبکائیاں اور قے و مرض کے اہم مظاہر ہیں۔ جوں ہی کہ بحران ہوتا ہے اور اربابول اور اس کے ساتھ خون کا ارتکاز اور کثیر خلوی دوسرے پیدا ہوتی ہے۔ چڑچڑاپن اور بے چینی بعض اوقات نہایت نمایاں ہوتی ہے۔ جلد کی عجیب و غریب بدل سرائگی ایک ایسی علامت ہے جو سب سے زیادہ جاذبِ توجہ رہی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامت متذکرہ بالا عموماً علامات کے ساتھ ساتھ دیکھی جائے یا ان سے پہلے نمایاں ہو جائے یا ان کے نمایاں ہونے کے کئی ماہ بعد واقع ہو۔ اصابتوں کے اس آخری گروہ میں اگر عمومی علامات نہایت شدید ہیں تو ممکن ہے کہ وہ جلد کے باؤف ہونے سے پہلے ہی ہلکے ثابت ہو جائیں۔ چنانچہ بعض اوقات مرض ایڈین میں لونیت غیر موجود ہوتی ہے اور اس کی توجیہ یہی طرح کی جاتی ہے۔ یہ لونیت یا سموت اپنی ملکی چھائیوں میں قائم یا زردی مائل بھوری اور بعض اوقات زیتونی یا سبزی مائل بھوری رنگت کی ہوتی ہے۔ اس کی زیادہ نمایاں شکل میں جلد کا رنگ گہرا بھورا ایک خلاسی کے رنگ کی طرح ہوتا ہے۔ یہ لونیت عموماً اولاً جلد کے آن حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر کھلے ہوئے ہوتے ہیں جیسے کہ چہرہ، گردن، اعضاء اور انگلیوں کی پشت، لیکن جلد ابراس یا مونچھوں کے نیچے لب کی جلد غیر متاثر رہتی ہے۔ دویم یہ آن حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر دوسرے حصوں کے نسبت زیادہ رنگ دار ہوتے ہیں جیسے کہ بغلیں، قطن، صفن اور جھینوں کے بالیزے۔ سویم یہ دباؤ اور ضعیف چوٹ کے مقامات کو متاثر کرتی ہے جیسے کہ معدتوں میں موزہ بندوں اور کمر بندوں کے نشانات اور وہ مقامات جہاں آبلہ آور اور پلستر لگائے گئے ہوں۔ لیکن جلد کو تلف کر دینے والے زخموں کے نمبات پیدا ہی رہتے ہیں اور رنگ کی ایک گہری تہ ان کی سرحد بناتی ہے۔ بعض اوقات ہتھیلیوں کی گہری لکیریں سیاہ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے

اُن حصوں پر جو سیاہ ہو گئے ہیں چھوٹے چھوٹے سیاہ دھبے، تلوں یا چھائیوں کی طرح نظر آئیں۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ سارے جسم پر لونیت چھا جائے۔ لیکن اس درجہ تک پہنچنے سے پہلے ہی میں مرض کو عموماً پہچان لینے کے لئے تیار رہنا چاہئے اور فی الحقیقت بہت سے مریض ایسی عام لونیت کے وقوع سے پہلے ہی ہلاک ہو جاتے ہیں۔ یہ لونیت جلد ہی تک محدود نہیں ہوتی۔ اکثر رُک کی اندرونی جانب پر ایک آسانی مائل سیاہ لکیر، مخاطی خشا کے برابر برابر اور ان کے اور جلد کے اتصال کے خط کے متوازی دو رُقی ہوئی نظر آ سکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ دوسری زیادہ بے قاعدہ چمکتیاں گال کی مخاطی خشا پر اور زبان کی جانب پر واقع ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں سے بعض بوسیدہ دانتوں کی موجودگی اور اُن کی خراش پر منحصر ہوتی ہیں۔ بالعموم پیش طبعی درجہ پر ہوتی ہے اور بول طبعی ہوتا ہے۔ اگرچہ مریض کمزور ہوتا ہے، لیکن اُس کا منہول یا عذیم الدم ہونا لازمی نہیں بلکہ ممکن ہے کہ سخت الجلد شحم کی خاصی موٹی تہ اُس کے خاتمہ تک باقی رہے۔

مرض کا عمر نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اشتدادات اور فترات اُس کے نمایاں خصائص ہوتے ہیں، اور شدید مرض کے زمانے، جو مریض کو فریض لگتے ہیں، متبادلہ پر صحت زمانوں کے ساتھ تبادول ہوتے ہیں۔ لیکن ہر تازہ اشتداد کے بعد مریض یقیناً پہلے کے نسبت خراب تر حالت میں ہوتا ہے۔ مدت مرض چند ماہ سے لے کر چھ یا سات سال تک ہوتی ہے۔ موت زیادہ تر نہایت کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، کیونکہ مریض بدینچ زیادہ سے زیادہ کمزور ہو کر منہولگی کی یا نیم توانی حالت میں پہنچ جاتا ہے، جس میں نبض زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے۔ کبھی کبھی ہڈیاں اور تشنجات اس منظر کا خاتمہ کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں عام علامات اور نہایت خفیف سی لونیت صرف چند مہینوں تک دیکھی گئی ہے، اور پھر انتہائی انطباع واقع ہو کر چند ہی ہفتوں میں مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

تفصیص - مندرجہ ذیل غلطیاں ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے :-

(۱) دوسری کسی بدرجہ کو مرض ایڈیسن سمجھ لینا۔ (۲) جب لونیت خفیف یا غیر موجود ہو، علامات مرض کی شناخت میں ناکام رہنا۔ وہ بدرجہاں جو غلطی سے

مرض ایڈمین سمجھی جاسکتی ہیں حسب ذیل ہیں: خفیف یوقان، یا متلف علم دمویٹ (pernicious anemia) کی بد رنگی۔ تمقل (phtheiriass) جبکی شناخت خراشیدگیوں سے، اور لونیت کے آن حصوں میں محدود ہونے سے کی جاسکتی ہے جہاں تک انگلیوں کے ناخن پہنچ سکتے ہیں، نیز چہرہ بالکل متاثر نہ ہونے سے۔ صلیب یا اور سیل سر یوی کی پھسکی اور شبلی رنگت۔ کلف راجھی (chloasma uterinum) عورتوں میں۔ اور مسعہ مختلف الالوان (tinea versicolor)۔ ابتدائی درجوں میں جن میں سیاہی زیادہ نہیں ہوتی، بلا سبب کمزوری، اور ساتھ ہی ضعیف و صغیر قبض، اور قے تشخصی خصائص ہوتے ہیں۔ حیاتی کیمیائی اور علاجی کاشفات سب سے زیادہ یقینی ہیں۔ علامات ایک بے نمک غذا سے زیادہ شدید ہو جاتی ہیں (اگرچہ یہ خطرہ سے خالی نہیں) اور نمک دینے سے اُن میں اصلاح ہو جاتی ہے اور قشری جلاصہ سے وہ غائب ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر پلازما کے کلورائیڈ کو مرتفع کر دیتا اور دوسرے غیر طبیعی حیاتی کیمیائی تغیرات کو زایل کر دیتا ہے۔

علاج۔ یہ طب میں نہایت ہی جدید ترقیوں کا آئینہ دار ہے۔ نمک روزانہ ۱۰-۱۵ گریمن کی مقداروں میں مرض میں تخفیف پیدا کرتا ہے۔ کالژین ۱۰۔ اسی سی نمک کا روزانہ زیر جلدی اشراب علامات کو بالکل دور کر دیتا ہے اور لونیت غائب ہو جاتی ہے۔ اس قیمتی دوا کی بہت حد تک ضرورت نہیں پڑتی، بشرطیکہ نمک دیا جائے۔ لونیت، لے سکاربک ایڈوینے سے غائب ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو)۔

فوق الکلیہ کیسوں کی رسولیا

ان عدد کو مؤف کرنے والی رسولیاں غدی سلمہ (adenoma) لکھی سلمہ

(sarcoma) سرطان (carcinoma) اور عصبی ناہضی سلمہ (neuroblastoma)

ہیں۔ لکھی سلمہ نہایت شاذ ہوتا ہے اور صرف بالنعوں میں پایا جاتا ہے۔ عصبی ناہضی سلمہ بچوں میں ہوتا ہے اور غدے کے لب سے پیدا ہوتا ہے۔ وہ ایک خبیث بالید

اور مغیر قلبی لکھی سلسلہ سے مشابہ ہوتی ہے، لیکن اُس میں گلچے ہوتے ہیں جو مرکزی عصی نظام کے نو مایوں کا مخصوص و سمیز خاصہ ہیں۔ وہ پڈیوں میں ثانوی جماؤ یا آسانی پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک بڑا تودہ بنا دے جو غلطی سے کلوئی رسولی سمجھ لیا جائے۔ تا وقتیکہ اس کا جلد استیصال نہ کیا جائے اُس کے مہلک ثابت ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ سرطان شاذ ہی اولی ہوتا ہے لیکن وہ عموماً وسیع ثانوی ضررات کا جز ہوتا ہے۔ اولی ہونے کی حالت میں وہ ایک صغیر قلبی سرطان ہوتا ہے جس سے نرَف اور تخرِ آسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان غلیوں کی ترکیب انیمیسی یا جو فیزی ہوتی ہے یا یہ عروق و مویہ کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ اور ان میں فوق الکلوئی قشرے سے ایک عام مشابہت ہوتی ہے۔ جسم کے مختلف حصوں میں سلسلہ کا انتشار بذریعہ سروح واقع ہو سکتا ہے۔ جب یہ بالید موجود ہوتی ہے تو اُس سے سلسلی غلیات کی فعالیت (ہیش بین کلویت - hyper-interrenopathy) کے باعث مخصوص اور سمیز علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہی علامات قشرے کی ساوہ ہیش پرورش کی حالت میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اگر فورہ دروں رحمی حیات کے دوران میں شروع ہوا ہے تو نسائی خنوشیت کا ذیلہ (female pseudo-hemaphroditism) دیکھی جاتی ہے، یعنی وہ فرد خنوشیت عورت ہوتی ہے، کیونکہ بیضین موجود ہوتے ہیں، لیکن بیرونی خصایص مردانہ ہوتے ہیں۔ یہ حالت پیدا ہیشی ہوتی ہے اور اس کا سبب عموماً دوجائی قشری ہیش بگوان ہے۔ جب یہ مرض پیدائش کے بعد جلد ہی شروع ہو جاتا ہے تو وہ حالت پسہا کر دیتا ہے جسے بلوغ قبل از وقت کہتے ہیں۔ یہ بچے شیم ہوتے ہیں۔ لڑکوں میں تبار اور متجاوز الحد تناسلی نمو پیدا ہو جاتا ہے۔ بڑی عضلی طاقت نمودار ہو کر وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے جیسے صبیائی ہرکیولی قسور (infantile Hercules type) کہتے ہیں۔ چہرے پر بال نمودار ہو جاتے ہیں اور تناسلی غلیات بڑھے ہوتے ہیں۔ گناہے تانیث (feminisation) یا دم صنفی تبار پیدا ہو جاتا ہے۔ لڑکیوں میں بالعموم مذکور ہوتی ہے یا دیگر صنفی تبار و نظر کی ہیش بگوان لڑکوں کی بالیدگی اور آواز کے گہرے پن کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ لیکن ہم صنفی

تباہ بھی بیان کیا گیا ہے اور ممکن ہے کہ ان میں جیض جلد شروع ہو جائے۔ البتہ زندگی میں پیش ذہن کلویت سے بالغ غیر طبعی شعرا نیت یا مسترجلیت پیدا ہو جاتی ہے۔ عورتوں میں بعض مردانہ خصایص دیکھے جاتے ہیں۔ چہرے پر بال نکل آتے ہیں اور جسم کے دوسرے مقامات کے بال زیادہ ہو جاتے ہیں۔ جیض اور پستانوں کا نوغیر موجود ہوتا ہے جسٹانی طاقت زیادہ ہوتی ہے اور ذہنی علامت جن سے ترجل عیاں ہوتا ہے جیسے کہ ہجو بیت اور انانیت پیدا ہو جاتے ہیں۔ شیخ (progeria) یا قبل از وقت شیخوخت کی حالت میں جو کہ متعہ ۳۰ میں بتائی گئی ہے فوق الکلوئی رقبوں میں دو بانی کلمات پائے جاتے ہیں اور بچائی ماؤفیت کا کوئی ثبوت نہیں ملتا جیسا کہ دوسری اصنافوں میں پایا جاتا ہے۔ شرائین و بازت یافتہ ہوتی ہیں اور دموی فشار و دموی یوریک اور شکر بلند ہوتے ہیں اور میں ذہن اور دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کا شوق نہیں ہوتا ہے۔

فوق الکلیہ کیسوں کے بعض دوسرے تغیرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے۔ التهاب اور تہی مرکزوں کے قرب کی وجہ سے خلج نزول پتھر کے باعث چربی تغیر گیر اعضاء کے تغیر کے ساتھ جاوہی درنے عام نمونہ میں اور شاید اور تشکی صنفیہ یہ سب ان دوسری امراضیاتی حالتوں میں سے ہیں جو لکھی ہیں۔

غدهٔ خنثامیہ

(PITUITARY GLAND)

یہ غده جسے اکثر زرنامی (hypophysis) کہتے ہیں تین حصوں پر مشتمل ہے۔

(۱) جزو مقلد یا جزو غدی (pars anterior or glandulosa) جو غدی ہر دوں اور اس سے ماخوذ ہوتا ہے اور جس میں گولاکٹری دورے ہوتے ہیں۔

(۲) جزو موخر یا جزو عصبی (pars posterior or nervosa) جو عصبی

سریشی ریشوں اور خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۳) جزو وسطی (pars intermedia) جس کی ساخت غدی ہوتی ہے اور جو ہر دوں کو ملا دیا کرتا ہے۔



نتیجہ آنکڑی ویزا کی مریدیت۔ ایک ۱۰ سالہ دوہائی بچہ جو بچوں کے ساتھ کھیلنے کی شائق ہے۔ اس کے ہاتھ میں ایک مسانہ پیر کی کڑا ہو رہی ہے۔
 تحقیق پر داشت۔ مسن کو توں کی سی پال ڈھال یہ ختم۔ دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کی شائق ہے۔ ایک ہاتھ میں ایک مسانہ پیر کی کڑا ہو رہی ہے۔
 ۵۹۱

درمان وقت چھوٹا ہے۔ جزو مقدم (لغۃ مقدم) سے نکلنے والا کولامڈ جزو مؤخر (لغۃ مؤخر) میں جیسے ہو کر بٹین سویم کے اندر آتا ہے اور داغی شغاعی سیال کے اندر پایا جاتا ہے۔

امراض خفایہ۔ تجربہ چوبہوں میں پایا گیا ہے کہ لغۃ مقدم کے نکال ڈالنے سے ان کی عام بالیدگی اور اعضا متنازل کا نمودوں رک جاتے ہیں (قلیل نخامیت = hypopituitarism)۔ پھر اس غده کے فعال خلاصوں کے اشراب سے عفریتیت (gigantism) پیدا ہو جاتی ہے۔ انسان میں لغتہ مقدم کی بیش فعالیت (بیش نخامیت = hyperpituitarism) سے اوایل زندگی میں لمبی ہڈیوں کی بیض بالیدگی کے باعث عفریتیت اور بالغ زندگی میں جب کہ لمبی ہڈیوں کے برابر بالے بالآخر متغیر ہو جاتے ہیں، کسب الجواسج (acromegaly) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان دونوں حالتوں میں اس بیش بالیدگی کے ساتھ غده درقیہ اور غده نزدیکہ اور فوق الکلی مشرے کی بیش تکون موجود ہوتی ہے اور یہ بیش بالیدگی نہ صرف ہڈیوں تک محدود ہوتی ہے بلکہ جسم کی تمام ساختیں اس سے متاثر ہوتی ہیں، چنانچہ اس حالت کے لئے کلاں جسمی (macrosomia) کی اصطلاح کا استعمال بہتر ہوگا۔ تازہ تحقیقات سے مقدم لغتہ کی اہمیت یہ ثابت ہوتی ہے کہ یہ تمام اقسام کی دروں افزائی فعالیت کو نیسر کار کولامڈویت کے تحول کو (لاحظہ ہو قلیل شکر و مویت) منظم رکھتا ہے۔ اگر نخامیت کا مقدم لغتہ برابر کر دیا جائے تو درقیہ بیضین، خفیتین، البہ فوق الکلیہ قشر و او شایہ جزو قریات میں اخطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان کا سد باب مقدمی شغاعی خلاصہ جات کے اشراب سے کیا جاسکتا ہے جن سے بیج الدر قریہ بیج المولک (لاحظہ ہو مولکات) اور بیج فوق الکلیہ ہارمون تیار کئے گئے ہیں نیز ایک ایسا ہارمون جرمانستان میں ہینان پیدا کر کے دودھ کا افراں پیدا کرتا ہے۔ یہ ہارمون غده خفایہ سے طبی طور پر آزاد ہو کر جسم میں داخل ہوتے رہتے ہیں اور دوسرے دروں افزائی اعضا پر اقتدار رکھتے ہیں۔ مثال کے طور پر بیج الدر قریہ ہارمون غده خفایہ میں لاکھ ہارمونیں پیدا کرتا ہے اور اس طرح اساسی تحول کو بلند کرتا ہے۔

لیکن یہ بلندی دیر پا ثابت نہیں ہوتی، کیونکہ غدہ کی فعالیت کے جاری رہنے کے باوجود جسم کچھ ضد ہینج الدرقیہ مادہ پیدا کرتا ہے (40)۔ چنانچہ غدہ شخامیہ کے دروں افزائی تعلقات پیچیدہ ہیں اور اس کے ضررات مختلف کثیر الغندی علامتیں پیدا کرتے ہیں جن کا انحصار اس امر پر ہے کہ کونسا خاص ہارمون مفقود ہے۔ ایک اسکیم نیچے درج ہے۔

مقدمی شخامی ہارمون

ہینج الدرقیہ غدہ رقیہ کو تھج	ہینج فوق الکلیہ فوق الکلیہ	ہینج المولیات
کرتا اور لہاسی تحول کو بند کرتا	قشر کو متھج کرتا ہے۔	(۱) ایک پرولان بنانا
ہے۔		جو بعض میں ہیجان پیدا کرتے
جہ لہجہ کو بانٹنے والا	پستان کو بانٹنے والا درودہ کے	(۲) ایڈرین
ہینج نزد رقیہ	افزائ کی تھج کرتا ہے۔	(۳) پروڈکشن ہیکرٹ
		(۴) حصیہ کو تھج کرتا ہے۔

جزو موخر سے ایک خلاصہ (پیکو ٹرین = pituitrin) حاصل ہوتا ہے جس میں دو ہارمون، ضاغط العروق (پٹوسین = pitressin) اور مسرع الولادة (پٹوسین = pitocin) موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ طبعاً گولانڈ کے ساتھ خارج ہو کر دماغی شخامی سیال میں آجاتے ہیں۔ مسرع الولادة رحم پرز راہ راست عمل کرتا ہے۔ ضاغط العروق محوی عضلے کو متھج کرتا ہے اور عظیم الحس چانوز میں خون کے دباؤ کو بھی بڑھا کر ادرار بول پیدا کرتا ہے اور دماغی شخامی سیال اور درودہ کے سیلان کو زیادہ کر دیتا ہے۔ لیکن غیر عظیم الحس انسان میں اس سے پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ جزو موخر ایک اور مادہ بھی پرہم پرہجآ ہے جو کہ معدہ کے مغز ترشہ خلیات کی نیز لب عظام کی بالیدگی کے لئے ضروری ہے۔ خرگوشوں میں اسکی بڑی متادوں کا اشراب نرزی التهاب معدہ پیدا کرتا ہے، جو کہ مغز ترشہ خلیات میں شروع ہوتا ہے۔

شخامی مرض میں اکثر پائی جانے والی شحیت نریر عرشی خطے پر دباؤ پڑنے کے

باعث پیدا ہوتی ہے۔ ذیابیطس لمخ پر بعد میں غور کیا جائے گا۔

مرضی تشریح - غدد خفاص کے امراض مندرجہ ذیل اسباب کے باعث ہو سکتے ہیں: (۱) سرخ ترکی کے اندر کے اضرار (دسوں سرخی) جو حسب ذیل ہوتے ہیں: (۱) ایوسین پسند غدی سلعہ (eosinophilic adenoma) جو لغتہ مقدم کے حقیقی افرازی غلیوں پر مشتمل ہو۔ یہ بیش نخا صیت پیدا کر دیتا ہے۔ (ج) فاعلانہ طور پر بڑھنے والا لون توں غدی سلعہ (chromophobe adenoma) جس کے خلیات میں ایسے ذرات نہیں ہوتے جو ایوسین کارنگ قبول کر لیں۔ یہ سلعہ لغتہ مقدم کو تلف کر دیتے کارجمان رکھتا ہے اور اسی وجہ سے تحلیل نخا صیت پیدا کر دیتا ہے۔ (ج) مخلوط غدی سلعہ (mixed adenoma) جس میں ایوسین پسند اور لون ترس دونوں عناصر موجود ہوتے ہیں۔ یہ نخا صیت فائق (dyspituitarism) پیدا کر دیتا ہے جو ایک ایسی حالت ہے جس میں قلیل نخا صیت اور بیش نخا صیت دونوں کے آثارات ایک ہی وقت موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدی سلعات ۲۰ سال سے نیچے کے اشخاص میں نمودا نہیں پائے جاتے۔ (د) غدی سرطان (adeno-carcinoma) جو شاذ ہوتا ہے۔ (س) وقف الدمی خسرہ انقسام کی وجہ سے پیدا ہو۔ (س) تازہ دریافت شدہ اساس پسند غدی سلعہ (basophil adenoma) منہ اپنی مخصوص و میز علا مات کے۔ یہ امر قبیح انگیز ہے کہ اگرچہ غدی سلعہ امتحانات لاش میں ۱۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے، خصوصاً آخری زندگی میں، ان اصابتوں میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے کہ جن میں نوایہ جسم کے دوسرے حصوں میں واقع ہوتا ہے (۳۲)۔ (۲) فوق سرخی اضرار جو ب متلف ہونے کی وجہ سے قلیل نخا صیت پیدا کر دیتے ہیں۔ ان میں سے فوق سرخی دوبرہ عام ترین ہے۔ یہ دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوسری رسولیاں حسانی سلعہ (meningioma) شخی دوبرہ (cholesteatoma) عصبی سریشی سلعہ (glioma) اور لحمی سادہ (sarcoma) ہیں۔ (۳) وروں جمعی اضرار جو فاصلہ پر ہوں اور جثاوی طور پر استقارال دماغ (hydrocephalus) پیدا کر کے غدد خفاص پر اوپر

علامات - ان کا انحصار غده کی فعالیت کے اختلافاً پر ہوتا ہے جو غرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (غذی علامات) - نیز گرد و پیش کی ساختوں پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے (جواہری علامات) - آخر الذکر دماغی سلسلہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں -

قلیل ضخامت دور افتادہ دماغی ضرر کے علامات کے ہمراہ پائی جاسکتی ہے -

غذی علامات - کبرا الجواہر - یہ بیش ضخامت کے باعث ہوتا ہے

اس مرض کو مشائے میں آری (Marie) نے بیان کیا - یہ عموماً ریمان میں یا ابتدائی سن بلوغ میں ہو کر آتا ہے - جواہر (ہاتھوں اور پاؤں) اور چہرے کی ٹیوں کی کلائی ہوتی ہے یہ علامات موٹی ہو جاتی ہیں اور نجات العظام پیدا ہو جاتے ہیں - جبڑا بڑا ہو کر نیچے اور آگے کو نکلتا ہے (چافوی بروزا شدہ) (mandibular prognathism =

دانت متفاصل ہو جاتے ہیں - نرم حصے بھی موٹے ہو جاتے ہیں - جلد کے حلیات بیش پروردہ ہوتے ہیں - ناخن چوڑے، موٹے اور مضلع ہو جاتے ہیں - جلد موٹی اور شحمی ہو جاتی ہے - لب، کان، ناک اور زبان موٹے، کھردرے اور بڑے ہو جاتے ہیں - آنکھوں کی قبازت سے ہاتھ کی شکل ایک خاص طرز کی ہو جاتی ہے جسے آری نے طرز کبرا (type en large) کے نام سے یاد کیا ہے - اعضاء مع قلب کے بڑے ہو جاتے ہیں - ممکن ہے کہ قسم بھی ہو جائے - کبرا الجواہر میں جو فعال بیش ضخامت کے ساتھ ہوا اساسی تحول کی زیادتی اور برداشت شکر کی کمی موجود ہوتی ہے، اسی واسطے اگر برداشت شکر کا امتحان کیا جائے تو بیش بشکر و مویت اور شکر بولیت موجود ہوتی ہے - ممکن ہے کہ حقیقی ذیابیطس اور اس کے ساتھ کیتونیت واقع ہو جائے، اور ایسی ہی ایک اصابت میں رضوی نکال دینے کے بعد ذیابیطس میں بہت اصلاح ہو گئی (81) - اگر ضخامت فائز واقع ہو جائے تو برداشت شکر زیادہ ہو جاتی ہے - اکثر عقلی مواد فی درجہ کا ہوتا ہے -

اگر بیش ضخامت دوران طفلی میں واقع ہو جائے تو بچہ بچان معمول کی نسبت

زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں (غضریہ قیوت)۔ انگلیاں بھی معمول کی نسبت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور ساتھ اس طرز کا ہو جاتا ہے جسے ماری نے طرز طویل (type en long) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

قلیل ضخامت۔ اس کی خالص مثالیں وہ شاذ اصابتیں ہیں جن میں انکلا لختہ انفعالات سے تلف ہو جاتا ہے، جو کسی عضن عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اگر ایسا طفلی کے زمانہ میں واقع ہو تو قزیمیت (dwarfism) پیدا ہو جاتی ہے (لختہ خاصی ناتمامی pituitary ateleiosis = یالورینی طرز کی قصبتی = Lorain type of infantilism) سارا جسم چھوٹا ہوتا ہے (قصرتی = microsomia یا زیر نامی قصیر قیامت = hypophyseal nanism) لیکن متناسب ہوتا ہے۔ اعتدال

غیر نمو یافتہ اور ثانوی تناسلی عناصر غیر موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم میں جسے سمانڈن (Simmonds) کا مرض کہتے ہیں، مریض بظاہر بوڑھا نظر آتا ہے اور اس کے ساتھ جلد پر بھجریاں ہوتی ہیں اور سخت الجلد بافتیں کا ذبول ہناکت چانوی، سستی اور تناسلی ذبول بے طمئیت، عدم اشتہا، قبض اور پست جیہانی پیش و موی فساد تو اثر نبض و موی شکر اور اساسی تحول ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ خواب آلودہ حالت میں مر جائے۔ اگر اگلے لختہ کا اطلاق زمانہ بلوغ میں ہو جائے تو قبل از وقت شیخوخت اس وقت واقع ہو جاتی ہے۔ ضخامتی قزیمیت قبل از وقت شیخوخت کے ہمراہ واقع ہو سکتی ہے۔ یہ ایک قسم کا تشبیخ (progeria) ہے۔

دوسرے دروں افزائی غددوں پر ضخامیہ کا جواقتداری اثر پہلے بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ سمجھ میں آ سکتا ہے کہ جب یہ غد سے مذبول پائے جاتے ہیں تو علامات لادھنوں کی متعدد تعقیل سے پیدا ہوتے ہیں (ایک قسم کا کشیدہ الغدی علامیہ)۔ لازماً ان اصابتوں میں جوازی علامات مفقود ہوتے ہیں لیکن ممکن ہے طویل مدت اصابتوں میں ضخامی حفرہ چھوٹا ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۸۹۵ ج)۔

فوق سرخی رسولیاں عموماً ضخیمیت اور قصبتی کا مجموعہ پیدا کرتی ہیں جو بچوں میں پایا جاتا ہے اور جسے علامیہ فرویلٹ (Frohlich's syndrome) یا زیر نامی تناسلی متغذیہ (hypophyseal dystrophia adiposo-genitalis) کہتے ہیں۔

کہتے ہیں جو قلیل شخایت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ چربی زیادہ تر حکم سرنوں اور جوارح کے قریبی حصوں میں نظر آتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ قزیمیت پیدا ہو جائے۔ اعصابے تناسل صبیانی حالت میں رہ جاتے ہیں اور جلد شاحب پتلی، نرم اور چکنی ہوتی ہے۔ ناخن چھوٹے اور بے جلال اور انگلیاں گھاؤ دم ہوتی ہیں بڑائی غیر مددورہ جاتے ہیں۔ ذہنی نوعوماً طبعی ہوتا ہے۔ سرورری تصویر جوان رسولیوں کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، اکثر غیر واضح ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نخول، کثرت بول اور قبل از وقت شیخوخت موجود ہو۔

بالغ اشخاص کا لون ترس غدی سلحہ ابتدائی درجہ ہی میں سالی وظائف کا انخفاض پیدا کر دیتا ہے جو انات میں بے لمثیت سے ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جلدی تغیرات دہی دیکھے جائیں جو ابھی بیان کئے گئے ہیں اور خمیت اور بال جھڑنے اور لونیت کا رجحان بھی ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے کہ تباکت، غنودگی، بردت، شکر کی زیادتی اور گھٹے ہوئے تحول کے باعث سخت الحاد پیش اور بعض اصابتوں کثرت بول بھی موجود ہو۔

مقل می نغامیہ کا اس میں پسند غدی سلحہ یعنی کشنگ (Cushing) کا علامیہ۔ اس علامیہ کے متقل علامات یہ ہیں۔ دردناک خمیت جو چہرہ، دھڑ اور گردن تک محدود ہو، گول شاسنے یا قسم، صنفی وظیفہ کا زوال مع بے لمثیت کے، عورت میں اور نوجوان مرد میں چہرے اور دھڑ پر بالوں کی زیادتی، جلد کا کشیدار لدھوی منظم مع قائم خطوط ذبولی کے، غرقی پیش طنابی کثرت غلیات، امر، درد پشت، درد شکم اور تباکت۔ اختلاف پذیر علامات یہ ہیں۔ جوارح کی نیلگونی اور آرمیا، کو فلیگیوں کے اندکدات، مختلف حشی علامات، جلد کی خشکی، تشنگی اور کثرت بول، کثیر الاشکال نواتی، ایض غلویت، شکر ولایت، تخلف عظم اور خود رگور۔ امتحان لایس پر مکن ہے مزمن الہرب کلک کو لائری کا کثر فوق الکلیات کی قشری پیش سکون، مولدات کا ذبول موجود ہو، چانچہ یہ علامات بات بدیہی طور پر ایک کثیر الغدی علامیہ کی قائم مقام ہے، اور فوق الکلیہ قشر کے سلطان کی اصابتوں میں یہ حقیقی طور پر پایا گیا ہے۔

بالغوں میں ممکن ہے کہ انتہائی فرہی کی امابتیں نجامی مرض کے باعث ہی ہوں۔ وجہی شحیت (adiposis dolorosa) یا مرض ڈرکم (Dercum's disease) بھی غالباً نجامی مرض یا قلیل درقیت کے باعث ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 501)۔ صرع بھی قلیل نجامیت سے وابستہ ہوتی ہے۔

تشخیص - اس کا انحصار جوازی اور عذی علامات کی شناخت پر ہوتا ہے اور یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ تاہم دروں سرچی اور فوق سرچی ضررات اور دور افتادہ دروں نجھی ضررات جو نجامی علامات پیدا کر دیتے ہیں ان کے درمیان تمیز کرنا اہم امر ہے۔ غذی سلمہ اور فوق سرچی دیرہ کا بن مدوش پہلے دو کو تمیز کرنے میں کارآمد ہوگا اور اس کے علاوہ ان کا مینر لاشعاعی مناظر اور مختلف علامتات بھی ہیں۔ دور افتادہ دروں نجھی ضررات مثلاً ایک دوسری سلمہ بھی مینر علامت پیش کریں گے۔

انداز - یہ برا ہوتا ہے، کیونکہ رسولی عموماً ترقی کرتی جاتی ہے، اگرچہ سرج ترکی پر سے ازالہ الضغط کی عملیتی ہلاکت تقریباً فیصدی ۵۰ (Cushing) علاج - قلیل نجامیت کی امابتوں میں اگلا نکتہ جو عذہ درقیت کا مینر ہو، بصورت اقراض براہ دہن استعمال کرنے سے فائدہ حاصل ہوا ہے۔ پچوٹرین کو تحت الجلدینا چاہئے، کیونکہ غذائی قتال میں یہ تلف ہو جاتی ہے۔ عملاتی کی ترقی کا اندازہ برداشت شکر پر سے کیا جاسکتا ہے۔ عملیتی علاج پر دماغی سلمہ کے عنوان کے تحت غور کیا گیا ہے۔

ذیابیطس ملنج

(diabetes insipidus)

کثرت بول اباب ویل سے پیدا ہو سکتی ہے۔ فتورات گرد خون کے دباؤ کی زیادتی، ذیابیطس شکر کی پیشاب کے اندر شکر کی موجودگی سے شدید مرض ایڈین میں اور عارضی طور پر بعض عوارض دماغ، بالخصوص ہسٹیریا اور شقیقہ (migraine) میں ذیابیطس ملنج ایک دائمی کثرت بول ہے جو تذکرہ بالا حالتوں میں

کسی حالت سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔

امراضیات - ذیابیطس ملیخ غده شحمیہ (غالباً اس کے پچھلے نختہ کے تضرر یا مرض کے باعث ہو سکتا ہے۔ پچوٹرین (مناظا الحروق) کے تحت الجلید یا دروں وریڈی اشارات اس مرض کا نوعی علاج ہیں اور ان سے پیشاب کی مقدار فی الفور گھٹ کر طبعی حجم پر آ جاتی ہے اور مریضوں کو ان کے علامات سے کامل آرام ہو جاتا ہے۔ موٹفیلڈ (Motzfeld) نے بتلادیا ہے کہ غیر عدیم الحس کردہ حیوان میں پیشاب کا حجم گھٹ جاتا ہے اور یہ تقطیل حجم اس وقت اور بھی زیادہ نمایاں ہوتی ہے جب کہ معدے کو پہلے سے پانی سے ابھر کر مصنوعی کثرت بول سد اکر لی گئی ہو۔ اگر حشوی یا کلوئی اعصاب کاٹ دئے جائیں تو اس دوا کا فعل رُک جاتا ہے۔ غالباً اس خلاصہ کا فعل محض حشوی عروقی تضییق کی وجہ سے ہی نہیں بلکہ اس سے کچھ زیادہ پر منحصر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی موجودگی اینیسیات کے سرے پر پانی کے مکرر انجذاب کے لئے ضروری ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 518)۔ دماغ کے زیر عرشی خطے کے تضرر سے بھی ملیخ ذیابیطس ہو سکتا ہے اور اس کی وجہ ممکن ہے کہ یہ ہو کہ پچوٹرین کا طبعی سیلان مسدود ہو گیا ہو۔

مرضی تشریح - سرخ ترکی کی شاع نگار شوں سے عموماً کوئی کلافی نہیں ظاہر ہوتی۔ غده شحمیہ کے یا اس کے قرب و جوار کے مختلف مرزات بیان کئے گئے ہیں۔ کھوپری کے قاعدے کے کور و دماغی سلمہ آتشکی یا تند فی قاعدی التهاب سحایا (basal meningitis) قمع کا نتیجہ۔ ایک عجیب غریب اصابت میں پایا گیا کہ ایک گولی (bullet) پچھلے نختہ کو دوبارہ ہی تھتی۔ پارکس ووبر (Parkes Weber) نے اس چیز کا تذکرہ کیا ہے جسے وہ غده کے پچھلے نختہ کی ذہنی در پرش خیال کرتا ہے۔

ممکن ہے کہ مثلاً کا اتساع اور بیشش پرورش، حاملین کا اتساع اور گروں کی کلافی دیکھنے میں آئے اور یہ حالتیں پیشاب کی مقدار کثیر کے طویل المدت دباؤ سے منسوب کی جاسکتی ہیں۔

علامات - یہ یا تو غیر محسوس طور پر یا یکایک شروع ہو جاتے ہیں۔ نمایاں

علامات یہ ہیں کہ پیشاب کی نہایت بڑی مقدار میں خارج ہوتی ہیں اور پیاس بہت زیادہ لگتی ہے جس کی وجہ سے مریض خارج شدہ پانی کے نقصان کی تلافی کر لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیشاب کی مقدار جو میں گھنٹہ میں ۲۰، ۱۵، بلکہ ۴۰ پاؤنڈ تک پہنچ جائے۔ پیشاب نہایت پھلکے یا پھلکے رنگ کا، تقریباً پانی کی طرح ہوتا ہے، اسکی کثافت نوعی ۱.۰۲ سے ۱.۰۵ انگ، اور تعامل خفیف سا ترشی ہوتا ہے۔ اس میں ٹھوس اجزاء کی فی صدی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شکر یولیت ہوتی ہے، یا ربیقی ضد کا افزائ زیادہ ہو جاتا ہے۔ منہ، زبان اور جلد خشک ہوتی ہیں، اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس سے قطع نظر ممکن ہے کہ مریض خوش باش ہو اور نہایت اچھی صحت رکھتا ہو، اور وہ ذیابیطس کو بچائے ایک مرض سمجھنے کے ایک وجہ پریشانی سمجھتا ہو۔ ممکن ہے کہ شغلی مرض کے علامات بھی موجود ہوں۔

خود بخود پیدا ہونے والی یا خورد و اساتیں علاج نہ کرنے کی صورت میں ممکن ہے برسوں جاری رہیں۔ اگر دوسری بیماریاں داخل ہو کر ہلاکت پیدا کریں تو یہ اساتیں شاید ہی ہلک جاتی ہیں۔ کبھی کبھی شکر یولیت فوری ہو کر اس حالت کو ذیابیطس شکر کی بنا دیتی ہے۔

تشخیص۔ پھلکے رنگ اور پست کثافت نوعی والے پیشاب کی مقدار کثیر جس میں غیر طبیعی اجزاء موجود نہ ہوں، اور اس کے ساتھ تشنگی کی موجودگی نیز علامات ہیں۔ لیکن کثرت بول کے دیگر اقسام مثلاً وہ جو مرض براؤنٹ اور ہشیرٹ میں ہوتے ہیں، خارج از بحث کر دینے چاہئیں۔ اول الذکر میں عموماً کسی نہ کسی وقت البیومن کی خفیف مقدار میں طور پر موجود ہوتی ہے، پیشاب کی مقدار چنداں زیادہ نہیں ہوتی، اور دوسری دلائل میں موجود ہوتی ہیں، جیسے کہ بلند شرباتی تناؤ اور قلبی بیش پرورش۔ ہشیرٹ میں کثرت بول محض عارضی ہوتی ہے۔

علاج۔ یہ ہے کہ علامہ شغلیہ کا تحت الجلد استعمال کیا جائے۔ ابتداءً اس کے ایک کعب سینٹی میٹر (۵ قطر) کا، شراب وین میں دوبار کیا جاتا ہے۔ پھر اس امر کی سعی کی جاتی ہے کہ حتی الامکان کم اشرابات سے پیشاب کے حجم پر اقتدار حاصل کیا جائے۔ بد قسمتی سے دہن کی راہ سے علاج بے سود ہوتا ہے کیونکہ جوہر

فقال (پچوٹرین) قنال غذائی میں تلف ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ وہاں دروں انفی رشاش (intranasal spray) کے ذریعہ دی گئی ہے، یا ایک انفی جیلی (jelly) کے ذریعہ کہ جس میں پٹریسین (pitressin) ہو، یا سب سے بہتر خشک کردہ نخامیہ کے ذریعہ جو ناک میں "نخامی ناس" ("pituitary snuff") کے طور پر نفوخ کیا جائے۔ بعض اصابتیں پٹریسین سے علاج پذیر نہیں ہوتیں۔

آتشکی اصابتوں میں دافع آتشک علاج (جو ملاحظہ ہو) کی ضرورت ہے۔ طبی دماغی مرض (مثلاً رسولی وغیرہ) میں قدماً علمیہ کا سوال پیدا ہوگا۔ چند اصابتوں میں قطعی کچھ کے سے تخفیف ہوتی ہے، جس سے پتہ چلتا ہے کہ قاعدہ دماغ پر مصلی التهاب سحایا (serous meningitis) اس مرض کا اصلی سبب تھا (32)۔

غده صنوبریہ

(PINEAL GLAND)

جسم صنوبری (برنامیہ دماغی یا مخروطیہ epiphysis cerebri or conarium) ایک غدی عضو ہے جس کا وزن تقریباً ۱/۲ گرام ہوتا ہے۔ یہ ایسے مرحلہ آسا خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ڈھیلی وضع رکھنے والی ہیکوں میں ہوتے ہیں اور جن کے درمیان دھوی جوت ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ تیسویں کی طرح ان کی بنی خاص منفعت ابتدائی زندگی میں ہے اور بعد میں اس میں کینڈرکٹش واقع ہو جاتا ہے۔ وہ ضررات جن کا اندراج کیا گیا ہے یہ ہیں:۔ بیش پردیش اور ذوالن سلمات، دیرے اور پچوڑے، نزوف اور آتشک۔

سلعہ کی اصابتوں میں جن میں تحول کے ایسے تغیرات ظاہر ہو چکے تھے جن سے باطنی افراد کا اختلال ظاہر ہوتا تھا موضوع گیارہ سال تک کی عمر والے بچے تھے، اور تغیرات حسب ذیل تھے (اگرچہ مختلف اصابتوں میں یہ مختلف درجہ کے تھے):۔ ذہنی تباہ جسم کی غیر معمولی طور پر سریع بالیدگی، قضیب اور خستہ پن کی

کلائی، موئے زناہر کی تباہی بالیدگی اور بعض اوقات شیمیٹ۔ ان کے ساتھ بعض اوقات درونِ نچی سلسلہ کی علامتیں بھی موجود ہیں اور مختلف اصابتوں میں جو سلسلہ موجود تھے وہ یہ تھے:۔ لکمی سلسلہ، دویری زلی لکمی سلسلہ (cystic psammo-sarcoma)، سریشی سلسلہ (glioma) یا سنگتی سلسلہ (teratoma)۔

تناسلی غدود

(GONADS)

خصیہ اور بیض کے امراض یا تیزیات کا منظم بیان جراحی اور علمِ امراض کی نصابی کتابوں میں پایا جائے گا۔ یہاں تناسلی غدود پر مختصر اُن کے درونِ افزائی و نطفہ کے نقطہ نظر سے غور کیا جائے گا۔

زمانہ صنفی اعضا۔ حیضی دور کی ابتدا میں، نزف موقوف ہو جانے کے بعد، رحم کی غشاء مخاطی واحدہ کی بنی جوتی ہے، یعنی قاعدی غشاء مخاطی کی۔ اس دور کے اول نصف میں یہ متکثر ہوتی ہے اور ایک ہارمون کے اثر کے تحت دیر ہو جاتی ہے، جو کہ ایسٹرن (oestrin) یا جرائی ہارمون یا فائولکولین (folliculin) کہلاتا ہے۔ یہ زمانہ صنفی ہارمون، جو کہ ثانوی صنفی خصائص کا سبب ہے، گرافائی جراب میں پیدا ہوتا ہے، جو کہ اسی عرصہ میں بالیدگی حاصل کر کے نچوٹ ہو جاتی ہے۔ جب گرافائی جراب کے پختے سے بیضہ آزاد ہو جاتا ہے، تو جسم مسفرظ ہو جاتا ہے اور یہ ایک دوسرا حیضی ہارمون پیدا کرتا ہے، جو کہ پروجسٹین (progestin) کہتے ہیں۔ پروجسٹین رحمی مخاطی کی غدی فعالیت کو زیادہ کرتا اور غدود کو ملغف بنا دیتا ہے (یہ افزائی ہیئت ہے) جس کا مقصد بارور شدہ بیضہ کی وصولی کیلئے تیار ہے۔ اگر استقرار عمل نہ ہو، تو غشاء مخاطی ٹوٹ جھوٹ جاتی ہے اور رحم نزف کے ہمارہ خارج ہو جاتی ہے، اور اس طرح حیضی دور کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ آئندہ مادوں میں، حیضی دور اس طرح شروع کیا جاسکتا ہے کہ ڈائی آکسی ایسٹرن (۲۵ یونٹ) ۲۸ دنوں میں سے پہلے چوتھے ساتویں

گیا رخصی اور چودھویں دن دیا جائے اور اس کے بعد پروجسٹن (دوغوشی یونٹ) دیا جائے، یعنی ہر روز ایک دوغوشی یونٹ سترھویں روز سے شروع کر کے (42) چنانچہ اس طریقہ سے اس بے طمثیت کا علاج کیا جاسکتا ہے جو کہ صنفی اعضا کے کم ہونے کا باعث ہو۔ اگرچہ سے زیادہ ایسٹرن جسم میں پایا جائے یا کھلایا جائے تو گرافیا کی جراب کی بالیدگی جاری رہتی ہے اور وہ پختے نہیں پاتی اور غشاء مخاطی کی بالیدگی بھی جاری رہتی ہے اور وہ دیرری ہو جاتی ہے اور آخر کار ٹوٹ پھوٹ کر شدید زخف پیدا کرتی ہے۔ چونکہ جسم اصغر نہیں بننے پاتا، اس لئے افزای درجہ پیدا کرنے کے لئے کوئی پروجسٹن موجود نہیں ہوتا، لہذا اس کو زخف کے درجہ میں بذریعہ شراب دینا چاہئے۔ بسا اوقات بالکل چھوٹی خوراکیں درکار ہوتی ہیں تین سے لے کر دس دوغوشی یونٹ ۵ دنوں پر پھیلی ہوئی، اگرچہ ۶ تا ۸ یونٹ کی ضرورت سن پر سکتی ہے۔ ایسٹرن دوسرے صنفی اعضا میں بھی تغیرات پیدا کرتا ہے، مثلاً جنتی کوکھا بنانے کے لئے ہسٹل میں (چوہے اور موش میں سرطخ کا تقرن)۔ یہ امر باعث حیرت ہے کہ قدرتی طور پر پائے جانے والے ایسٹرن کا سب سے زیادہ کثیر المقدار منج سانڈ کا پیشاب ہے اور سب سے زیادہ فعال مرکب دو ماڈروجن جوہروں کو ایسٹرن سالمہ میں ملائے سے حاصل ہوتا ہے جو کہ ایک سٹرال (sterol) ہے اور کیمیاوی طور پر کولسٹرال (cholesterol) اور کیلیسیفرال (calciferol) (حیاتین ۵) کے ساتھ ملتا جلتا ہے، نیز نہایت ہی فعال سرطان آفریں مادہ کے ساتھ جو کہ اب تک تیار کیا گیا ہے۔ مزید برآں متعدد مختلف لیکن قرہی طور پر متماثل مادے ایسے ہیں جو کہ مختلف درجہ کے شقی آفریں خواص رکھتے ہیں، اور ایک مادہ ایسا جس کا شراب کرنے پر شقی اور جلی تھیں جلد پر کرنے پر سرطان پیدا ہوتا ہے (48)۔ دہیض کے نمونہ اور اس سب کچھ پر جو کہ اس سے بطور نتیجہ کے ظہور میں آتا ہے، شفا مہ کا مقدم لغتہ ایک ہارمون کے ذریعہ مقدار رکھتا ہے جس کا ابھی تک کوئی نام نہیں رکھا گیا، لیکن جو تھوڑی مقداروں میں گرافیا کی جراب کا نمونہ و بایرون کا افزا واقع کرتا ہے اور بڑی مقداروں میں جسم اصغر کا کامل نمونہ واقع کرتا ہے جس سے پروجسٹن کا افزا ہوتا ہے۔ مل کے دوران میں خون اور پیشاب میں

ایک قریبی طور پر حامل مادہ پایا جاتا ہے جو کہ غالباً شیمہ سے پیدا ہوتا ہے اور پرولان (prolan) کہلاتا ہے۔ اس واقعہ کو پہلے پہل آسشم (Ascheim) اور زونڈک (Zondek) نے حمل کے کاشف کے طور پر استعمال کیا، کیونکہ پرولان پر مشتمل پیشاب کا اثر اب حیوانات میں کرنے سے مبضین میں بعض تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ شناخت کئے جاسکتے ہیں (44)۔

مردانہ صنفی اعضا - خصیوں کا اتصال، مبین اعضاء، حویصلات منوی قدامیہ کوپر (Cowper) کے غدود اور قصب کا عدم نمو یا ذبول پیدا کرتا ہے۔ خصیوں کا یہ اثر مردانہ صنفی ہارمون کی وجہ سے ہے جو کہ خصیہ کے رننکی خلیات میں تیار ہوتا ہے۔ بیض کی طرح، خصیہ کا نمو بھی مقدم شخامی لٹنہ ہارمونی اقتدائے تحت ہے۔ یہ بیج مولد جو ہر جو کہ حمل کے دوران میں پیشاب میں موجود ہوتا ہے، غیر نازل خصیہ کا علاج کرنے میں کارآمد ہے، چنانچہ ۵۰۰ فاری یونٹ کا اثر اب، پریگنٹل ("pregnyl") کی صورت میں، سختے میں دوبار دیا جاتا ہے (45)۔

اختصاص (eunuchism) - اس کے علامات کا انحصار اس امر پر ہے کہ آیا اعضا بلوغ سے پہلے یا بلوغ کے بعد کیا گیا ہے۔ اول الذکر حالت میں قصب، غدہ قدامیہ، حویصلات منویہ چھوٹے رہ جاتے ہیں اور ان موصوعوں میں شہوت یا قابلیت جماع نہیں پیدا ہوتی۔ اگر اختصاص کا عملیہ بلوغ کے بعد کیا گیا ہے، تو قصب کا زیادہ ذبول ہونا ضروری نہیں، لیکن غدہ قدامیہ نسبتہ چھوٹا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ شہوت بلکہ قابلیت جماع بھی کم از کم کچھ عرصہ تک باقی رہے۔ غدہ قدامیہ کا افراز مقنوف ہوتا ہے۔ نفسی لحاظ سے، مرد کی طبیعت جو بہت غایب ہو جاتی ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ نفسی افراد میں بڑی عقلی قوتیں اور فنون لطیفہ کی قابلیت موجود ہو۔ جسمانی لحاظ سے وہ یا تو (۱) دراز قامت اور دلچے پتے ہوتے ہیں اور ان کے ہاتھ لمبے لمبے ہوتے ہیں، یا (۲) وہ بہت قد اور موٹے ہوتے ہیں، اور ان کی چربی کی تفریع زیر نامی تناسلی سوء تغذیہ (hypophyseal dystrophia genitalis) سے متاثر ہوتی ہے۔ دونوں طرز کے اشخاص میں حوض چوڑا اور جگہ کارنگ صاحب رہتا ہے۔ پپوں کے چانچي نصف حصے گرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے غنودگی کا

منظر پیدا ہوتا ہے اور عموماً بالوں کی بالیدگی کم ہوتی ہے۔ عورت میں دو جاتی میض برآری سے قبل از وقت ایسا پیدا ہو کر فرہ بھی، سرخ تھماہٹ، تنفسی، قلبی اور ہضمی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں۔ عصبی نہاکت اور نفسی نہاکت یا دواؤں نفسی علامت ظاہر ہو سکتے ہیں۔

خصیمانی (eunuchoidism)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اُن حالتوں پر کیا جاتا ہے جو مرض کی وجہ سے تناسلی غدہ کے ضایع ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ غیر نازل خصیتیں (خففاء الخصیتین = cryptorchidism) رکھنے والے مریضوں میں غیر عام نہیں۔ اختصار کی طرح ممکن ہے کہ یہ حالت بھی بلوغ کے وقت دیکھی جائے (عاجل خصیمانی = early eunuchoidism) یا نسبتاً بعد میں خبال تناسلی زندگی کے طبعی عرصہ کے دوران میں (آجل خصیمانی = late eunuchoidism)۔ اختصار کی طرح اس حالت میں بھی مریض دراز قامت یا کوتاہ قامت اور موٹے ہو سکتے ہیں۔ ذہنی لحاظ سے وہ خاموش اور ساکت ہوتے ہیں اور اُن میں شہوت اور قابلیت جماع کے اختلالات موجود ہوتے ہیں۔ جلد سٹخا صاحب ہوتی ہے اور بعض اوقات اُس میں کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی جھتریاں ہوتی ہیں۔ وہن سے تشبع کرنے والی خطی جھترہوں کی وجہ سے یہ مریض قبل از وقت بوڑھے نظر آتے ہیں۔ عورت خصیمانی دراز قامت ہوتی ہیں اور اُن کے شکم کے زیریں حصے، جبل الزہراء، سُریتوں اور رانوں کی بیرونی جانبوں اور پستانوں پر چربی کا جھاؤ ہو جاتا ہے۔ رحم اور ہسیل زیر تکوینی ہو جاتے ہیں۔

بیش تناسلیت (hypogenitalism)۔ اور قلیل تناسلیت

(hypergenitalism)۔ اختصار اور خصیمانی کی اصطلاحیں صرف اُن نتائج کے لیے محفوظ و مخصوص ہیں جو تناسلی غدہ کے اولی مرض یا اُن کی غیر موجودگی سے پیدا ہو جاتی ہیں، لیکن تناسلی غدہ کی معمول سے زائد یا معمول سے کم فعالیت دوسرے بے خفاتی غدہ کے مرض سے ثانوی طور پر بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ خصیہ یا میض کی رسولیوں سے میض کی بیش و نطفگی سے یا فوق الکلیہ تشرہ یا جسم منورہ کی رسولیوں سے بیش تناسلیت پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ تباہ یا پیش از وقت بلوغ کا باعث ہوتی ہے۔

ایسی طرح آجیل بلوغ جو دونوں منفرضوں میں اس قدر عام طور پر پایا جاتا ہے، ممکن ہے اولی طور پر تخاسلی غدود کے تغلیظ و تلیف کے باعث ہو، یا ممکن ہے کہ وہ تخاسلی غدود پر وہ سرے اعتقاد کے عمل کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔

مختلف علامتیں

(VARIED SYNDROMES)

فرہی

(obesity)

فرہی، موٹاپا، یا زیادہ موٹا ہونا ایک ایسی حالت ہے، جو مرض کی حد تک پہنچ سکتی ہے اور بیض اوقات علاج کی مقتضی ہوتی ہے۔ لیکن اکثر یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ چربی کے طبی جناہ کی حد کہاں ختم اور فرہی کہاں سے شروع ہوتی ہے۔ لہذا ان دونوں حالتوں کی بحث ایک ساتھ کرنا چاہئے۔

بحث اسباب۔ انسانی نسلوں میں فرہی کے رجحان میں کچھ اختلافات نظر آتے ہیں۔ اُس کے وقوع میں وراثت کا حصہ ضرور ہوتا ہے۔ زندگی کے بعض زمانے ایسے ہیں جن میں چربی کے اجتماع کا زیادہ امکان ہو کر رہتا ہے۔ وہ زمانے یہ ہیں:۔ عالم شیرخواری، بلوغ، عورتوں میں دورانِ حمل میں اور سنِ بیک کے آغاز میں اور مردوں میں اوجیر عمر کے زمانے میں۔ بحیثیت مجموعی عورتیں مردوں کے نسبت فرہی ہونے کا رجحان زیادہ رکھتی ہیں۔

امراضیات۔ طبی شخص میں جس کے جسم کا وزن مستقل رہتا ہے ضروری ہے کہ وہ توانائی جو غذا اس کے صرف سے حاصل ہوتی ہے، اُس توانائی کی تلافی کرے جو حرارت اور بیرونی مصلیٰ محنت کی شکل میں برآمد ہوتی ہے۔ اگر وہ شخص وقت اپنے عادات بدل کر نسبت زیادہ قعودی زندگی اختیار کر لے تو توانائی کی برآمد کم ہو جائے گی لہذا نسبت کم غذا کی تکید ہوگی، اور زائد از ضرورت غذا کا جسم کے اندر چربی کے طور پر

ہوا ہو جائے گا۔ شحم اور کاربوہائیڈریٹس دونوں اس طریقہ سے باسانی مذخور ہو جاتے ہیں۔ لیکن پروٹین کے ترکیبی اجزاء کی شکست زیادہ آسانی کے ساتھ ہو کر ان سے حرارت کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے۔ اسی کو بعض اوقات پروٹین کا نوعی حرکی فعل (specific dynamic action) کہتے ہیں۔ اسی واسطے فرہی کی بہت سی اصابتوں کے اہم عوامل حیوانی عدم فعالیت اور بسیار خوری ہیں۔

لیکن وافر فرہی کی ایسی اصابتیں بھی ہیں جن کی توجیہ کما حقہ اس طریقہ سے نہیں کی جاسکتی۔ سندرست آدمیوں میں بہت سے نہایت فرہہ اشخاص بھی فرہہ نسبت بہت کم کھاتے ہیں اور اس کے برعکس بہت سے بسیار خور اشخاص بھی مستقلاً دُبلے پٹیلے ہوتے ہیں۔

ان خصائص ذاتی کی توجیہ انفرادی خصوصیتوں کی جاسکتی ہے اور ان کا مقابلہ آساسی تحول (ملاحظہ ہو صفحہ 459) کی تحنین سے کیا جاسکتا ہے۔ قلیل درقیت یا خفایہ آذیمیا میں آساسی تحول کم ہو جاتا ہے اور یہ مریض مندرجہ ہو جائے گا۔ رجحان رکھتے ہیں، اگرچہ مثالی خفایہ آذیمیا مریض فرہہ نہیں ہوتے۔ غدہ شخامیہ کے مرض میں جس میں قلیل شخامیت کا نپلور ہو، اس میں پند غدہ سلہ فوق الکلیہ کیسوں کے بیش کلوی سلہ (hypernephroma) میں غدہ صنوبریہ کے امراض میں اور وافی سلہ کی بعض اصابتوں میں اور آختہ گری کے عقب میں شخیت واقع ہو سکتی ہے۔ ان میں سے بہت اصابتوں میں بشرطیکہ حقیقی وزن جسم کا لحاظ کیا جائے، آساسی تحول طبعی حدود کے اندر پایا گیا ہے۔ اس کے یہ سنی ہیں کہ ان میں حرارت آفریں بافتیں (عضلات اور غدود) طبعی سے زیادہ محنت اٹھاتی ہیں، جو کہ بیش درقیت کی طرف اشارہ ہے، کیونکہ شخی بافت جو کہ زائد وزن کا سبب ہے اس کا آساسی تحول نہایت ہی پست ہے (48)۔ شاید تحول کی وہ زیادتی جو غذا لینے کے بعد پیدا ہو جاتی ہے طبعی درجہ سے کم ہے اور اسی سے فرہی کی توجیہ ہو جائے گی (49)۔

اس امر کی تائید میں کچھ شہادت موجود ہے کہ فرہی، انولین کی وافر پیدائش کے باعث ہوتی ہے، جو کہ کاربوہائیڈریٹ کو شحم میں متغیر کر دیتی ہے۔ یہاں تک

لینکر بائیں کے جزیرے بڑھے ہوئے پائے گئے ہیں۔ شکری برداشت زیادہ ہوتی ہے جیسا کہ شکریہ کے بعد مدد موی شکر کے منفی سے نکلا ہوتا ہے۔ زیادہ تپس کے رجحان کی یہ توجیہ ہو سکتی ہے کہ جزیروں کا پیش فعال و نلیفہ کئی سال تک جاری رہنے کے بعد تھکاوٹ سے متاثر ہو جاتا ہے۔



وہ حالتیں جو کہ فریبی کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ نہایت فریبی اشخاص کو کئی بے آرامیاں یا وقتیں پیش آتی ہیں اگرچہ ان کی وسعت کا انحصار بیشتر زندگی کے اس زمانہ پر ہوتا ہے جس میں فریبی لگتی ہو گئی ہو۔ اگر فریبی ادائیگی عمر میں ہے تو ممکن ہے کہ عضلی نظام بھی منویافتہ ہو جائے تاکہ بڑھے ہوئے زائد وزن سے متاثر ہو جائے۔ چنانچہ قدیم زمانہ کے کثرتی سلا بھی ہمارے اپنے زمانہ کے لڑکے پہلو آؤں کی طرح اکثر فریبہ ہوتے تھے۔ لیکن بسا اوقات نہایت فریبہ اشخاص زیادہ محنت یا سہل کیے ناقابل ہوتے ہیں، ان کی سانس پھول جاتی ہے اور ان میں اختلاج پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اکثر اوقات قلب میں کچھ پشیمانی پیدا کی موجود ہوتی ہے۔ زائد پیدا شدہ حرارت کا لازمی نتیجہ یہ ہے کہ خون کا سیلان بڑھ جائے کی وجہ سے قلب کا کام زائد ہو جائے اور اس سے

شکل ۶۰۔ ڈاکٹر آئے۔ جی کس کام میں جس کو دھبی شحیت کی شکایت تھی۔

قلبی عدم کفایت کی ان علامات کی توجیہ ہوتی ہے جو کہ اس قدر عام ہیں۔ فریبی کے بڑے

پائی جانے والی حالتوں میں سے نقرس (gout) کا تذکرہ بالخصوص کرنا چاہئے کیونکہ غذا کی زیادتی سے اس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ فربہی ذیابیطس شکر کی استعداد بھی پیدا کر دیتی ہے۔

وجہی شحمیت (adiposis dolorosa) (مرض درکم Dercum's disease)۔ اس مرض میں درقیہ اور نچامیہ کے اندر امراضیاتی تغیرات پائے جاسکتے

ہیں اور آؤف حصوں میں التهاب غصب ہوتا ہے۔ یہ مرض دو شکلوں میں ہوتا ہے۔ (الف) منتشر شحمیہ (diffuse lipomatosis) جو نایاب

سوائے ماتھوں اور پاؤں کے سارے جسم کو آؤف کر دیتی ہے یا ایک خاص حصے میں کم و بیش محدود المقام ہوتی ہے اگرچہ اس حالت میں یہ جسم پر متاثر کل طور پر پائی جاتی ہے۔ ایک مثال درج کی جاتی ہے (شکل ۶۰)۔ یہ مریض ایک

پنجاہ سالہ عورت تھی جس کا وزن ۲۰ اسٹون (20 stones) تھا۔ چہرے کی ادائی تصویر میں خوب دکھائی گئی ہے۔ امتحان بعد المات میں درقیہ چھوٹا اور لچکی تھا مگر نچامیہ تندرست تھا۔ (ب) شحمی گہکوں (fatty nodules) کی شکل

میں۔ یہ بھی متاثر کل ترتیب میں ہوتی ہیں۔ شحمی مطروحات دردناک ہوتے ہیں بالخصوص دبائے پڑے اور یہ مریض اکثر مہوک اور بعض اوقات ضعیف العقل بھی ہوتے ہیں۔ متسرقی شحمی سوء تغذیہ (lipodystrophia progressiva)۔

غیر معلوم سبب رکھنے والا ایک شاذ مرض ہے جس میں زیر جلدی شحم کا متاثر کل نقصان ہوتا ہے جو بالعموم چہرے میں شروع ہو کر نیچے کی طرف پھیلتا ہے، لیکن اکثر اوقات جسم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے

اور ممکن ہے پچھن میں شروع ہو (58)۔

علاج مریض کو شحم یا اس پر متاثر غذاؤں کو بہت کم کر دینا چاہئے یا بالکل ان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ گرد بگاڑ گوشت، شکار مرغی وغیرہ پالتو پرندے، مچھلی، سبز ترکاریاں، نمائراور تازہ پھل کھائے جاسکتے ہیں۔ اسی نوعیت کی پروٹین غذا جس میں پست

کاربوہائیڈریٹ ہو اور جو بلا شحم کے ہو میٹنگ کے علاج (Banting's treatment) یا

سالبری علاج (Salisbury treatment) کا اصول ہے۔ نہایت فربہ مریضوں میں

زیادہ سخت غذا پر کی ضرورت ہوگی۔ وقفوں کے ساتھ فادہ کشی کے دن تجویز کر دئے جائیں اور مریض صرف فہرست ب میں درج کی ہوئی سبزیاں (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۷۶) اور تازہ پھل کھائے اور اس کے ساتھ محض اتنی ہی پھیلی (۲ یا ۳ اونس) لے کہ جس سے پروٹین کے روزانہ نقصان کی تلافی ہو جائے۔ اگر اگر آگاری سے تیار کی ہوئی جیلی جو قتال غذائی میں جذب نہیں ہوتی، مفید ہے۔ ایسی غذا میں یہ فائدہ ہوتا ہے کہ اس کی حراری قیمت بہت ہوتی ہے اور ساتھ ہی یہ غذا خاصہ حجم رکھتی ہے جس کی وجہ سے خلوے صند کا احساس نہیں ہوتا۔ بارلے شکر (barley sugar) جب چوسی جائے تو بھوک کے احساسات کو تسکین دینے کے لئے مفید ہے۔ اس سے کم شدید علاج میں ذیل روٹی یا توست (toast) نشاستہ دار بیکٹ، ادا لہ اور پیڑ جو ملائی اترے ہوئے دودھ سے بنایا ہوا ہو، یا ڈچ (Dutch) یا کاٹیج (cottage) پنیر کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اگر مریض کو لیٹا رہنا پسند ہے، مثلاً التباب مثلاً میں، تو حراروں کو کم کر دینا چاہئے یعنی روزانہ عضلی قلبی مرض میں بہت حراری غذا دینی چاہئے، لیکن گلوکوس تجویز کر دینا چاہئے، ایک اونس چار چار گھنٹہ سے۔ بہت عجم والی غذا کے ہمراہ کافی اور ۵ حیاتینیں تجویز کرنی چاہئیں، مثلاً ریڈیو سٹولیم (radiostoleum) ایک کیلور روزانہ۔ الکلی مشروبات سے پرہیزی بہتر ہے۔ لیکن اگر مریض طلب کرے تو کوئی خشک ہلکی الگوری شراب، یا وٹکی کی تھوڑی مقدار جس کی ترقیق خوب کر لی جائے، بہتر بن ہے۔ بیرسے جس میں زیادہ مالٹوس موجود ہو، احتراز لازم ہے۔

چربی کی وجہ سے بڑھے ہوئے وزن کو گھٹانے کے لئے ورزش بہت مفید ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کوئی ورزش کا انتخاب کیا جائے مریض کی عوارضی قوت پر منحصر ہوتا ہے۔ پیدل چلنا اور منظم طور پر پہاڑ چڑھنا مفید ہیں، کیونکہ کام کی مقدار کو درجہ وار کیا جاسکتا ہے۔ نہایت فربہ اشخاص کو ورزش پر راغب کرنا اکثر دشوار ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ وہ بھی موجود ہو جیسے کہ وہی حالت میں۔ ایسی صورت میں بزرگوں کی علاج (Bergonie treatment) مفید ہو سکتا ہے۔ اس میں دھواورجوارح کے عضلات میں توازن کے ساتھ منقطع کردہ فردی روکے تھپ سے بلا درد انقباضات

پیدا کئے جاتے ہیں۔ یہ آستانہ کار گر نہیں ہوتا جتنا کہ ارادی عضلی کام، لیکن پھر بھی کچھ نہ ہونے سے تو یہی بہتر ہے۔ تحت العارضہ منعقد ہوتے ہیں، کیونکہ ان سے تحریک میں زیادتی ہوتی ہے۔ ایسے غل کی مدت ایک گھنٹے تک ہو سکتی ہے، اور پیش اتنی کم ہو جتنی کہ مریض برداشت کر سکے (شاید ۸۰ درجہ فارن ہائٹ)۔

شٹ (Schott) اور دوسروں نے نوہیم (Nauheim) میں جس علاج کی ابتدا کی ہے اور جو مختلف برطانوی معدنی چشموں (spas) پر بہم پہنچایا جاتا ہے، اس وقت موزوں ہے جب کہ فرہی کے ہمراہ واضح قلبی علامات پائے جائیں۔ اور وہ کچھ تو طبی مفصلات میں اغراق ہے، اور کچھ بازوؤں، دستوں اور ٹانگوں کے عضلات کی منظم حرکات ہیں جو کہ ایک نگران کار آہستہ آہستہ اور مزاحمت کے خلاف کروا آئے اس طرح اگر حرکات کے درمیان آرام کے وقفے ہوتے ہیں۔ نوہیم کے مختلف چشموں کی پیش ۶۰-۹۵ فہنگ ہوتی ہے، اور ان میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) لمحات کے علاوہ موجود ہوتی ہے، جن میں سب سے زیادہ افراط کے ساتھ سوڈیم کلورائیڈ اور کیلیم کلورائیڈ اور بائی کاربونیٹ ہوتے ہیں۔ مٹی اجزاء اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کے باریک قلیبلوں کے جلد پر مسج عمل کی طرف ایک اہم اثر منسوب کیا جاتا ہے۔

درقیہ کو تھائیرائیڈیم (thyroideum) (گرین ا-۵) کے طور پر صرف اس وقت تجویز کرنا چاہئے جب کہ یہ باور کرنے کی کافی وجہ ہو کہ قلیل درقیہ موجود ہے۔ لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، بہت سی امیابیوں میں تحریک طبی سے زیادہ فعال ہوتا ہے۔ تاہم درقیہ اور اربول پیدا کر کے بھی تاثیر کرتا ہے، اور یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ سیال کا احتباس زیادتی وزن کا ایک سبب ہے۔

تقصی

(infantilism)

تقصی سے مراد طفلی یا بچپن کے خصائص کا معمول کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہنا، یا نمو کا غیر طبی طور پر دست چونا ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ تقصی کے

ہمراہ ترمیمت بھی پائی جائے، لیکن یہ ممکن ہے کہ طفلانہ شکل باقی رہ جائے، تغلظ میں تاخیر ہو اور تناہلی نمونہ ہو۔ بچہ کی ذہنی ترقی میں کسی تاخیر کا ہونا ضروری نہیں۔ تغلیبی مختلف مریضوں اور دوسرے بھی اسباب جیسے کہ آتشک، سدرن، پسلا گرا (pellagra)، حئی قویہ، مریض، امہ سال، نبرقاسی قلت اور بعض غیر نامیاتی سموم جیسے کہ سیسہ (lead) اور پارہ سے ثاقوی طور پر واقع ہو سکتی ہے۔ بچوں میں مریض زمینکی الہتہاب گردہ کے ساتھ تغلیبی پائی جا سکتی ہے۔ ایک دوسرے گروہ میں وہ اصالتیں شامل ہیں جو دروں افزائی اعضا کے مریض جیسے کہ قماء (cretinism) علامیہ قیریک (Frohlich's syndrome) نخاسی نامیاتی (pituitary ateleiosis) تشنج (progeria) اور ذیابیطس طبع کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ تغلیبی کی دوسری مثالیں وہ تاخیرات نمونہ ہیں جو عدم نمو (achondroplasia) عضلی ذبول، صلابت الجلد (sclerodermia)، قلبی اور عروقی ضررات، کوپک مری (microcephaly)، استقاء الدماغ (hydrocephalus)، آلمہی (amentia) بیش پرورشی کہبت جگر (hypertrophic cirrhosis of the liver)، بھلاں طحالی کہبت (splenomegalic cirrhosis) اور بعض دوسرے فتورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ آخر میں صنعتی قسم کی نامیاتی ہے جو مجبول المبداءہ اور پہلے بیان کی ہوئی صنعتی قسم سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ بالآخر صنعتی اعضا نچستکی حاصل کر لیتے ہیں، برابر لے ملگم ہو جاتے ہیں اور وہ فرد بعض خصوص میں ایک بچہ ہوتا ہے اور دوسرے خصوص میں چھوٹے پیمانہ پر ایک مرد یا عورت۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 T. W. Adams and E. P. Poulton .. 1935 *Guy's Hosp. Rep.*
- 2 E. W. Ainley Walker. 1916 *Proc. Roy. Soc., B.* 89, p. 157.
- 3 E. P. Poulton .. 1917 *Guy's Hosp. Gaz., N.S.* 31, p. 50.

- 4 E. Dubois (Basal Metabolism in Health and Disease) .. 1924 Lea & Febiger, New York,
- 5 R. D. Lawrence .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 516.
- 6 J. H. Burn and H. H. Dale .. 1924 *Journ. Physiol.*, 59, p. 164.
- 7 J. J. R. Macleod .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 45.
- 8 E. P. Poulton (Goulstonian Lectures) .. 1918 *Lancet*, June 22.
- 9 Burgess, Campbell, Osman, Payne and Poulton .. 1923 *Lancet*, ii., p. 777.
- 10 C. von Noorden (Pathologic d. Stoffwechsels) .. 1906 Berlin, i., p. 207.
- 11 R. T. Williamson (Diseases of the Spinal Cord) .. 1911 p. 371.
- 12 E. P. Poulton .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 261.
- 13 W. W. Payne and E. P. Poulton .. 1925 *Lancet*, ii., p. 638.
- 14 W. W. Payne .. 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, p. 308.
- 15 W. Cramer (Fever, etc., and the Thyroid-adrenal Apparatus) .. 1928 London.
- 16 J. M. H. Campbell .. 1927 *Journ. of Hygiene*, 26, p. 1.
- 17 Adams and Crossley .. 1923 *Lancet*, ii., p. 501.
- 18 G. R. Murray .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 908.
- 19 H. Curschmann .. 1922 *Klin. Wochenschrift*, June 24, p. 1296.
- 20 J. S. Goodall and L. Rogers .. 1927 *Lancet*, i., p. 486.
- 21 D. Hunter .. 1930-31 *Quart. J. Med.*, 24, p. 393.
- 22 F. R. Fraser .. 1925 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1.
- 23 R. D. Lawrence .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 753.

- E. G. B. Calvert .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii,
p. 834.
- 24 Review on Biochemis- .. 1922 *Med. Sci.*, 6, p. 474.
try of Blood
- 25 S. Graham and G. H. .. 1924 *Quart. Journ. Med.*, 18,
Anderson .. p. 62.
- 26 J. Argyll Campbell .. 1926 *Lancet*, i., p. 72.
- 27 D. Gyorgi (Communi- .. 1929 *Assoen. Physicians.*
cation) .. Cambridge.
- 28 P. W. Mott and J. E. .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii,
Hutton .. p. 95.
- 29 P. M. Statistics, Lon-
don Hospital ..
- 31 A. W. M. Ellis .. 1924 *Lancet*, i., p. 1200.
- 32 Tucker .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i.,
"Epitome," p. 25.
- 33 I. Greenwald .. 1922 *J. Biol. Chem.*, 54, p. 285.
- 34 G. Graham .. 1917 *Quart. Journ. Med.*, 10,
p. 245.
- 35 F. Dickens, Dodds, and
Wright .. 1925 *Bioch. Journ.*, 19, p. 853.
- 36 R. A. McCance and R. .. 1929 *Med. Res. Council, Re-*
D. Lawrence .. port on Carbohydrate
Contents of Food.
- W. O. Atwater and A. .. 1906 *Washington. The Chem-*
P. Bryant .. ical Composition of
American Food Mate-
rials.
- 37 H. G. Close .. 1934 *Lancet*, i., p. 732.
- 38 A. Walton .. 1929 *Eugenics Rev.*, 20, p. 253.
- 39 W. W. Payne and R. P. ..
Poulton .. 1928 *Guy's Hosp. Rep.*
- 40 E. M. Anderson and ..
J. B. Collip .. 1934 *Lancet*, i., p. 784.
- 41 I. Snapper .. 1928 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 21,
p. 1771.
- 42 C. Kaufmann .. 1934 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 27,
p. 849.
- 43 E. C. Dodds (Goulsto- .. 1934 *Lancet*, i., pp. 931, 988,
nian Lectures) .. 1048.
- 44 P. M. F. Bishop .. 1933 *Guy's Hosp. Rep.*, 83, p.
308.

- 45 A. W. Spence and E. F. Scowen (Communicated) 1934 *Therap. Section, Roy. Soc. Med.*
- 46 E. P. Poulton and E. C. Warner 1931 *Proc. Roy. Soc. Med.*, Oct. 13, p. 347.
- 47 R. McCarrison 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 671.
- 48 C. R. Harington 1933 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 26, p. 870.
- 49 F. R. Fraser 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 739.
- 50 E. P. Poulton and W. L. Watt 1934 *Lancet*, ii., p. 535.
- 51 A. B. Anderson, C. R. Harington & D. M. Lyon 1933 *Lancet*, ii., p. 1081.
- 52 H. M. Turnbull and M. Young 1931 *Journ. Path. Bact.*, 34, p. 213.
- 53 W. Hartston 1933 *Lancet*, ii., p. 1416.
- 54 E. P. Poulton 1936 *Diet Tables and Recipes and the Treatment of Diabetes and Obesity.*

ضمیمہ

مرض گلاکوجن (وان گرک: Von Gierke) کا گلاکوجن باقرین کیرالک (hepato-megalia glycogenica)۔ بچوں کے اس مرض میں جو کہ اکثر پیدائشی ہوتا ہے جگر کی اور بعض اوقات گروں کی کلائی واقع ہوتی ہے اور ان اعضا اور دوسرے اعضا میں گلاکوجن کے ذخیرے کی زیادتی ایک بڑی خصوصیت ہوتی ہے۔ تبصی اور ذہنی کی طرف رجحان ہوتا ہے۔ فائو کشی میں دموئی شکر بست ہوتی ہے اور دموئی شکر کی برداشت کے متخی میں متوط دیر سے ہوتا ہے۔ ایڈرینالین کا اثر اب کرنے کے بعد دموئی شکر مرتفع نہیں ہوتی۔ دموئی گلاکوجن اور کوکسٹرال بلند ہوتے ہیں اور ایسیٹون بولیت موجود ہوتی ہے۔

صحف نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۲	۱۵	inspiration	fluid vein
۱۳	۹	تنفس	خریر
۸۲	۲۰	خون نراد	خون برداشتنہ
۹۳	۱۱	مسند	مسند
۹۵	۲	دینے	دینے
۱۰۰	۸	سبحیہا	عذبیہا
۱۰۰	۵	(streptococcus-	(staphylococcus-
۱۲۵	۱۵	کہہ	کہ
۱۸۱	۴	(HYDROTHORAX)	(HYDROTHORAX)
۱۸۹	۱۸	پولشیں	پولشوں
۱۹۹	۲۳	بکعوم	بکعوم
۲۲۳	۸	مورثی	موروثی
۲۲۵	۶	جنجرہ	قصب
۲۶۵	۱۱	استقدر ہوگا	استقدر کم ہوگا
۲۶۶	۴	بایں	دایں

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۶۶	۹	باہر	اور
۲۸۲	۵	کے ساتھ	کے مرض کے ساتھ
۲۸۹	۱۰	قائم ہو کر	رفع ہو کر
۲۹۲	شکل ۲۵ سطر	(م۔ک)	(م۔ل)
-	۶	قلب بھگا	قلب بھگا رش
۲۹۳	شکل ۲۵ سطر	(م۔ک)	(م۔ل)
۲۹۳	شکل ۲۵ سطر	(م۔ک)	(م۔ل)
۳۳۸	۱۹	مریض	مرض
۳۴۳	۱۲	دائیں	بائیں
۳۴۶	۲۵	دہاتی نبض	دستی نبض
۳۰۵	۱۸	ہوتا	ہوتا ہے
۳۱۱	۲۰	اپنے اپنے	اپنے
۳۲۰	۲۲	اماراب	امارات
۳۳۷	۱۱	پیری میں	پیری میں
۳۳۹	۴	اس وقت	اس وقت
۳۴۱	۲۵	کھلائی	دکھلائی
۳۶۵	۱۳	دائیں	بائیں
۳۷۷	۲	شرب	شراب
۳۸۷	۱۱	سختی	صحتی
۳۹۱	۱۷	انبوبہ اس	انبوبہ کے اس
۳۹۶	۱	جلہ	جگہ
۳۹۸	۱۹	تنخانی	تنخانی
۵۱۲	۲۳	عقوی ضررت	عقوی ضررات

صحیح	غلط	نمبر	صفحہ
بائیں (gastro-jejunal & jejunal)	دائیں (gastro-duodenal & duodenal)	۱	۵۲۱
بیمار ہونے	تھے کرتے	۲	۵۲۹
غذا کی غیر معمولی	غذا غیر معمولی	۲۲	۶۳۳
پروسیائی	بروسائی	۲۱	۶۳۱
دائیں	بائیں	۲	۶۴۹
دائیں	بائیں	۱۲	۶۴۲
کیونکہ اولیٰ	کیونکہ عملیہ سے اولیٰ	۱۰	۶۴۵
بے صفرا بولی یرقان	بے ترشہ عدم دمویت	۱	۷۰۲
ثوران	نورن	۸	۷۳۸
راست	است	۱۷	۷۷۲
اقلب	امید افزا	۲۱	۷۸۳
مقدم نخاعی قلت	مقدم نخاعی قلت	۱	۸۲۳
ارادی طور	ارادی دور	۱۷	۸۵۱
۲	۲۰	۱۹	۸۶۱
		۱۱	۸۶۳

وان نوڈلین کی غذا * ذیابیطس میں * ۸۲۵	Von Noorden's diet in diabetes,
وان ریکنگہاؤس کا مرض * ۸۷۹	Von Recklinghausen's disease,
آئنلیے والٹر کی پیمائش تخمین کردہ وزن کی * ۸۳۰	Walter (Ainsley) calculation of predicted weight,
حرقان القلب * ۹۱۵	Water brush,
سعال شتائی * ۳۳	Winter cough,
لاشعاعی امتحان * نمدہ لاشعاع میں * ۴۶	X-ray examination in bronchiectasis,
شکم کا * ۴۸۰	of abdomen,
قلب کا * ۲۶۵ - ۲۶۶	of heart,
معدہ کا * ۴۹۷	of stomach,
سلمہ اسفر * برقان میں * ۶۲۸	Xanthelasma, in jaundice,
زرد سلمہ * ذیابیطس میں * ۸۲۰	Xanthoma in diabetes,
برقان میں * ۶۲۸	in jaundice,
بصاوت. اسفر * برقان میں * ۶۲۸	Xanthopsia in jaundice,
زیل ٹولسن کا طریقہ تلوین * ۱۳۳	Ziehl-Neelsen method of staining.

فرجہ * نھروائی * ۳۳۳	Ulcer, ntheromatous,
معدہ جو آٹا عسری کا * ۳۳۴	of stomach and duodenum,
ھفس * ۳۳۴	peptic,
تکڑی التهاب آورن * ۳۳۳	Ulcerative colitis,
التهاب دون لبہ * ۳۳۰	endocarditis,
پتہ نشستی کھیت * ۳۳۵	Unibulbar cirrhosis,
جربا دموات دمہ * ۳۳۰	Uyemic asthma,
بول میں آدیاٹوس * ۳۳۳	Urine, diastase in,
کے طبی اجزائے ترکیبی * ۳۳۴	normal constituents of,
شری * حالت حساسیت میں * ۳۳۰	Urticaria, in allergic state,
معدی مرض قلب کا * مردانہ * ۳۳۹	Valvular disease of heart, chronic,
کی تشخیص * ۳۴۵	diagnosis of,
کا اندازہ * ۳۴۹	prognosis of,
کا اتفاق توازن * ۳۴۹	relative frequency of,
پہلی * ۳۴۳	tight-sided,
وان ڈن برگ کا کشفہ * ۳۳۸	Van den Bergh's test,
ضابطہ البروق * ۳۳۸	Vasopressin,
استماع شرائین * ۳۴۶	Veins, auscultation of,
نبض وریدی * ۳۴۶	Venous pulse,
پٹن کا ویشکی انباش * ۳۶۱	Ventricular fibrillation,
خوبصورتی خریہ * شش میں * ۳۴۰	Vesicular murmur in respiration,
شس ارتعاشی * ۳۴۰	Vibration, tactile,
فیم ولسٹ * ۳۱۹	Vincent's angina,
مسترجلیت * ۳۸۶	Virilism,
مرق حرکت دہدی * ۳۴۱	Visible peristalsis,
موتی ابدال کا شل * ۳۲۹	Vocal cords, paralysis of,
دھنقہ * شس * ۳۴۰	fremitus, tactile,
ھمک * ۳۹۰	resonance,
بولنے کی آوازیں * ۳۹۰	Voice sonile,
قلعہ الامعاء * ۳۳۰	Volvulus of intestine,
حلی دتوی میں کھمبے * ۳۱۹	Vomice in phthisis,
قہیے * درد لہوہ جیسی * سرطان معدہ میں * ۳۶۰	Vomit, coffee-ground, in carcinoma of stomach,
کا استماع * ۳۶۹	examination of,
قہیے * دہدی * ۳۴۰	Vomiting, cyclical,
ھسارہائی * ۳۲۶	hysterical,
وان گریزی کی امارت * پھوٹائی کا اثر میں * ۳۶۲	Von Graefe's sign in exophthalmic goitre,

قتال غذائی کسمالہ ، ۵۶۶	Toxaemia, alimentary,
سمی غدیہ مملعہ ، دولیہ کا ، ۸۵۸	Toxic adenoma of thyroid,
خودرو عارضات ، ۴۹	idiopathies,
تصب کا تشفاما ، ۲۴	Trachea, compression of,
کا ایتھیریا ، ۲۳	diphtheria of,
میں اجسام غریبہ ، ۲۳	foreign bodies in,
میں نوبالیدیں ، ۲۳	new growths in,
کا تسد ، ۲۳	obstruction of,
کا تضیق ، ۲۳	stricture of,
کی آئٹک ، ۲۳	syphilis of,
کا تدون ، ۲۳	tubercle of,
قصی کشاکش ، ۴۵۳	Tracheal tugging,
التهاب قصبۃ الریه ، ۲۱	Tracheitis,
قتال الخدم ، ۷۷	Transfusion, blood,
لرزش چواریج ، جیوٹنی کا ڈر میں ، ۸۶۲	Tremors of limbs in exophthalmic goitre,
بتانی تسد کے خوربات ، ۳۵۹	Tricuspid obstructive murmurs,
بازووی کے متحرکات ، ۳۵۳-۳۵۹	regurgitant murmurs,
ضیق ، ۳۵۴	stenosis,
ٹراسو کی امارت ، تسکونی میں ، ۸۵۵	Trousseau's sign in tetany,
تدوں کے عسبات کی تطوین ، ۱۳۳	Tubercle bacilli, staining of,
قلب کا ، ۳۳۹	of heart,
آنت کا ، ۶۰۶	of intestine,
قصبہ کا ، ۲۳	of trachea,
ٹوبریکولن ، تشفیس میں ، ۱۳۴	Tuberculin in diagnosis,
کا علاج ، سل دثوی میں ، ۱۴۰	treatment in phthisis,
تدوں خنجر ، ۲۳۱	Tuberculosis, laryngeal,
چکر کا ، ۶۵۶	of liver,
طحال کا ، ۴۱۱	of spleen,
دثوی ، ۱۱۳	pulmonary,
قصی کشاکش ، ۴۵۳	Tugging, tracheal,
طعانت ، قلب کے ، ۳۳۹	Tumours, of heart,
حصہ کے ، ۲۲۵	of larynx,
معدہ کے ، غیر خبیث ، ۵۶۲	of stomach, benign,
ٹرن برھارت کی چاحت ہندی ، سل دثوی میں ، ۱۳۳	Turban-Berhardt classification in phthisis,
تطبیل ، ۴۷۷	Tympanites,
طبل آوازیں ، بقرع صدہ میں ، ۸	Tympanitic sounds in percussion of chest,

کاشتہ، فینائی حائیڈرین، تول میں شکر	Tan, phenylhydrazine, for sugar in urine,
تھلے ۸۱۲	
وانڈن برگ کا ۶۲۸	van den Bergh's,
نصیبہ کی تیج ایسٹرون سے ۸۰۸	Testicle, stimulated by estrin,
پرو چسٹن سے ۸۸۶	stimulated by progesterin,
غیر نازل ۸۶۹	undescended,
تکروز ۸۸۳	Tetany,
چھوٹی کٹھ میں ۸۶۳	in exophthalmic goitre,
مٹائی ۸۸۵	latent,
صدی اورشی کا انورسا ۴۵۹	Thoracic aorta, aneurysm of,
سینہ پھرنی، سل دیوی میں ۶۴۴	Therapeutic in jaundice,
تدویٰ انصباب میں ۶۸۰	in tuberculous effusion,
دھلیز کوی، شکر کے لئے ۸۰۶	Threshold of kidney for sugar,
حلق کی کھکھی ۶۱۳	Throat cough,
کے امراض ۲۰۵	diseases of,
حلق حرق انقباض انصباب ۴۳۳	Thrombo-angitis obliterans,
پریپٹورا میں لخت خلیات حلق ۴۴۰	Thrombocytopenia in purpura,
مصابیر حلق وریڈی انصباب ۴۶۲	Thrombophlebitis migrans,
حلقیت ۴۶۳	Thrombosis,
انکلی ۴۶۵	coronary,
فکڑی ۴۶۶	femoral,
ودانی ۴۶۶	jugular,
جانبی جوں کی ۴۶۶	of lateral sinus,
دوبی ۶۵۰	pulmonary,
فلاخ ۴۸۷	Thrush,
تبدیلی غده ۸۷۷	Thymus gland,
کا باقی رہنا اور سٹائی ۸۶۰	persistent and enlarged,
درجہ کا سرطان ۸۵۴	Thyroid, carcinoma of,
درجہ غده ۸۵۳	gland,
دوبی سبی انصباب عضل قلب ۸۶۰	Thyro-toxic myocarditis,
نظامیہ کے صلیب انڈولہ حارمونو ۸۸۷	Thyro-tropic hormones, of pituitary,
تھائیراکسین ۸۵۳	Thyroxin,
جودی یا قبل انڈولین موج ۶۷۴	Tidal or predieretic wave,
تھائیراکسین کا نمونہ ۴۲۶	Tobacco angina,
نوزہ برادی، حاد دوماتروم میں ۴۴۹	Tonsillectomy in acute rheumatism,
انصباب انڈولہ ۲۰۵	Tonsillitis,
جراہی ۴۲۶	follicular,
نوزت، لسانی ۲۱۳	Tonsils, lingual,
پلمونی ۲۱۲	pharyngeal,
کی حرم حاروت ۲۰۹	sepsis of, chronic,

سڈیم کا وزن ۳۵۲	Sydenham's chorea,
علامات والا نورس ۴۵۳	Synptoms, aneurysm, of,
غشیان ۴۶۰	Syncope, local,
علائیہ ۸۱۲	Syndrome, Cushing's,
فریک کا ۸۱۱	Frolich's,
کثیر القدی ۸۱۱	pharyngeal,
ہم ذات الریوی تکیح الصدر ۱۶۷	Syn-pneumonic empyema,
آتشک ۲۳۱	Syphilis of heart,
آنت کی ۶۰۶	of intestine,
حنجرہ کی ۲۲۲	of larynx,
چکر کی ۶۵۶	of liver,
شع کی ۱۳۸	of lung,
معائے مستقیم کی ۶۰۱	of rectum,
قصہ کی ۲۲	of trachea,
آتشکی شریانی التهاب ۴۳۰	Syphilitic arteritis,
مرحٹہ القلب ۳۱۵	Tachycardia,
سادہ دوری ۲۱۶	paroxysmal, simple,
خیمہ ۴۵	Tent, oxygen, in emphysema of lungs,
افریغہ شش میں ۸۰	in codema of lungs,
استرواح الصدر میں ۱۶۰	in pneumothorax,
کا استعمال ۶۴	use of, in asthma,
شعی ذات الریہ میں ۱۰۳	in broncho-pneumonia,
ذات الریہ میں ۱۷	in pneumonia,
کا غلہ بیڈلرکن ۸۱۱	Test, Benedict's, for sugar in urine,
حیاتیاتی ۸۱۲	biological, in Hodgkin's disease,
تخمیری ۸۱۲	fermentation, for sugar in urine,
صینہ سفروہ کے لئے ۶۲۸-۶۲۹	for bile pigment,
معدہ میں خون کے لئے ۵۰۳	for blood in stomach,
برقان کے لئے ۶۲۸	for jaundice,
بول میں شکر کے لئے ۸۱۱	for sugar in urine,
وظیفی ۶۷۱	functional, of liver,
گلکٹوز ۶۲۵	galactose,
میلن کا ۶۲۱	Gmelin's,
گواہیاسم کے ذریعہ ۵۰۲	guaiacum,
ہے کا ۶۳۰	Hay's,
لیوٹولوز ۶۳۵	invalose,
امشانی غذا ۵۰۰	meal, fractional,
معدہ کے امتحان میں ۴۱۱	in examination of stomach,
کا شہ پتھراس کا ۶۸۳	of pancreatic function,

معدہ کا اساع، حاد، ۵۳۸	Stomach, dilatation of, acute,
گرا ہوا، ۴۹۸	dropped,
کا امتحان، ۴۹۶	examination of,
لاٹھاروں کے ذریعہ، ۴۹۰	by X-rays,
کے فعلی اختلالات، ۵۰۶	functional disorders of,
کا دیت گھڑی انقباض، ۵۵۳	linear-gauge contraction of,
پیش قنسی، ۴۹۸	hypertonic,
ذیر قنسی، ۴۹۸	hypotonic,
کا التهاب، ۵۳۰	inflammation of,
کا عیادوالروب، قرعہ، ۵۴۹	juxta-pyloric ulcer of,
متارہ نما، ۵۵۶	leather-bottle,
کے سکریٹس رس کا امتحان، ۴۹۹	resting juice of, examination of,
کے غیر خلیت حلمات، ۵۹۲	tumours of, benign,
کا قرعہ، ۵۳۴	ulcer of,
التهاب الخیم، ۴۸۲	Stomatitis,
نازلہ، ۴۸۵	catarrhal,
مکھڑی، ۴۸۷	gangrenous,
نئی، ۴۸۳	herpetic,
اسٹریٹری براہ، ۶۵۳	Strawberry gall-bladder,
طحال میں سبھی شوریہ، ۶۰۰	Streptothrix in spleen,
تندیں، ندی، مری کا، ۴۹۲	Stricture, cicatricial, of oesophagus,
معدہ کا، ۶۱۰	of intestine,
معدے حستہ کا التهاب، ۶۰۹	of rectum, inflammatory,
نصیبہ کا، ۶۳	of trachea,
مری کا شلیں، ۴۹۲	spasmodic, of oesophagus,
مورمہ، ۶۶	Stridor,
پیدائشی جنجری، ۴۳۷	laryngeal, congenital,
ذیر ڈائفریسی، ۵۳۷-۵۴۲	Subphrenic abscess,
استرواح الصدر، ۶۹۹	pneumothorax,
ازہ پراف، استرواح الصدر میں، ۶۸۸	Haematemesis, Hippocratic, in pneumothorax,
بند معالی امتصاص، ۶۸	Suction, post-tussive,
شکر کے سریری کاشیات، بول میں، ۸۹۹	Sugar in urine, clinical tests for,
کا تحمل، باراس کے اندرونی افراز کی	tolerance in deficiency of internal secretion of pancreas,
لخت میں، ۶۰۵	
مقلد ہیپو گلاون، ۷۱۰	Sulphatogalacturia,
سینی اسبال، ۸۸۳	Summer diarrhoea,
تاریخی التهاب المعده، ۵۳۹	Suppurative gastritis,
فوق القشرہ سمیٹے، ۸۷۸	Suprarenal capsules,
کی دسولیاں، ۸۸۵	tumours of,
فوق سرخی اشراق، ۸۸۹	Suprarenal lesions of pituitary,

تشنج حزام ۲۳۴ - ۲۳۶	Spasm of glottis,
نبض نساہ ۲۴۱	Sphygmograph,
ضبط النبض نساہ ۲۴۲	Sphygmomanometer,
چھلک و اتساع المعده میں ۳۴۱	Splashing in dilatation of stomach,
طحال کا لعال امتلا ۳۴۴	Spleen, congestion of, active,
کے امراض ۳۸۶	diseases of,
کی مزمن سلاخی ۳۸۹	enlargement of, chronic,
پیرسی ۶۶۲	lardaceous,
کی شکی درملی بیش پرورش ۳۹۰	reticulo-endothelial hypertrophy of,
سایہ ۶۶۲	sago,
کا ذرقہ ۳۸۹	tubercle of,
طحال عدم دمویٹ ۳۴۹	Splenic anaemia,
بچپن کی ۳۵۵	of infancy,
تغافلاریہ شعی ذات اثریہ میں ۱۰۰	Splenisation of lung in broncho-pneumonia,
التهاب طحال ۳۸۸	Splenitis,
انکولہ الدموی برقان ۳۴۴	haemolytic jaundice,
سلاخ طحالی سکیت ۶۵۵	Splenomegaly cirrhosis,
سلاخ طحالی مع گرد خلیجی نما ترکات کے ۳۸۹	Splenomegaly with peri-ellipsoidal haemorrhages,
مع طحال غلیظ کے ۳۹۰	with splenic thrombosis,
سلاخ طحال ۳۲۳	Splenoptosis,
سکہ نما ساقی خلی دھوی میں ۱۳۳	Sputum, nummular, in phthisis,
رکود نفاثی ۳۶۳	Stasis, fecal;
دموی ۳۶۶	intestinal,
حالت لقی ۳۸۸	Status lymphaticus,
تیموی لقی ۳۴۴ - ۳۴۸	thymo-lymphaticus,
اسٹرو ویکسکی اماریٹ جھوٹی کا اثر میں ۸۶۱	Stellwag's sign in exophthalmic goitre,
شیق اور طی ۳۶۳	Stenosis, aortic,
پردائش بیش پرورش معده کی ۳۵۳	hypertrophic, congenital, of stomach,
مطرائی ۳۴۳	mitral,
دیوی ۳۴۴	pulmonary,
اوبلی کے بند کے اتساع کے طبیعی اماریٹ ۳۵۰	pyloric, physical signs of dilatation following,
مٹائی ۳۴۳	triangular,
معدہ میں خون کے کاشتات ۳۵۳	Stomach, blood in, tests for,
کے جسم کا قرعہ ۳۵۱	body of, ulcer of,
کا سرطان ۳۵۵	carcinoma of,
میں نام بری ۳۶۰	filling defect in,
کے مایہ کا امتحان ۳۶۱	contents of, examination of,
کا اتساع ۳۵۰	dilatation of,

انقباض قلب ۲۲۲	Rupture of heart,
سار طحال ۶۶۲	Sago spleen,
سالمبری علاج ۶۰۴ میں ۶۰۴	Salisbury treatment in obesity,
الراط دق ۵۲۲	Saliva, excess of,
صحت کا علاج ۶۲۸ میں ۶۲۸	Sanatogenic treatment in phthisis,
سوی دق ۵۶۲	Sand, intestinal,
سینو کریٹین ۶۲۸ میں ۶۲۸	Sanoerysin in phthisis,
مرض شان لین ۶۶۶	Schoulsin's disease,
سلایٹ ۶۳۵ میں ۶۳۵	Sclerosis, hyperplastic, diffuse,
گرہیں ۶۲۳	nodular,
سلس ۶۶۵	Seybale,
سپیروڈوں میں ثانوی مٹروحات ۶۶۲	Secondary deposits in lungs,
سکراس کے اندوی ارازی قلت ۶۸۵	Secretion, internal, of pancreatic, deficiency of,
شو کی شرح تغل ۶۱۵	Sedimentation rate of blood,
سیلرڈاکا کا قلعہ ۵۸۶	Sellard's test,
سکروت ۶۰۶ میں ۶۰۶	Sepsis of tonsils, chronic,
سکروت ۶۰۶	oral,
سکروت التهاب دوری الہ ۶۹۰	Septic endocarditis,
سکروت ۶۰۶	Siderocoele, nodular,
سکروت ۶۰۶	Signe de Macez,
سکروت ۶۰۶	Silicosis,
سکروت ۶۰۶	Silver wire arteries in hyperpnea,
سکروت ۶۰۶	Simmond's disease,
سکروت ۶۰۶	Sino-aortic black,
سکروت ۶۰۶	node,
سکروت ۶۰۶	Sinus irregularity,
سکروت ۶۰۶	Sinistile,
سکروت ۶۰۶	Sippy's method in treatment of peptic ulcer,
سکروت ۶۰۶	Skin reactions in allergic state,
سکروت ۶۰۶	Skodje's resonance,
سکروت ۶۰۶	in pleurisy,
سکروت ۶۰۶	Snake venom in treatment of leucophils,
سکروت ۶۰۶	Snuff, pituitary,
سکروت ۶۰۶	Soldier's heart,
سکروت ۶۰۶	Sounds, heart,
سکروت ۶۰۶	Squid-like bands in myocardium,

تنفس ذات الجنب میں ۱۶۳
 ذات الریه میں ۸۱
 استرواح الصدر میں ۱۸۴
 دہوی تدرن میں ۱۱۳
 میں فلزی جھنکار ۱۸
 میں قش کی طبعی سمٹ ۸۰
 کے احسا کے امراض ۱
 میں سینہ کا جسی ۶
 میں سینہ کا قرح ۷
 میں لغطات ۱۷
 میں خرخرات ۱۶
 اٹھلا چنگ میں کہیں سے قسم کے ہند ۱۶۹
 میں مرمر ۱۶۰
 لمبی صوتی حقیقہ ۷
 جھپٹی ۸۰
 میں دوپہلی خرخر ۱۲
 شبکی غلیظہ ۲۳
 طحال کی شبکی در حلقی پیش پرورش ۷۰
 طحال میں شبکی در حلقی نظام ۷۸
 التهاب شبکیہ شریان بیلانی ۲۴۲
 یمن دموی ۷۵
 خلف البلعوم خراج ۲۱۵
 روماتزمی التهاب قلب ۲۴۴
 جی ۲۴۷
 تحت الجلدی کراثب ۲۴۷
 روماتزم حاد ۲۴۷
 تحت الحاد ۲۴۷
 التهاب الانف حاد ۱۹۷
 حساسیت ۲۰۲
 مزمن ۲۰۳
 حرقت حرکی حالت حساسیت میں ۴۹
 دوری سیلان الانف حالت حساسیت میں ۴۹
 خرخرات ۱۶
 دہلوی غذا ذیابیطس میں ۸۲۵
 کھیریل کی مانند سیلیان لیتی قش میں ۱۰۷
 دوکھیر کا شغہ کیتوتیت کے لئے ۸۱۷
 دکن تاد مودی ۲۶۳
 پلیمورڈی ۱۹
 پلیمورڈی تاد مودی ۱۹

Respiration, in pleurisy,
 in pneumonia,
 in pneumothorax,
 in pulmonary tuberculosis,
 metallic tinkling in,
 normal lung resonance in,
 organs of, diseases of,
 palpation of chest in,
 percussion of chest in,
 rales in,
 rhonchi in,
 shallow, after gas poisoning in war,
 stridor in,
 tactile vocal fremitus,
 tympanitic,
 vesicular murmur in,
 Reticulocytes,
 Reticulo-endothelial hypertrophy of spleen,
 Reticulo-endothelial, system in spleen,
 Retinitis, arteriosclerotic,
 leukemic,
 Retropharyngeal abscess,
 Rheumatic carditis,
 fever,
 subcutaneous nodules,
 Rheumatism, acute,
 subacute,
 Rhinitis, acute,
 allergic,
 chronic,
 vasomotor, in allergic state,
 Rhinorrhea, paroxysmal, in allergic state,
 Rhonchi,
 Rollo's diet in diabetes,
 "Roof tiling" ribs in fibroid lung,
 Rothera's test for ketosis,
 Rub, pericardial,
 pleuritic,
 pleuro-pericardial,

تساق و ثوب کا ۷۰۹	Reaction, of blood,
پرورشانی ازوق و کمیت پیکر میں ۶۵۹	prussian blue, in cirrhosis of liver,
جلدی تمامات و حالت صاعرت میں ۵۶	Reactions, skin, in allergic state,
معائنہ صلیقہ کا انہالی تطبیق ۶۰۹	Rectum, stricture of, inflammatory,
صرخ تسکبد شش کا، تلی ذلت المرہ میں ۸۵	Red hepatization of lung in lobar pneumonia,
تسکبد راجہ و تلی ذلت المرہ میں ۸۶	Relax crepitation in lobar pneumonia,
یازوی و نور علی ۳۶۲	Regurgitation, aortic,
عمرانی ۳۷۱	mitral,
دیوی ۳۷۲	pulmonary,
سکڑی دمہ ۵۷	Renal asthma,
شکر یولیت ۸۲۲	glycosuria,
گشک و قدی ۱۰	Resonance, anaphoric,
اسکودانی ۹	asthmic,
صوفی ۱۱	renal,
تشنہ و غیر معمولی آواز میں ۱۶	Respiration, adventitious sounds,
قدی ۱۱	naphoric,
گشک و قرح صدر میں ۱۰	resonance in percussion of chest,
لیو کا ۶	Biot's,
شعبی ۱۵	bronchial,
پین اسٹروس ۴	Cheyne-Stokes,
مستق ۱۲	cog-wheel,
میں تسکبد ۱۸	crepitation in,
میں فرکی آواز ۱۶	friction sound in,
میں تلی گشک ۹	hyper-resonance in,
فراج شش میں ۱۰۲	in absence of lung,
دمہ میں ۴۶	in asthma,
شعبی التهاب میں ۳۰	in bronchitis,
شعبی ذلت الریہ میں ۱۱	in broncho-pneumonia,
کیرلوس صدی میں ۱۸۳	in chylothorax,
عبوط شش میں ۷۵	in collapse of lungs,
تایچ صدر میں ۱۶۲	in congestion,
آبی شش میں ۱۰۶	in fibroid lung,
شش کی گشکریں میں ۱۱۱	in gangrene of lung,
صدر دموت میں ۱۸۲	in haemothorax,
حما الکلی میں ۴۸	in hay fever,
استسقا و الصدر میں ۱۸۱	in hydrothorax,
تلی ذلت الریہ میں ۸۳	in lobar pneumonia,
زیر شعبات کے تردد میں ۶۵	in obstruction of large bronchi,
ذیغائے شش میں ۷۹	in edema of lungs,

کبد نابین ۳۴۴	Pulsating liver,
نیشان ، شری ، اور طی عدم کفایت میں ، ۳۶۷	Pulsation, capillary, in aortic incompetence,
یا زق کی مقدار ، ۳۶۹	or thrust, amount of,
نہیں ، شہوق ، ۳۴۳	Pulse, aneurotic,
شریاتی ، ۳۴۲	dierotic,
کی سختی ، ۳۴۰	hardness of,
کا شط ، ۳۶۹	pressure of,
کمیری ، ۳۶۸	radial,
کی شرح اور توازن ، ۳۶۸	rate and rhythm of,
جروی یا قبل الغریب موج ، ۳۴۳	tidal or pre-diastolic wave,
وریدی ، ۳۴۶	venous,
انورسا میں کمیری نبضوں کی عدم مساوات ، ۳۴۴	Pulses, radial, inequality of, in aneurysm,
نبض متبادل ، ۳۶۳	Pulsus alternans,
دو شری ، ۳۴۳	bisferiens,
مقتضی ، ۳۴۰	paradoxus,
ناملہ دار امیلی ہستی ، ۴۳۴	Punctate basophilis,
حدقات کی عدم مساوات ، ۴۴۳	Pupils, inequality of,
پمپوڈا ، ۴۶۸	Purpura,
اسیدائی تھا ، ۴۶۹	anaphylactoid,
خاطف ، ۴۴۹	fulminans,
دھوک ، ۴۴۲	rheumatic,
التهاب ورید الیاب ، ۴۶۸	Pyelophlebitis,
انشیامی ، ۴۶۸	adhesive,
تلیخی ، ۴۶۹ - ۴۶۸	suppurative,
بوابی حریق کے بعد کے انشاع کے طبیعی مساوات ، ۴۴۰	Pyloric stenosis, physical signs of dilatation following,
دیمی استرواح الصدور ، ۶۸۳	Pyo-pneumothorax,
جوفیزی دیمی سیلان ، ۴۸۳	Pyorrhea alveolaris,
حرقان القلب ، ۴۶۵	Pyrosis,
ذبحہ لوزیہ ، ۳۰۸	Quinsy,
تنفس حاصلات تقسیم ، ۴۶۹	Quotients, respiratory,
کمیری نبض ، ۴۶۸	Radial pulse,
نبضوں کی عدم مساوات ، انورسا میں ، ۴۴۴	pulses, inequality of, in aneurysm,
نسلات ، تنفس میں ، ۶۴	Rales in respiration,
رام سٹیٹ کا عملیہ ، ۴۴۴	Ramstedt's operation,
اساسی تجویز شرح ، ۴۶۹	Rate, basal metabolic,
مرض دینا ، ۴۴۹	Raynaud's disease,

کثیر خلوی دمویٹ و اینڈرسن کے مرض میں ۸۸۲
 تشوہات قلب میں ۳۰۸
 کثرت خلیات ۶۰
 مزمن شیمی التهاب کے درد ۳۹
 کثیر نسلو ۲۴۴
 طبعیت التهاب الغشیہ مدلیہ ۴۰۹
 شیمی التهاب الغشیہ مدلیہ ۴۰۹
 بانی کمیت ۶۳۸
 بند سمانی اختصاص ۹۴
 حل اور مرض قلب ۳۸۹
 ہر اسکول ۸۹۹
 ہر افس جونس کا موی خلیہ کی توزیع کا
 منحنی ۴۲۸
 تشخیص ۸۸۶ - ۸۹۱
 پروپیسیٹ ۸۸۸ - ۸۹۰
 پروڈ القلق ۸۹۰
 پروڈ ۸۹۹
 پروڈان نامادہ ۸۸۸
 پروڈیوز و حالت حساسیت میں ۴۱
 سکار و حالت حساسیت میں ۴۹
 شارش و مرض ہائیکن میں ۴۵
 پروسیائی لڑاک تامل و کمیت جسگر میں ۶۴۹
 قحط کاظ ۴۲۵
 قاذب کھانوس استقاء شکم ۳۸۸
 قذویت کاظہ و نسائی ۸۸۵
 قاذب لیوٹوولوز و بول میں ۸۹۳
 قاذب یقن دمویٹ ۴۱۲
 قاذب غامض سلمہ پارینولی ۴۱۰
 قاذب بودیا دمویٹ ۴۳۹
 نفسی اثرات و مددہ میں ہائپو کاردک ایڈل
 ہر ان کی قاذب ۵۰۴
 ربوی سدایت و طبعیت ۱۵۰
 گندہ کے حریرات ۲۵۱
 بازروی کے حریرات ۲۵۹
 بازروی ۳۴۴
 شق ۳۵۳
 اور بن پانی حاصل میں سوراخ ۳۴۳
 تدریس ۱۱۳

Polyerthraemia in Addison's disease,
 in malformations of heart,
 riben,
 with chronic bronchitis,
 Polygraph,
 Polymyositis,
 Polysarcitis,
 Portal cirrhosis,
 Post-infective sepsis,
 Pregnancy, heart disease and,
 Preagyl,
 Price-Jones blood cell distribution curve,
 Progeria,
 Progestin,
 Prognathism,
 Prohau,
 Prohau-like substance,
 Protease in allergic state,
 Prurigo in allergic state,
 Pruritus in Hodgkin's disease,
 Prussian blue reaction in cirrhosis of liver,
 Pseudoangina,
 Pseudo-chylous ascites,
 Pseudo-hermaphroditism, female,
 Pseudo-involucris in uric,
 Pseudo-leukemia,
 Pseudo-myxoma, peritoneal,
 Pseudo-quarrel,
 Psychological influences, effect on hydro-chloric
 acid in stomach,
 Pulmonary embolism and thrombosis,
 obstructive murmurs,
 regurgitant murmurs,
 regurgitation,
 stonosis,
 and deficiency of interventricular sep-
 tum,
 tuberculosis,
 See also Lungs,

لوحیہ شاری ، ۱۱۶
ذات الجنب ، ۱۶۳
ڈائفراس ، ۱۷۲
سل دیوی میں ، ۱۱۶
پن ٹنٹی ، ۱۷۲
واسطی ، ۱۷۳
ناپن ، ۱۷۲
پلیورائی وگڑ ، ۱۱۶
پلیورائی تاء مودی ٹرلہ ، ۱۱۶
ذات الجنب میں ، ۱۷۳
ذات الجنبی ذات الریہ ، ۸۶
حلاتیہ پلوروسٹن ، ۲۶۲
کثیر القندی علاقہ ، ۸۱۱
نیٹو دیوی ، شش کے کئی جیوٹ میں ، ۷۶
قسم اول ، کا تواتر ، ذات الریہ میں ، ۹۹
قسم سوم ، ذات الریہ میں انڈاز ، ۹۳
تاء مودی خوانی بستان آب ، ۲۶۶
تتریب الریہ ، ۱۰۶
ذات الریہ ، ۸۱
حاد وخنکی ، ۹۸
نازانی ، ٹنٹکی یا ٹنٹکی ، ۹۸
عزمن ، ۱۰۵
کروپی ، ۸۳
فریڈ لینڈو کا ، ۹۸
دکودی ، ۹۹
استنشاق ، ۹۹
ٹنٹی (تپی دیوی) ، ۸۳
خفا ذری ، ۱۳۰
حنوق ، ۹۹
ضری ، ۸۳
استرواح الصد ، ۱۸۶
مصنوعی ، ۱۳۱
ذیر ڈائفراس ، ۱۸۱ - ۱۱۱
بولسون تاضات ، ۷۲
بولسون تاضات ، ۷۲
تسم ، قرائش آرد گیوں میں ، ۱۳۹
غذائی ، ۵۸۶
تعلیب تاء ، بول میں شکر کے کاشقہ میں ،
۸۱۳
حاد کورنکی کثیر شریانی التهاب ، ۲۲۹

Platelet-counting,
Pleurisy,
diaphragmatic,
in phthisis,
interlobar,
mediastinal,
pulsating,
Pleuritis rub,
Pleuro-pericardial friction,
in pleurisy,
Pleuro-pneumonia,
Plummer-Vinson syndrome,
Pleuriglandular syndrome,
Pneumococcus in passive collapse of lungs,
type I., frequency of, in pneumonia,
type III., prognosis in pneumonia,
Pneumo-hydropericardium,
Pneumokoniosis,
Pneumonia,
acute interstitial,
cavitary, lobular or interstitial,
chronic,
croupous,
Friedlander,
hypostatic,
inhalation,
lobar (pneumococcal),
serofolous,
septic,
traumatic,
Pneumothorax,
artificial,
sub-phrenic,
Poikiloblasts,
Poikilocytes,
Poisoning by irritant gases,
food,
Polariscope in test for sugar in urine,
Polyarteritis acute nodosa,

التهاب پاریٹونک : حاد ، ۶۶۵	Peritonitis, acute,
حاد محدود : ۶۶۷	acute circumscribed,
انتہائی : ۷۰۵	adhesive,
جینی : ۷۰۵	cystic,
زمن : ۷۰۳	chronic,
فائبرینی : ۷۰۵	fibrinous,
تسکونی : ۷۰۵	phasic,
تھیب دیوی : ۶۶۶	pneumococcal,
تھوبی : ۷۰۵	tuberculous,
گرد لوزی خراج : ۲۰۸	Peritonsillar abscess,
گرد لوزی التهاب : ۲۰۸	Peritonsillitis,
پرل کا کاشفہ : سمیت چکر میں : ۶۶۹	Pearl's test in cirrhosis of liver,
مخلط عدم دمیت : ۷۰۶	Pernicious anemia,
میں انتہائی : ۷۰۵	test used in,
بعضی لوزات : ۶۶۲	Pharyngeal tonsils,
مومن التهاب البلعوم : ۶۶۴	Pharyngitis, chronic,
لیٹائل خائفہ ویرین کا کاشفہ : پرل میں شکر کے تیسرے : ۸۱۲	Phenylhydrazine test for sugar in urine,
التهاب الفروید : ۶۶۲	Phlebitis,
فلجیوی التهاب اللہ : ۷۲۱	Phlegmonous gastritis,
فلج عصب : ڈایا فرامی : دیوی تھوبی میں : ۱۲۲	Phrenic evulsion in phthisis,
فل دیوی : ۱۲۲	Phthisis,
لیٹی : ۱۲۱	fibroid,
سرمیخ : ۱۱۶	florid,
ناجیہ : ۱۲۱ - ۱۲۱	hilum,
ذات الریوی : ۱۳۰	pneumonic,
حاد : ۱۱۶	acute,
پند کا مرض : ۶۱۷	Pick's disease,
لقد سنوریہ : ۸۱۶	Pituitary gland,
پتوسین : ۸۸۸	Pituitary,
پتوسین : ۸۸۸	Pituitary,
نخامیہ کے مقدم ٹکے کی لٹ : ۸۸۹	Pituitary, anterior lobe, deficiency of,
کا اساس استند تھوبی : ۸۱۲	lymphoid adenoma of,
کے غلامہ کاشفہ : ڈایا فرامی : ملیخ میں : ۸۱۷	extract, administration of, in diabetes insipidus,
فقد نخامیہ : ۸۸۹	gland,
کے دیوی ترزی تعلقات : ۸۸۷	endocrine relationships of,
نخامیہ حادوں : ۸۸۸	hormones,
نامی : ۸۱۶	snuff,

التهاب پتھریس و تھیبی ۶۸۸ - ۶۸۹	Pneumonia, suppurative,
سلمہ حلقیہ و حنجریہ کا ۲۲۵	Papilloma of larynx,
تامور کا زون ۴۹۵	Purpura of pericardium,
شانی و حنجریہ کے عضلات مہمدہ کا ۲۲۶	Paralysis of abductors of larynx,
حنجریہ کے عضلات متروہ کا ۲۲۲	of abductors of larynx,
عضلات حنجریہ کا ۲۲۸	of laryngeal muscles,
صوتی امیال کا ۲۲۹	of vocal cords,
خللی زلن ۳۵۵	Paralytic chorea,
پیرا آئٹھارمون ۸۵۰	Parathymic,
قرہ دوقی غدہ ۸۵۰	Parathyroid glands,
سادہ دوری سرعت القلب ۲۹۶	Paroxysmal tachycardia, simple,
جزو مقدم یا جزو عقبی و غدہ نخامیہ کا ۸۸۶	Part anterior or glandular of pituitary gland,
خوشر یا جزو عقبی و غدہ نخامیہ کا ۸۸۶	posterior or nervous of pituitary gland,
صدور کلامی ۳۰	Pectoriloquy,
مرض پیل اینڈسٹین ۴۹۵	Pei-Estein's disease,
کلاحت و تھیبی ۴۶۹	Peliosis rheumatica,
پن ٹوس پیشاب میں ۸۱۵	Pentose in urine,
طبعی قرحہ ۵۳۳	Peptic ulcer,
قرع و استیسی ۳۰	Percussion, auscultatory,
استیسی شکمی میں ۲۳۲	in ascites,
مچھہ میں صوت تقریر شکستہ ۱۰	of chest, cracked pot sound in,
کایان ۴۰	description of,
قلب کا ۲۴۹	of heart,
تاء مودی جزوی استیسی و پٹ کے مرض میں ۴۱۸	Pericardial resection in Pick's disease,
التهاب تاء مود ۴۱۰	Pericarditis,
مرض تنقیق ۴۱۰	constrictive, chronic,
تاء مود منصف و تھیبی مہمدہ کا ۴۱۶	Pericardium, adherent, of rheumatic origin,
کے امراض ۴۱۰	disease of,
گود ممدی خراج ۵۳۴	Peri-gastric abscess,
گود کبیدی التهاب ۶۶۵	Perihepatitis,
گود ویدی التهاب ۴۱۲	Periphlebitis,
گود طعانی التهاب ۴۸۸	Peripneumonia,
جبرکت دودی و مرقی ۵۵۹	Peristalsis, visible,
باریطون انقباضات ۴۰۹	Peritoneal effusions,
باریطون کا سرطان ۴۱۰	Peritoneum, carcinoma of,
کے امراض ۶۶۵	disease of,
میں نو بالیدنی ۴۱۰	new growths of,

التهاب و التهاب حنجرة ۲۱۸	Edematous laryngitis,
تعدد مری ۲۱۳	Esophagocetasia,
مری کا سرطانی سلعہ ۲۸۹	Esophagus, carcinoma of,
کاذب تضيق ۲۹۲	intestinal stricture of,
کے حلقے ۲۹۵	diverticula of,
کاخودرو اتساع ۲۹۳	idiopathic dilatation of,
کا تضدد ۲۸۹	obstruction of,
کا شنج تضيق ۲۹۲	spasmodic stricture of,
ایسترن ۸۸۸ - ۸۸۴	Estrin,
پشمی کی علامات و انتشار اللہ سامی ۲۲۹	Ophthalmoscopic appearances in hyperpnea,
علوت دهن ۲۸۳	Oral sepsis,
آملر کے نقاط ۲۹۵	Osler's spots,
التهاب العنق و نوبی، حوصی ۸۴۲	Osteitis alveolar, generalised,
ایش فردوروت مری ۸۴۹	in hyperparathyroidism,
حلق و علوت دهن مری ۲۸۳	radiating, in oral sepsis,
استخوان شکن علوی سلعہ ۸۴۹	Osteosarcoma,
التهاب اللان الوسل و تحت الحاد ۲۲۲	Otitis media, sub-acute,
وین حاد ۲۲۲	suppurative, acute,
کوشک آکسیجن و شراش آور گیوں سے	Oxygen chamber, in poisoning by irritant
کسم میں ۱۵۰	gases,
آکسیجن ۲۸۵	Oxygen in chronic cardiac disease,
آکسیجی تیلہ ۲۴	used in asthma,
شیں ذات الریه میں ۱۰۳	in broncho-pneumonia,
شوں کے نفاخ میں ۷۵	in emphysema of lungs,
انفجائے شش میں ۸۰	in edema of lungs,
ذات الریه میں ۶۵	in pneumonia,
استرواح الصدر میں ۱۶۰	in pneumothorax,
صرع المولادت ۸۸۸	Oxytocin,
اورینا ۲۰۲	Ozema,
قلب کا درد ۲۲۹	Pain, cardiac,
جس سینہ کا ۲۸۱	Palpitation of chest, description of,
قلب کا ۲۲۸	of heart,
پنکراس کے وندورونی لٹراژی لٹ ۱۸۸	Pancreas, deficiency of internal secretion of,
کے امراض ۶۸۴	discrepancy of,
کا امتحان ۶۸۳	examination of,
کے وثنی کائنات ۶۸۳	functional tests of,
کے نورس اور دورے ۶۸۳	neoplasms and cysts of,
التهاب بنارس ۶۸۴	Pancreatitis, acute,
مرمن ۶۹۰	chronic,
نوبی ۶۸۸	haemorrhagic, acute,

التهاب عضلہ قلب ° ۳۶۷	Myocarditis,
حاد ° ۳۶۰	acute,
آتشکی ° ۳۳۱	suppurative,
دوق سسی ° ۸۶۰	thyro-toxic,
عضلہ قلب کے امراض ° ۳۶۷	Myocardium, diseases of,
غشائی انڈیا ° ۸۶۵	Myocardema,
زیر نامی قصیر قامتی ° ۸۱۱	Nanism, hypophyseal,
انٹی کاتامیر کا استعمال ذات الریہ میں ° ۹۶	Nasal catheter, use of, in pneumonia,
سوء ہضم میں مثلی ° ۹۱۵	Nausea in dyspepsia,
تشنج تروویسی ° ۴۶۵	Necrosis, coagulative,
وقفہ الدمی ° قلب کا ° ۴۶۷	ischemic, of heart,
جگر کا ° حاد ° ۶۴۳	of liver, acute,
دور مددی نومایہ جات ° ۱۵۶	Neoplasms, intra-thoracic,
سلوط کلیہ ° ۵۲۳	Nephroptosis,
عصبی صمم ° ۲۴۰	Nerve deafness,
قلت جسمیات تبدیل پسند ° ۴۴۴	Neutropenia,
نوزائیدہ کا خضر لاکھ طاقدان یرقان ° ۳۳۲	Newly born, grave familial jaundice of,
ناتی میں اور پاک کا مرض ° ۷۹	Niemann-Pick's disease,
طابقہ کا لاشعاعی منظرہ مددی فرقہ میں ° ۵۲۳	Nitch, X-ray appearance of, in gastric ulcer,
گرہ ° اندلی پٹیلی ° ۲۴۵	Node, auriculo-ventricular,
جوت اندلی ° ۲۴۵	sino-auricular,
کراثب ° تحت الجلدی ° رومہ گرمی ° ۳۴۷	Nodes, subcutaneous, rheumatic,
گرہکی پیش تشکیل ° جگر کی ° ۶۴۴	Nodular hyperplasia of liver,
صلابت ° ۴۳۳	acclerosis,
حدیدیت ° ۷۸۹	siderosis,
ڈیابیطس شکر میں اساسی تحول کے لیے	Nomogram for basal metabolism in diabetes
قانون نگارش ° ۸۰۲	melitus,
فاہضات طبی ° ۷۳	Normoblasts,
ناک کے امراض ° ۹۶۷	Nose, diseases of,
سکہ نمایاں ° دیوی دندان میں ° ۹۳۳	Nummular sputum in phthisis,
فرہی ° ۹۰۱	Obesity,
تسد ° معوی ° ۶۰۹	Obstruction, intestinal,
	See also Stenosis.
امارت عضلہ سادہ ° التهاب زائده میں ° ۵۹۸	Obturator sign in appendicitis,
تہیج ° وحانی عصبانی ° ۴۷۱	Edema, angio-neurotic,
مثلی ° ڈیابیطس میں ° ۸۳۰	cachetic, in diabetes,
مرض قلب میں ° ۳۴۵	in heart disease,
شش کا ° ۷۹	of lungs,
اقتصادی ° ۷۹	suffocative,

تھیل " ۴۷۷	Meteorism,
مٹ ہیوگلوبین دہویت " ۷۶	Methemoglobinemia,
ام القلیہ " ۷۳	Metrocyte,
مرد نا خضات " ۷۳	Microblasts,
مرد خلیے " ۷۳	Microcytes,
مرد آکلات " ۷۳	Microphages,
مصر جسی " ۸۱	Microvenia,
شایقہ " حالت حساسیت میں " ۳۹	Migraine in nitergic state,
التهاب تاء حود میں لائی تاپنے " ۴۱۴	Milk-spots in pericarditis,
ملائے کا مرض " ۴۷۳	Milroy's disease,
مٹرائی مرض " ۳۶۸	Mitral disease,
میں تیف تئا اور کاج تئا دہنے " ۳۶۱	funnel-shaped and button-hole orifices in,
تعدد کے خیرات " ۲۵۱	obstructive murmurs,
باز دوی کے خیرات " ۲۵۱	regurgitant murmurs,
باز دوی " ۲۷۱	regurgitation,
شیقہ " ۳۷۳	stenosis,
چھوٹی کا اثر میں مورقہ کی " ۸۶۳	Nebius' sign in exophthalmic goitre,
بک توائی خلائے " ۷۳	Monocytes,
بک توائی سپید خلیے " ۷۳	Mononuclear leucocytes,
خامی تولیع " ۵۱۱	Mucous colic,
کثیر لکٹک کہیت جگر " ۶۵۸	Multilobar cirrhosis of liver,
حویلی خیر " تنفس میں " ۱۲	Murmur, vesicular, in respiration,
خیرات کی نوعیت " ۲۶۰	Murmur, character of,
قلب کے معراجی دھتوں پر مرض کے باعث " ۲۵۳	due to disease of valvular orifices of heart,
پروں قلبی " ۲۶۲	exocardial,
دوی " ۲۶۱	isemic,
جو معراجی دھتوں کے مطابق مرض پر منحصر نہیں " ۲۶۱	not dependent upon actual disease of valvular orifices,
کی اہمیت " ۲۶۰	significance of,
مذی تحریک پذیری چھوٹی کا اثر میں " ۸۶۳	Muscular excitability in exophthalmic goitre,
رائی کی گیس سے تسمم " ۱۴۱	Mustard gas, poisoning by,
مطریہ طحال میں " ۷۰	Necrosis in spleen,
نبی نامضات " ۷۵	Myeloidiasis,
نبی خلیے " ۷۵	Myelocytes,
نبی خلیوی دہویت " ۷۵	Myelocythemia,
نبی خلیوی دہیت " ۷۵	Myelocytic leukaemia,
خضات قلب کا تضطاط " ۳۳۸	Myocardial degeneration,
خامی انیٹا میں " ۸۶۷	in myxodema,
کے علامات " ۳۳۳	symptoms of,

شش - بلسلہ ساق
 کا تحلیل ، ششی ذات الثریہ میں ، ۱۰۰
 کی آشکاء ، ۱۲۸
 اسی غدہ آما کا اثر ، ۸۵۵
 اسی غدہ سالمہ ، خلیت ، ۵۹۲
 اسی میں دمویٹ ، ۵۵۵
 نظام کے امراض ، ۵۹۲
 اسی خلیے ، ۵۲۴
 اسی خلیہ دمویٹ ، ۵۵۵
 اسی آفاق سلیمت ، ۵۹۲
 لہ آما سید خلیے ، ۵۲۴
 اسی طر سلیمہ ، آنت کا ، ۶۰۵
 نکشہ میکبری ، ۵۱۸
 کلان خلوی عدم دمویٹ ، ۵۲۵
 کلان آکلات ، ۵۲۴
 کلان جیسی ، ۸۸۵
 تشوہات قلب ، پیدایشی ، ۴۰۴
 خلیت پشی قندی ، ارتقاع الشط میں ، ۴۴۴
 خلیات جنوری کے ، ۲۲۵
 مانٹو کا کا شہ ، ۱۲۴
 التهاب حلیہ ، ۲۲۴
 واسطی ذات الحشہ ، ۱۵۴
 التهاب واسطی ، ۱۹۲
 لہی ، ۴۱۶
 سلاشی قولون ، ۲۲۱
 سیر نامشات ، ۵۲۳
 سیر خلیے ، ۵۲۲
 سیر خلوی عدم دمویٹ ، ۵۲۳
 براہ دم الا سود ، ۵۵۶
 قشاش التهاب حلیہ ، ۲۱۹
 ما ساقی ، سدایت اور خلیت منوی تندہ کے
 مقامیہ ، ۲۱۴
 تحول ، اساس ، ۵۱۱
 کے امراض ، ۵۹۹
 طبعی کے مباد ، ۸۰۰
 غری جہتار ، کش میں ، ۱۸
 ہند لہی خلیہ ، ۵۲۵
 ما ہند ذات الرقوی نتیجہ الصد ، ۱۶۵
 سروجات پھیپھڑوں میں ، ۱۶۲

Lung or Lungs (Cont.)
 spleniation of, in broncho-pneumonia,
 syphilis of,
 Lymphadenoid goitre,
 Lymphadenoma maligna,
 Lymphatic leukemia,
 system, diseases of,
 Lymphocytes,
 Lymphocythemia,
 Lymphogranulomatosis,
 Lymphoid leucocytes,
 Lymphosarcoma of intestine,
 McBurney's point,
 Macrocytic anemia,
 Macrophages,
 Macromilia,
 Malformation of heart, congenital,
 Malignant hypertension in hyperlipemia,
 tussure of larynx,
 Mantoux test,
 Mastoiditis,
 Mediastinal pleurisy,
 Mediastinitis,
 fibrosa,
 Megacolon,
 Megakoblasts,
 Megalocytes,
 Megalocytic anemias,
 Melana,
 Membranous laryngitis,
 Mesenteric embolism and thrombosis simul-
 taneous intestinal obstruction,
 Metabolism, basal,
 diseases of,
 normal, standards of,
 Metallic tinkling in respiration,
 Metamylarolyte,
 Meta-pneumococcal empyema,
 Metastases in lungs,
 See also Neoplasms,

تشیم ادم ، نریاض میں ۸۱۵	Lipemia in diabetes,
شیکری ۸۱۶	retinosis,
لیپڈول ، محدود الشعب کی تشخیص میں ۴۱	Lipoidol in diagnosis of bronchiectasis,
سرطان شش کی تشخیص میں ۱۶۱	of carcinoma of lung,
مشرق شش سے تفریق ۹۴	Lipolysytophla progressiva,
جگر کا خراج ۶۳۹	Liver, abscess of,
کا مادہ اسفر زہریل ۶۴۳	acute yellow atrophy of,
کا سرطان ۶۶۳	carcinoma of,
کی کمیوت ۶۶۵	cirrhosis of,
طبعی عدم دمویٹ میں ۵۵۰	in splenic anaemia,
کا دوزی مرض ۶۶۶	spastic disease of,
کی نقصان دہیدگی کے باعث یرقان ۶۳۱	damage to, jaundice due to,
کی قلت و حالت حساسیت میں ۵۰	deficiency in allergic state,
کے امراض ۶۶۹	disease of,
کا امتحان ۶۶۲	examination of,
شحم ۶۶۹	fatty,
کے وظیفہ کے کاشفات ۶۶۳ ۶۶۱	function of, tests of,
کلی میخی ۶۶۸	hollowed,
میں پرتشی تغیر ۶۶۹	hardness change in,
کا حادثہ ۶۶۳	necrosis, acute,
کی نوریالیدین ۶۵۸	new growths of,
تاجن ۶۶۴	pulsating,
پتہ کے مرض میں معری کی ڈی جیسا ۴۱۸	sugar loaf, in Pick's disease,
کی آتشک ۶۵۶	syphilis of,
کا تھون ۶۵۶	tuberculosis of,
مقی ذات الریه (تقی دیوی) ۴۴	Lobar pneumonia (pyococcocal),
شش	Lung and Lungs,
کا خراج ۶۴۴	abscess of,
کا سرطان سلف ۶۵۶	carcinoma of,
کا مہوط ۴۴	collapse of,
کلی ۴۶	massive,
کا قنار ۶۸	emphysema of,
لین ۶۵	absent,
محدود الشعب کے ساتھ ۴۳	with bronchiectasis,
کی سمگین ۶۶۰	gangrene of,
شان نما ۴۳	honey-comb,
کا اذینا ۴۹	edema of,
کی طبی سمک و قوع میں ۸	resonance, normal, in percussion,
میں ثانوی متروحات ۶۶۲	secondary deposits in,
	See also Metastases.

خاکسارے کرائسک : دیوی تدون میں : ۱۲۵	Kronig's isithous in phthisis, Krysolgan. See Gold.
اشک ویرگیسوی سے قسم : ۱۳۶	Lacrymatory gases, poisoning by,
لیکٹوز بول میں : ۸۱۲	Lactase in urine,
لیوولوز بول میں : ۸۱۲	Lactulose in urine,
کے تدریجہ کا شعبہ : ۲۲۵	test,
پریشی مرض : ۲۲۰	Lardaceous discharges,
دیوی تدون میں : ۱۲۰	in phthisis,
حجری عضلات کا شل : ۲۲۸	Laryngeal muscles, paralysis of,
موضوہ : پیدائشی : ۲۲۷	stridor, congenital,
تدون : ۲۲۱	tuberculosis,
مرمری کشج حشرہ : ۲۲۲	Laryngismus stridulus,
الہاب حشرہ : ۲۱۶	Laryngitis,
آزادی : ماد : ۲۱۶	catarrhal, acute,
مومن : ۲۲۰	chronic,
غشائی : ۲۱۹	membranous,
آبجائی : ۲۱۸	osteosclerotic,
حشرہ کی عدم انقباض : ۲۲۸	Larynx, asphyxia of,
میں اجسام غریبہ : ۲۲۵	foreign bodies in,
کی آتش : ۲۲۲	sypilis of,
کے سلمات : ۲۲۵	tumours of,
جائی چو کی حلیات : ۲۱۶	Lateral sinus, thrombosis of,
متارہ نما معدہ : ۵۵۶	Leather-bottle stomach,
لیڈرکی اتلاف المودی عدم دمویٹ : ۵۳۹	Leiderer's haemolytic anaemia,
لیگان کا شعبہ : سیریت کے لیے : ۸۱۵	Legal's test for ketosis,
سید خلیات کی تعداد : خون میں : ۵۱۹	Leucocytes in blood, number of,
کے اقسام : ۵۲۳	varieties of,
سید خلیہ دمویٹ : ۵۵۱	Leucocythæmia,
بعل دمویٹ : ۵۵۱	Leucocytosis. See Blood changes.
غیر بلیق دمویٹ : ۵۵۱	Leukæmia,
آبی : ۵۵۸	leukæmic,
ماد اور مزمن : ۵۵۸	lymphatic,
آبی خلوی : لہ آما یا غیر دوائی : ۵۵۸	acute and chronic,
لیب ناغذی : ۵۵۳	lymphocytic lymphoid or mongranular,
لیب خلوی : ۵۵۲	myeloblastic,
مزمن : ۵۵۵	myelocytic,
گرہکی : ۵۵۲	chronic,
لسانی نوزات : ۵۵۳	nodular,
	Lingual tonsils,

آنت کی آتشک ، ۶۰۶	Intestine, syphilis of;
کا تھرون ، ۶۰۶	tubercle of,
کا قنہ ، ۶۱۰	volvulus of,
دور سردی نومائے جات ، ۱۰۶۹	Intra-thoracic neoplasm,
کامل کا دوری عامل ، ۴۳۰	Intrinsic factor of Castle,
ادخال انہویہ ، اثنا عشری میں ، ۶۰۳	Intubation, duodenal,
انتساب الامعاء ، ۶۱۰ - ۶۱۶	Intussusception,
مراض آلود گیسوی سے تسمم ، ۶۳۶	Irritant gases, poisoning by,
وقتہ الدمی ذیول ، ۴۳۶	Islamic atrophy,
تسمم قلب کا ، ۶۹۰	myocarditis of heart,
یرقان میں کھول ، ۶۲۸	itching in jaundice,
یرقان ، ۶۳۶	Jaundice,
بہ خفرا ہولی ، ۴۴۰	acholic,
اقتسابی ، ۴۳۸	acquired,
خانہانی ، ۴۴۰	family,
نازلی ، ۶۳۰	catarrhal,
مفروق ، ۶۳۳	dissociated,
اولی کبدی ناصان و سرگی کے باعث ، ۶۳۹	due to primary liver damage,
وہابی ، ۶۳۶	epidemic,
نورائیدہ کا ، خانہانی ، ۶۳۰	familial, newly born,
دم پاشیدہ ، ۶۳۶	hemolytic,
کلاں طحالی ، ۴۴۰	splenomegaly,
کبدی ، ساری ، عضولی ، ۶۳۰	hepatic, infective, common,
تسدی ، ۶۳۲	obstructive,
عرق ، ۶۳۳	latent,
کی امراضیات ، ۶۳۰	pathology of,
کے لئے کا ضمانت ، ۶۲۸	tests for,
مائی قروح ، ۴۳۹	Jejunal ulcers,
وہابی خلقیت ، ۴۶۶	Jugular thrombosis,
علاؤ انہویہ قرحہ ، ۴۳۹	Juxta-pyloric ulcer,
قرنیت بلعوم ، ۳۰۰	Keratosis, pharyngeal,
کینٹوئیت کے لئے سریری کا ضمانت ، ۸۱۰	Kretosis, clinical tests for,
کی تفریق ، ۸۱۰	definition of,
ڈیابیطس میں ، ۸۱۶	in diabetes,
گردہ کی کلاں ، ڈیابیطس ملوچ میں ، ۸۱۶	Kidney enlargement of, in diabetes insipidus,
کلیک گردہ ، ۳۹۳	hem-bliten,
کا چربی مرض ، ۶۶۰	hercaceous disease of,

یرقان توڑائیہ: ۶۳۳
 منی خودرو عارضات: ۵۰
 لغائی دیکو: ۵۶۵
 لغائی اموری انتہاء الامعاء: ۶۱۷
 لغائی اولوی انتہاء الامعاء: ۶۱۷
 معوی اور اثنا عشری ایلاؤس: ۵۲۸
 مناسق قال الدم: ۷۷۷
 شیرخواری کی طحالی عدم ہمویت: ۷۴۵
 صلیانی عمومی التهاب: ۵۸۳
 مرکبوی قسم: ۸۸۵
 تصنیعی شکسی: ۵۸۹
 کے اقسام: ۹۰۶
 مقصہ قلب کا: ۴۶۵
 سرخ: ۴۶۵
 سفید: ۴۶۶
 سدادی منہات طحالی میں: ۸۸۸
 صراحت ذیابیطس میں: ۸۴۸
 ساری التهاب درون قلب: ۳۹۰
 دوروش شخصی و جگر میں: ۶۵۹
 دیمی، لمبی ذات الریه میں: ۸۵
 استثنائی ذات الریه: ۹۹
 معائنہ قلب: ۲۳۷
 انسولین کا استعمال: ۸۰۶
 ذیابیطس میں: ۸۲۹
 کے ذریعہ ذیابیطس کے علاج کے لئے
 دریش کا انتخاب: ۸۳۳
 عرجان متوقف: ۴۴۵
 اندرونی افراز کے امراض: ۷۹۹
 بین کالوی نظام: ۸۷۶
 عمومی نازلت: ۵۸۰
 تسدد: ۶۰۹
 حاد کے علامات: ۶۱۲
 مزمن کے علامات: ۶۱۳
 دیک: ۵۹۲
 دیکو: ۵۶۶
 آنت سے ترل: ۷۷۵
 کی نو بالیدی: ۶۰۶
 کا تشیخ: ۶۱۰

Icterus neonatorum,
 Idiopathies, toxic,
 Ileal stasis,
 Ileo-caecal intussusception,
 Ileo-colic intussusception,
 Ileus, gastric and duodenal,
 Immuno-transfusion,
 Incompetence. See Regurgitation.
 Infancy, splenic anaemia of,
 Infantile enteritis,
 Hercules type,
 Infantilism, coliac,
 types of,
 Infarct, of heart,
 red,
 white,
 Infraction, circolic, in spleen,
 Infection in diabetes,
 Infective endocarditis,
 Infiltration, fatty, in liver,
 purulent, in lobar pneumonia,
 Inhalation pneumonia,
 Inspection of heart,
 Insulin, administration of,
 in diabetes,
 treatment of diabetes, choice of case for,
 Intermittent claudication,
 Internal secretion, diseases of,
 Interrenal-system,
 Intestinal catarrh,
 obstruction,
 acute, symptoms of,
 chronic, symptoms of,
 stasis,
 Intestine, haemorrhage from,
 new growths of,
 stricture of,

استرواح الصدور میں جڑہ برط ۶۸۸	Hypertensive ascension in pneumothorax,
ہرش میر ونگ کا مرض ۶۶۱	Hirschsprung's disease,
بالش شرافت ۸۸۶	Hirsutism, adult,
کلی مہشی چکر ۶۵۸	Hibiscus liver,
مرض ہاجکین ۶۶۲	Hodgkin's disease,
شانہ نفاش ۶۶۰	Honey-catch lung,
جرائی ہارمون ۶۸۴	Hormone, follicular,
نفاشی ہارمون ۸۸۸	Hormones, pituitary,
معدہ کا دیت گہڑی الایاش ۶۶۳	Hour-glass constriction of stomach,
لاجائی طلبے ۶۶۶	Hyaline cells,
کیمیائی دوسرے اہل کے ۶۶۷	Hyaline cysts of heart,
دوری اہل اہل نفسی حالت حساسیت سے ۶۶۹	Hydanthrosis, paroxysmal, in allergic state,
ٹاہ ہودی اپناج آب ۶۸۸	Hypertrocardium,
آبی استرواح الصدور ۱۸۰	Hydro pneumothorax,
استقاء الصدور ۱۸۱	Hydrothorax,
ہیش ہڈی ہلیت ۸۸۰	Hyperadrenia,
ہیش کھیت ۸۷۹	Hyperadrenia,
ہیش شامیت ۹۰۰	Hypergenitalism,
خود ہنود ہیش انوسلیت ۸۸۱	Hyperinulinism, spontaneous,
ہیش فرد دلیت ۸۶۹	Hyperparathyroidism,
ارتقاء الشفط ۶۶۹	Hypertension,
ہیش نفاش ۸۸۷	Hyperpituitarism,
کھشک ہیش آسکون چکر کی ۶۶۵	Hypertrophy, nodular, of liver,
قرع - ہتہ میں ہیش گند ۹۰	Hypertrosmia in percussion of chest,
ارتقاء الشفط میں خلیت ہیش شفی ۶۶۶	Hypertension, malignant, in hypertensin,
ہیش پروش سفروسی کھیت ۶۶۵	Hypertrophic biliary cirrhosis,
قلب کی ہیش پروش ۶۶۷	Hypertrophy of heart,
خللی شامیت ۹۰۰	Hypogenitalism,
قابل شکر دہوت ۶۶۰	Hypoglycemia,
قابل شکر دہوت قوما ۸۵۰	Hypoglycemic coma,
ذہر نامی شفی شامی سود نفاذ ۸۸۱	Hypoglycemia dystrophia adiposo-genitalis,
ہیش نامی ۸۸۱	hansen,
قابل شامیت ۸۸۸ - ۸۸۹	Hypopituitarism,
وسکودی نفاذ البرہ ۶۶۰	Hypotonic pneumonia,
ہشہر ہانی کے ۶۶۶	Hysterical vomiting,
رنا ۶۶۶	Icterus,
شامی ۶۶۶	dissected,
مغنی ۶۶۶	latent,

قلب کا تضایط لونی ۳۲۸	Heart, pigmentary degeneration of,
کی پیش از وقت خرابیاں ۳۸۹	premature beats of,
کی شعاعیاتی تشریح ۳۶۴	radiological anatomy of,
میں دست چپائی اور چپ چائیں خلیہ ۳۲۱-۳۲۰	right-sided and left-sided preponderance of,
کا بلیغی مصرعی مرض ۳۴۳	right-sided valvular disease of,
کا انشقاق ۳۳۲	rupture of,
جونی انفری مسدودی ۳۸۹	sino-auricular block,
کی جونی بے قاعدگی ۳۸۳	sinus irregularity of,
سپاہی کا ۳۶۸	soldier's
آوازیں ۳۵۰	sounds,
کی آتش ۳۳۱	syphilis of,
کا زدن ۳۳۱	tubercle of,
کے سلماں ۳۳۶	tumours of,
کا مزمن مصرعی مرض ۳۵۹	valvular disease of, chronic,
کی تشخیص ۳۴۵	diagnosis of,
کی تجربہ ۳۸۰	prevention of,
کا انداز ۳۴۹	prognosis of,
کا اطلاق توجہ ۳۵۹	relative frequency of,
کا بلیغی ریشکین انقباض ۳۶۶	ventricular fibrillation of,
کی او عری کی بے قاعدگی ۳۸۳	youthful irregularity of,
	See also Caroline.
زفن نقص ۳۵۵	Hemichorea,
زفن نقصی فالج ۳۵۵	Hemiplegia, choreic,
ہیناک کا پریپٹورا ۴۴۱	Henoch's purpura,
ممانی تسدد کے مشابہ ۳۶۶	simulating intestinal obstruction,
مکید قوت، حالت حساسیت میں ۵۰	Hepatic deficiency in allergic state,
برقان، ممدولی سازی ۳۳۰	jaundice, infective, common,
تسدودی ۳۳۲	obstructive,
	see also under Liver.
رمادی تسکید، شکر کا، خلق ذات الخریہ میں ۸۵	Hepatisation, grey, of lung, in lobar pneumonia,
التهاب جگر، حاد ۳۳۰	Hepatitis, acute,
وان کرک کا مگلاٹسکو جن آفرین مبدل کبد ۶۱۰	Hepato-megalia glycogenica of Von Gierke,
ماتوط مبد ۵۳۳	Hemiptosis,
ذوالخریہ قن ۱۸۹	Hernia, diaphragmatic,
نعلی التهاب الفم ۳۸۳	Herpetic stomatitis,
ہیکسیدواتن ایسڈ ۸۴۸	Hexuronic acid,
سل ناچہ ۶۱۲-۶۱۱	Hill's phthisis,

مناقض ۴۸	Hay fever,
ہے کا ٹاسٹ ۴۳۰	Hay's test,
قلب کے فعل کی غیر طبعی ۴۰۹	Heart, abnormality of action of,
میں برقی قلب نگاری ۴۸۰	electro-cardiography in,
ایڈمز سٹوکس کا علاقہ ۴۸۳ - ۴۸۶	Adams-Stokes' syndrome,
کا تبادلہ ۴۱۳	alteration of,
کا انورس ۴۳۵	aneurysm of,
کا اوربلی مرض ۴۶۶	auricle disease of,
کے آئرن کارڈسکی ۴۰۴	auricular fibrillation of,
کارقلہ ۴۰۹	flutter of,
کی سدودی ۴۸۳	block,
کا بیورہ ذیول ۴۳۸	brown atrophy of,
کی قابلیت جسد کی تدبیر ۴۶۴	capacity of, for effort, estimation of,
کے مزمن مرض کا علاج ۴۸۱	chronic disease of, treatment of,
کی توسیع ۴۶۶	compensation of,
کے پیدائشی تشوہات ۴۰۴	congenital malformations of,
کا انبان ذخیرہ ۴۳۷	cysticercus of,
کا تسلس ۴۶۶	dilatation of,
کا مرض اور حمل ۴۸۱	disease and pregnancy,
کے عضلہ کے انراض ۴۳۰	diseases of myocardium,
کا غیر منظم فعل ۴۶۸	disordered action of,
علاقہ جہد ۴۶۸	effort syndrome,
کا امتحان ۴۴۷	examination of,
۴۶۵	by X-rays,
کے مستواء السکائنات ۴۸۱	extra systoles of,
کی تعمیری کا مثل ۴۴۴	failure of compensation of,
کا جسمی انحطاط ۴۴۸	fatty degeneration of,
کا قلبی انحطاط ۴۳۰	fibroid degeneration of,
کا سمیرا انواع فعل ۴۶۵	frequent action of,
کی نو بالیدگیاں ۴۳۶	growths of,
کے کیسوی دورہ ۴۳۷	hydatid cysts of,
کی پیش پرورش ۴۶۷	hypertrophy of,
متصرف المرسو ۴۶۸	eccentric,
کا قلبی انواع فعل ۴۶۵	infrequent action of,
کا وقلہ الدمی تغیر ۴۶۷	ischemic necrosis of,
خبیث الشباب دروں قلبہ ۴۶۰	malignant endocarditis,
مطرائی مرض ۴۶۸	valvular disease,
بازودی ۴۶۹	regurgitation,
طریق ۴۷۲	stenosis,
کے طفیلیات ۴۳۶	parasites of,

کالٹر + سولا ٹی + ۸۵۵	Goitre, colloid,
مٹامس المذوث یا انفرادی المذوث + ۸۵۳	endemic or sporadic,
جھوٹی + ۸۵۶	exophthalmic,
نئی لعدہ آما + ۸۵۵	lymphadenoid,
راوی تدون کے علاج میں سولہ + ۱۳۵	Gold in treatment of phthisis,
ہورج اولادات ہارمونز + ۸۸۴	Gonadotropic hormones,
تھائی لعدہ + ۸۹۷	Gounds,
کارڈن کا قشب + مرض ہاپکن کے علاج میں + ۷۶	Gordon's virus in treatment of Hodgkin's disease,
مراحم کی غذا + قیابیس میں + ۸۲۵	Gradum's diet in diabetes,
کاشفہ مرادہ کے وظیفہ کے شعلہ + ۶۷۱	test of gall-bladder function,
سن داسی نوکی سلمہ + عفونت دھن میں + ۳۸۳	Granuloma, apical, in oral sepsis,
مرض گریر + ۸۵۶	Graves' disease,
نئی ذات اریہ میں دیمادی تشکب + ۸۵	Grey hepatization of lung in lobar pneumonia,
ذات القشب میں گرو کوکا فرد لاری مثلث + ۱۷۱	Grocco's paravertebral triangle in pleurisy,
گواپا کے توبہ امتحان + ۵۰۳	Gumucum test,
قیابیس میں گواپا کی غذا + ۸۲۵	Guelpa's diet in diabetes,
دموی جوہر + ۷۳۰	Hassal's principle,
خون لونیت + ۶۳۸	Hæmochromatosis,
دموی خلیہ سیا + ۶۱۸	Hæmoctometer,
ہیوگلوبین کی قدیم + ۷۱۹	Hæmoglobin, estimation of,
ہیوگلوبین لونیت + ۷۱۲	Hæmoglobinuria,
دوری + ۷۶۵	paroxysmal,
اتلافہ دموی حدم دمویٹیں + ۷۳۶	Hæmolytic anæmia,
یرقان + ۶۳۱	jaundice,
سکلا طعانی + ۷۲۷	splenomegaly,
لیڈرکی + ۷۲۶	Lederer's,
تاء دموی احتیاج الدم + ۳۳۰	Hæmopericardium,
نریٹیت + ۷۳۰	Hæmophilia,
دموی استرواح الصدہ + ۱۸۳	Hæmo-pneumothorax,
نشتادم + دہری تدون میں + ۱۲۳ - ۱۳۵	Hæmoptysis in phthisis,
نزلہ دموی + ۵۷۵	Hæmorrhage from bowel,
دہری تدون میں + ۱۱۱	in phthisis,
	See also Hæmoptysis.
نزلہ خراج + ۷۱۸	Hæmorrhagic diathesis,
التهاب پتھراس + ۶۸۹	pancreatitis,
سدر دمویٹ + ۱۸۲	Hæmotherax,
ہینڈ اور کرسچین کا مرض + ۷۱۱	Hand-Christians's disease,
ہینڈ کی کہیت + ۶۵۵	Haute's cirrhosis,

فرک . پاپیرونی تادموری * ذات الحسد .	Prieston, pleuro-pericardial, in pleurisy,
۱۰۳	
کی آواز ، سانس لینے میں	sound in breathing.
فریڈلینڈر کا ذات لاریہ *	Friedlander pneumonia,
۱۰۵	
فرولیچ کا علاقہ *	Frolich's syndrome,
۸۱۱	
جگر کے وٹولہ کے کثافات	Function of liver, tests of,
۱۲۴	
گالکٹوز کا کاشہ *	Galactose test,
۶۴۵	
مردہ کی کالکسٹریٹ	Gallbladder, cholesterols of,
۶۰۳	
اشترابی	stranberry,
۶۴۳	
گالکسٹون ڈسپسپسیا	Gallstone dyspepsia,
۶۰۹	
گالکسٹون	Gall stones,
۶۰۶	
گنگرین ڈیابیطس میں	Gangrene in diabetes,
۸۲۰	
شش کی	of lung,
۱۱۰	
مشاکلی *	symmetrical,
۵۶۰	
خوش آواز کیادوں سے قسم *	Gases, irritant, poisoning by,
۱۰۱۰	
الشیاب المعدہ * حد *	Gastritis, acute,
۵۳۰	
مرض *	chronic,
۵۳۲	
کلیہ کی یا المعدہ	suppurative or phlegmonous,
۵۳۱	
معدی آئوٹو نامور *	Gastro-eclic fistula,
۵۵۰	
مکروس *	reflex,
۵۶۳	
معدہ زائد اسہال *	Gastrogenous diarrhea,
۵۰۳	
معدی لغائی مکروس *	Gastro-ileal reflex,
۵۶۳	
معدی معدی استلالات ، حالت حساسیت میں *	Gastro-intestinal disturbances in allergic state,
۵۰	
معدی سانی قروح *	Gastro-jejunal ulcers,
۵۳۹	
معدی سانی تھویہ کے خواتم *	Gastro-jejunoscopy, sequelae of,
۵۰۸	
ماوٹ المعدہ *	Gastroptosis,
۵۲۳	
معدہ بین ، خیم پذیر *	Gastroscopy, flexible,
۵۰۵	
کازیر کا مرض *	Gincher's disease,
۵۶۱	
گیشاردٹ کے تجربے کے علامات کا کاشہ *	Gischardt's test for ketosis,
۱۰۱	
عقربیت *	Gignation,
۸۶۱	
گیگے کا مکتور *	Glegg's infatue,
۳۰۱	
گیلنڈر کا مرض *	Glenard's disease,
۶۲۴	
تشیخ مزمار *	Gloitis, signs of,
۳۳۱ - ۳۳۳	
مرض گلائکوزین *	Glycogen disease,
۱۱۰	
شکر بولیت ، لغائی *	Glycosuria, alimentary,
۸۶۱	
کلوی *	renal,
۸۲۲	
گلائکوزوریک ایسٹ پول *	Glycuronic acid in urine,
۱۱۳	
میلان کا کاشہ *	Gmelin's test,
۶۶۶	

اختصاص ۸۹۹
 خصیاتی ۹۰۰
 ایرالکسا امتحانی ناشتہ ۸۹۹
 امتحان سینہ ۱
 جھوٹی کانٹر ۸۵۶
 جھوٹا العین ۸۶۱
 جل دھوی میں نقش ۱۲۳
 کامل کا بروقی حامل ۴۳۰
 امارت ابرو، حاملی ادریعا میں ۸۶۶
 لحم سدایت ۱۵۴
 شحمی انحطاطات ۱۵۹
 قلب کے ۳۲۸
 فانی خلاصیت ۲۶۹
 بول میں شکر کا تخمیری امتحان ۸۱۲
 ریشکی انباشت، ادرین کا ۳۰۴
 بلیں کا ۲۶۶
 بیڈی کا بیڈی انحطاط ۴۹۰
 بیڈی انحطاط قلب کا ۲۳۰
 شش ۱۰۵
 بیڈی شش تمدد الشعب کے خمرہ ۲۳
 دل ۱۴۱
 حنجرہ کا سلمہ لیڈیہ ۲۲۵
 لولیت، شریانی شری ۲۳۵
 تالیف شش ۱۰۵
 سرطان ممدہ میں تسمیری ۵۶۰
 ممدی قولونی نامور ۵۵۴
 مودہ ممدہ میں ریشیت ۱۱۵
 کونک مزیدہ گردے ۲۶۳
 استسقاء شکمی میں توج ۲۳۶
 ادرینی دارلہ ۳۰۶
 جینی لے ۲۵۲
 فالسکولین ۱۹۴
 غذائی تسم ۵۸۶
 سوراخ پشوی، مفتوح ۳۰۳
 اجسام غریبہ، آنت میں ۶۰۱
 حنجرہ میں ۲۲۵
 قصبہ الریہ میں ۲۴
 کمری امتحانی غذا ۵۰۰
 جینیات کی شکستہ ۱۹۴

Eunuchism,
 Eunuchoidism,
 Ewald's test breakfast,
 Examination of chest,
 Exophthalmic goitre,
 Exophthalmos in goitre,
 Expectoration in phthisis,
 Extrusion factor of Castle,
 Eyebrow sign in myxedema,
 Fat embolism,
 Fatty degenerations in liver,
 of heart,
 Femoral thrombosis,
 Fermentation test for sugar in urine,
 Fibrillation, auricular,
 ventricular,
 Fibro-adenic, Banti's,
 Fibroid degeneration of heart,
 lung,
 Fibroid lung with bronchiectasis,
 phthisis,
 Fibrosis of larynx,
 Fibrosis, arterio-capillary,
 of lung,
 Filling defect in carcinoma of stomach,
 Fistula, gastro-colic,
 Flatulence in dyspepsia,
 Fleh-bitten kidneys,
 Fluctuation in ascites,
 Flutter, auricular,
 Fetal rhythm,
 Folliculitis,
 Food poisoning,
 Foramen ovale, patent,
 Foreign bodies in intubation,
 in larynx,
 in trachea,
 Fractional test meal,
 Fragility of corpuscles,

خٹاخ * خش کا ۶۸ *	Emphysema of lungs,
خرد شش ۶۹ *	small lunged,
خرد شش کے خرابی ۶۹ *	with bronchiectasis,
خروج صدر ۱۶۳ - ۱۶۴	Empyema,
خروج ۱۶۴	pus-tating,
خروج ۱۶۴	Emeryophathy,
خروج قلبی کے التهاب ۳۲۱ - ۳۲۹	Endocarditis, acute,
خروجی ۳۲۰	bacterial,
خروج ۳۲۹	chronic,
خروجی ۳۲۰	infective,
خروجی ۳۲۶	ionia,
خروجی ۳۲۰	septic,
خروجی ۳۲۰	ulcerative,
خروجی کے دونوں افرازات ۸۸۸	Endocrine relationships of pituitary,
خروجی ویدی التهاب ۳۲۲	Endosteitis,
خروجی التهاب ۳۲۹	Enteritis,
خروجی ۳۲۹ - ۳۳۰	enteric,
خروجی ۳۳۳	infantile,
خروجی ۳۳۰	phlegmonous,
خروجی الامعاء ۳۳۰	Enterospasm,
خروجی وکود ۳۳۰	Enterostasis,
خروجی پسند پیرد خلیات ۳۳۳	Eosinophil leucocyte,
خروجی پسند خلیات کی زیادتی ۳۳۳	Eosinophils in netron,
خروجی کا پسند خلیات ۸۸۸	Eosinophilic adenoma of pituitary,
خروجی پرقلان ۳۳۶	Epidemic jaundice,
خروجی حالت حساسیت میں ۳۳۶	Epilepsy, in allergic state,
خروجی خلیات ۳۳۶	Epinephrin,
خروجی ۳۳۳	Equisetacis,
خروجی نما ۳۳۳	Equisetaculeis,
خروجی علامت و شکرت میں ۳۳۳	Erb's sign in tetany,
خروجی ۳۳۳	Erythemia,
خروجی ۳۳۳	Erythroblasts,
خروجی ۳۳۳	Erythrocytes,
خروجی ۳۳۳	Erythrocytosis,
خروجی وجع الجودح ۳۳۳	Erythromelalgia,
خروجی ۳۳۳	Erythron,
خروجی ۳۳۳	Neclatin,
خروجی ۳۳۳	Eurortone,

علاقات مری کے ۴۹۵	Diverticula of oesophagus,
التهاب عقدہ ۶۰۳	Diverticulitis,
صلیت ۶۰۳	Diverticulosis,
معدی قرعہ میں عقدہ کا لاشعاعی منظر ۵۳۲	Diverticulum, X-ray appearance of, in gastric ulcer,
قنات شریانی ۴۰۴	Ductus arteriosus, patent,
انٹاھشری میں ادخال ایویہ ۶۴۲	Duodenal intubation,
انٹاھشری کا اتساع ۵۲۸	Duodenum, dilatation of, acute,
کے عقدات ۵۲۴	diverticula,
کا قرعہ ۵۳۲	ulcer of,
قرمیت ۸۹۱	Dwarfism,
نڈامی ۸۹۱	pituitary,
عسر تیز ۵۶۲-۵۶۳	Dyscalculia,
سڑھنم ۵۰۶	Dyspepsia,
حاد ۵۰۶	acute,
زائدی ۶۰۰	appendix,
مزمن ۵۰۸	chronic,
ساردا کا ۶۴۹	gall-stone,
سردیوی میں ۱۲۹	in phthisis,
نظامیت لائز ۸۸۹	Dyspituitarism,
بہر کی تعریف ۳	Dyspnea, definition of,
دیوی تدرن میں ۱۲۳	in phthisis,
دھبی تناسلی سڑتذیہ ۸۹۱	Dystrophia adiposa-genitalis,
کان کے امراض ۲۳۹	Ear, diseases of,
کان کا درد ۲۴۱	Ecnuche,
ایکریما ۳۹	Eczema in allergic state,
حلاتیہ جہد ۳۹۸	Effort syndrome,
چنگک میں گیس سے مسموم شدہ ہوئے کے بعد ۱۲۹	after gas poisoning, in war,
ابن ہارن کا انٹاھشری ایویہ ۶۴۲	Enghor's duodenal tube,
عاطلی اذینا میں پست وولٹیج کی برقی تلیں	Electrocardiogram, low voltage, in myocoma,
لنگارش ۸۶۴	Electrocardiography,
برقی قلب لنگاری ۲۸۰	Ellipsoids in spleen,
حلیلی نما اجسام ۳۶۳	Embolism,
سدایت ۶۶۳	pulmonary,
دیوی ۱۵۰	Embryocardia,
جینی قلب ۴۰۲	Emphyseum, compensatory,
نفاخ ۴۰	lunged,
کلاں قشہ ۴۹	

ذیابیش کا علاج مابعد ۸۴۷	Diabetes, after-treatment of,
۸۳۸ میں سرایت	infection in,
۸۳۲ میں	lancens,
۸۳۳ میں	insipidus,
۸۳۳ میں	molitus,
انسولین کے علاج کے لیے مریض کا انتخاب ۸۳۳	choice of case for insulin treatment of,
۸۳۸ میں اسرارشات	pathology of,
ذیابیشی اوما ۸۳۹	Diabetic coma,
کا علاج ۸۳۹	treatment of,
ڈائفرامیٹک ۱۹۰	Diaphragmatic hernia,
ذات الجنب ۱۷۲	phourisy,
امصال ۷۷۳	Diarrhoea,
۷۷۵ میں	bilious,
۷۷۳ میں	choleraic,
۷۷۵ میں	colliquative,
۷۷۵ میں	crystal,
۷۷۵ میں	dysenteric,
۷۷۳ میں	gastrogenous,
۷۷۳ میں	infantile, epidemic,
۷۷۵ میں	lenteric,
۷۷۳ میں	reflex,
۷۷۳ میں	spurious,
۷۷۳ میں	summer,
ڈیاسٹیس ۶۸۳ میں	Diuresis in urinae,
۶۷۲ میں	Dietetic pulse,
۸۳۳ میں ۸۳۹ میں	Diet in Diabetes,
۷۱۷ میں	in dyspepsia,
۶۷۳ میں	in obesity,
۸۳۹ میں	recipes,
۸۳۹ میں	Digestion, organs of, diseases of,
۸۳۳ میں	Dilatation, rhaphathic, of oesophagus,
۳۳۹ میں	of heart,
۷۷۳ میں	of stomach,
۷۷۸ میں	acute,
۸۳۹ میں	Dioxy-gastrin,
۷۷۳ میں	Diphtheria of trachea,
۸۳۹ میں	Displacement in scitis;
۷۳۸ میں	
۷۷۳ میں	Diverticula of duodenum,

کھانسی * سِل دیوی میں ۱۲۲	Cough in phthisis,
حلق کی ۲۱۳	throat,
شتائی ۲۳	winter,
کوپر روڈ کی تھلی ۲۰۲	Copper Rod's bag.
موت طرف شکستہ * قلعہ صدر میں ۱۰	Cracked pot wound in percussion of chest,
سِل دیوی میں ۱۲۴	in phthisis,
خلم برازی ۶۸۳	Crenorrhoea,
تسکتہ تنفس میں ۱۸	Crepitation in breathing,
راجہ * حلق ذات الریه میں ۸۶	indux, in lobar pneumonia,
نبات ۸۶۱	Cretinism,
شقیں کروب ۲۳۴	Croup, spasmodic,
ارتقاع الشفت میں پردھسامیت ۲۲۲	Cryesthesia in hyperplasia,
خفاء المصیتین ۱۰۰	Cryptorchidism,
دمہ میں ہساق میں کوشاں کے مرغولہجات ۵۸	Caiselmann's spirals in sputum in asthma,
ششکد کا علاجیہ ۸۱۲	Cushing's syndrome,
زراق کا عیب * مطوان مرض میں ۳۴۰	Cyanosis, cause of, in uterine disease,
معازاد ۴۶۶	oncogenicous,
سِل دیوی میں ۱۲۹	in phthisis,
مرد غشوی ۴۶۶	microbic,
دوری قے ۵۲۴	Cyclical vomiting,
چکر کا دوری مرض ۶۶۶	Cystic disease of liver,
قلب کا ایان قلبیہ غشوی ۲۳۴	Cysticercus cellulosae of heart,
دورے حلیہ کے ۲۲۵	Cysts of larynx,
بقواس کے ۶۱۳	of pancreas,
سم ۲۲۰	Deafness,
عصبی ۲۲۰	nerve,
قلق عدم دمویتیں ۴۲۶	Deficiency anaemia,
انقطاع شجن * قلب کا ۲۲۸	Degeneration, fatty, of heart,
چکر میں ۶۵۹	in liver,
انی * قلب کا ۲۳۰	fibroid, of heart,
عشلہ قلب کا ۲۲۱ - ۲۲۴	myocardial,
شرائین کا * وسیلی ۲۲۲	of arteries, medial,
دیری ۲۲۲	senile,
لونی * قلب کا ۲۲۸	pigmentary, of heart,
مرض ڈرک ۸۱۳ - ۹۰۲	Dereum's disease,
بقواس کے اندونی افراس کی قلت میں ڈاکٹر روش کی "اندونفرق" ۶۱۶	Dextrose, "difference value" of, in deficiency of internal secretion of pancreas,

شکم پی ۲۸۰	Colicoseopy,
درد قہور جیسی قہرے سرخاں مدد مع ۵۶۰	Coffee-ground vomit in carcinoma of stomach,
دور صحت تنفس ۱۶	Cog-wheel breathing,
ذکام ۱۹۰	Cold in the head,
قولنج ۴۰۰	Colic,
التهاب القولون ۵۹۱	Colitis,
شمر ناک ۵۹۳	gravis,
عناقی قشائی ۵۹۱	mucocutaneous,
عناقی ۵۹۱	mucous,
تاریج ۵۹۳	ulcerative,
ششوں کا دھبہ ۴۰	Collapse of lungs,
سولائی کا تھر ۸۵۵	Colloid goitre,
قولونی رکود ۵۶۲	Colonic stasis,
سولہ ناولون ۵۲۳	Coloptosis,
انورسہا میں تار دھنل کرنے کا کوٹ ۳	Cold's wiring in aneurysm,
طریقہ ۳۵۶	
قوما ۴۰ ذیابیطس ۸۶۱	Coma, diabetic,
کا علاج ۸۶۹	treatment of,
نیل شکر دہوڑی ۲۵۰	hypoglycemic,
خون کی موافقت ۴۰۰ ۴۰۰ ۴۰۰	Compatibility of blood,
تدوین قلب کی ۳۱۶	Compensation of heart,
کا نفل ۳۳۰	failure of,
اصد کا تشہاد ۲۳	Compression of trachea,
سورسکاؤ کا مرض ۴۰۹	Conraie's disease,
مدد کا پیدائشی پیشہ ور شو طبق ۵۵۰	Congenital hypertrophic stenosis of stomach,
قبض ۵۶۲	Constipation,
حل دہری ۱۱۳	Consumption,
دائمن ۱۱۶	galloping,
شکر کے رسمی قوس انقباض ۲۳۵	Contractions, carpopedal, of tetany,
ارتفاع انقباض میں تانہ کے تار کی طرح	Copper wire arteries in hyperplasia,
مبتلا شدہ شرائین ۲۲۲	
قلب انور ۳۱۸	Cor bovinum,
اکائی علایت ۳۶۰	Coronary thrombosis,
جسبات شادی ۴۱۸	Corpuscles, enumeration of,
کی شکستہ ۴۱۰	fragility of,
کا سردینہ امتحان ۴۲۲	microscopic examination of,
کارتین ۸۸۹	Cortin,
ذکام ۱۹۰	Coryza,
کھانسی ۴۰ تھام ۴۰ انورسہا میں ۴۵۴	Cough, hoarse, in aneurysm,

تکرر میں دماغی سہال میں کیلشیم ، ۸۴۴	Cerebro fluid in tetany, calcium in,
دماغ میں بساق میں شاکسولیڈز کی قلتیں ، ۸۹	Charcot-Leyden crystals in sputum in asthma,
استحسان سینہ ، ۱	Chest, examination of,
بچوں اسٹوکس تاقس ، ۴	Cheyne-Stokes respiration,
بچہ کی نمیب نما آواز ، ۲۳۵	Child-crowing,
بچوں کی عدم دمویقہ ، ۴۳۵	Childhood, annies of,
سقمہ الحظہ ، ۴۵۲	Chloroma,
الحظہ ، ۴۳۳	Chlorosis,
تاریخ التهابات حاضہ صفر ، ۶۸۱	Cholangitis, suppurative,
التهاب مرادہ ، ۶۴۳	Cholecystitis,
مستمری ، ۶۴۴	gangrenous,
لشموں التهاب مرادہ ، ۶۴۴	Cholecystitis, phlegmonous,
مرادہ نسکری ، ۶۴۱	Cholecystography,
حاصلیت صفر ، ۶۴۶	Cholelithiasis,
مرادہ کی کالیکریٹ ، ۶۴۴	Cholesterosis of gall-bladder,
زلی ، ۳۴۲	Chorea
صلب ، ۳۵۲	minor,
ذلی ، ۳۵۵	paralytic,
ذلی نعلی طاق ، ۳۵۵	Choreic hemiplegia,
کروماتین جسم ، ۸۴۹	Chromaffin body,
نخامہ کالون ترس نفی صلب ، ۸۸۱	Chromophobe adenoma of pituitary,
یووسٹیک کی امارت تکرر میں ، ۸۴۴	Chevotek's sign in tetany,
کیلومر اور کیلومر الکلی استقاء شکس ، ۶۳۴	Chylous and chyliform ascites,
کیلاس مددی ، ۱۸۳	Chylomatosis,
امراض اعضائے دوران خون ، ۲۳۵	Circulation, organs of, disease of,
مل دیوی میں نظام دوران خون ، ۱۲۴	Circulatory system in phthisis,
کمیت زہلی ، بیکری ، ۶۶۹	Cirrhosis, atrophic, of liver,
سراوی ، ۶۵۵	biliary,
مرطاتی ، بیکری ، ۶۵۱	carcinomatous of liver,
یاقی پروڈی ، ۶۶۹	hypertrophic,
طعانی عدم دمویقہ میں ، ۴۵۰	in splenic examn,
بیکری ، ۶۳۴	of liver,
پاؤ ، ۶۳۸	portal,
عرجان متواتر ، ۴۳۵	Claudication, intermittent,
تبدیل آب و هوا ، مل دیوی کے علاج میں ، ۱۳۶	Climate, change of, in treatment of phthisis,
انگیلیوں کی گمز شکل ، مل دیوی میں ، ۱۳۶	Clubbing of fingers, in phthisis,
خون کا حرمت ترویب ، ۱۴۱	Coagulation time of blood,
اورطی کا پیدائشی تضایق ، ۴۵۸	Concretion of norta, congenital,
شکس مرض ، ۸۸۱	Contuse disease,

اور ملی عدم کفایت میں شری نیشن ، ۳۶۷	Capillary pulsation in aortic incompetence,
فوق القیہ کیلئے ، ۸۶۸	Capsoles, suppurative,
کاربوہائیڈریٹ کے متحول کی فعلیات ، ۸۰۴	Carbohydrate metabolism, physiology of,
سرطانی سلمہ ، حنجروہ کا ، بروقی ، ۲۲۶	Carcinoma, extrinsic, of larynx,
حنجرہ کا ، درونی ، ۲۲۵	intrinsic, of larynx,
آنت کا ، ۶۰۷	of intestine,
جگر کا ، ۶۶۳	of liver,
شش کا ، ۶۵۶	of lung,
موی کا ، ۴۸۶	of oesophagus,
پاراپلون کا ، ۷۰	of peritoneum,
معدہ کا ، ۵۵۵	of stomach,
غددہ دونیہ کا ، ۸۵۵	of thyroid,
	See also under Neoplasms and Tumours.
لوہاد کا عدم ارتقاء ، ۴۹۳	Cardia, achalasia of,
قلب کے عمل کی غیر طبعی حالتیں ، ۲۷۹	Cardiac action, abnormalities of,
کا دمہ ، ۵۷ - ۲۳۳	asthma,
کے مزمن مرض کا علاج ، ۲۸۱	disease, chronic, treatment of,
کا درد ، ۴۲۱	pain,
	See also under Heart.
قلبی ربوی ضربات ، ۲۶۲	Cardio-pulmonary murmurs,
شش والوئڈ ، ۴۹۳	Cardio-spasm,
روماتزمی التهاب قلب ، ۳۴۴	Carditis, rheumatic,
کچر وٹین ، سبز ترکار دیاں زیادہ مقدار میں گھماٹے کے باعث ، ۶۲۷	Carotin due to ingestion of large amounts of green vegetables,
رسمی قدمی انقباضات ، تسکیر کے ، ۲۳۵	Carpopedal contractions of tetany,
کیاویل کا عصبیت کا طریقہ ، تدوینی انقباض میں ، ۱۷۹	Carell's method of drainage in tuberculous effusion,
کسرودی گردن ، غزالی انڈیا میں ، ۸۶۶	Cassowary neck in myxodema,
کاسل کے درونی اور بروقی عامل ، ۷۳۰	Catho's intrinsic and extrinsic factors,
۵۳ "بی" دمہ ، ۵۳	"Catho" asthma,
نروں کا ماء ، ذیابیطس ، ۸۲۱	Cataract, diabetic,
نازلت ، شش کا ، ۲۵	Cataract, dry,
موی ، ۵۸۰	intestinal,
نعام دار ، ۳۴	ptotic,
نازائی موی التهاب ، ۵۰۹ - ۵۸۰	Catarhal enteritis,
یرقان ، ۶۳۰	jaundice,
التهاب حنجروہ ، ۲۱۶	laryngitis,
انٹی کاتارک استعمالی ، ذات الریہ میں ، ۶۶	Catheter, nasal, use of, in pneumonia,
ریش تنگی دماغی سلمہ ، ۴۴۴	Cerebral attack, hypertensive,
مزمن دماغی لیٹیت ، ۴۴۴	softening, chronic,

لڑے شعبات کا تسدد ، ۶۵	Bronchi, large, obstruction of,
شعبی تنفس ، ۱۵	Bronchial breathing,
تسد الشعب ، ۵۳	Bronchiectasis,
خشک ، ۲۵	dry,
لڑے شعبات کے تسدد میں ، ۶۶	in obstruction of large bronchi,
انقباضی شعیباتی التهاب ، ۱۰۶	Bronchiolitis, obliterative,
شعبی التهاب ، ۲۷	Bronchitis,
حاد کے علامات ، ۲۹	acute, symptoms of,
اور دمہ ، ۵۶	asthma and,
مزمن کے علامات ، ۳۳	chronic, symptoms of,
خشک ، ۳۴	dry,
تسکونی ، فائبرینی یا کروی ، ۳۵	plastic, fibrinous or crumous,
مکندہ یا متفن ، ۳۵	putrid or fetid,
شعبہ موتی ، ۲۰	Bronchophony,
شعبی ذات الثریہ ، ۹۸	Broncho-pneumonia,
انتانی ، ۱۰۰	confluent,
اولی ، ۹۸	primary,
ثانی ، ۹۹	secondary,
تدری ، ۱۱۳	tuberculous,
نزلہ شعبہ ، ۳۳	Bronchorrhea,
شعبہ بینی ، خراج شعی میں ، ۱۰۲	Bronchoscopy in abscess of lung,
شعبی تسدد میں ، ۷۸	in bronchial obstruction,
تسد الشعب میں ، ۴۷	in bronchiectasis,
دمہ کی تشخیص میں ، ۶۱	in diagnosis of asthma,
حرو نما سی ، ۱۰ - ۲۱	Bruit d'airain,
ڈائٹراسی قتی میں ، ۱۱۱	in diaphragmatic hernia,
حرو خذروق ، عدم دمویت میں ، ۲۳	Bruit de diable in anæmia,
صوت غرولہ شکست ، سیل میں ، ۱۳۷	Bruit de pot fêlé in phthisis,
شون میں قنوی عذوقہ کا نعل "حاکمہ" ، ۸۴	Bruit de cœur. See Murmure.
نریایش میں شعبی تسج ، ۸۲۰	Buffer action of alkali reserve in blood,
سے دوقتی شفق ، ۸۶۷	Cachetic oedema in diabetes,
دموی کیلشیم ، چھوٹی گائڑ میں ، ۸۶۳	Cachexia strumipræva,
شون کے اندر کیلشیم ، ۸۶	Calcium, blood, in exophthalmic goitre,
دماغی نخاعی سیال کے اندر کیلشیم تسکوز میں ، ۸۷۳	in blood,
حصوات اور حصاء ، مٹراوی ، ۶۷۶	in cerebro-spinal fluid in tetany,
بنترامی ، ۶۶۳	Calculi and Calculus, biliary,
حرو داکمن ، ۲۵۲	pancreatic,
	Chatter-rhythm,

دماغی * ۷۷۳	Blooders,
عمر آمدہ * ۷۹۰	Bleeding time,
پریشور دماغی * ۷۹۱	in purpura,
خون کے ترشہ اساس توازن کے تحت ہونے کی مثالیں * ۷۹۰	Blood, acid-base balance of, types of disturbance of,
کے لٹری محفوظ کی تعریف * ۸۱۱	alkali reserve of, definition of,
کے باقی کاربونیٹ کی تعریف * ۷۸۱	bicarbonate, definition of,
میں کپسولیم * ۸۱۱	calcium in,
چھوٹے کائنات میں * ۸۱۳	in capillary action,
دماغی جوش کا وہی خلیہ کی توزیع کا خاکہ * ۷۸۸	cell distribution curve, Price-Jones',
خون کے تغیرات وہ میں * ۷۹۰	changes in sediment,
مزمن شہر التهاب میں * ۳۹۱	in chronic leucocytosis,
قلب کے تشوہات میں * ۳۰۸	in malformations of heart,
کی ترویج * ۷۹۰	coagulation of,
کی موالات * ۷۷۸، ۷۷۷	compatibility of,
کا شمار * ۷۹۸	count,
طبعی * ۷۳۳	curved,
کا امتزاج * ۷۹۰	examination of,
کے گروہ * ۷۷۸	groups,
کی مدد میں موجودگی کے لیے نشانات * ۷۱۳	in stomach, tests for,
میں مزید نمایاں کی امداد * ۷۹۱	leucocytes in, number of,
کے طبی اجزاء کے ترشہ * ۷۹۰	normal constituents of,
کی توجہ شادی * ۷۹۱	platelet-counting,
کا نمائندہ * ۷۷۷	reaction of,
ذیابیطس شکر میں دماغی شکر کی برداشت * ۸۰۹	sugar tolerance in diabetes mellitus,
نقل الدم * ۷۷۷	transfusion,
خون کا امتزاج * ۳۶۸	vessels, examination of,
نرل معوی * ۷۷۷	Bowel, hemorrhage from,
خاموشہ میں بیٹا آکسی پروٹائرن ایسڈ * ۸۱۶	B-xanthuric acid in urine,
بیمار قلب * ۳۹۰	bradycardia,
پرلان میں * ۳۶۸	in jaundice,
بیش قناتی دماغی حملہ * ۳۳۳	Brain, hypertensive, cerebral attack,
مزمن دماغی قناتی * ۳۳۳	softening of, chronic,
نحاشی کھانسی نارسا میں * ۳۳۳	Bruno's cough in aneurysm,
ترشہ دمیت میں مائیکس ہولہولہ * ۸۳	Breathing. See under Respiration,
تدوی انصاف کے علاج میں برستو کی بیٹہ * ۷۷۷	Breathlessness in sedentia,
	Driscoll's belt in treatment of tuberculous effusion,

افزائی ویشکی انقباض + ۲۰۴	Auricular fibrillation,
درفہ + ۳۰۱	flutter,
افزائی بطنی گروہ + ۲۳۵	Auriculo-ventricular node,
استماع شراہین + ۲۰۶	Auscultation of arteries,
سینہ + ۱۰۰	of chest,
قلب + ۲۵۰	of heart,
نوردہ + ۲۴۹	of veins,
استماعی قرع + ۲۰	Auscultatory percussion,
مرض ایروزا + ۳۶	Ayorea's disease,
تدری عصیات کی تلوین + ۱۳۲	Bacilli, tubercle, staining of,
بیرٹومی التهاب دروں قلب + ۳۹۰	Bacterial endocarditis,
التهاب حشفہ + قیاسی میں + ۸۲۰	Balanitis in diabetes,
	Baldness. See Alopecia.
نصوعی استرواح الصدر میں پیٹھواری غبارگی	Ballooning of pleura in artificial pneumothorax,
یاقسکی + ۱۳۳	
یٹھو کا مرض + ۴۵۰	Banti's disease,
کالین قدی الخطاط + ۴۹۰	cirrhosis,
یٹھنگے نور یٹھ کا انکشاف انولین + ۸۰۹	Banting and Best's discovery of insulin,
یٹھنگے کا علاج فرس میں + ۹۰۲	Banting's treatment in obesity,
اساسی تحول + ۴۹۹	Basal metabolism,
باسیڈو کا مرض + ۵۶	Baschow's disease,
نظامیہ کا اساس یٹھ قدی سلمہ + ۸۸۹	Basophil adenoma of pituitary,
نظمہ دار اساس یٹھ + ۴۳۰	Basophilia, punctate,
التهاب زائدہ میں امارت باسیڈو + ۶۰۹	Bacteriæ's sign in appendicitis,
استماعی قرع میں جرمی آواز + ۲۱۴	Bell sound in auscultatory percussion,
بول میں شکر کے لیے پیٹھو گٹ کا سمیٹ کاٹھ + ۸۸۱	Benedict's qualitative test for sugar in urine,
باسیڈے کے قرات + ۸۰۸	Benson's granules,
فرس میں برگونی علاج + ۹۰۵	Bergson's treatment in obesity,
یٹھ نور یٹھنگے کا انکشاف انولین + ۸۰۹	Best and Banting's discovery of insulin,
دموی باقی کاربونیٹ کی تعریف + ۸۱	Bicarbonate, blood, definition of,
حقیقتصر اویہ کے لیے کاٹھ + ۶۲۸-۶۲۹	Bile pigment, test for,
صفراوی آلہ کے امراض + ۶۴۳	Biliary apparatus, diseases of,
کا امتحان + ۶۴۰	examination of,
سنگ ہائے صفرا + ۶۴۹	Biliary calculi,
صفراوی کیفیت + ۶۵۰	cirrhosis,
تنفس یو + ۶	Best's respiration,
قیاسی علیخ میں متانہ کا استماع اور یٹھ	Bladder, dilatation and hypertrophy of, in diabetes insipidus,
پرورشی + ۸۸۶	

اوربلی ضیق ° ۴۶۳	Astetic stenosis,
نوزاد اوربلی حلقہ ° غروت دھن میں ° ۴۶۴	Axonal granuloma in ocul sepsis,
نیمر اسکوزی عدم دیویت ° ۴۶۵	Aphakic astigmat,
الٹیام زائدہ ° ۴۶۶	Agglutination,
زائدی سڑ چشم ° ۴۶۷	Appendix dyspepsia,
شریانی دباؤ ° ۴۶۸	Arterial pressure,
بلند ° ۴۶۹	high,
دیوار کی برجیت ° ۴۷۰	wall, nature of,
شریانی کاسٹیاخ ° ۴۷۱	Astrosia, auscultation of,
شریانی قمری لیٹ ° ۴۷۲	Astria-capillary sclerosis,
شریانی صلابت ° ۴۷۳	Atherosclerosis,
شریان صلابت الٹیام شبکیہ ° ۴۷۴	Arteriosclerotic retinitis,
شریانی الٹیام ° ماد ° ۴۷۵	Arteritis, acute,
حاری ° ۴۷۶	infective,
آتش کی ° ۴۷۷	syphilitic,
تدرقی ° ۴۷۸	tuberculous,
الٹیام مفاصل ° حیر و عاتریں ° ۴۷۹	Arthritis in rheumatic fever,
شہستوسیت ° ۴۸۰	Arteriosis,
استسقاء شکمی ° ۴۸۱	Ascites,
کیٹروسی اور کیٹروسی شکل ° ۴۸۲	chylous and chyliform,
اسے نکال دینا ° ۴۸۳	Azorbic acid,
دریخت کے علاج میں ° ۴۸۴	in treatment of haemophilia,
استسقاء الٹیام تادور کے علاج میں ° ۴۸۵	Aegition in treatment of pericarditis,
مقامی الحاق ° ۴۸۶	Aegixia, local,
ایسپرین کے لیے حساسیت ° ۴۸۷	Aspirin, sensitiveness to, in asthma,
دہ ° ۴۸۸	Asthma,
اور شعوی الٹیام ° ۴۸۹	bronchitis and,
قاری ° ۴۹۰	cardiac,
ساری اور عکاس ° ۴۹۱	infective and reflex,
عدم کدالریہ ° ۴۹۲	Atchetaia pubescens,
تاکامی ° ۴۹۳	Atchetaia,
الٹیام و ما ° ۴۹۴	Athromia,
الٹیام و مائی نرہ ° ۴۹۵	Athromiosis there,
الٹیام و مائی صلابت ° ۴۹۶	Atherosclerosis,
ذبول ° حاد و مفر ° بکر ° ۴۹۷	Atrophy, acute yellow, of liver,
ولف اندمی ° ۴۹۸	bachemic,
ذبول ° ۴۹۹	Atrophy,
تحت الحاد ° بکر ° ۵۰۰	subacute, of liver,
ضیقہ اور باخ ° ۵۰۱	Auerbach's plexus,



سلسلہٴ شجرہٴ کرامت و اہل بیت

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

عمل طب

ای۔ پی۔ پولٹن، ایم۔ اے، ایم۔ ڈی (آکسن، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لندن)

بمعاذت

سی۔ پی۔ سیمنڈز ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر، آر۔ ڈی۔ گیلی، این۔ ایچ۔ فیئرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ ہائیس
ڈاکٹر محمد عثمان خالصاحب، ایل۔ ایم اینڈ ایس (بمبئی)، رکن سررشتہ تالیف و ترجمہ

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع پانز دہم ۱۹۳۷ء

ڈاکٹر سی۔ آر۔ محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس رکن سررشتہ تالیف و ترجمہ

۱۳۶۲ھ بمطابق ۱۳۵۴ء شمس ۲۳ ص ۱۹۶۴ء

دارالطبع اسلامیہ کتب خانہ دارالافتاء

یہ کتاب ہے اینڈ لے پرنٹس لینڈ لندن کی اجازت
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں ترجمہ کر کے
طبع و شائع کی گئی ہے۔

مضامین

امراض اعضاء بول

صفحہ
۱۱۴ تا ۱۱۳

- گردے اور مثانہ کا امتحان، ۱۔ امتحان بول، ۴۔ تعال، ۸۔
البيومين بوليت، ۱۴۔ دم بوليت، ۲۰۔ سبانک، ۲۳۔ کلوی
وظائف کی تخمین، ۲۶۔ مرض برانٹ، ۳۰۔ عاود التهاب گردہ، ۳۴۔
تحت الحاد گوئی انوبی التهاب گردہ، ۳۸۔ مزمن گوئی انوبی التهاب
گردہ، ۵۵۔ متقلب الشریان گردہ، ۶۵۔ جراثیم بوليت اور
عصبی بوليت، ۷۰۔ التهاب کلیه و حوض الکلیه (التهاب
حوض الکلیه)، ۷۱۔ انتقالی التهاب گردہ، ۷۹۔ التهاب گرد کلیه
اور خراج گرد کلوی، ۸۰۔ تدرن، ۸۲۔ استقار الکلیه، ۸۷۔
نوبالیدیں، ۹۲۔ دویری مرض، ۹۶۔ حرکت پذیر گردہ، ۹۸۔ سنگ،
۱۰۱۔ وطنی البیومین بوليت، ۱۰۹۔

۱۱۵ تا ۱۱۴

ہڈیوں، مفاصل اور رباؤں کے امراض

- روما تزی (ریشی) امراض، ۱۱۵۔ ساری التهاب مفصل، ۱۱۶۔ لیفی
التهاب، ۱۱۷۔ ریشیت آسا مفصلی التهاب اور مفصلی التهاب، ۱۲۰۔
نقرس، ۱۳۱۔ بیش پرورش ریوی مفصلی، ۱۴۱۔ عدم نمو،

غضروف، ۱۴۳۔ نامکمل تھکون العظام، ۱۴۴۔ تشہری عظمی السباب، ۱۴۵۔

وہ امراض جو غذا میں بعض اجزاء کی کمی کے باعث لاحق ہوتے ہیں ۱۴۸ تا ۱۸۲

مغین غذائی اجزاء، ۱۴۸۔ ہیری ہیری، ۱۵۲۔ وبائی استسقاء، ۱۵۷۔
پیلاگرا، ۱۵۸۔ دار الحضر، ۱۶۲۔ کساحہ، ۱۶۸۔ لئینہ العظام، ۱۷۹۔

۲۰۲ تا ۱۸۳

بعض مزمن قسم

اکلیت، ۱۸۳۔ ہڈیاں سکڑی، ۱۸۴۔ قسم کاربن مان آکسائیڈ، ۱۸۹۔
ریسمائی قسم، ۱۹۰۔ پارے کا قسم، ۱۹۹۔ شکلیا کا قسم، ۲۰۰۔
میکینس کا قسم، ۲۰۱۔

۵۹ تا ۲۰۳

عصبی اور عضلی نظامات کے امراض

اطلاقی تشریح اور فعلیات، ۲۰۶۔ مرکزی نظام عصبی کی دمو
رسد، ۲۲۵۔ عقی مشارکی ریشہ، ۲۲۷۔ دماغی نظامی سیال، ۲۲۹۔
مخیملی اعصاب اور عصبی جڑوں کے اضرار، شعاع کے اضرار،
۲۳۰۔ دماغ کے اضرار، ۲۳۴۔ عصبی نظام کا سریری امتحان،
۲۵۱۔ امراض اعصاب، ۲۸۹۔ شمار، ۲۹۲۔ بصری،
۲۹۳۔ تیرے، چوتھے اور چھٹے، ۲۹۵۔ خیم، ۲۹۶۔ وجہ، ۲۹۸۔
سمعی اور دلیسیزی، ۳۰۱۔ لسانی بلعوی، تاپہ، ۳۰۶۔ نظامی
مغین، ۳۰۷۔ تحت اللسانی، ۳۰۸۔ بالائی عقی، ۳۱۰۔ حجابی،
۳۱۱۔ مونرمدی، ۳۱۲۔ منحنی، عضلی مرغوی، ۳۱۳۔ زندگی،
۳۱۵۔ وسطی، ۳۱۶۔ عضدی ضفیو، ۳۱۷۔ عقی پسلیاں،
۳۲۰۔ لسانی، ۳۲۲۔ ابضی، ۳۲۳۔ عرق النساء، ۳۲۴۔

- وجع الفخذ فاسد المحس، کثیر عصبي التهاب، ۳۲۰۔ محدود المقام
عصلي شنج، ۳۲۸۔ بچکی، ۳۲۹۔ امراض فحاج، ۳۲۰۔ انشقاق،
۳۲۱۔ سلعات، ۳۵۳۔ التهاب نخل، ۳۵۴۔ نزف، ۳۶۵۔
منتشر صلابت، ۳۶۷۔ شخاعی جو فیت، ۳۷۰۔ نزال ظہری، ۳۸۱۔
تحت الحاد مخلوط انحطاط، ۳۹۸۔ فریڈرک کی بے شقی، ۴۰۴۔
شفتوی عصلي ذبول، ۴۰۷۔ حرکی عصبيوں کا مرض، ۴۰۹۔ شلل
لندری، ۴۱۵۔ پیرانہ پالنج، ۴۱۸۔ سحائی التهاب، ۴۱۸۔
تقصی، ۴۲۰۔ آتشکی، ۴۲۳۔ اندرونی نزفی التهاب سحایا،
تخفیه، ۴۲۷۔ شخاعی التهاب سحایا، ۴۲۹۔ امراض دماغ،
نزف، ۴۳۱۔ دماغی سداویت و علقیقیت، ۴۳۸۔ مزمن مائی
لینت، ۴۴۴۔ دماغی جو فوں کی علقیقیت، ۴۴۶۔ تحت العکبوتیہ
نزف، ۴۴۸۔ التهاب دماغ، ۴۵۱۔ باقی التهاب دماغ، ۴۵۴۔
خراج، ۴۶۸۔ دماغ کی کو فگی، ۴۷۲۔ رضیعی دماغی دو مجابی
فالج، ۴۷۹۔ خاندانی گنتی (ہلمی)، ۴۸۱۔ دماغی لطخی انحطاط، ۴۸۲۔
شلل ذری التهاب دماغ، ۴۸۳۔ دینی ذبول، ۴۸۴۔ کبک عدا
انحطاط، ۴۸۵۔ شلل امترازی، ۴۸۶۔ سلعات، ۴۹۲۔ برمن
استقار الدماغ، ۵۱۹۔ عمومی شلل مجانین، ۵۲۶۔ نمٹلنی وارلرس
۵۳۲۔ صرع، ۵۳۲۔ رضیعی تشجات، ۵۵۱۔ شقیقہ، ۵۵۳۔
عصلي رجفہ، ۵۶۱۔ ورائی کثیر عصلي رجفہ، ۵۶۱۔ قلعیا، ۵۶۲۔
شخی گرونی، ۵۶۵۔ اعتقال کاتبین اور مثال عصبيات
۵۶۸۔ وجع العصب، ۵۷۲۔ سہ توامی وجع العصب، ۵۷۳۔
امراض عضلات، ۵۷۵۔ عصلي ذبول، ۵۷۶۔ متبونی عصلي
سو و تغذیہ، ۵۷۷۔ مرض تھاسین، ۵۸۳۔ ذبولی عصلي تیندگی، ۵۸۵۔
پیدائشی عدم تفرش عضلہ، ۵۸۶۔ خاندانی نو فٹی شلل، ۵۸۷۔ مترقی
عصلي نباکت، ۵۸۸۔ عضلات کے بعض دیگر عوارض، ۵۹۱۔

۴۵۹۵ء

ذہنی امراض

نفسانی اصول ۵۹۵ - جماعت بندی ۶۰۴ - امراض النفس کے
 امتحان کے طریقے ۶۰۸ - نفسی عصبانیتیں تشویشی عصبانیت
 ۶۲۷ - ہیریا ۶۳۶ - تار شری یا وجہانی تعامل والی قسمیں مانیاں
 انحصاری اور انحصار النفس ۶۶۶ - تکشی یا تحویا ۶۷۶ - اشتقاق لذتی
 تعامل والے اقسام (عقاسیت قیاد) ۶۸۱ - جنت ۶۹۳ - فتور عقل
 ۶۹۸ - عضوی تعامل والی قسمیں ۶۹۹ - ساری خشگی اور ادوار النفس
 ۷۰۱ - شبیہ ریوانگی ۷۰۳ - مرض الزہیم ۷۰۴ - نفسی مرضی تعامل والی
 اقسام ۷۰۵ - قلت ذہن ۷۰۸ - کو میک مرقا بے ذہنی ۷۱۴ -
 مغولی بے ذہن صلابتی بے ذہنی ۷۱۵ - عالم اطمینان ۷۱۶ -
 قانونی تعلقات جنون کی تصدیق ۷۱۸ - قلت ذہن
 ۷۳۱ - وصیت کی قابلیت ذمہ داری جرم ۷۳۳ -

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

THE PRACTICE OF MEDICINE

عمل طب

505

جلد سوم

امراض اعضائے بول

کردے اور مثانہ کا امتحان

گردہ طبی حالت میں گیارہویں نظری فقرے کے زیرین کنارے سے دوسرے قطنی فقرے کے زیرین کنارے تک وسعت رکھتا ہے، اور اس کا اندرونی مائیدہ درمیانی خط سے اوسطاً ۲ انچ فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور وہ اپنے محصور کرنے والے شمی بافت کے کیمہ کے ذریعہ اس کے سامنے کی باریک بینی کے ذریعہ اور کروی عروق کے ذریعہ اس وضع میں خوب جا ہوا ہوتا ہے۔ گردوں کا عقل و قعر جسم کی اگلی سطح پر ایک ۲x۸ انچ کی مستطیل شکل سے متناظر ہوتا ہے، جس کا زیرین لب اہلوتا ناف کے لیول پر اور چوٹے پہلو خط درمیانی سے

ہر طرف چار پنجے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔
 گزردہ مسکوس نہیں کیا جاسکتا، لیکن وہ منہول اشخاص میں مسکوس ہو سکتا ہے، یا
 اسوقت جبکہ وہ بڑا ہو گیا ہو، یا اسوقت جبکہ وہ معمول کی نسبت زیادہ حرکت پذیر
 (حرکت پذیر کی گزردہ = movable kidney) ہو، یا جبکہ وہ اوپر کے مرض سے پیچھے
 دھکیل دیا گیا ہو۔ ہر پہلو کا امتحان دو دستی طریقہ سے کرنا چاہئے، اور مریض کو ایک گہری
 سانس لینے کی ہدایت کر دینی چاہئے۔ یا ڈبے اشخاص میں پہلو کو ایک ہاتھ سے اس طرح
 پکڑ لیا جائے کہ انگلیاں پیچھے اور انگوٹھا سامنے کی طرف ہو، بڑا ہوا گزردہ ایک درم بنا دیتا ہے،
 جو پیچھے کی طرف سے ٹٹولنے پر کوکھ کو پرکرتا مسکوس ہوتا ہے۔ اور سامنے کی طرف سے ہاتھ
 اس آٹاس کے بالائی حصے اور منطی مارتھ کے درمیان ڈالا جاسکتا ہے۔ گزردہ ان امیڈیں
 بڑے بگڑا اور بڑی طمل سے اختلاف رکھتا ہے، اور اعمال ذکر کی شکلیں بھی متبذرت ہوتی ہیں۔
 مزید پکڑا اگر تودے کے سامنے قولون کی گنگ پائی جائے تو وہ طمل یا بگڑا نہیں ہے۔ مبیضی
 سلعہ (ovarian tumour) نیچے سے اوپر کو بڑھتا ہے، لیکن کٹوی سلعہ اوپر سے
 شروع ہو کر نیچے کی طرف بڑھتا ہے۔ ماسا رلیقی غدہ خیطہ دیانی سے اس سے قریب تر
 واقع ہوتے ہیں کہ جتنا گزردہ ہوتا ہے اور وہ نہایت گہری تودے بناتے ہیں۔ جڈا جڈا بڑے
 ہونے غدہ نسبت بڑے تودے کی نوعیت کا پتہ دیتے ہیں۔

یوروسیلیکٹان بی (uro-selectan B) ایک آئیوڈین مشمول رکھنے والا
 پیرئین کا مرکب ہے، جولا شعاعوں کے لئے غیر شفاف ہے اور گردوں کی راہ سے خارج
 ہوتا ہے، اور امتحان کے لئے ایک عمدہ ذریعہ ہے۔ زجاجوں میں ایک بالغ کے لئے
 اس خضاب کے ۱۵ اگرام محلول کے ۲۰ سی سی میں موجود ہوتے ہیں۔ اور اس کا دروں میں بڑی
 طور پر اثر پایا جاتا ہے (۸)۔ ابروڈیل (abrodil) ایک قبائل تجربہ سے بڑی پکڑی
 اثراب سے پہلے اور اس کے تین '۷' اور ۱۵ منٹ کے بعد شعاع نکاشتیں لی جاتی ہیں
 ایک جابخی شعاع نکاشت بھی لینی چاہئے۔ ہر گزردہ کا پورا رقبہ ایک پچھلے سالے کے
 طور پر نظر آتا ہے، اور تین منٹ کے اندر ایک ممتیت حوض کے اندر نظر آنے لگتی ہے،
 اور ۱۵ منٹ کے اندر پورا حوض مع کمالات، مالب اور شاذ کے نظر آسکتا ہے۔ لہذا
 گردے کی شکل، محل وقوع، اور شرح اخراج (گھویا یہ خضاب کٹوی و فلیڈ کا بھی کاشتہ ہے)



الف۔ طبی عرض کمالات اور اعصاب۔ (شمارہ نچشت مرطبات سے اکٹھے لی ہے)



ب۔ ایسا کوئی تہہ نہ ہو۔ عرض کمالات اور باطنی سبب کسی قدر متسع ہیں۔ قوی کھنکی مار کر ریشہ پانی نکال دیا۔ یہ ہیں۔ یہاں سارے نرکب کی وجہ سے ہیں۔ گردہ پرادی۔ نمونہ سینسٹریٹر ڈسپینسری کے چارٹ خانہ میں ہے۔ مستربہ ہیں۔ یہ ریشہ کی اعصاب۔ دایاں گردہ بھی ہے۔



الف۔ بیاں نہیں ہے۔ ویاں غیر مشرب ہے۔



ب۔ ویاں استسقا، اکیک، دوش کمالات، و غالب مست ہے۔ اشعار فحشیں مسرزن سے لاک نے لی ہیں؟

حوض اور مالبہ کی جسامت، شکل اور محل وقوع اور ان کا تعلق ان سایلوں سے جو کہ حصوات کا ایسا کرتے ہیں، بالیدوں کی وجہ سے تشوہ اور نقص پُری، 'تشنی' اور استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) دریافت کئے جاسکتے ہیں۔ اگر ایک شعاع شگفتہ انتصابی وضع میں لی جائے تو گردے کے منقوط کی مقدار دریافت کی جاسکتی ہے (صفحہ ۳۹)۔

بعض اوقات شائد بین کی مدد سے گردوں کی حالت کے متعلق قابل قدر معلومات حاصل ہو سکتے ہیں۔ اگر ایک یا دو سرگڑا الہتاپ حوض الکلیہ (pyelitis) الہتاپ حوض الکلیہ و کلیہ (pyelo-nephritis) سمندنی مرض، یا کسی خاص ضرر سے ماؤف ہے اور مالبہ بھی ماؤف ہو گیا ہے تو ممکن ہے کہ شائد میں مالبہ کا وہ نہ منفذ ہو اور اُس کے لب متورم اور متصل غشائے مخاطی عورتی ہو۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ آیا مرض ایک ہی گرد میں محدود المقام ہے، حاملین کے اندر قانایط داخل کر کے دونوں مالبوں کا پیشاب جدا جدا نکالا جاسکتا ہے۔ ہر گردے سے نکلے ہوئے پیشاب کا اضافی حجم دیکھا جاتا ہے اور خون، پیپ اور البیومین کے لئے اُس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ گردے کے بعض پیدائی تشوہ (congenital malformations) استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) مالبہ کے تشنی حوض کلیہ میں کلوی سلعات کے اُبھر آنے کی حالت اور سنگ گردہ کی تشنیں کے لئے قہقری حوض نگاری (retrograde pyelography) سے بہت امداد حاصل ہو سکتی ہے۔ مالبہ کی قشریت سے بول کو خارج ہو جانے دیا جاتا ہے اور سوڈیم برومائڈ کا ۲۰ فیصدی محلول، جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتا ہے، با احتیاط اندر داخل کیا جاتا ہے اور پھر ایک شعاع شگفتہ لے لی جاتی ہے۔ طبی حوض کلیہ اس محلول کے ۶ سی سی کو اندر داخل ہونے دیکھا۔ کوئی معدم مس دوا نہیں دی جاتی اور اگر کمر میں درد محسوس ہو تو اثراب موقوف کر دیا جاتا ہے۔ ایک نشست میں صرف ایک ہی مالبہ میں قانایط داخل کیا جاتا ہے۔ شائد کو ظاہر کرنے کے لئے ۱۰ فیصدی سوڈیم برومائڈ یا ۱۰ فیصدی کولائیڈل سلور (colloidal silver) کا استعمال کیا جاسکتا ہے (۱)۔

(ملاحظہ ہو صفحہ ۴۵)۔

امتحان بول

مقدار - جسم کا آبی مافیہ سفید کی راہ سے لئے ہوئے پانی اور اس پانی کے درمیان ایک توازن ہے جو کہ دروں سے بصورت بول، جلد سے پسینہ کی صورت میں اور پھر عیسوی سے، اور براز وغیرہ میں خارج ہوتا ہے۔ بول کا افراز خون کی اس مقدار پر منحصر ہوتا ہے جو گردوں میں ہو کر بہتی ہے۔ افراز بول کی زیادتی کو کثرت البول (polyuria) کہتے ہیں، اور اس کے آسریا انقطاع کو آسریا البول (anuria) کہتے ہیں جس کو احتباس (retention) سے کم تر کرنا چاہیے۔ ادغال سیالات سے اور سردی میں جسم کے شگفتہ سے بول کا حجم بڑھ جاتا ہے، کیونکہ آخر الذکر حالت میں پسینہ کا افراز کم ہو جاتا ہے۔ لیکن پانی پینے سے محض زرخیز سے، خوب پسینہ آنے سے، اور نظام دوران خون سے نقصان سیال واقع ہونے سے بول کا حجم گھٹ جاتا ہے۔ بول کا روزانہ اوسط حجم ۱۵۰۰ کعبہ سنٹی میٹر ہے۔

دورانی مرض میں، اختلافات مندرجہ ذیل حالتوں میں دیکھے جاتے ہیں و ثانوی متنبہ گردے (secondary contracted kidney) میں، داخلی مرض کی شاذ اسباب میں، ذیابیطس شکر (diabetes mellitus) میں، اور ذیابیطس شکر میں سیلان بول زیادہ ہو جاتا ہے۔ ایک عارضی زیادتی ہسٹریائی حلوں میں دیکھی جاتی ہے، یا بعض عصبی ہیجان کا نتیجہ ہوتی ہے (یہ عصبی ہیجان اکثر اوقات زندگی کے عرصہ کے لئے طبعی امتحان کے دوران میں بھی ہو جاتا ہے) نیز مدد بول فعل رکھنے والی اشیاء سے بھی عارضی زیادتی ہو جاتی ہے، جیسے کہ آسریٹس (acetates)، سائٹریٹس (citrates) اور ٹارٹریٹس (tartrates) اور شاید نہایت عام طور پر انکی مشروبات سے۔ مندرجہ ذیل حالتوں میں قلت بول یا آسریا البول ہوتا ہے۔ حاد الہتیب گرد (acute nephritis) آب دومیتی الہتیب گردہ (hydrémie nephritis) تشدد غالب میں باشندہ شش اس صورت کے کہ دور اگر وہ اتنی قوت رکھتا ہو کہ اپنی معمولی مقدار سے دوفی کا افراز کر دے، عمومی اعمال، اور قبل قلب میں، متواتر تھے یا بہ کثرت اسہال

کے بلند۔

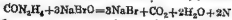
کثافت نوعی - یہ بول کے جامدات کی مقدار کے ساتھ براہ راست اور پانی (یعنی خود بول) کی مقدار کے ساتھ بالعکس اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اس کی تعیین کے لئے ایک آب میا (hydrometer) استعمال کیا جاتا ہے جسکو بول پیم (urinometer) کہتے ہیں۔ اگر بول کی مقدار اتنی کم ہو کہ بول پیم اس میں تیر نہ سکے تو اسے حسب ضرورت پانی کے ایک، دو، یا تین جموں کی آمیزش سے ترقیق کر سکتے ہیں، اور ایسی صورت میں کثافت نوعی حاصل کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ اس کے آخری دو عددوں کو اس عدد سے ضرب سے دی جائے جو کہ ترقیق ظاہر کرتا ہے۔ کثافت پیش کے ساتھ ساتھ اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ صحیح انداز کے لئے ضروری ہے کہ تمام مشاہدات ۶۰ درجہ فارن ہائیٹ پر کیے جائیں، یا ۶۰ درجہ فارن ہائیٹ سے اوپر ہر درجہ فارن ہائیٹ کے لئے کثافت کا ایک درجہ اور شامل کر کے ان کی تصحیح کر لی جائے۔ حالت صحت میں بول کی کثافت نوعی ۱۰۱۵ تا ۱۰۲۵ ہوتی ہے۔ کثرت بول پیدا کر دینے والے بیشتر اسباب اس کو گھٹا کر ۱۰۱۰، ۱۰۰۶، ۱۰۰۴، یا اس سے بھی کم کر دیتے ہیں۔ قلت بول کے تمام اسباب کثافت نوعی کو بڑھا دیتے ہیں۔ ذیابیطس شکر کی میں کثافت نوعی بڑھ کر ۱۰۳۰، ۱۰۴۰، یا ۱۰۵۰ ہو سکتی ہے، اگرچہ اس حالت میں مقدار بول معمولی مقدار سے کسی گنا زیادہ ہوتی ہے۔ اس استثنائی حالت کا سبب شکر کی بڑی مقدار کا غیر طبعی اخراج ہوتا ہے۔ البیٹومین سپت اعلیٰ بلند دونوں اقسام کی کثافت نوعی رکھنے والے بول میں پایا جاتا ہے۔

خون اور بول کے مختلف ترکیبی اجزاء کی اضافی مقادیر اور ان کی گنت کی اوسط برآمد صفحہ 423 پر کی جدول میں ظاہر کی گئی ہے۔ ان میں سے بعض کا بیان درج ذیل ہے:-

یوریا (urea) - یہ بول کے مجموعی جامدات کا تقریباً نصف حصہ بناتا ہے اور جسمانی نائٹروجن کے خارج ہونے کی خاص شکل ہے۔

کچی تخمین - یوریا کی تخمین کا ایک سہولت بخش طریقہ یہ ہے کہ سوڈیم ہائپو برومائیٹ (sodium hypobromite) (یا ہائپو کلورائیٹ: hypochlorite)

شامل کر کے اُسے کاربوئیک 'ایسڈ' پانی اور نائٹروجن میں تحلیل کر دیا جائے۔



ہول کی ایک ناپنی ہوئی مقدار (کیوبک سینٹی میٹر) ہائیڈرووائٹ کے محلول کی ایک مقدار کے ساتھ ایک شیشی میں ملا دی جاتی ہے، اور نائٹروجن کو ایک درجہ دار ٹی میں جمع کر کے ناپ لیا جاتا ہے۔ شیشی اور ٹی پانی سے گہری ہوتی ہے تاکہ تیش مستقل رہے۔ ہائیڈرووائٹ کا محلول رکھا رہنے سے ذرا جلد ہی تحلیل ہو جاتا ہے۔ نائٹروجن ناپ لی جاتی ہے، اور اُس پر سے یوریا کی مقدار کی تخمینہ اس حقیقت کی بنا پر کرنی جاتی ہے کہ اُس کا ایک گرام اس گیس کی ۲۷۰ سی سی (کیوبک سینٹی میٹر) سے متناظر ہوتا ہے جو ۱۵ درجہ اور ۷۰ ملی میٹر پر پانی کے اوپر ناپنی گئی ہو۔ ۲۲ گھنٹوں میں یوریا کی برآمد کی تعیین 'پروٹینی تحول' کی مقدار کا ایک سرری ناپ ہے۔ آخر الذکر کو ناپنے کا ایک صحیح طریقہ یہ ہے کہ کمال دہل (Kjeldahl) کے طریقہ سے پیشاب کی کلی نائٹروجن کی تخمینہ کیا جائے۔ براز، پسینہ وغیرہ میں ضائع شدہ نائٹروجن کا بھی لحاظ رکھنا چاہئے۔ طبعی حالات کے تحت جسم کا نائٹروجنی مافیہ مستقل رہتا ہے، چنانچہ نائٹروجن کا اخراج ٹیکسک اُس مقدار کے برابر ہوتا ہے جو غذا کے پروٹین میں موجود ہوتی ہے، اور جوں غذا کے پروٹین کی مقدار روز بروز متغیر ہوتی ہے، نائٹروجن کا اخراج بھی اسی کے ساتھ متغیر ہوتا ہے۔ مرض کی حالت میں جسم کا نائٹروجنی مافیہ متغیر ہو سکتا ہے، اور یہ ایسا اثر ہول میں خارج ہونے والی نائٹروجن پر بھی پیدا کر سکتا ہے۔ مثلاً آپ کی حالت میں جسم کے پروٹین کا اکلاف واقع ہوتا ہے، اور مرض برائش میں نائٹروجنی حاصلات کا احتساب ممکن ہے۔ غذا میں کھائے ہوئے پروٹین کے مقابلہ میں ہونی نائٹروجن کے زیادہ یا کم ہو جانے سے یہ امر ظاہر ہو جائیگا۔ ایسے تغیرات صرف اسی وقت ناپے جاسکتے ہیں جبکہ مر لیں کئی دنوں کے عرصہ تک بالکل غیر متبدل غذا کھاتا رہے۔

کلورائیڈز (chlorides)۔ یہ تمام مادہ عمومی اعمال میں، اور بالخصوص فالت الیہ میں کم ہو جاتے ہیں، بلکہ آخر الذکر مرض میں بالکل غائب بھی ہو سکتے ہیں۔

سلفیٹس (sulphates)۔ یہ پروٹینی تغیرات سے پیدا ہو جاتے ہیں یا کثیری سلفیٹس جزو اُس میندیگی کا نتیجہ ہوتے ہیں جو امعاء میں واقع ہوتی ہے، اور امعاء

کی ان خرابیوں (تسدد، التهاب باریطون، قبض) سے بہت بڑھ جاتے ہیں جو کہ ایسے تغیرات پیدا کر دیتی ہیں۔ لائسال (lysol) یا کاربالک (carbolic) کے قسم میں گن تہ سلفیٹ مفقود ہوں، اور دروں وریڈی سوڈیم سلفیٹ (۱۰ فیصدی محلول) اونس جو قلعی سوڈیم سلفیٹ کے ذریعہ بنایا گیا ہو) فی الفور دینا چاہئے۔

فاسفیٹس (phosphates) - بول کے اندر فاسفیٹس کا خاص وظيفہ طاقت کی طرح کام کرنے کا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ترش یا قلعی کی بڑی مقداریں خون میں سے خارج ہو کر بول کے اندر جاسکتی ہیں، بغیر اس کے کہ آخر الذکر کی ترشگی (ڈائڈروجن کے رواں کے ارتکاز) کو بہت زیادہ بدلیں۔ اس تعلق میں دو اہم ترین مرکبات مانوسوڈیم ڈائی ڈائڈروجن فاسفیٹ (monosodium dihydrogen phosphate)

(NaH_2PO_4) اور ڈائی سوڈیم مانو ڈائڈروجن فاسفیٹ (disodium mono-hydrogen phosphate) (Na_2HPO_4) ہیں۔ ترش کے اخراج کا نتیجہ یہ ہے کہ اول الذکر مرکب زیادہ بنے، اور قلعی کے اخراج کا نتیجہ یہ ہے کہ آخر الذکر زیادہ بنے۔ وافر پودنی غذا، بول کی ترشگی کو بڑھا دیتی ہے۔ زیادہ نباتی مادے یا دوسری ایسی غذا دینے سے، جس میں سوڈیم اور پوٹاشیم کے سائٹریٹس، لٹائرٹس، اور فاسفیٹس (malates) موجود ہوں، بول کو زیادہ قلعی بنایا جاسکتا ہے۔ یہ امعاء کے اندر تغیر ہو کر قلعوی کاربونیٹس بنجاتے اور اسی حالت میں خون کے اندر جذب ہوتے ہیں، اور اسی واسطے بول کی ترشگی کو کم کر دیتے ہیں اور pH ۷ یا اس سے زیادہ ہوتا ہے۔

ان حالات میں نسبت کم حل پذیر فاسفیٹوں کی کثرت ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بولی خط میں ترابی لمحات یعنی کیلیم اور میگنیشیم کے فاسفیٹ مرکب ہو جائیں اور اس حالت کو فاسفیٹ بولیت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو حصہ ۵ کا علاج صفحہ 550)۔

یہ مکتدہ سعید جماد و زامسا آئیسیک (acetic) ترش لانے سے حل پذیر ہوتا ہے لیکن نسبت زیادہ عام طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ کسی غیف سے ترشی یا تعدیلی بول کو گرم کرنے پر ثرائی فاسفیٹس کا ایک سفید جماؤ پیدا ہو جاتا ہے، جو البیومن سے قریبی مشابہت رکھتا ہے لیکن اس سے اس کی تغیر فی الفور یوں کی جاسکتی ہے کہ یہ آئیسیک ایڈ کا ایک غلط ڈالنے سے حل ہو جاتا ہے۔ آئیوینا کی موجودگی سے بھی بول قلعوی ہو سکتا ہے، اور یہ

آمو نیا یوریا کی جراثیمی تحلیل سے بن سکتا ہے یا تو شائد کے اندر (الہتاپ شائد) یا جوا میں لکھے ہوئے کسی ظرف کے اندر بول رکھا رہنے کے بعد۔ اس حالت میں یونیم میگنیشیم فاسفیٹ مرکب ہو جاتا ہے $(\text{MgNH}_4\text{PO}_4 + 6\text{H}_2\text{O})$ ۔ یہ مثلثی منشورات بنا دیتا ہے جن کے سرے سلامی دار ہوتے ہیں۔

تفاعل بول۔ بول کا تفاعل (ہائڈروجن کے رواں کا ارتکاز) معمولاً تھوڑے کے ترشگی جانب پر ہوتا ہے پیماس (Hasselbach) نے بتلادیا ہے کہ اس کا pH جو لمبی غذا پر یا فاقہ کے دوران میں ۵۔۵ رہتا ہے، سبزیاں اور آزاد قلی کھانے پر وہ ۷۔۷ تک متغیر ہو سکتا ہے اور اس تفاعل کا انحصار ڈائی سوڈیم فوسفائیٹ (NaH₂PO₄) اور ہائڈروجن فاسفیٹ (NaH₂PO₄) کی اضافی مقداروں پر ہوتا ہے جو بول میں موجود ہوں۔

نیز گردے کو ایک ایسا عضو تصور کیا جاسکتا ہے جو چوبیس گھنٹوں میں امیڈ کی ایک بڑی مقدار کا افراز کرتا ہے، کیونکہ وہ تعدیلی خون سے ایک ترشگی تفاعل رکھنے والا سیال (یعنی بول) تیار کرتا ہے۔ یہ بول کی ترشگی کے متعلق ایک دوسرا نظریہ ہے۔ خارج شدہ ترشگی کی مقدار کی تعیین اس طرح کی جاتی ہے کہ، محشر الطبعی سوڈا سے بول کی معایت کر کے اسے پھر تعدیلی نقطے پر لے آتے ہیں، یعنی خون کے تفاعل کا بنیاد ہیں، اور اس کے لئے نیوٹرل ریڈ (neutral red) بطور نمائندہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ تندرستی کی حالت میں وسیع اختلافات ہوتے ہیں، لیکن جو چوبیس گھنٹے کی اوسط قدر، کسی قدر بلند درجہ کی پروٹین غذا کی حالت میں تقریباً ۶۰ کیوبک سینٹی میٹر (Folin)۔

دورخہ تعامل کی اصطلاح اسوقت استعمال کی جاتی ہے جبکہ بول نیلے لٹمس کو سرخ اور سرخ لٹمس کو نیلا کر دیتا ہے۔ یہ وہ محفوظ منطقہ ہے کہ جہاں بولی حتمیت میں کوئی ترسیب نہیں ہوتی۔ اگر دونوں طرح کے لونی تغیرات آسانی ہوں تو pH ۶.۵ ہے۔ اگر سرخ کا قدر نہایت ہی بھیکے نیلے رنگ میں متغیر ہو تو pH ۶ ہے اور اگر یہ نیلے رنگ میں بالکل متغیر ہو تو تفاعل ۶ سے نیچے ہے، جو کہ یوریک ریڈ کی ترسیب کے لئے سازگار ہے اگر سرخ کا قدر آسانی سے نیلے رنگ کا ہو جائے اور نیلا کا قدر کوئی

تغیر ظاہر نہ کر سکے تو pH 7 یا اس سے اوپر ہے، جو کہ فاسفیٹ کی ترسیب کا منافیہ ہے (2)۔ دیگر نمائندے بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں، مثلاً میتھل ریل (methyl red) اسٹین ہیں، جس کا ایک وقت ایک قطرہ ڈالا جاتا ہے۔ گلابی رنگ کے یہ معنی ہیں کہ pH 7 سے نیچے ہے اور درجہ رنگ کے یہ معنی ہیں کہ pH 7 سے اوپر ہے۔ ایسے انہبات کا سلسلہ بنتا ہے، جو کہ pH کے تغیر کے لحاظ سے نمائندوں کے رنگ کا درجہ ظاہر کرتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 588)۔

جب کسی مریض کے بول کو قلعوی کر دینا منظور ہو تو ایسا کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے ساٹریک، لمارٹاریک، یا سیلیک آئیڈ کے پوٹاشیم یا سوڈیم والے محلات کے ڈرام ڈرام کی مقدار میں متواتر استعمال کی جائیں، جو اوپر بیان کئے ہوئے طریقہ سے مل کر کرتی ہیں۔ لیکن سوڈیم بائی کاربونیٹ سب سے زیادہ موثر ہے۔ بول کی ترشگی حیات اور فاسفٹس میں زیادہ ہو جاتی ہے۔ مصنوعی طور پر بول کی ترشگی بڑھانے کا یہ طریقہ ہے کہ آئیڈ سوڈیم فاسفیٹ (۳۰ گرین) دن میں تین یا چار بار روزانہ دیا جائے یا کیلسیم کلورائیڈ یا ایونیوم کلورائیڈ ۵۰ گرین کی خوراکوں میں دن میں چار یا پانچ مرتبہ۔

کیلسیم آکسلیٹ (calcium oxalate)۔ کیلسیم آکسلیٹ کی روزانہ مقدار تقریباً ۲۰ تا ۳۰ گرام فی یوم ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ بول کے اندر ایک جماد کی صورت میں دیکھا جاتا ہے، یا اگر کسے کے اندر حصوات بنا دیتا ہے۔ خوردین کے نیچے کیلسیم آکسلیٹ کے دقیق نمک یا بہت سطحی اجسام پائے جاتے ہیں جو اکثر مریج لفاظوں جیسے نظر آتے ہیں۔ مختلف وضعوں میں ان کا خاکہ معین یا مردس کی طرح ہوتا ہے، اور اگر ان کی کوریں نمایاں نہ ہوں تو وہ ہر می سروں والے مریج فٹولات بنا سکتے ہیں۔ ایک شکل، جو غیر عام نہیں، ڈمبل (dumb-bell) جیسی ہوتی ہے۔ یہ دو اہل ایک قوس ہے، جس کے ہر رخ پر ایک مرکزی نشیب ہوتا ہے اور جو پہلو پر پڑی ہوتی ہے اور کور کی طرف سے دکھلائی دیتی ہے۔ ایسی شکلیں بلاشبہ اس طرح پیدا ہوتی ہیں کہ کولائیڈی اسے کی موجودگی میں آہستہ آہستہ ترسیب واقع ہوتی ہے۔ آکسلیک آئیڈ (oxalic acid) پروٹینز کے تفرق اور پیورین شامل رکھنے والے نیوکلئوپروٹینز کے تفرق سے پیدا ہو سکتا ہے اور شاید کاربوہائیڈریٹس اور

شعوم سے بھی تکید کے ذریعہ سے پیدا ہوتا ہے۔ صرف چار غذائیں ایسی ہیں کہ جن میں آگرکلیک ایسڈ کی بے انتہا مقداریں پائی جاتی ہیں (۴)۔ اور وہ یہ ہیں: (۱) کاکو (cocoa) ۲۵۰ ملی گرام فی صدی۔ کھٹا ساگ (sorrel) ۳۶۰۔ پالک (spinach) ۳۲۰ اور ریونڈ چینی (rhubarb) ۲۳۰۔ جہاں تک کہ شائع شدہ اعداد کا تعلق ہے، ترتیب وار ان کے بعد مندرجہ ذیل ہیں: خشک کردہ انجیر ۱۰۰، چاکولیٹ ۹۰، آلو ۴۰۔ یہ فہرست اس سے بہت مختلف ہے کہ جو عام طور پر شائع کی جاتی ہے۔ آگرکلیٹ کو (oxaluria) اکثر اوقات بلا علامات موجود ہوتی ہے۔ جب علامات پیدا ہو جاتے ہیں تو یہ ہوتے ہیں۔ درد اور بعض اوقات دم کوہلیت، جو کسی قدر سنگ کردہ پیسے ہی ہوتے ہیں، اکثر بھی ان کے ایسے شدید حملے ہوتے ہیں کہ ان سے جادو معوی تھنڈ (acute intestinal obstruction) کا تشاہد ہو گیا۔ ایک فیبرو یورینی سپت پروٹینی غذا کی ضرورت ہے۔ اور ساتھ ہی آگرکلیٹ موجود رکھنے والی غذاؤں سے پرہیز لازم ہے۔

یورکک ایسڈ اور یوریٹس (uric acid and urates) اگرچہ یوریش کا روزانہ اخراج باصل تحول ہوتا ہے، آزاد ترشہ اور اس کے ٹھٹات اکثر اوقات بول میں سے تھنیں ہو جاتے ہیں۔ (نیز ظا منظر ہو تعامل بول) حصہ کلوی کا علاج اور

508

یورکک ایسڈ ترشی بول میں مرقب ہوتا ہے، جس کا pH ۵.۵ اور اس سے نیچے ہو۔ اس کا جماؤ قلیل المقدار ہوتا ہے، اور تیار مرق کے مانند نظر آتا ہے۔ خردین کے نیچے اس کی ٹھٹیں خود کو ٹکڑے ٹکڑے یا ٹھٹین کے شکل کی ٹھٹوں میں ظاہر کرتی ہیں، جن کے سرے تیز اور پہلو گول ہوتے ہیں۔ یا نسبت چھوٹی اور زیادہ موٹی ٹھٹوں کی شکل میں، جن کے سرے گندہ ہوتے ہیں اور جو زیادہ بڑیل نما ہوتی ہیں، لیکن عموماً ٹھٹین کی شکل کی کسی نہ کسی ترمیم کی صورت میں۔ وہ اکثر اوقات قشع ٹھٹوں یا تاسے نما توروں کی شکل میں گروہ بند ہوتی ہیں۔

یوریٹس (urates) عموماً ایک بے شکل گائسی ٹھٹا یا سرخ ٹھٹ کے طور پر تھنیں ہوتے ہیں (برادو ٹھٹ = brick-dust یا ٹھٹ = lateritious)۔ ان کا جماؤ اسباب ذیل کی وجہ سے ہوتا ہے: (۱) پیشاب کا سرد ہو جانا، کیونکہ وہ

جسمانی تپش پر خوب عمل پذیر ہوتے ہیں، اور ۵ تا ۶ درجہ فارن ہائٹ پر نسبت بہت کم عمل پذیر ہوتے ہیں۔ اور (۲) بول کا ارتکاز خفیف سی حرارت اس جہاز کو فوراً خل کر دیگی۔ اور اگر اس بول کا امتحان الیومین کے لئے کیا جا رہا ہے، تو الیومین کا ظاہر ہونا شروع ہونے سے پیشتر ہی یوریش مل ہو جاتے ہیں اور اُس سیتال کو مدافعتیہ ہیں۔ (۳) پشاپ کی ترسکی بھی یوریش کی نشانی میں مدد ہوتی ہے۔ اور بعض پشاپوں میں الیومین کے لئے امتحان کرنے سے پیشتر ایسیٹک ایڈ شامل کر دیا جائے تو یوریش کا ایک رسوب بن جائے گا، جو گرم کرنے پر پھر مل ہو جائیگا۔

صبغات بول (urinary pigments)۔ بول کا رنگ صحت اور مرض، دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ حالت صحت میں اس بقدر کافی ہے کہ کم کثافت فنی کے پھیکے رنگ کے قاروروں، طبی رنگ کھنے والے قاروروں اور بلند کثافت نوعی والے گہرے رنگ کے قاروروں کے درمیان فرق کیا جائے۔ لیکن حالت مرض میں ہمیں اس کے علاوہ جو چیزیں دیکھنی چاہئیں وہ سرخ، سرخی مائل، بھورے، اور بھورے سیاہ رنگ کی مختلف چھائیں ہیں جو خون، یوربائین، یا صفہ صفہ کی آمیزش سے پیدا ہو جاتی ہیں، اور وہ غیر شفاف سفید رنگ جو کلیوں سے (chyluria) میں ہوا کرتا ہے۔

بول میں کئی صبغات ہوتے ہیں۔ غالباً بول کا رنگ 'جیسا کہ ہے۔ ای۔ گیزڈ (A. E. Garrod) نے بتلادیا ہے، 'عام طور پر ایک معزاً ازخدیہ صبغہ کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا نام یوروکروم (uro-chrome) ہے۔ یہ صبغہ طیف کے بنفشی سرے کو صندلا کر دیتا ہے لیکن انجذابی دھاریاں نہیں پیدا کرتا۔ یوروبائیلین (urobilin) طبی بول کے اندر محض خفیف مقداروں میں موجود ہوتی ہے، جیسے ہم گھنٹوں میں انماہ کریں۔ وہ ایک معتین طیف پیدا کرتی ہے جس میں خط فراڈین (Frauenhofer's line F) کے مقام پر، یعنی ہزار اور نیلے رنگ کے درمیان، ایک انجذابی دھاری ہوتی ہے اُس کی موجودگی کی شناخت کا کیمیائی طریقہ یہ ہے کہ ایونیا کے محلول سے بول کو قوی طور پر قلعوی بنائیں، چھان لیں، اور پھر آگزنک کلورائیڈ کے ۱۰ فیصدی آبی یا الکحلی محلول کے چند قطرے شامل کر دیں تو یوروبائیلین موجود ہونے کی حالت میں ایک سبز ترنبر پیدا ہو جائیگا۔

یوروبائین غالباً آنت سے جذب ہوتی ہے، جہاں وہ ابتداً بائلی ریڈین (bilirubin) سے اخذ ہوتی ہے۔ نحتیات، جگر کے بعض امراض، قحط قلب اور اقروم یا شیدگی [مثلاً مختلف عدم دمویت میں اور جب صفرا بولی ریڈین (acholuric jaundice) میں] میں، نیز وعا بدر شدہ خون کے انجذاب کے دوران میں یوروبائین زیادہ ہو جاتی ہے۔ یوروبائین اس وقت کم ہو جاتی ہے جبکہ صفرا کے بننے میں رکاوٹ ہوگئی ہو (تسبیم فاسفورس، مادہ صفرا بولی) یا جب صفراوی قنات مسدود (occluded) ہوگئی ہو۔ ہیماٹوپارفیہین (hæmatoporphyrin) ہیموگلوبین سے اخذ ہوتی ہے۔ وہ صحت اور مرض، دونوں حالتوں میں خفیف مقداروں میں ہوا کرتی ہے، لیکن شیتی تسبیم (rheumatic fever) اور بعض دوسری نرابول میں اس کی زیادہ افراط ہوتی ہے۔ لیکن ہے کہ وہ بول کے گوتامیں کوئی محسوس فرق نہ پیدا کرے، اور اگرچہ وہ بعض سیاہ سرخ بولوں پر جو سلفوئل (sulphonol) کے استعمال کے بعد خارج ہوتے ہیں، زیادہ مقدار میں موجود ہوتی ہے، تاہم ان کا سیاہ رنگ بالعموم دوسرے صبغات کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تحول کا ایک خاص خلعتی نقص بھی ہوتا ہے، جس میں ہیماٹوپارفیہین بول کے اندر خارج ہو کر اس کے رنگ کو یا قوی تر سرخ (ruby-red) بنا دیتی ہے۔ اس حالت میں براز کے اندر پارفیہین (porphyrins) موجود ہوتی ہیں، اور جلد روشنی کے لئے بہت حساس ہوتی ہے، جس سے صیفی تفتق (hydraea aestivale) کا ایک نما ثوران پیدا ہو جاتا ہے (2)۔ یورواپتھرین (uroerythrin) ایک دوسرا صبغہ ہے، جس سے شگامی یوریش اپنا رنگ حاصل کرتے ہیں۔ چنانچہ یوریک آئیڈ کے جماؤ یورواکروم سے رنگین ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات یورواپتھرین سے بھی (Garrod)۔

بول کے اندر لون ساز (chromogens) بھی موجود ہو سکتے ہیں، بیٹھے ایسے اجسام جو فی الوقت بول کو رنگین نہیں بناتے، لیکن یا تو بول کے رکھے رہنے پر یا اس میں تکید واقع کرنے والے حالات شامل کرنے پر، رنگ پیدا کر دیتے ہیں۔ حسب ذیل اجسام لون ساز معلوم ہیں:- (۱) یوروبائین کا لون ساز بیٹھے یوروبائینوجن (urobilinogen) جس کی موجودگی حموی بول کے اندر ٹائیرک آئیڈ لانے سے ظاہر ہو جاتی ہے۔ (۲) ایک ایسا لون ساز، جو بعض اوقات عدم دمویت کے بول

میں ملتا ہے، اور وہ گونا گوارے ہونے پر بالکل پیچھے رنگ کا ہوتا ہے، تاہم نائٹک آئیڈ ملانے سے ایک گہرا سرخ رنگ پیدا کر دیتا ہے۔ (۲) میلانین (melanin) کا لون سبز، ایک سیاہ صبغہ ہے جو میلانائٹک لحمی سلو (melanotic sarcina) کے رینوں کے بول میں (اگرچہ یہ بول جب خارج ہوتا ہے تو بالکل صاف ہوتا ہے) تکشف کے بعد نائٹک آئیڈ ملانے سے نمودار ہو جاتا ہے (۳) انڈیکین (indican) یا پوٹاشیم انڈاکسولفیٹ (potassium indoxyl-sulphate) جو انڈیگو بیو (indigo-blue) کا لون ساز ہے۔ یہ معوی کنال میں اُس انڈال (indol) کے جذب ہونے کا نتیجہ ہے، جو پروٹینز کی جراثیمی تحلیل سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ طبی قارورے کے اندر نہایت خفیف حد تک موجود ہوتا ہے۔ لیکن اُن تمام اصابتوں میں بہت بڑھ جاتا ہے، جن سے معوی مایہ کا احتباس پیدا ہو جائے۔ ہائڈروکلورک آئیڈ کی مساوی مقدار شامل کر کے اور پیر کیلیم ہائپوکلورائٹ (calcium hypochlorite) کے میز شدہ محلول کے چند قطرے ملانے سے اُس کی موجودگی شناخت کی جاسکتی ہے۔ اسطرے سے انڈیگو بن جاتا ہے اور اُس آمیزہ کو نیل یا بنفشی رنگ کا بنا دیتا ہے۔ وہ کلوروفارم کے ساتھ ملانے سے جدا کیا جاسکتا ہے، جبکہ کلوروفارم استحالی فی کی میں ایک نیلا طبقہ بنا دیتا ہے بعض اوقات صرف نائٹک آئیڈ کے شامل کرنے سے ایک نیلا، بنفشی، یا سیاہی مائل رنگ پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ انڈیگو کے جدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

۱ لیکپٹائن بولیت (alkaptonuria) میں بول جب خارج ہوتا ہے تو اُس کا رنگ قدرتی ہوتا ہے، لیکن تکشف کے بعد سیاہ ہو جاتا ہے، گرم کرنے پر تلوین سے برعزت سیاہ ہو جاتا ہے، فیرک کلورائیڈ کے مُزَق محلول سے گہرا نیلا بن جاتا ہے، اور اُس میں ہومو جینیٹک ایک آئیڈ (homogenetic acid) اور بعض اوقات یورولینک آئیڈ (uroleucic acid) موجود پائے جاتے ہیں۔ یہ حالت شاذ ہوتی ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ پیدائشی ہوتی ہے، اور اُسی خاندان کے دو یا زیادہ ارکان میں، اور خون کا رشتہ رکھنے والے والدین کے بچوں میں واقع ہوتی ہے۔ اس سے کوئی علامات نہیں پیدا ہوتے (ملاحظہ ہو مرض اصفر Ochronosis)۔

بہت سے دوائی اور دوسرے کیمیائی اشیاء بول کو رنگین بنا دیتے ہیں ان کا شغلات کے ساتھ جو دوسرے اغراض سے استعمال کئے جاتے ہیں، بولی تعاطلات ظاہر کرتے ہیں۔ ریونڈ چینی (rhubarb) جس میں کرائسوفینک ایسڈ (chrysophanic acid) موجود ہوتا ہے، بول کو نسبت زیادہ گہرا زرد بنا دیتی ہے، اور سینٹونین (santonin) بھی یہی کرتی ہے۔ قلی ملنے سے یہ بول سرخ ہو جائینگے۔ لاگت وڈ (logwood) بول میں ایک سرخی مائل جھلک پیدا کر دیتا ہے۔ کاربوولک ایسڈ غوا یہ داخلی طور پر لیا گیا ہو یا کاربوولک کیسوتوں (carbolic dressings) سے جذب ہو گیا ہو، یا ٹروکینٹی چین (pyrocatechin) اور ہائیڈروکینون (hydroquinone) کی موجودگی کے باعث، بول کو کشف ہونے کے بعد گہرا بھورا یا سبزی مائل سیاہ بنا دیتا ہے اگرچہ بول جب خارج ہوتا ہے تو صاف ہوتا ہے۔ کریاسوٹ (creasote) کا اثر بھی ممکن ہے کہ یہی جو مقلین لٹیو (methylene blue) کے داخلی استعمال سے بول نیلے رنگ کا، اور اگر اس کی کم مقدار لی گئی ہو تو سبز رنگ کا ہو جائے گی۔ ایوسین (eosin) سے جو کھلونوں یا مٹھائیوں کو رنگنے کے کام میں لائی جاتی ہے، بچوں کے پیشاب کا رنگ شوخ سرخ ہو گیا ہے۔ اگر پوٹاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) یا پوٹاشیم بروائیڈ (potassium bromide) لیا جا رہا ہے تو ممکن ہے کہ بول کا رنگ ناشرک ایسڈ شامل کرنے پر آزاد آیوڈین یا برومین کی رہائی کی وجہ سے گہرا یا سیاہ ہو جائے۔ کلوروفارم کے ہمراہ لانے سے آیوڈین یا برومین جدا کی جاسکتی ہے۔

البیومین بولیت

(albuminuria)

البیومین بولیت کی اصطلاح فاروسے میں عموماً سیرم البیومین (serum albumin) اور گلوبولین (globulin) دونوں کی موجودگی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ سیرم گلوبولین پریشی مرض (lardaceous disease) کے بول میں اکثر معمول سے زائد ہوتی ہے، اور بول کو آب کشیدہ کے ایک بڑے حجم کے اندر ڈال دینے سے (جبکہ گلوبولین مر سب ہو جاتی ہے) یا تبدیل بول کو مٹھینیم

سلفیٹ سے سرخ شدہ کر دینے سے اس کو شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس کے برعکس سفیدی التهاب گردہ (parenchymatous nephritis) میں بول کے اندر کی گلوبولین البیومین کے مقابلہ میں بہت کم ہوجاتی ہے اور ان دونوں کی نسبت ۱ اور ۶ کی ہوتی ہے۔ ذیلی البیومین بولیت کی اس باتوں میں یہ نسبت ۱ اور ۲ کی ہوتی ہے۔ البیومین بولیت مختلف طریقوں سے شناخت کی جاسکتی ہے۔

حرارت۔ اگر صاف بول کو جس میں البیومین موجود ہو ایک امتحانی نلی کے اندر گرم کیا جائے تو وہ اس نلے کی تریب کے باعث غیر شفاف ہوجائیگا۔ اسکی مقدار کے لحاظ سے یہ محض ایک دو درجہ یا ایک قطعی کدھر یا ایک گھڑی سا لائی جیسا جماد ہوگا۔ اس کا شدہ کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ امتحانی نلی کو اس کے طول کے نصف یا ڈولٹ حصے تک بھر کر پھر چند قطرے مرفق ایسٹک ایسڈ کے شامل کر دے جائیں، اور نلی کو اس کے نیچے سے پھر کر بول کے بالائی حصے کو گرم کیا جائے۔ اس طرح کرنے سے حرارت بول کے اسی حصے میں محدود رہتی ہے، اور اس کی صفائی میں جب کوئی خفیف سی تبدیلی واقع ہوتی ہے تو وہ نیچے والے ٹھنڈے بول کے ساتھ مقابلہ کرنے پر شناخت کی جاسکتی ہے۔

بعض مابقی احتیاطیں ضروری ہیں۔ اولاً ممکن ہے کہ حرارت ان اشیاء کی تریب بھی کر دے جو البیومین نہیں ہیں، مثلاً فاسفیٹس کی، لیکن یہ نامرک ایسڈ یا ایسٹک ایسڈ کے ایک قطرے سے فی الفور حل ہوجاتے ہیں۔ دیکھیں کہ البیومین موجود ہو تاہم حرارت اس کی تریب کرنے میں ناکام رہے۔ یہ اُس وقت ہوتا ہے جبکہ بول کافی طویل ترشی ہو، اور بیرم البیومین (alkali albumin) میں متغیر ہو گیا ہو جو حرارت سے مرسوب نہیں ہوتا۔ اس معاملے سے بچنے کے لئے بول کو ابالنے کے بعد اس میں ایسٹک ایسڈ شامل کر دینا چاہئے تاکہ وہ ترشی ہو جائے۔ ہر کیف یہ خبر ہے کہ یہ تجربہ ایک صاف بول پر عمل میں لایا جائے، اگر وہ یوریش کی وجہ سے کدھر ہے تو ہلکی حرارت اسے صاف بنا دیگی۔ اگر وہ فاسفیٹس کی وجہ سے کدھر ہے تو ایسٹک ایسڈ کے دو ایک قطرے شامل کر دے جائیں۔ اور اگر کسی اور جہاں کی وجہ سے کدھر ہے تو بول کی تعطیل کر لینا چاہئے۔

نائٹرک آئیڈ (nitric acid) - اس کاشفہ کے اطلاق کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ایک امتحانی ٹی کی تہ میں قدرے نائٹرک آئیڈ رکھ کر تلی کی جانب کے برابر برابر مشتق بول کو نہایت آہستہ آہستہ نیچے کی طرف بہایا جائے تاکہ وہ ترشہ کی سطح پر آجائے لیکن اُس کے ساتھ مخلوط نہ ہونے پائے۔ ترشہ اور بول کے خط اتصال پر البیومین کی ایک تہ بنتی ہے، جو افر البیومین موجود ہونے کی حالت میں سپید رنگ کی ہوتی ہے، اور اگر البیومین نہایت کم مقدار میں ہے تو اس کا محض ایک پتلا سارا دی قوس ہوتا ہے۔ اول الذکر حالت میں وہ فوراً بخاتی ہے۔ آخر الذکر صورت میں ممکن ہے کہ اُس کے بننے میں کمی سیکند، یا دو تین منٹ، بلکہ آدھا گھنٹہ لگ جائے۔

اس کاشفہ سے متعلق صرف چند ہی مفالطات ہیں۔ اولاً، اُس بول میں جس میں مد سے زیادہ یوریش موجود ہوں، یہ یوریش بعض اوقات ایک ابریا دھندلے پن کے طور پر مرسوب ہو جاتے ہیں، لیکن وہ بجائے اس کے کہ عین نائٹرک آئیڈ کے اوپر واقع ہوں اس سے کچھ فاصلہ اوپر کو واقع ہوتے ہیں۔ خفیف سی حرارت لگانے سے یہ ابریا دھندلا پن فوراً غل ہو جاتا ہے۔ دویم، نیو کلیو پروٹین (mucin = میوسین) بھی اس وضع میں ایک دھندلے پن کے طور پر مرسوب ہو جاتا ہے، جو اشخاص کو تیا (copaiba) داخلی طور پر لے رہے ہوں، اُن کے بول میں ایک رال کثرت ترشہ، یعنی کوپیوکیک آئیڈ (copaivic acid)، اساسوں کے ساتھ ملا ہوا موجود ہوتا ہے۔ اگر اس میں نائٹرک آئیڈ ملا دیا جائے تو یہ رال صفت جسم نہ نشین ہو جاتا ہے، عموماً ایک ابر کے طور پر جو بول کے اندر یکساں طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ یہ راسب بھی حرارت سے مل ہو جاتا ہے۔ چہارم، نائٹرک آئیڈ کے لانے سے کچھ عرصے بعد، جب کہ آمیزہ ٹھنڈا ہو جائے، ایک قلمی جامو نائٹریٹ آفٹریا (nitrate of urea) کا پیدا ہو سکتا ہے۔ لیکن یہ البیومین سے کوئی مشابہت نہیں رکھتا، کیونکہ یہ درتہ دار قلموں سے بنتا ہے، جو مختلف سمتوں میں شفع ہوتی ہیں۔ نائٹرک آئیڈ البیوموزیس (albumosen) کی بھی ترسیب کر دیتا ہے، جو حرارت سے دوبارہ غل ہو جاتے ہیں۔

پیکریک آئیڈ (picric acid) - ایک امتحانی ٹی کو بول سے نصف سے زائد تک

بھرنی چاہئے، اور اُس پر کرک آئسڈ کا ایک میز شدہ محلول (جس کی کثافت فوئی پست ہوتی ہے) اس ترکیب سے ڈالا جائے کہ دونوں مایعات حتی الامکان مخلوط نہ ہوسنے پائیں ان کے خطی اتصال پر ایک نازک سپید لکیر یا ایک نسبتہ دبیز تر سپید آبر فوراً بجاتا ہے اور اگر یہ البیومین ہے تو حرارت سے حل نہیں ہوتا۔ البیومین کے علاوہ کرک آئسڈ یورٹیں، الکلائڈز (alkaloids) اور البیوموزس کو بھی مرسوب کر دیتا ہے۔ کہتے ہیں کہ بول کو گرم کرنے سے یہ سب فوراً غائب ہو جاتے ہیں۔ کوئنین (quinine) واحد الکلائڈ ہے جو اتنی کافی مقدار میں لیا جاسکتا ہے کہ کرک آئسڈ سے اُس کی ترسیب واقع ہو سکے۔ نیوکلئو پروٹین بھی کرک آئسڈ سے مرسوب ہو جاتا ہے اور حرارت سے حل نہیں ہوتا۔ اگر کرک آئسڈ سے مرسوب نہ پیدا ہو تو البیومین یقیناً غیر موجود ہے۔

سلی سلفا ٹیک آئسڈ (salicyl-sulphonic acid)۔ اس ترشہ کا میز شدہ محلول البیومین کے لئے ایک نازک کاشف ہے: اسے ایک امتحانی ٹلی کے اندر صاف بول میں ملا دیئے سے البیومین کا ایک دودھیا آبر ترشہ بن ہو جاتا ہے۔ یہ ان نتائج کی تصدیق کے لئے کارآمد ہے جو کہ حرارت کے کاشف سے حاصل ہوتے ہیں۔ البیوموزس بھی مرسوب ہو جاتے ہیں۔

البیومین کے کئی امتحانات حسب ذیل ہیں:-

ایسباک کا امتحان (Esbach's test)۔ یہ طریقہ آسان ہے لیکن غیر یقینی اور غیر صحیح ہے۔ ایک حصہ کرک آئسڈ اور دو حصے بوائے فوریہ خشک کئے ہوئے سائیک آئسڈ کو ۱۰۰ حصے پانی میں ملا کر ایک امتحانی محلول تیار کر لیا جاتا ہے۔ ۷ تا ۱۰ گچہ طول اور ۱ گچہ قطر والی ایک درجہ دار ٹلی ایک خاص لیول (۲ ۱/۲ گچہ) تک بول سے بھری جاتی ہے اور پھر ایک خاص فاصلہ (۱ ۱/۲ گچہ) تک کرک کے محلول سے مرسوب شدہ البیومین کو جو بیس گھنٹے تک ترشہ بن ہوئے دیا جاتا ہے، اور ٹلی کے اوپر جو نشانات ہوتے ہیں اُن سے البیومین کی وہ مقدار ظاہر ہوتی ہے جو بول کے ۱۰۰ حصوں میں موجود ہوتی ہے یعنی اتنے گرام فی لیٹر۔

کیرڈیج (Kerridge) کا کاشف۔ یہ بہترین سریری طریقہ ہے، اور اس کا عام استعمال ہونا چاہئے۔ پیشاب (یا دماغی سیال) کا ایک سی سی لیکر اس کو

ایک چھوٹی سی معیاری استقامتی ٹی میں کاربن کی تعلیق کے ایسی سی کے ہمراہ اور پھر ٹرائی کلورائیٹک ایسڈ (trichloroacetic acid) کے ایسی سی کے ہمراہ ہلایا جاتا ہے اس کے رنگ کا مقابلہ معیاری ٹیلیوں کے ساتھ کیا جاتا ہے (6)۔

الٹیومین بولیت کے اسباب - مرض برائٹ میں بول کے اندر البیومین کیوں ظاہر ہو جاتا ہے، اس امر پر غور کرنے وقت ہمیں یاد رکھنا چاہیے کہ البیومین پورے کا وقوع التهاب گردہ کی اصابتوں تک ہی محدود نہیں، بلکہ وہ دوسری کئی قسم کی غریبوں کے ساتھ بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ذیل میں وہ مختلف حالتیں مندرج ہیں جن میں البیومین بولیت مشاہدہ میں آتی ہے۔

(۱) گردہ میں پیدا ہونے والی حالتیں۔

۱۔ مرض برائٹ اور اس کے اقسام، جنکی تفصیل آگے درج ہے۔
حاد حیات۔

۲۔ التهاب کلیہ و حوض الکلیہ (pyelonephritis)، منحصاتی
التهاب کلیہ و حوض الکلیہ کے۔ اور مروعی التهاب گردہ۔

۳۔ تدریجی گردہ (tuberculous kidney)۔

۴۔ چربشی مرض (lardaceous disease)۔

۵۔ قلب اور شش کے امراض میں ویدی تسدد، اور ورن غلتا
کے مقامی اختلالات۔

۶۔ ڈویری مرض (cystic disease)۔

۷۔ تو بالیدیں، معدہ، بیض و مویت کے اور طفیلیات (parasites)

۸۔ استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) اور عالمین کا ماضی

تسدد۔ عمل۔

۹۔ وطنی البیومین بولیت۔

۱۰۔ خون میں غریب پروٹینز کی موجودگی، اور بئیس جنس کی البیومین

بولیت (Bence Jones albumosuria)۔

(۲) گردے سے نیچے کی بولی رگندوں میں پیدا ہونے والی حالتیں۔

۱۔ حوض گردہ اور مالیہین کا مرض۔

۲۔ التهاب شائد۔

اس آخری گروہ میں البیومین بولیت ہمیشہ خفیف ہوتی ہے، کیونکہ وہ یا تو اس پیپ کا مضم ایک جزو ہوتی ہے جو ایک متفرج طبقاتی فٹائے مغالی سے براہ راست خارج ہوتی ہے، یا وہ خون ہوتی ہے جو عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جائے، جیسے کہ حصات یا سنگ کی حالت میں۔

بول کے دو مکمل پروٹینز نیوکلوپروٹین (euglobulin) اور اگرٹھنڈے، اور ہاضموں مرقق کئے ہوئے بول میں ایسٹک آئیڈ کے چند قطرے ملائے جائیں تو ممکن ہے کہ ایک رسوب بن جائے جسے ایک وقت میں میو سین (mucin) سمجھا جاتا تھا، لیکن نسبتہ حال ہی میں اسے کلویلیتوں سے اخذ شدہ نیوکلپروٹین سمجھا گیا ہے۔ مورنر (Mörner) ایسے رسوبوں کے متعلق یہ سمجھتا ہے کہ وہ کائڈائٹین سلفیورک آئیڈ (chondroitin-sulphuric acid) کے ساتھ نیوکلک آئیڈ (nucleic acid) کے ساتھ، اور یرقان کی حالت میں ٹائو کولک آئیڈ (taurocholic acid) کے ساتھ سیرم البیومین کے مرکبات ہیں۔ اس کے برعکس یہ نیوکلپروٹین اور فائبرین (fibrinogen) کا آمیزہ بھی سمجھے گئے ہیں (Oswald)۔ خواہ یہ نیوکلپروٹین ہو یا اور کچھ ثابت ہو جائے، اس کی عملی اہمیت یہ ہے کہ ممکن ہے کہ یہ وہی شے ہو جو نوجوان اشخاص میں وطنی البیومین بولیت پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 551)۔ یہ عام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اس کی زیادہ مقدار میں موجودگی ایک اسابت کو متبقی التهاب کے دو کے زمرہ سے متعین طور پر خارج کر دیتی ہے، لہذا انداز اچھا ہوتا ہے۔

بول کے اندر نوعی پروٹینوزس (proteoses) ذہ اور دوسری حساسیتی حالتوں (allergic conditions) میں (جو ملاحظہ ہوں) اور تمدن، انفونز، اور تمام نہ سہی غالباً بیشتر ساری حموی حالتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ اس امر کا ثبوت حاصل ہو گیا ہے کہ جلدی تعاملات (skin reactions) کے ذریعہ سے مرضی خود اپنے پروٹینوز کی حساسیت حاصل کر لیتے ہیں۔ پروٹینوز کی شناخت کے لئے بول کو ۲۵ فیصدی سلفیورک آئیڈ کے چند قطروں سے ترشی بنا کر اس کے حجم کے پاؤ ایتھر

کے ساتھ ہلایا جاتا ہے جس سے ایٹمر کی نشہ خیر تغاف اور لزج ہو جاتی ہے (۶)۔
 بیٹنس جونس کا پروٹین (Bence Jones protein) کتب استخوان کے متعدد دلتی سلعہ (نخاع مرضی البیوسوس) = (myelopathic albumosuria) میں اور بعض اوقات کتب زار میض دمویت (myelogenous leukaemia) میں واقع ہوتا ہے اور اس کی ترویج اس سے کم درجہ کی پیش پر ہو جاتی ہے کہ جس پر البیوسین کی موتی ہے، یعنی ۵۸ درجہ سینٹی گریڈ (۱۳۴ درجہ فارن ہاٹ) پر بجائے اس کے کہ ۷۵ درجہ سینٹی گریڈ (۱۶۴ درجہ فارن ہاٹ) پر ہو، اور جب پیش کو ابال آنے تک بڑھایا جاتا ہے تو یہ رو بہ تحلیل ہو جاتا ہے۔ امیونیم سلفیٹ کا سر شدہ محلول اسے مرسوب کر دیتا ہے۔ قوی ہائڈروکلورک اور نائٹرک ایسڈ ایک وافر مرسوب کو فیشین کر دیتا ہے، عرصہ ترشہ کی نہایت کثیر مقدار میں حل ہو جاتا ہے، لیکن ابالنے سے حل پذیر ہوتا ہے۔ جب ترشہ کی سطح پر بول کو تیرا دیا جائے، تو اس پروٹین کی تھوڑی مقدار جو فی ہزار ۵۰ کے برابر ہو، تیالات کے مقام اتصال پر ایک سفید معلقہ پیدا کر دیگی (براڈشا کا امتحان)۔

پپٹونس (peptones) بول کے اندر بالکل نہیں ہوتے یا شاذ ہوتے ہیں۔ ان سے بانی یورٹ تعامل (biuret reaction) حاصل ہوتا ہے، یعنی جب بول کو ایک امتحانی غلی کے اندر محلول فیہلنگ کی تھوڑی سی مقدار پر تیرا دیا جائے تو ایک ہلکا سرخ یا گلابی رنگ نمودار ہو جاتا ہے، لیکن پپٹونس نائٹرک ایسڈ سے مرسوب نہیں ہوتے، اور نہ سیال کو امیونیم سلفیٹ سے سر شدہ کرنے سے، جس سے دوسرے پروٹینز مرسوب ہو جاتے ہیں۔ یہ اور دوسرے لطات پروٹینز کو جدا کرنے کے لئے استعمال کئے جاسکتے ہیں، کیونکہ امیونیم سلفیٹ، بجز پپٹونس کے، تمام پروٹینز کو مرسوب کر دیتا ہے، سوڈیم میگنیشیم سلفیٹ یرم البیوسین کو مرسوب کرتا ہے، اور میگنیشیم سلفیٹ یرم گلوبولین کو تھکین کرتا ہے۔

دم بولیت

(hematuria)

قادر دوسرے کے اندر خون صریحاً بڑی مقداروں میں، اور ٹھکے بنانا ہوا ہوتا ہے

یا اتنی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ جس سے بول کا رنگ تیز سرخ ہو جائے۔ جب نسبت کم موجود ہوتا ہے تو میٹھیموگلوبین (methemoglobin) یا ہیماٹین (hematin) کی موجودگی کے باعث بول کا رنگ اکثر مثیلاً بھورا اور کدڑو صیلا ہوتا ہے۔ عموماً اسکے ساتھ ایک ذراتی سرخی مائل بھورا نقل ہوتا ہے۔ البتہ یہ فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ اصلی خون کی موجودگی کے بغیر بھی بول کا رنگ ہیموگلوبین کی وجہ سے اور کوئی دوسرے صبغات یا آلوآن سے سرخ ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 444، 510)۔ خون کی موجودگی کی تعیین کئی طریقوں سے ہو سکتی ہے۔

خرد بین۔ اس کے ذریعہ سے ہم خون کے سرخ غلیظوں کو اُن اصابتوں میں بھی شناخت کر سکتے ہیں جن میں بول کے رنگ پر سے ریشہ نہیں ہوتا کہ خون موجود ہے۔ اگر بول واضح طہ پر سرخ، یا بھورا اور کدڑو ہے تو اس میں اقراص دمویہ بکثرت موجود ہونگے۔ ممکن ہے کہ بول کے اندر آدیزاں ہونے کے باعث وہ اپنی مقعر الطرفین شکل کو چپکے ہوں، اور وہ اکثر کھٹے کھٹے ہوتے ہیں اور اُن کی کوریں گنگوسے دار ہوتی ہیں، یا ممکن ہے کہ اُن کے چم کے بروزات موجود ہوں۔

طیف نما۔ آکسی ہیموگلوبین موجود رکھنے والے بول کا طیف زرد اور سبز حصوں میں فراڈین کے D اور E خطوں کے درمیان دو انجذابی دھاریاں ظاہر کرتا ہے، اور ان میں سے نسبت شگ سیاہ تر اور زیادہ واضح دھاری D سے زیادہ قریب ہوتی ہے۔ میٹھیموگلوبین تین انجذابی دھاریاں ظاہر کرتی ہے، جن میں سے دو تو تقریباً بالکل اُسی محل پر ہوتی ہیں کہ جہاں آکسی ہیموگلوبین کی ہوتی ہیں، اور تیسری دھاری C اور D کے ٹھیک بیچ بیٹھ ہائین E اور F کے درمیان ایک چوتھی انجذابی دھاری ظاہر کرتی ہے۔

گویا کم کا کاشفہ (Guaiacum test)۔ ایک امتحانی ٹی کے اندر بول میں شجر آف گویا کم کے چند قطرے ملا کر بھر اُس میں تقریباً ۱ ڈرام اوزونکے تھیر (ozonic ether) یا اوزونکے مکمل (ozonic alcohol) شامل کر دو، جن میں ہائڈروجن پراکسائیڈ (hydrogen peroxide) موجود ہوتا ہے۔ خون کی مقدار کے لحاظ سے جلد یا دیر سے سیالات کے مقام اتصال پر ایک نیلا رنگ پیدا ہو کر سطح پر تیرنے والے ای تھیر میں

فشر ہو جاتا ہے۔ آمیزہ کو آہستہ سے بلانے سے یہ رنگ جلد تر نمودار ہو جاتا ہے۔ یہ امتحان مطلق طور پر اعتماد کے قابل نہیں۔ پوٹاسیئم آیوڈائیڈ لینے والے مریضوں کا بول بھی ایک نیلا رنگ ظاہر کر سکتا ہے، لیکن تاوقتیکہ آیوڈائیڈ نہایت بڑی مقداروں میں نہ لیا جا رہا ہو یہ رنگ صرف آہستہ آہستہ ظاہر ہوتا ہے۔

وافر دم بولیت کے اسباب۔ سہولت کی غرض سے ان اسباب کی تقسیم حسب ذیل طریقہ سے کی جاسکتی ہے۔ (۱) جراحی اسباب، گو یہ طبی پہلو بھی رکھتے ہیں حصۃ الکلیہ، تدریجاً داخلی کٹوی شریان، بڑھا ہوا قدامیہ، شائدہ کا سلسلہ علیینہ۔ (۲) طبی اسباب (مرمری طور پر خواتین کی ترتیب میں)۔ عا دالہتاپ گردہ، آبخونی الہتاپ گردہ (tubal nephritis)، اور اتولی اور ثنائی تفریق گردہ (contracted kidney) ارتغاع الضغط (hyperpiesia)۔ مرض قلب شلا ساری الہتاپ دروں قلبہ (infective endocarditis) اور مطرائی ضیق (mitral stenosis) بعد انفعام یا املا کے غلط بولی کی سرایت۔ پریچور (purpura)، عدم دمویت، کثرت علیات امح (polycythæmia)۔ ادویہ، شلا میگرا مین (hexamine)، کاربو ایک لاسقات (carbolic applications) اور ریونڈ مینی کی خراش۔ آگزیلیٹ بو (oxaluria) اور بلہارزیت (bülharziasis)۔

چونکہ گذشتہ زمانہ میں دم بولیت کے حقیقی سبب کی شناخت میں اکثر ناکامی رہی ہے، لہذا مجھول السبب دم بولیت (essential hæmaturia) یا نرف الکلیہ (nephrostaxis) کی اصطلاح اکثر استعمال کی گئی ہے، اور اب بھی کبھی کبھی کسی اسباب کو کسی سبب سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن ایک غیر واضح ہر شے پر اثر سے بچنے کی نسبت زیادہ دانشندانہ اور آسان طریقہ یہی ہے کہ لاطینی کا اقرار کر لیا جائے۔ اس میں شک نہیں کہ بعض امیاتیوں حوض کلیہ کے دقیق شائدہ (nevi) کے باعث ہوتی ہیں، اور خطہ بولی کے پریچور (purpura) کی متعدد امیاتیوں بیان کی گئی ہیں۔

تفتیض۔ اس کی تعین کے لئے کہ خون خطہ بولی کے کس حصہ سے آ رہا ہے، شائدہ بینی (cystoscopy) وغیرہ استعمال کرنا چاہئے۔ لیکن یہ یاد رکھنا مفید ہوگا کہ

مبالی نرف میں خون بالکل الگ خارج ہوتا ہے اور بول کے ساتھ بلا ہوا نہیں ہوتا۔

سباٹک

(casts)

یہ ٹھوس اجسام ہیں، جو بول کے اندر خردین سے شناخت کئے جاتے ہیں اور اگر کافی زیادہ مقدار میں ہوں تو ایک ٹھنل بنا دیتے ہیں جو خالی آنکھ سے بھی نظر آتا ہے۔ اگر یہ اتنے کم ہوں کہ آسانی سے نہ شناخت ہو سکیں، تو ممکن ہے کہ بول کا اخراج کرنے کے بعد ٹھنل میں، ٹھنل میں اسطوائی اور عرض میں ۱-۵ سے لیکر ۵-۱۰ ملی میٹر تک ہوتے ہیں۔ لیکن طول میں اور بھی زیادہ مختلف ہوتے ہیں، جو بالکل ۲ ملی میٹر تک پہنچ سکتے ہیں، چنانچہ ان کی لمبائی خردین کے میدان میں ٹھیک ایک برسے سے دوسرے تک پھیلی ہوئی ہوتی ہے، لیکن زیادہ اکثر وہ چوڑائی سے پانچ تا دس گنا ہوتی ہے۔ گردے سے ان کا تعلق اس سے ثابت ہے کہ موت کے بعد یہ علیٰ عامہ عموماً اثنی عشریہ میں پائے جاتے ہیں۔ غالباً یہ چنبرہ (loop of Henle) میں بنتے ہیں، کیونکہ اس نالی کا دروازہ دوسری جگہ کی نسبت بہت زیادہ تنگ ہوتا ہے، اور مادہ اس کے اندر سے بھج کر نکلتا ہے۔ ان کے مندرجہ ذیل اقسام شناخت کئے گئے ہیں :-

• زجاجی سباٹک (hyaline casts)۔ یہ شفاف بے رنگ اسطوائی ہوتے ہیں، جن کے انعطافی خواص اس سیال کے خواص سے بہت مماثل ہوتے ہیں جس میں وہ واقع ہوتے ہیں، لہذا اس وقت تک کہ کارمین یا آیوڈین، یا انیلین صبغات میں سے کوئی ایک صبغہ (جیسے کہ جنتین و ایو لیٹ) شامل کیے کہ ان کی تلویں نہ کر لی جائے، وہ بہت مشکل سے شناخت ہو سکتے ہیں۔ یہ متجاسس، نرم، اور خم پذیر، سیدھے یا خمیدہ، اور طول میں مختلف ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی دوسرے جماؤ ان کے ساتھ چپکے ہوئے یا ان میں مدفون ہوتے ہیں، جیسے کہ خون کے ٹریخ جسامات، سپید خلیات، سرخ خلیات، ذراتی تودے، خمی ذراتی ٹکڑے، یوریش یا اگرٹلیٹس کی قلیں، یا ہیومنڈین کے ریزے۔

متذکرہ ذیل سباٹک کے بعض اقسام میں غالباً مماثل زجاجی مادہ اساس

کے طور پر موجود ہوتا ہے، جو اس صورت میں دوسرے عناصر سے بالکل ڈھکا ہوا یا ان کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے۔

زجاجی سبائٹک کو اکثر "فائبرینی" (fibrinous) کہا جاتا ہے، لیکن معلوم ہوتا ہے کہ یہ خالص فائبرین کے نہیں ہوتے۔ اغلباً یہ اُس البیومینی رو بہ سے بناتے ہیں جس کا عبور ارتشاح خون میں سے متغیر مرحلہ میں سے ہو کر ہوا ہے۔ زیادہ شدت از احصا بتوں میں یہ انییمی سرخمر سے بنتے ہیں، جس میں زجاجی انحطاط واقع ہو گیا ہو۔ یہ التهاب گردہ کے مختلف اشکال میں، اور مرض قلب کے پیدا کردہ استواء میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ کلوئی مبداء کی البیومین بولیت کے ساتھ تقریباً ہمیشہ واقع ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ البیومین کے ٹھوسے چند ٹکٹے یا چند دن پہلے نمودار ہو جائیں اور اُس کے غائب ہو جانے کے بعد کچھ عرصہ تک جاری رہیں۔

سرخی سبائٹک (epithelial casts)۔ یہ کلوئی سرخمر کے نیلے ہوتے ہیں، جو اس ترویج پذیر مادے کے ذریعہ سے باہم مجتمع ہوتے ہیں جو کہ زجاجی سبائٹک بناتا ہے، یا وہ اس مادے میں مدفون ہوتے ہیں۔ یہ سرخی نیلے کم و بیش میز ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ طعف انییبیب یا نیٹھے کے جز سے آتے ہوں۔

ذراتی سبائٹک (granular casts)۔ یہ استقد رشحاف نہیں جس قدر کہ زجاجی سبائٹک ہوتے ہیں، اور بعض اوقات گھبے ہوئے شیشہ جیسے اور بعض اوقات نسبت زیادہ سیاہ اور بہت زیادہ غیر شفاف ہوتے ہیں۔ یہ سرخی خلیتوں کے انحطاط کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور بہت سی مثالوں میں سبیکہ کے اندر سرخی خلیتوں کے خاکے نظر آنا ممکن ہے۔

شمعی سبائٹک (fatty casts)۔ یہ یا تو زجاجی سبائٹک ہوتے ہیں، جن کے اندر چربی کے گلوبیچے اور ذرے مدفون ہو گئے ہوں جو شمعی انحطاط ظاہر کرنے والے سرخمر کی خشکت و رخیّت سے پیدا ہوتے ہیں، یا وہ خود دراصل ایسے ہی شمعی سرخی خلیتوں سے بنتے ہیں۔ شحمہ آمنا سبائٹک (lipoid casts) تقطیبی خسردین (polarising microscope) سے معائنہ کرنے پر دہرا انعطاف ظاہر کرتے ہیں۔ دموی سبائٹک (blood casts)۔ یہ اُس خون کی ترویج سے پیدا

ہو جاتے ہیں، جو کھوئی اُتیسیات کے اندر رخصت ہوا ہے۔ یہ اپنے رنگ کی وجہ سے، اور ان کو بنانے والے دوسری جسامت کی جسامت اور قریبی اجتماع کی وجہ سے آسانی شناخت ہو جاتے ہیں۔ دم بولیت کی کسی اسابت میں ان کی موجودگی یہ ثابت کرتی ہے کہ خود کرنے سے خون آیا ہے۔

مومی سبائبک (waxy casts) - یہ سبائبک بڑے بڑے اور نہایت انعطافی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات چربشی مزمن (lardaceous disease) میں نیز مرض براتہ کی دوسری مزمن شکلوں میں پائے جلتے ہیں۔ وہ بھر پور ہوتے ہیں اور پتیا عد کی ساتھ ٹوٹتے ہیں، جس سے ان کی شکل کسی قدر موم جیسی ہو جاتی ہے۔ ان سے اکثر چربشی مادے کے تعلقات نہیں حاصل ہوتے، اور ان کی نوعیت مشکوک ہے لیکن یہ ممکن ہے کہ وہ ذراتی سبیکہ کا ایک مابعد درجہ ہوں۔

اگرچہ بول میں ملنے والے سبائبک کی نوعیت کسی حد تک گردے کی حالت پر منحصر ہے، تاہم سبائبک پر سے اُس حالت کے متعلق نتائج اخذ کرنے میں ناجائز عملیت کام نہیں لینا چاہئے۔ اکثر اوقات اُسی بول میں دو یا زائد اقسام کے سبائبک پائے جاتے ہیں، اور ہیں ایک یا دوسری قسم کے غلبہ سے رہنمائی حاصل کرنی چاہئے۔ زجاجی اور ذراتی سبائبک التهاب گردہ کی ہر قسم میں ملتے ہیں، خواہ وہ مادہ جو یا مزمن دہوی ہوں اور سری ہلکے مادہ بول میں نمایاں ہوتے ہیں۔ شحمی سبائبک مزمن التهاب گردہ کی ان اصابتوں میں زیادہ کثرت وقوع ہیں، جن میں شحمی اعطاط طاری ہو گیا ہو۔

515

سپیدی خلیوی سبائبک (leucocyte casts) - یہ نام ان سبائبک کو دیا گیا ہے جن میں ریجی غلیظ مدقول ہوتے ہیں۔

استخوان نما جسم (cylindroids) یہ وہ بڑے بڑے تر جاجی اجسام ہیں جنکے سرے کاؤم یا شاخدار ہوتے ہیں، خاک کو جی ہوتا ہے، اور جن میں طوی تخطط ہوتا ہے۔ غالباً یہ محاطی دھانگے ہیں، جو نیو کلیئر پروٹین کا غیر مل شدہ مابقی ہیں، اور مدہل سبائبک نہیں۔ یہ کوئی اہمیت نہیں رکھتے۔

کلوئی وظائف کی تخمین

پانی کی برآمد کا کاشفہ - گردوں میں پانی کا اخراج کرنے کی قابلیت کا امتحان کرنے کے لئے، پانی کے ۱۲۰۰ سی سی علی الصبح ناشتہ کئے بغیر دینی لئے جاتے ہیں یا بعد ۵ گھنٹوں میں پیشاب کے کم از کم ۹۰۰ سی سی خارج ہو جانے چاہئیں، اور اسکی کثافت نسبی ۱.۰۰۲ ہونی چاہئے۔

ارتکاز زیاکث قہت نوعی کا کاشفہ - ۱۲ یا ۱۶ گھنٹہ تک کوئی سیال نہیں دیا جاتا، اور پھر ۶ بجے شام کے وقت کا بلند پروٹینی کھانا معدنک کے دیا جاتا ہے۔ تین نمونے جمع کئے جاتے ہیں، 'بیدار ہونے پر' اور گھنٹہ گھنٹہ کے وقفے سے۔ اعظم ش قہت نوعی کم از کم ۱۰۰۶ ہونی چاہئے۔ اگر اتنی نہ ہو تو قوت ارتکاز ناقص ہے۔

خون میں کے یوریا کی تخمین - سادہ ترین اور مختصر ترین طریقہ ایو ہانز (Yvon's) کا ہے۔ ایک دیدہ سے ملل کئے ہوئے خون کے دس مکعب سینٹی میٹر کو دسی سی کلورائیٹک ایسڈ (chloracetic acid) میں ملا دیا جاتا ہے، تاکہ پروٹینز مرصوب ہو جائیں، اور پھر ایک چھوٹی کیل مراعی میں اس آمیزہ کا حجم ۲۵ سی سی تک کر لیا جاتا ہے۔ اس آمیزہ کو ایک گیل شیشہ میں تقطیر کرایا جاتا ہے اور مقطر کا حجم نوٹ کر لیا جاتا ہے۔ پھر فینال فٹمالین (phenolphthalein) کو قلویت کے نمائندہ کے طور پر استعمال کر کے اس مقطر کو کاسٹک سوڈا کے ذریعہ قلوئی بنالیا جاتا ہے۔ آٹھ پیمائش ایک چھوٹا قیف ہوتا ہے، جو نیچے ایک شیشہ کی ڈاٹ کے ذریعہ ایک چھوٹی ظرف تک جوڑ دیا جاتا ہے۔ ظرف کے زیریں سرے سے ایک ربر کی تھیلی لگا دی جاتی ہے، جس میں کالج کے دانے ہوتے ہیں۔ ربر کی تھیلی کو دبا کر آٹھ قلوئی مقطر سے بھر دیا جاتا ہے، جو احتیاط کے ساتھ دھوکر اندر بہایا جاتا ہے، اور تھیلی اور ظرف میں سے سب ہوا خارج کر دی جاتی ہے اور پھر شیشہ کی ڈاٹ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ تھوڑا سوڈیم ہائپو برومائیٹ (sodium hypobromite) قیف کے اندر ڈال کر اسے ظرف تک کے اندر داخل چھو دیا جاتا ہے۔ آخر الذکر کو کوئی بارنٹ کر اس کے مایہ کو طالیایا جاتا ہے۔ رہا شدہ

نائیروجن نر فکس کے بالائی حصے میں جمع ہو جاتی ہے اور اس کی پیمائش نظر تک کے پانی کے ایک استوانہ میں منتقل کر کے اور زبر کی قبیلی کو علیحدہ کر کے کی جا سکتی ہے۔ اس کے بعد تحنین اس واقعہ پر سے کی جا سکتی ہے کہ ایک گرام یوریا، گیس کے ۳۷۰ کعبیٹی میٹر سے متناظر ہوتا ہے جو پانی کے اوپر ۱۵ درجہ سینٹی گریڈ اور ۷۰ ملی میٹر پرنانی جائے۔

طبعی طور پر خون میں ۳۰ ملی گرام فیصدی ہوتے ہیں۔ یوریا ذوبی (uramic coma) میں اس مقدار سے دس گنا اعداد پائے جاتے ہیں۔ دماغی غناعی متیال بھی استعمال میں لایا جا سکتا ہے۔ اس حالت میں ٹرائی کلورائیسیک (trichloroacetic acid) کے ذریعہ پروٹینز کو خارج کرنا غیر ضروری ہے۔

یوریا کی ارتکاز کا امتحان (urea concentration test)۔ مریض ۱۵ گھنٹے تک تیا لات سے پرہیز کرتا ہے۔ صبح کے وقت بیدار ہونے پر، وہ اپنا مشانہ خالی کرتا ہے اور فوڈ ایک ایسے محلول کے ۱۰۰ سی سی پی لیتا ہے جس میں ۵ گرام یوریا موجود ہو اور چمبغ نارنج (tincture of orange) سے خوشبودار بنایا ہو اور ایک گھنٹے کے بعد چیشاب کرتا ہے اور دوسرا وزیر گھنٹے کے بعد چیشاب کرتا ہے چیشاب کے ان دونوں کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار کی تمیین کر لی جاتی ہے۔ اگر فیصدی مقدار ۲ سے اوپر ہو تو انرا جی تو تیشی نشی ہے۔ یہ امر دیکھا گیا ہے کہ یہ کاشف اسی وقت صحیح ہوتا ہے جبکہ چیشاب کا حجم تقریباً ۱۰۰ سی سی ہو (۹)۔ لہذا رقم الحروف میکاسکی (McCaskey) کا ابتدائی طریقہ دوبارہ اختیار کر لیا جاتا ہے، جو کہ حسب ذیل ہے۔

یوریا کی برآمد کی شرح کا کاشف (rate of urea output test)۔ یوریا کی ارتکاز کا طریق عمل اختیار کیا جاتا ہے۔ لیکن سیالات کی پہلے غیر معمولی تحدید کرنے کی کوئی ضرورت نہیں۔ گھنٹے گھنٹے کے محمول اور یوریا کی فیصدی مقداروں پر سے یوریا کی اعظم مقدار کی تحنین کر لی جاتی ہے جو تین گھنٹوں میں سے ایک کے دوران میں خارج ہوئی ہے۔ تندرست گروہ یوریا کی جو اقل مقدار خارج کرتے ہیں وہ حجم بول کے لحاظ سے قدرے مختلف ہوتی ہے اور ذیل میں درج کی جاتی ہے۔

فی گھنٹہ حجم، سی سی ۵۰ ۶۰ ۸۰ ۱۰۰ ۱۲۰ ۱۵۰ ۲۰۰ ۲۵۰
یوریا کی برآمدی گھنٹہ گرام ۱۱۹۲ ۱۱۹۲ ۲۵۰ ۲۵۰ ۲۵۰ ۲۵۰ ۲۵۰ ۲۵۰

اگر کسی مریض کے یوریا کی فی گنتہ اعظم برآمدہ دل بالائی نکیس میں درج کئے ہوئے اقل اعداد سے نیچے گر جائے تو اس کے گردوں کی اخراجی قوت کو ناقص یا کم سمجھنا چاہئے۔
 و موی یوریا کے اختلاف کا کاشفہ - جیسا کہ یہ کاشفہ ابتداء بیان کیا گیا تھا مریض ۶ بجے صبح ناشتہ کھانے سے پہلے پانی کے ۱۰۰۰ سی سی (۳۵ اونس) آہستہ آہستہ پی لیتا ہے کہ جن میں یوریا کے ۲۰ گرام موجود ہوتے ہیں۔ اگر خون میں یوریا کا اتنا پہلے ہی بلند ہو شلا ۹۰ ملی گرام فی صدی، تو پھر یوریا لینے کی بالکل کوئی ضرورت نہیں۔
 ۷ بجے اور پھر ہر گنتہ بعد ۱۱ بجے تک مریض پانی کے دو گلاس (تقریباً ۱۶ اونس) آہستہ آہستہ پیتا ہے۔ یوریا کی وہ مقدار دریافت کی جاتی ہے جو شیش میں ۹ اور ۱۲ بجے دینا ہر گنتہ کے دوران میں خارج ہوتی ہے، اور دہوی یوریا کے لئے خون کے نمونے صبح ۹، ۱۰، ۱۱ بجے پر لئے جاتے ہیں۔ یہ دیکھا جاتا ہے کہ وقت کی ہر اکائی میں خارج ہونے والے یوریا کی مقدار اور غل میں یوریا کا نکالنا زکاز کے درمیان ایک متعلق نسبت ہے، بالفاظ دیگر جب خون میں کا یوریا بڑھ جاتا ہے تو شیش میں خارج ہونے والی مقدار بھی بڑھ جاتی ہے۔ اس غرض سے کہ یوریا کی اتنی زیادہ مقدار نہ لینی پڑے، راقم الحروف ۱۵ گرام کی ایک خرداک صبح ۸ بجے دیتا ہے۔

شیش کے (و) حجم میں فی منٹ یوریا کی جتنی (ی) مقدار خارج ہوتی ہے اس کے متعلق یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ یہ خون کے (و) حجم سے آئی ہے کہ جس میں یوریا کی (ی) مقدار اس وقت موجود تھی جبکہ ابھی گردہ نے اس کو خارج نہیں کیا تھا، چنانچہ (و) ی و لندا و - کیا ہے اور کس اور متذکرہ بالا نسبت دونوں ایک ہیں۔ لہذا یہ متعلق عدد، خون کا ایک فرضی حجم ظاہر کرتا ہے کہ جو ایک منٹ کے عرصہ میں یوریا سے متعلق ہوتا ہے۔ یہ فرضی اس لئے ہے کہ خون کا کوئی حصہ یوریا سے مکمل طور پر متعلق نہیں ہوتا۔ اس مستقل عدد کو اعظم اختلاف کہتے ہیں کیونکہ گردہ کاشفہ کے دوران میں پانی اور یوریا کو خارج کرنے کے لئے اپنی پوری قابلیت کے ساتھ کام کرتا ہے۔ یہ جسم میں موجود رہنے والی و طیفی کلوی بافت کی مقدار کا ناپ ہے، اور کلوی و طیف کا بہترین کاشفہ ہے جو کہ بحالت موجودہ ہم کو حاصل ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں اعظم اختلاف ۶۰ اور ۹۰ سی سی فی منٹ کی جولانی کے درمیان اختلاف پذیر ہوتا ہے

اور اوسط ۵۷ سی سی ہوتی ہے۔ بچوں کی صورت میں اور ان افراد کی صورت میں حنین کی جہات طبعی سے بہت مختلف ہو (مثلاً وزن، اسٹون اور قد و قدت ۷۷ کچھ ہو) حاصل شدہ

قدر کو $\frac{1343}{\text{سطح جسم میٹروں میں}}$ سے ضرب دینی چاہئے قبل اس کے کہ اس کا مقابلہ متذکرہ

طبعی اعداد کے ساتھ کیا جائے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 480) (10)۔ سطح جسم کا حساب قد اور وزن سے لگایا جاتا ہے جیسا کہ صفحہ 480 پر بتلایا گیا ہے (10)۔ اس کا شفعہ کو پچھلے کا شفعہ کی تریسیع سمجھا جاسکتا ہے کیونکہ اس میں ارتکاز اور حجم کے علاوہ دوسری چیز کا حامل آتا ہے۔ حقیقت میں یوریا کی برآمد اسی لئے تسلی بخش ہے کہ جب دوسری یوریا پلے سے طبعی ہو تو ۵۵ گرام یوریا دینے کے بعد وہ بالعموم ایک مستقل یوریا تک چڑھتا ہے۔ مثال: ایک بالغ مرد سے کا شفعہ کے پچھلے دو نمشوں میں سے ہر نمشہ کے لئے

جو اعداد حاصل ہوئے وہ حسب ذیل تھے۔ پیشاب کا حجم ۲۸۳ سی سی یوریا فیصد ۴۷ و ۳۸ سی سی خون (فی گرام فیصدی) ۳۸ و ۳۵ اور ۳۵ و ۳۸ سی سی یوریا فیصدی ۸۰.۵ $\times \frac{283}{100}$ و ۷۵ $\times \frac{38}{100}$ یعنی ضرب دینے پر ۷۹ و ۸۳۔ اوسط ۸۱ جو کہ ایک طبعی عدد ہے۔

یہ ادا کیا جاتا ہے کہ اس وقت بھی قابل اعتبار نتائج حاصل ہوتے ہیں جبکہ پیشاب کا حجم نہایت کم یعنی ۲۰ سی سی فی منٹ ہو لیکن اس عدد سے نیچے انخلائی کسر جو کہ اب اعظم نہیں رہتی مستقل نہیں ہوتی۔ یہ ایک نقص ہے کیونکہ وہ باقی رہتا ہے کلیہ (hydræmic nephritis) میں اور اربابول اس عدد تک بھی نہیں پہنچتا۔

لیکن متذکرہ بالا مساوات میں و کی بجائے وک اور بچوں کی صورت میں $\frac{1343 \times \sqrt{\text{سطح جسم}}}{\text{سطح جسم}}$ استعمال کرنے سے خاصا قریبی نتیجہ حاصل ہو سکتا ہے اس کو معیاری انخلاہ کہتے ہیں اور اس کی طبعی جولائی ۴۱ - ۶۷ سی سی اور اوسط ۵۷ سی سی ہے (۱۱)۔ یہ درجہ ضابطہ اس وقت استعمال کیا جاسکتا ہے جبکہ یوریا یا پانی دئے بغیر خون اور پیشاب کا تجزیہ گھنڈہ گھنڈہ کے وقفہ سے کیا جائے۔ لیکن اعظم انخلائی کا شفعہ غالباً بہترین ہے اسی طرح کا کا شفعہ کریشی نین کے ذریعہ بھی کیا گیا ہے (۱۲)۔

بول کے ڈایاٹیس (diastase) کی تخمینہ۔ یہ کاشف صفحہ 409 پر بیان کیا گیا ہے۔ عابین کی قشطرت کے بعد اسے دونوں گردوں کی افزائی قوتوں کا مقابلہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے منقبض گردے (contracted kidney) میں ڈایاٹیس کا اخراج کم ہو جاتا ہے۔

517

فینال سلفونوفتھالین (phenolsulphonephthalein)۔ مریض کا مشابہہ خالی کر لیا جاتا ہے اور ۲۰۰ یا ۲۰۰ سی سی پانی براہِ دہن دیا جاتا ہے۔ پھر اس دو گے ۶ ملی گرام قلوئی محلول میں آلوئی عضلات کے اندر شرب کے جاتے ہیں۔ ایک گھنٹہ اور دو گھنٹوں کے بعد مشابہہ جمع کیا جاتا ہے، اور قوی کاسٹک سوڈا کے چند قطرے لانے کے بعد اس کے جموں کو ایک لیٹر تک مرتق کر لیا جاتا ہے۔ گلابی رنگ جو حاصل ہوتا ہے اس کا مقابلہ اس صبغہ کے معیاری لونی محمولات کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ طبعی حالت میں اِشْرابِ کردہ مقدار کا ۵۰ فیصدی حصہ ایک گھنٹے کے بعد، اور مزید ۲۵ فیصدی دوسرے گھنٹے کے بعد خارج ہو جاتا ہے۔ چار گھنٹے میں وہ سب کباب خارج ہو جاتا ہے۔ جب اخراج میں نقص ہوتا ہے تو صبغہ کا اخراج اس کی نسبت بہت سُست ہوتا ہے۔ ایسا مختلف اقسام کے کروی مرض میں ہوتا ہے، اور یہ کسی خاص شکل کے لئے مخصوص نہیں۔

مرض برائٹ

(BRIGHT'S DISEASE)

عمومی تبصرہ

گردوں کی ایک مرضی حالت کے ساتھ استسقاءِ عمومی اور البیونی بول کے ملازم کو سب سے پہلے شناخت و معلوم کرنے کا سہرا ڈاکٹر ریچرڈ برائٹ (Dr. Richard Bright) کے سر ہے۔ استسقاء میں اُس نے اپنے پہلے مضمون میں بتلادیا استسقاء کے ساتھ اکثر گردے بڑے، پھیکے رنگ کے اور پکھنچے ہو جاتے ہیں، اور

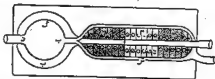
چشام میں البیومین موجود ہوتا ہے بلکہ اس میں اُس نے اپنا مضمون البیومین بول سے تعلق رکھنے والی ۱۰۰ اصابتوں کے مرضی مظاہر کا جدولی تبصرہ "شائع کیا" جس میں اُس نے بتلایا کہ البیومین بولیت کی بہت سی اصابتوں میں، جن میں استفادہ نہیں ہوا تھا، گردے چھوٹے اور پھیکے رنگ کے تھے۔ اس مضمون میں ادیٹر عمر کے کئی مریضوں کے حالات کے اندراجات بھی ہیں، جو داخلی نزف (cerebral hemorrhage) یا فشل قلب (heart-failure) سے نشانہ اجل ہو گئے اور جن کے گردے امتحان بعد الحیات میں "چھوٹے، سفت، اور ذرا تکی" پائے گئے اور جن کے قلوب میں "بائیں بطن کی بڑی بیش پرورش پائی گئی۔"

چونکہ برائٹ کے ابتدائی یا اصلی بیان میں گردوں کا وہی مرض شامل تھا جس کے ساتھ البیومین بولیت، اڈینیا یا قلب کی بیش پرورش موجود ہوتی ہے، لہذا یہ صاف و واضح ہے کہ مرض برائٹ میں صرف مادہ، تحت الحاد، اور مزمن گوبکی انجوبی (glomerulo-tubal) (یا زیادہ سہولت کے لحاظ سے "سخت") التهاب گردہ کو شامل ہونا چاہیے، لیکن شریان صلابتی گردہ (arterio-sclerotic kidney) اُن میں شامل نہیں، کیونکہ حال ہی میں یہ بتلایا گیا ہے کہ یہ گردے اوسطاً طبعی وزن کے ہوتے ہیں۔

مزید برآں، مادہ التهاب گردہ کی چار اقسام میں سے اس گردہ میں تین شامل کی جاسکتی ہیں، یعنی نہ صرف عادی گوبکی انجوبی التهاب گردہ (acute glomerulo-tubal nephritis) بلکہ ساری التهاب دروں قلب کا سدادی التهاب گردہ (embolic nephritis) بھی جو اول الذکر سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ اُس کا بیان اس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔ حل کا التهاب گردہ بیشتر گوبکی ہوتا ہے (16)۔ تیسری قسم وہ التهاب گردہ ہے جو بعض سموم سے پیدا ہو جاتا ہے، مثلاً پارے، یورانیم (uranium)، کرومیش (chromates)، ذراخ (cantharides)، ٹرین ٹائٹن، پوٹاشیم نائٹریٹ، سیلی سیلک اور کاربولک ایسڈز سے، جو بالخصوص انجیبیات کو موقوف کر دیتے ہیں اس کے برعکس عادی نکلی التهاب گردہ (acute interstitial nephritis) مرض برائٹ کی قسم ہرگز نہیں ہے۔ یہ بالخصوص اُن مریضوں کے

گردوں میں پایا جاتا ہے، جو حمی قرمزہ (scarlet fever) میں ابتدائے مرض میں ہلکے چوٹکے ہوں، لیکن جن میں پیشانی قرمزتی التهاب گردہ نمودار ہوا ہو۔ رفتگی بافتیں گول خلیتوں، بیشتر پلاسما خلیتوں سے درخیز ہو جاتی ہیں، اور یہ دراصل التهاب حوض انکلیہ وانکلیہ (pyelonephritis) کا ابتدائی ترین درجہ ہے۔ یہ امر نہایت ہی دلچسپ ہے کہ گردہ اور (جگر) میں اخطاطی تغیرات اس وقت پائے جاتے ہیں جبکہ چوہوں کو سیسٹینیم سے معرزا خذایمائیے، اور اس سے تشخبات پیدا ہو جائیں (15'14)۔

حیرتشی گردہ (lardaceous kidney) کو موجودہ زمانہ میں باتفاق رائے مرض برائٹ کے زمرہ سے خارج کر دیا گیا ہے، باستناد اس حالت کے جبکہ یہ اخطاط ایک ماسبق انجوبی التهاب پر مستزاد ہو گیا ہو۔ ایسا ہونا شاذ نہیں ہے کیونکہ مسزمن



شکل ۶۱۔ گوکھ گ اور انیبیب (کی خاک نما ترسیم۔ ب۔ کیٹ باؤ۔
۵ اور ب۔ درآئندہ اور برآئندہ عرق۔ (باتباع اشارت رنگ و قوتی)۔

التهاب گردہ اس تغیر کی استعداد پیدا کرتا ہے۔
مرض برائٹ کی امراضیات کے متعلق ایک منگامی نظریہ۔ گوکھ (شکل ۶۰) کو یہ سمجھا جائے کہ وہ معقول بلند پاؤں کے تحت پانی اور دوسری انتشار پذیر اشیاء کو تقطیر کے ذریعہ خون میں سے کیٹہ پاؤں کے اندر پہنچا دیتی ہے۔ گار پتھر کے ایک باریک نالی سے ایک منفرد کیٹہ پاؤں میں کچھ دیکر اس سیال کو حقیقتہ میں کیا گیا ہے۔ سیال نالی کے اندر صرف اسی وقت تک نہ کراتا تھا جب تک کہ خون گوکی عروق شعریہ میں ہو کر گزرتا ہوا دکھائی دیتا تھا، اور ایکی آہرن (Ekehorn) نے مزید برآں یہ بھی بتلایا

ہے کہ مقطر اور پلازما کا کلورائیڈ یا فیہا شامل ہیں اور یہ امر تقطیری مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ انسانی گردے میں تقریباً ایک کروڑ (۱۰ ملین) گولیکس معدہ انکی متناظر انیمیبیات کہلاتی ہیں۔ ایک مفرد گولیک مقابلۃً صرف تھوڑے عرصہ تک مصروف کار رہتی ہے، اور پھر اس کی فعالیت موقوف ہو کر دوسری گولیکس بار محنت کو اٹھالیتی ہیں۔ چنانچہ گردوں میں ایک بڑا محفوظ موجود رہتا ہے، اور اگر متعدد گولیکس تلف ہو جائیں تو اس کے مصروف ہی معنی ہو گئے کہ دوسری گولیکوں کو معمول کی نسبت سیکندریا دہ عرصہ تک کام کرنا پڑے گا۔ تندرست گولیکس جسامت میں بھی بڑھ سکتی ہیں لیکن یہ ظاہر معلوم ہوتا ہے کہ جسم کو تازہ یا جدید گولیکس بنا لینے کی قوت حاصل نہیں ہے۔

خون گولیک سے خارج ہونے کے بعد برآئندہ عرق (پ) کی راہ سے ہوتا ہوا انیمیبیات کو رسد پہنچاتا ہے، اور گولیک مقطر کیسے سے باہر نکل کر انیمیب کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ انیمیب کے اندر دو اعمال واقع ہوتے ہیں۔ خلیات خون سے یوریا اور سلفیٹ کا افراز کرتے ہیں، اور یہ دونوں مادیات گولیک سیال کے اندر خارج ہو جاتے ہیں، اس طرح اس سیال میں سے کلورائیڈ، پانی، کاربونیٹ، ڈیکسٹروس اور پانی پھر خون کے اندر جذب ہو جاتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ پانی کا باز انجذاب واقع ہونے کے لئے بعض اشیاء ضروری ہیں، جو جسم کے دوسرے حصوں سے حاصل کر کے گردوں تک لائی جاتی ہیں۔ ان میں سے ایک مؤخر خامیہ کا خلاصہ ضاعطہ العروق (vaso-pressin) ہے۔ غالباً پانی کا باز انجذاب سب سے آفریں انیمیب کے ن سرے کی طرف واقع ہوتا ہے۔

بول میں کے اشیاء کو دو گروہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے، اس لحاظ سے کہ وہ سرسری طور پر اسی ارتکاز میں موجود ہیں جیسے کہ خون میں، یا گردوں نے ان کے ارتکاز کو اوپر یا دہ بلند کر دیا ہے (لاحظہ ہو جدول صفحہ 422 پر)۔ پہلے گروہ میں کلورین، سوڈیم، کیلیم اور میگنیشیم شامل ہیں، اور دوسرے گروہ میں یوریا، یوریک ایسڈ، کریئٹینین (creatinine)، اینڈیکین (indican)، فاسفیٹ، سلفیٹ، اور پوٹاشیم۔ ایک نقش خیال یہ ہے کہ اول الذکر سب کے سب گولیک سے مقطر ہوتے ہیں اور جزئی طور پر پھر جذب ہو جاتے ہیں، اور آخر الذکر کا افراز انیمیبیات سے ہوتا ہے۔ اگر یہ درست ہے تو

پھر یہ نہایت آسان طریقہ ہے کہ اس پر غور کیا جائے کہ گردے کی مختلف ساختوں میں امراض یا تغیرات واقع ہو جانے کا اثر خون پر اور بول پر کیا ہوگا۔ اور پھر یہ دیکھا جائے کہ آیا مرض برائٹ کے سریری اقسام ان امکانات سے متاثر ہیں یا نہیں۔

لیکن پہلے کلیوی مرحلہ کے وظیفہ کو دو نقطہائے نظر سے دیکھنا چاہئے: (۱) اُن اشیاء کو جو درمہل خون کا جزو ہیں، مثلاً البیومین اور دموی خلیات بول سے روک رکھنا پڑتا ہے۔ (۲) اُسے فضلات کو خارج کرنا پڑتا ہے جن کو پیشاب کا بہاؤ دور کر دیتا ہے۔ یہ وظائف ایک دوسرے سے علحدہ علحدہ موقوف ہو سکتے ہیں۔

۱۔ (الف) البیومین بولیت کے متعلق نظریات۔ ممکن ہے کہ کوئی زہر کوئی گتچے کے مرحلہ کو متغیر کر دے، اور اس طرح متعدد دسواغ اسے کافی بڑے پیدا ہو جائیں کہ جن کے اندر سے پروٹین کے نسبتہ چھوٹے سالمات گندکر پیشاب کے اندر خارج ہو جائیں یا شاید جیسا کہ تازہ مشاہدات اشارہ کرتے ہیں، یہ زہر ایک طبع کا موم ہے جو پلازما کا سطحی تناؤ کم کر دیتا ہے، اور اس طرح پروٹین مرحلہ میں کی طبعی نقائص میں سے خارج ہو جاتا ہے (۱۳)۔ ایک ناقص دموی رسد، جیسی کہ مرض قلب میں واقع ہو سکتی ہے، یا جیسی کہ شریان کلیوی کو کچھ عرصہ تک مشکو سے دبا کر تجربہ پیدا کیا جاسکتی ہے، کلیوی مرحلہ کو زخمی کر دیتی ہے، لہذا وہ بھی ایک ممکنہ فی مال ہو سکتی ہے۔

519

(ب) کلیوی اڈیما کے متعلق نظریات۔ طبعی حالت میں عروق شعریہ کے اندر کے خون اور بافتوں کے سیالات کے درمیان ایک توازن موجود ہوتا ہے جس کی وجہ سے عروق شعریہ کے اندر سے سیال کا کوئی زائد ارتشاح نہیں ہونے پاتا۔ اس توازن میں خون کا ولوبی دباؤ ایک ہم وظیفہ انجام دیتا ہے۔ نسبتہ چھوٹے پروٹینی سالمات کے نقصان کے یہ معنی ہیں کہ پلازما کا وہ ولوبی دباؤ جو پروٹینز کی وجہ سے ہوتا ہے بہت کچھ کم ہو جاتا ہے اور خون اور بافتوں کے سیالات کے درمیان کا توازن جھڑ جاتا ہے، چنانچہ سیال اور طہات بافتوں کے اندر خارج ہو کر اُن کو اُنیانی بنا دیتے ہیں، کیونکہ استقامتی سیال کا پروٹینی مافیہ بہت کم ہوتا ہے۔ یہ ایپسٹین کا نظریہ اڈیما (Epstein's theory of edema) ہے۔ اب یہ ایک غیر مشکوک واقعہ ہے کہ کلیوی اڈیما میں پلازما کی ولوبی قوت کم ہو جاتی ہے اور میرم البیومین بھی جو کہ نسبتہ چھوٹے سالمات رکھتا ہے، میرم

گلابیوں کے مقابل میں کم ہوجاتا ہے۔ لیکن راقم الحروف کی رائے میں ان تغیرات کو کلوئی اُذیمیا کا سبب سمجھنے میں تین اعتراض وارد ہوتے ہیں۔ (۱) الف) کم ولوبی دباؤ کے یہ معنی ہونگے کہ گویوں میں سے نسبت زیادہ تقطیری دباؤ ہوگا، چنانچہ وہ عامل جو تال کو بافتوں کے اندر خارج کرتا ہے، پیشاب کے بہاؤ کو بھی زیادہ کر دینگا۔ اس سے ایک توازن پیدا ہوجائیگا۔ (ب) ایک مریض میں ۵۰ سی سی خون کے نقل الدم سے اور ربول نہیں پیدا ہوا۔ اس سے صرف البیومین بولیت زیادہ ہوگئی (30)۔ (ج) راقم الحروف کے ایک مریض میں اُذیمیا بہ سرعت رفع ہوگیا، لیکن سیرم کے اندر پروٹین پھر بھی بدستور بہت قدر پر رہا۔ کلوئی اُذیمیا کی توجیہ کے لئے دو دوسرے نظریے پیش کئے گئے ہیں۔ (۱) یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ نظامی عروق شعریہ کسی قسم کی وجہ سے متضرر ہوکر خون کے سستال حصوں کے لئے زیادہ نفوذ پذیر ہوجاتی ہیں۔ لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ کوئی قسم کلوئی مرض کی محض انھیں اصابتوں میں کیوں خون میں داخل ہوتا ہے۔ جنس پروٹینی تفرقی حاصلات (protein catabolites) کے اخراج میں کوئی ٹری مزاجت نہیں پیش آتی، اور بہت سے ایسے مریض جن کی کلوئی کارکردگی نہایت خطرناک طور پر خراب ہوجاتی ہے، مثلاً ثانوی مکرر ہوئے گردے (secondary contracted kidney) کی حالت میں، اُذیمیا میں مبتلا نہیں ہوتے۔ (۲) یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ اُذیمیا اسوجہ سے پیدا ہوجاتا ہے کہ گردے کھورائڈ خارج نہیں کر سکتے، اور محبتس رہتا ہے تو پانی کا محبتس رہنا بھی ضروری ہے تاکہ جسمانی متالات کی ہم نشی قائم رہے، اور اس طرح اُذیمیا پیدا ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ بتلایا گیا ہے کہ پانی کی کثرت بجائے خود اُذیمیا پیدا کر دیتی ہے (20)۔ تاہم اگر اس کے علاوہ ساتھ نمک بھی ملا دیا جائے، تو اُذیمیا کا رجحان اور زیادہ ہوجاتا ہے۔ آخر الذکر نکتہ کا ثبوت راقم الحروف کی ایک صابت سے ملتا ہے جس میں علاجی اغراض کے لئے نمک اور پانی کا استعمال، پست دموی کھورائڈ کے باوجود نہ صرف (اُذیمیا کی وجہ سے) جسم کا وزن بڑھا دینے کا موجب ہوا، بلکہ اس سے پیشاب بہاؤ بھی کم ہوگیا۔ اور کچھ عرصہ تک کم رہا۔ راقم الحروف کی رائے میں سادہ ترین اور نسبتاً اغلب نظریہ یہ ہے کہ اُذیمیا انجیمیوں کی سدودی کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ چنانچہ گویکی مقلط، طبعی گویوں سے اسقدر آہستہ چمکتا ہے کہ کھورائڈ طبعی کی نسبت بہت زیادہ

مقدار میں جذب ہوتا ہے اور اپنے ساتھ پانی کا مقررہ جزو بھی لے جاتا ہے۔ اذیمیا اس وقت ہوتا ہے جبکہ پانی کی، یا پانی اور کھورائے کی کثرت لی جائے۔ اگر پانی غلیل ہو، شلاتے کیوجہ سے، تو طبع کا احتیاس بغیر اذیمیا کے واقع ہوتا ہے، جو کہ فرانسسی مصنفین کا "شکل اعتبار" ہے۔

۲۔ گردوں کے اخراجی وظائف۔ (الف) اگر گویکیں یا انیمیڈیات بال مسدود ہوں تو کوئی سیال یا لمحات گردے میں سے ہو کر مرکز نہیں جاسکتے۔ اسرابول پیدا ہو کر تمام اخراجی حاصلات کا خون میں اجتماع ہو جائیگا مثل اس حالت کے جبکہ دونوں حاملین حصات سے مسدود ہو جاتے ہیں۔ اگر جزئی مسدودی ہو تو پانی اور لمحات کے اخراج میں مزاحمت ہوگی، چنانچہ اگر مریض نے بہ افراط سیال لیا تو اذیمیا پیدا ہو جائیگا۔ اگر انہی مرحلہ میں حد سے زائد مداخلت نہ ہوئی ہو تو ممکن ہے کہ یوریا کا اخراج طبعی سے بہت نیچے نہ گرسے، اور تا وقتیکہ حد سے زائد بلند درجہ کی پروٹین غذا نہ کھائی جائے یوریا خون کے اندر جمع نہ ہوگا۔ حاد التهاب گردہ کی ایک شکل (خفیف التهاب گردہ = nephritis mitis) میں جس میں انیمیڈیات مسدود ہوتے ہیں یہی حالت ہوتی ہے۔ اگر گویکی آلف یا یا جائے اور وہ آہستہ آہستہ واقع ہوا تو ممکن ہے کہ گویکوں پر زائد باؤ عمل میں آکر مزاحمت کی کامل تعویض ہو جائے، اور یہاں بھی اس امر کو ملحوظ خاطر رکھنا دلچسپ ہے کہ جنگلی اور مدنی التهاب گردہ (war & civilian nephritis) کی بعض اصابتیں، جتنا تک گردے کی اخراجی قوتوں کا تعلق ہے، کامل طور پر شفا یاب ہو گئی ہیں۔ لیکن نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ایک مستقل ارتفاع الضغط پیدا ہو گیا ہے (۱۷)۔

(ب) اگر تہا انیمیڈیات ماؤف ہوں تو گویکی مقطر طبعی طور پر حامل ہوتا ہوگا اور خون کا دباؤ بلند ہوگا۔ تاہم یوریا کے ارتکاز میں خطرناک طور پر مداخلت ہو جائیگی۔ یوریا، سلفیٹس، نائٹریٹس وغیرہ خون کے اندر محبتس رہ جائیگے اور ممکن ہے کہ مریض بلا کوئی دورانی علامات پیدا ہوئے یوریا دمیت سے ہلاک ہو جائے، یہ ایسی حالت ہے جو جنگلی التهاب گردہ سے بھی پیدا ہو گئی ہے۔ اگر انیمیڈیات کا صرف زیرین حصہ ماؤف ہو تو مریض کو محض نہایت رقیق پیشاب ہوگا، لیکن گردے کی اخراجی قوت

غیر متاثر رہے گی۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ ایسی حالت، مؤثر خمی غلامہ کی عدم موجودگی کے باعث، ملخ قریا بطیس میں پیدا ہو جاتی ہے (۶)۔

(ج) اگر کوئیس اور انہی بات دونوں ایک ہی وقت میں اور تدریجاً مؤف ہو جائیں، تو اس حالت کی توقع ہوگی جو ثانوی سکڑے ہوئے گرنے (secondary contracted kidney) کی حالت میں بیان کی گئی ہے۔ گو کیوں کی انسانی غیر نفوذ پذیر کے باعث بلند رموی انضغاط اور بیش پروردہ قلب پیدا ہو جائے گا۔ رُغیبات کے وظائف میں خلل واقع ہو جائیگا چنانچہ یوریا وغیرہ خون کے اندر جمع ہو جائیگا برعکس کو سل نہایت رقیق پیشاب ہوتا رہے گا جس کی کثافت فوری پست ہوگی۔ پانی کو جذب کرنے کی قابلیت نہ ہونے کے باعث اُذیما ہونے پائیگا۔ دسب التهاب گردہ (nephritis repens) کی اصابتوں کے لئے بھی یہی توجیہ درست ہے، جنس کو بھی اُنہی نظامات کے بڑے بڑے حصے بالکل تلف ہو جاتے ہیں اور اُراج کے کام کے لئے اُن کی از حد کم تعداد باقی رہ جاتی ہے۔

حاد گویکی انہوی (سمی) التهاب گردہ

[acute glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

بحث اسباب :- یہ مرض، جیسے عام طور پر حاد التهاب گردہ (acute nephritis) کہتے ہیں، ایک خسر التهاب گردہ ہے۔ فی الحال اس کا اصلی سبب نامعلوم ہے۔ تاہم عام غلبہ آرا یہی ہے کہ یہ مرض مرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ سوال تصفیہ طلب ہے کہ آیا عضویات خود گردوں ہی میں بڑھتے ہیں یا بعض جسم کے ایک یا کُل جدا گانہ حصے میں کے خرد عضویوں سے سمیات پیدا ہو جاتے ہیں جو گردوں کو مؤف کر دیتے ہیں؟ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں نوزین عفونی ہوتے ہیں اور حاد التهاب گردہ سے پہلے حاد التهاب نوزین کا ہونا ایک بالکل عام واقعہ ہے۔ ان احمہ سے مترشح ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ مرکزی عفونت ہی اس مرض کا آونی سبب ہو۔ ان اصابتوں میں متعلقہ خرد عضویہ نفعہ سبھی ہوگا۔ حنی قرمز (scarlet fever) اس مرض کا ایک مشہور و معروف سبب ہے، اور اس حالت میں بالوں کی نسبت

بچے زیادہ اکثر بتلائے مرض ہوتے ہیں۔ بالعموم اس کے علامات ابتداً دو درجہ نفعیت میں ظاہر ہوتے ہیں اور یہ التهاب گردہ غالباً طبیعتی سببی حملہ کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ نفعیت نمودار ہونے سے پہلے ہی شروع ہو جاتا ہے۔ اہم شفا خانہ عام میں جو بیمار لے ہیں ان میں اس مرض کا سبب متعدّد، عارض التهاب لوزین اس سے آٹھ گنا زیادہ عام پایا گیا ہے کہ جتنا حمی قریزی پایا جاتا ہے (۶)۔ کئی دوسرے حمی امراض بعض اوقات عارض التهاب گردہ کا پیش بحیمہ ہوتے ہیں۔ وہ یہ ہیں: زکام، عارض شیت (acute rheumatism)، خسرہ (measles)، چیچک، ہیفہ جڈیریکا (varicella)، ٹائفس (typhus)، تپ معویہ، ذات الریہ، حمی ناکہ (relapsing fever)، خناق وبائی (diphtheria)، ہیناکس کا پیرپوڈرا (Henoch's purpura)، تدرن (tubercle)، آئسٹک اور عفونی حالتیں، جن میں قلعج الصدر اور جلد اور جلد الراس کے زخم شامل ہیں۔ ان میں سے بعض مریضوں کے خود مضویہ قارورے کے اندر پائے گئے ہیں، مثلاً نبتات رکویہ اور عصیات مرقی۔

بعض اوقات مریض اور نبی میں تکشف، بالخصوص جبکہ مریض انکھل کے زیر اثر ہو، اس مرض کا سبب متعبد سمجھا جاتا ہے۔ اس طرز کے، بہ ظاہر خود بخود پیدا ہو جاتا ہے التهاب گردہ کی ایک نہایت عمدہ مثال وہ نام نہاد "خندقی التهاب گردہ" (trench nephritis) ہے، جو گذشتہ جنگ میں سپاہیوں میں پیدا ہو گیا۔ یہ التهاب صرف خندق میں کے سپاہیوں تک محدود نہ تھا۔ مرض کے ایسے ہی حملے دوسری لڑائیوں میں بھی ہو چکے ہیں، جن میں سے امریکی فوجی جنگ (American Civil War) قابل ذکر ہے۔ خندقی التهاب گردہ اور شہری مطلب کے مریضوں میں لٹنے والے عارض التهاب گردہ کے درمیان دراصل کوئی فرق نہیں ہے۔ حل بھی التهاب گردہ کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے، اور یہ التهاب نہایت شدید قسم کا ہو سکتا ہے، جس کے ساتھ یوریا دمویہ اور شکیلیتی تغیرات بھی ہو سکتے ہیں۔

مرضی تشریح - بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ گردہ کی جسامت طبیعی ہو اور وہ خالی آنکھ سے طبیعی شکل کا نظر آئے، جو اس امر کے پیش نظر کہ مریض نہایت اکسشد حقیقی امر البول سے ہلاک ہوا ہے ایک حیرتناک واقعہ ہے۔ ایسا خندقی التهاب گردہ اور

قرمز تھی الہتہا گردہ کی اصابتوں میں اُس وقت دیکھا گیا ہے جبکہ موت بہ سرعت واقع ہوئی ہے۔ دوسری اصابتوں میں گردہ کم بیش متورم ہوتا ہے۔ اُس کی شکل گول ہوتی ہے، وہ خندہ اور لچکدار ہوتا ہے، اُس کا کسے آسانی اتر آتا ہے اور سطح معمول کی نسبت شائبہ ہوتی ہے۔ تراشنے پر اُس کا قشر بہت متورم نظر آتا ہے اور اُس کا رنگ رمادی یا نل سرخ ہوتا ہے اور امتلاء کی وجہ سے اہرام سیاہ سرخ رنگ کے ہوتے ہیں کبھی کبھی شوح سرخ رنگ کے دھچکے ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض تو متلی گوکیں ہیں اور بعض چھوٹے نزقات۔ اور دوسری اصابتوں میں گردے بہ شدت متلی، اور رنگ میں سیاہ سرخ یا چاکولیت کے رنگ کے ہوتے ہیں۔ وہ خون میں شرابور ہوتے ہیں یا ان سے خون نکلتا ہے اور انھیں تراشنے پر اہرام اور بھی بے انتہا متلی نظر آتے ہیں۔

خرد بن سے دیکھا جائے تو اس وقت جبکہ الہتہا بی فعال شدید ہو (تیز الہتہا گردہ nephritis acris) گوئی گئے ایک سنگاثری الہتہا گوئی کی وجہ سے متورم نظر آتے ہیں اور ان میں بہت سے کثیر الاشکال نواتی غلیظے موجود ہوتے ہیں۔ انجوبی مرحلے کے غلیظات ایک متورم ذراتی خفزا یا غلیظا ہر کرتے ہیں جس میں نوات غائب ہوتے ہیں اور درم سبحانی یا البیومنی انحطاط موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ان میں زجاجی قطیرے موجود ہوں (زجاجی قطیری انحطاط) استسقاء، شحمی اور لیپائی انحطاط کا بھی موجود ہونا ممکن ہے اور زجاجی سبائک موجود ہوتے ہیں۔ مضاعف الانعطاف لیپائی قطیروں کی موجودگی لیپائی انحطاط ظاہر کرتی ہے۔ رخنکی یافت اکثر اوقات اذیائی ہوتی ہے اور گردہ گوئی در ریش کے ساتھ کثیر الاشکال نواتی غلیظے موجود ہوتے ہیں۔ جب الہتہا بی فعال پست درجہ کا ہوتا ہے (خفیف الہتہا گردہ nephritis mitis) تو گوئیوں کا ہیکل اذیائی ہوتا ہے۔ گھوٹوں کی شعریات کا درجہ متورم ہوتا ہے۔ کینے باؤ حن سے مرحلہ کا سبحانی درم اور لیپائی انحطاط ہوتا ہے اور کلوی انجیبیوں کے مرحلہ سیاہ نمایاں لیپائی انحطاط موجود ہوتا ہے اور ان غلیظوں کے نوات انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ کیسی فضائل میں کلوی اور البیومنی لمبہ اکثر اوقات موجود ہوتا ہے اور انجیبیات میں زجاجی اور ذراتی سبائک موجود ہوتے ہیں (24)۔

امراضیات - عا د الہتہا گردہ کے حلقے کے دوران میں بیشتر کلوی وظائف

میں مداخلت واقع ہو جاتی ہے، لیکن ہر اس صابت دوسری اس صابت سے بہت مختلف ہوتی ہے۔ غیر پروٹینی، ٹائٹروجنی، اشیاء کا اخراج نہ ہو سکنے کے باعث خون کے اندر اُن کا متناظر احتیاس پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ خون کے یوریا کی مائتہ (urea content of the blood) کی زیادتی سے ظاہر ہوتا ہے، جو بعض اصابتوں میں بہت شدید ہوتی ہے (۸۰ ملی گرام فی صدی) اگرچہ دوسری اصابتوں میں یہ زیادتی محض غنیف سی ہوتی ہے ممکن ہے کہ اُذیمیا کی وجہ یہ ہو کہ ناقص گوشت کی فطیفہ کے باعث گردے پانی اور لمحات کا اخراج نہیں کر سکتے۔ ڈایالیس کے اخراج میں کمی نہیں ہوتی۔ حاد التهاب گردہ کے اُذیمیا کے ساتھ انکماش (systolic) اور انبساطی (diastolic) دونوں قسم کے ضغطِ دموی کا ارتقاع ہوا کرتا ہے۔ اس کا اثر یہ ہے کہ گردوں کے اندر سے خون کا دوران زیادہ ہو کر سیلانِ بول کے جاری رہنے میں مدد ملتی ہے۔ جب اُذیمیا رفع ہو کر پیشاب کا حجم بڑھ جاتا ہے تو یہ ارتفاعِ ضغطِ دموی بہ سرعت کم ہو جاتا ہے۔

علامات۔ علامات کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر قوی ہو جاتا ہے کہ اُذیمیا پہلی علامت ہوتی ہے جو مریض یا اُس کے دوستوں کے دیکھنے میں آتی ہے۔ جب مریض صبح بیدار ہوتا ہے تو اُس کا چہرہ پھولا ہوا نظر آتا ہے، اور بالخصوص آنکھوں کے نیچے سیال جمع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ دن کے گزرتے گزرتے یہ رفع ہو جائے لیکن اگر رات کے وقت پاؤں کو دیکھا جائے تو ٹخنوں کے بالکل نیچے ہی اُذیمیا موجود ہوتا ہے۔ دراصل تحت الجملد بافت میں انصاف کی خفیف مقدار موجود ہوتی ہے جو قوتِ جاذبہ کے اثر سے ہمیشہ سب سے نیچے نکلے ہوئے حصے کو تلاش کرتی ہے۔ دن کے وقت یہ انصاف پاؤں تک پہنچ جاتا ہے۔ نیند کی کمی ہونی وضع میں یہ نیکو کو عام طور پر پھیلا دیتا ہے، لیکن پوٹوں کی ڈھیلی بافتوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اگر مریض بستر پر لیٹ جائے تو یہ چہرے اور پاؤں دونوں کو چھوڑ کر صغیر کی بافت میں جمع ہو جائے گا، کیونکہ یہی اب سب سے زیادہ نیچے ٹوکا ہوا حصہ ہے۔ چہرے کا پھولنا اس طریقہ کے بالکل متضاد ہے کہ جس طریقہ سے قشرِ قلب کے اُذیمیا کا آغاز ہوتا ہے، کیونکہ آخر الذکر اُذیمیا قوتِ جاذبہ کے اثر سے نیچے کی طرف منتقل ہو کر سب سے پہلے ٹانگوں میں نظر آتا ہے۔ حاد التهاب گردہ کے اُذیمیا کی مدت بہت مختلف

ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خفیف اصابتوں میں وہ ایک یا دو دن میں خائب ہو جائے۔ اس کے برخلاف ممکن ہے کہ وہ جاری رہے اور یہ اصابت بالآخر سمید بڑے گردے کی اصابت بن جائے۔ اس اذیمہ کے ساتھ ساتھ پیشاب کے حجم کی تقلیل اور البیومین بولیت بھی ہوتی ہے۔ خراب ترین اصابتوں میں ممکن ہے کہ دن بھر میں بلند کثافت نوعی رکھنے والے بول کے صرف چند ہی اونس خارج ہوں، اور ممکن ہے کہ البیومین کے بلند ارتکاز کی وجہ سے یہ اُبالنے سے محسوس ہو جائے۔ نسبت خفیف اصابتوں میں بول کا حجم نسبت زیادہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بول کچھ ہو اور اُس کا ایک رنگ بھی ہو، جو تازہ یا متغیر خون کی موجودگی کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور خون کی مقدار اور حالت کے لحاظ سے سیاہی یا لہو ہوتا ہے گہرا بھورا، پورے شراب کے رنگ کا، گلابی، یا واضح طور پر سرخ ہو سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ دم بولیت موجود ہو، اور اُس کے ساتھ البیومین بولیت اس سے زیادہ نہ ہو جتنی کہ خون کی موجودگی کی طرف منسوب ہو سکتی ہے (مزنی التهاب گردہ = hemorrhagic nephritis)۔ ایسی اصابتوں میں پیشاب کا حجم اکثر کم نہیں ہوتا۔ بالکل ابتداء ہی میں مرض سخت ہو جاتی ہے اور خون کا دباؤ متعلق ہو کر بعض اوقات ۱۸۰ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ ارتفاع صبح کی نسبت شب کو زیادہ ہوتا ہے اور صبح میں نرم ہو جاتی ہے۔ پہلی آواز (انکماش) کی شدت زیادہ ہو جاتی ہے، اور دوسری آواز (قاعدۂ قلب پر) کی بھی تغیم واقع ہو جاتی ہے، یا اُس کی نوعیت جھٹکار میس ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کو بے کنی محسوس ہو، اُس کی تپش کی مقدار بلند ہو، عدم اشتہا اور عموماً تھپے ہوتی ہے۔ درد مریض کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شرییف پر درد ہو، جس کے ہمراہ تھپے ہو لیکن راقم الحروف کا خیال ہے کہ وہ درد جو کہ گاہے کو کھوں میں بیان کیا جاتا ہے، عموماً التهاب حوض کلیہ و کلیہ پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ عدم دمیت موجود ہو۔ بھر ایک ایسی علامت تھی جو خندقی التهاب گردہ میں بیشتر اوقات دیکھی گئی۔ ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں یہ علامت پچید پھڑوں کے اذیمہ کے باعث پیدا ہوئی ہو۔ شدید اصابتوں میں قلب متع ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ عدم القلب باہر کی طرف ہٹ جائے۔

حاد التهاب گردہ میں یوریا دمویت۔ ممکن ہے کہ اُن امیبتوں میں جن میں اُسرا بول زیادہ ہو، یوریا دمویت طاری ہو جائے۔ (۱) ممکن ہے کہ یہ ایسے حیاتی کیمیائی تغیرات کے لحاظ سے اُس یوریا دمویت سے مشابہ ہو جو ثانوی مقبض گردہ کے ساتھ ہوا کرتی ہے اور جسے یوریا دمویت کی مزمن یا نہاگتی قسم (asthenic type) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 580)۔ (۲) لیکن یوریا دمویت کی ایک دوسری خاص قسم ہے، جسے حاد یا قوی قسم (acute or sthenic type) یا بعض وقتاً انشاجی (eclamptic) یا تشفی حاد یوریا دمویت (convulsive acute uraemia) کہتے ہیں، جو حاد التهاب گردہ کی نہایت مختصر خصوصیت ہے، اور جس کے ساتھ خون میں یوریا یا فاسفیٹ کا زیادہ احتباس نہیں ہوتا۔ اس قسم میں درد میرا درقے زیادہ شدید ہو جاتے ہیں، بعض سست ہوتی ہے، ممکن ہے کہ پتین اسٹوکیٹس نفس موجود ہو، اور تشفیات بھی ہوتے ہیں۔ دوران جنگ میں خندقی التهاب گردہ کے تجربہ سے ظاہر ہوا کہ یہ علامات دماغی آذیمیا کی وجہ سے تھیں، کیونکہ یہ ہیشہ قطعی کچھ سے موقوف کئے جاسکتے تھے اور دماغی نغای ستیال پر بہت زیادہ دباؤ تھا تشفیات کا سبب حجم کی اندرونی جانب کے ساتھ داغ کا مضبوط ہو جانا ہے۔ خون کے دباؤ کا ثانوی ارتقاع واقع ہو جاتا ہے۔ یہ خیال کیا گیا ہے کہ اس قسم کی یوریا دمویت کھوراؤ کے احتباس کی وجہ سے ہوتی ہے (13)۔ اس کے حلے معمولی صرع (epilepsy) کے حملوں سے نہایت قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ اس میں اکثر ایک مختصر ساقشی درجہ ہوتا ہے، اور پھر عارضہ چہرے، آنکھوں اور دھڑکے تمام عضلات کے ربغی تشفیات (clonic convulsions) ہوتے ہیں۔ بیہوشی طاری ہو جاتی ہے، چہرہ کبود ہوتا، منہ میں عینس ہوتا ہے، ممکن ہے کہ رقیق خون آلود ہو، اور تکیاں تسع ہوتی ہیں۔ چند منٹ کے بعد یہ تشفیات زائل ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مریض کو فوراً ہوش آجائے، اور پھر اُس کی عام حالت میں اصلاح شروع ہو جائے، کیونکہ تشفیات ہمیشہ ہی غیر موافق امارت نہیں ہوتے۔ دوسری اصلاح میں مریض پر قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے، جو ممکن ہے کہ پھر تشفیات میں تبدیل ہو جائے اور یہ تشفیات کامل قوما کے وقفوں کے ساتھ کرہ ہوتے رہتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایسے کامل قوما کی حالت ہی میں مریض مر جائے۔ تشنج کے دوران میں مریض کا تنفس تیز

اور بعض صغیر و سریع ہوتی ہے۔ پیش مختلف ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ۱۰-۲۰ درجہ یا زائد تک پہنچ جائے۔ ممکن ہے کہ واقعات کی یہ ترتیب زمانی کئی بار کثرت واقع ہو۔ اگرچہ ایک مصری اخص حملہ اس قسم کی یوریا دیویت کا مشہور و معروف نمونہ ہے، تاہم یہ اکثر غیر موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ صرف دروس اور تھے موجود ہوں اور عارضی محدود المقام شلاست یا فالج نصفی اور ہم آئین نیم بصری (hemonymous hemianopia) یا کانٹینائی (جو) یوریا دیویت کی کمزوری (uræmic amaurosis) ممکن ہے کہ آخر الذکر ایک سے تین دن تک رہے، اور اکثر بالکل رفع ہو جاتی ہے۔ چونکہ حدی تعالٰت غیر متاثر رہتے ہیں، لہذا غالباً یہ نامینائی اعلا بصری مراکز کے انقطاع کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ صمم بھی دیکھنے میں آئے، اور ندیان یا مانیا موجود ہو۔ یہ مختلف مظاہر اکثر تشنجات سے پہلے یا بعد میں ہوتے ہیں۔

علیٰ تغیرات (ocular changes) - حاد التهاب گرد کی اصابتوں کی اکثریت میں شبکیہ کے اندر کوئی تغیرات دیکھنے میں نہیں آتے، بجز چھوٹے چھوٹے کم و بیش بدوزن زفات کے، جو کہ ان اشخاص میں بھی واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں جن کی صحت کمزور ہو رہی ہو۔ فاسٹر مور (Foster Moore) نے خندقی التهاب گرد کے ۱۱۹ مریضوں میں سے صرف ۵ مریضوں میں تعین تغیرات چشم پائے، جو آغاز مرض کے تقریباً دو ماہ بعد نمودار ہوئے۔ ان مریضوں میں خون کا دباؤ اس سے زیادہ بلند (اوسط ۱۰۰ ملی میٹر) تھا، کہ جتنا باقیماندہ مریضوں میں تھا (اوسط ۱۴۳ ملی میٹر) یہ تغیرات شبکیہ کی پشت پر ارتشاحات کی صورت میں تھے، جن کی وجہ سے اکثر شبکیہ کی علیحدگی واقع ہو گئی تھی۔ یہ ارتشاحات شاحب، نرم کور والے، بجے کی شکل کے اور ام پائے گئے جو بعض مثالوں میں نصف قطری ترتیب میں ایک ستارہ بناتے تھے۔ ازاں بعد جب یہ ارتشاحات زیادہ وسیع ہو گئے تو یہ اورام باہم گسل ل کر ایک ہو گئے۔ زفات بھی موجود تھے اور ارتشاحات کی وجہ سے قرص بصری کی کوریں بہم یا صندلی ہو گئی تھیں (التهاب حلیہ بصری = papillitis) - شدید اصابتوں میں قرص کا ورم استعدرنمایاں ہوتا ہے کہ شبکیہ کی عروق کو باطل چھپا دیتا ہے، اور یہ حالت دماغی علوہ کے تہج حلیہ (papilledema) سے مشابہ ہوتی ہے۔ زیادہ اکثر ایک فیف سا

اُبھار ہوتا ہے، لیکن مشترکیت اس پاس کے شبکیہ پر دور تک پھیل جاتی ہے۔ مختلف تغیرات مزمن سفیدی التهاب گردہ میں زیادہ اکثر دیکھے جاتے ہیں۔ ان کا سبب سستی فعل سمجھا جاسکتا ہے۔ مابقی التهاب کے شبکیہ اور علید کا ذبول واقع ہوسکتا ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۔

ممر۔ مریضوں کی اکثریت میں یوریا دمویتی تشخبات بالکل ہوتے ہی نہیں۔ چند دنوں یا ایک دو ہفتوں کے بعد حالت میں اصلاح شروع ہوجاتی ہے، اکثر بالکل ناگہانی طور پر۔ جوں جوں استسقاء غائب ہوتا جاتا ہے، پیشاب کا حجم بہت بڑھتا جاتا ہے۔ خون کا دباؤ گر کر طبعی ہوجاتا ہے۔ البیومین اور خون زیادہ تدریجی طور پر غائب ہوتے ہیں اور ان کی تھوڑی تھوڑی مقادیریں ہفتوں بعد تک خارج ہوتی رہتی ہیں لیکن حاد التهاب گردہ کا ممر کئی طریقوں سے قبضہ کم موافق ہو سکتا ہے۔ مریضوں کے تھوڑے تناسب میں یوریا دمویت کی وجہ سے موت بہ سرعت واقع ہوجاتی ہے۔

دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ علامات جاری رہیں۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ حملہ حاد کے دوران میں تمام کٹوی وظائف میں خلل واقع ہوجاتا ہے، لیکن ان میں بعض وظائف کی بحالی پہلے ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ادرار بول جلد ہو کر اُفیا غائب ہوجائے، لیکن مریض پھر بھی بیمار رہتا ہے۔ خون کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار زیادہ رہتی ہے، یا اگر یہ بہت زیادہ مرتفع نہ ہو، تو گردوں کی یوریا کے ارتکاز کم کرنے کی قوت ناقص ہوتی ہے۔ پیشاب کے اندر اُفیا شیس کم ہوتا ہے۔ پیشاب کا حجم طبعی یا بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اس میں البیومین موجود ہوتا ہے، لیکن زیادہ بڑی مقداروں میں نہیں۔ یہ ہے اُزوت دمویتی قسم (azotemic type) کے التهاب گردہ کی تصور، اور بالآخر اس سے ثانوی مقبض گردہ پیدا ہوجاتا ہے۔

اس کے برعکس ممکن ہے کہ اُفیا جاری رہے۔ خون کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار جلد ہی طبعی ہوجاتی ہے۔ پیشاب کا حجم کم ہوتا ہے، لیکن البیومین کی فیصدی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔ ایسی اصابتیں التهاب گردہ کی اُزوت دمویتی قسم (hydræmic type) کی نوعیت رکھتی ہیں، اور ان کے لئے داع الکلیہ (nephrosis) کی اصطلاح اس مفروضہ کی بنا پر استعمال کی گئی ہے کہ ان میں ثانوی مقبض گردہ کے ساتھ قلبی

بیش پریش وغیرہ کی حالت کی طرف ترقی کرنے کا کوئی بچان نہیں ظاہر ہوا اور یوریا کا ارتکاز طبعی تھا۔ لیکن اس امتیاز کی کوئی معقول وجہ نہیں اور راقم الحروف نے ایک تشخیصی اصابت میں دیکھا ہے کہ "یوریا کی برآمد کی شرح" اور "دوسری یوریا کا انحلال" طبعی درجہ سے کم تھا اگرچہ "یوریا کا ارتکاز" بظاہر بلند درجہ کا تھا۔ یہ اصابت بالآخر تحت الحاد گوئی انہونی التهاب گردہ کی اصابت بن جاتی ہے۔

اور دوسری اصابتوں میں اُذیا اور بولی علامات رفع ہو کر بالکل صاف ہو جاتے ہیں۔ صرف خون کے دباؤ کی بلندی باقی رہتی ہے لیکن کوئی کروی خرابی نہیں ہوتی۔ بالآخر دو اور گروہ ہیں۔ ان میں سے ایک میں سببانک یا کروی خرابی کے امارات کے بدوں ایک سستے گردے (leaky kidney) سے مسلسل خفیف البیومن بولیت ہوا کرتی ہے۔ دوسرے میں مریض مالبامہ تک قند دار زنی التهاب (intermittent hemorrhagic nephritis) میں مبتلا رہتا ہے، لیکن اس میں بھی کروی خرابی کے کوئی امارات موجود نہیں ہوتے، اور مرض کا سلاز کام یا کسی دوسری حاد سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے (17)۔

تفصیل۔ اس میں شاذ ہی کوئی وقت پیش آتی ہے۔ ایک ایسے شخص میں جو پہلے بالکل تندرست تھا، یا قمرز یہ یا دوسری کسی تپ کے بعد شغایاب ہو رہا ہے، استسقاء عمومی کا یکایک ظہور جس کے ساتھ البیومن بولیت یا دم بولیت بھی ہو، شاذ ہی غلطی سے کوئی دوسری چیز سمجھا جاسکتا ہے۔ اگر کسی حاد مرض کے دوران میں شاذ ہی ہو کہ البیومن کی قلیل مقدار پائی جائے، تو ممکن ہے کہ یہ مرحلہ کے ایک تغیر کے باعث ہو، جو عموماً التهاب گردہ نہیں خیال کیا جاتا، اگرچہ وہ اس حالت سے دراصل مختلف نہیں ہوتا جو غلطی اصابتوں میں حقیقتہً واقع ہوتی ہے۔ حوضی کروی التهاب (pyelonephritis) میں اکثر کوکمہ میں بہت درد اور پیشاب کے اندر نمی سہلے موجود ہوتے ہیں، لیکن البیومن بولیت خفیف سی ہوتی ہے۔

انداز۔ مجموعی حیثیت سے یہ موافق ہوتا ہے، کیونکہ ۶۰ اور ۷۰ فیصدی کے درمیان مریض کلی طور پر شغایاب ہوتے ہیں (17)۔ ناموافق واقعے یہ ہیں کہ خود سے زائد استسقاء، نہایت قلیل المقدار بول یا سرابول، خون میں یوریا کی زیادتی، بعض کا

بہت زیادہ تناؤ، نہایت تیریا و دمیت، یا وہ آخری حالت جبکہ نبض ضعیف کے ہمراہ مرتجی فشل پذیر قلب، اور استقار الصدہ (hydrothorax) اور صلی التهابات ہوتے ہیں لیکن ان خطرناک خطرات میں سے شاذ ہی کوئی ایسا ہوتا ہے کہ جس سے شفا نہ ملتی ہو، اور بعض اوقات ممکن ہے کہ مریض ہیمینوں تک لب طور رہنے کے بعد بھی بالآخر بال اچھا ہو جائے۔ نرخی التهاب گردہ کا اندازہ اچھا ہوتا ہے، کیونکہ قیاساً گردوں میں سے خون کا آزاد سیلان ہوتا ہے۔

تحریر - یہ پایا گیا ہے کہ حئی قمرزہ کی نقیہیت کے دوران میں قلوبیات کا استعمال (روزانہ ۲۰۰ گریں تک) بیشتر اصابتوں میں التهاب گردہ کے حملہ کو روک دیتا ہے اور حادثہ التهاب نوزدہ میں بھی، جب التهاب گردہ کا خطرہ ہو تو اسی تحریری ہمیر کا اختیار کرنا بہتر ہے (86)۔ اس امر کی کچھ شہادت موجود ہے کہ اگر کوئی عفونی مرکز مل جائے تو اس کا استیصال کرنے سے آئندہ حملے رک جاتے ہیں (87)۔

علاج - بستر میں آرام اور گرمی پہنچانا ضروری ہیں۔ مختلف اخذیہ کی سفارش کی گئی ہے۔ معمولی غذا دودھ، نشاستہ آمیز اخذیہ، پھلوں اور سبزی بھکاری تک محدود رکھی جاتی ہے، اور سیال کا حجم، اس دودھ کے ۱ - ۱/۴ اپائنٹ تک محدود رکھا جاتا ہے جو کہ دیا جاتا ہے۔ بعض طبیب ابتدائی درجوں میں، غذا کو پروٹین طور اڈ اور سیال کے لحاظ سے نہایت شدت کے ساتھ محدود کر دیتے ہیں اس امید میں کہ جلد ہی اور ربول ہو کر شفا ہو جائیگی۔ پہلے ایک یا دو دن، ایک بچے کے لئے ۱/۴ اپائنٹ پانی میں گلوکوس دیا جاسکتا ہے، اور اس کے ہمراہ شکر جو (barley-sugar) چوسنے کے لئے زائد دی جاتی ہے۔ اس کے بعد پھل، سبزیاں اور بعض اناج، اور بے تک رسک (ruks)، گھسن، بالائی اور مرچ (jam) دئے جاتے ہیں۔ شیشاب کو ذرا قلعوی رکھنے کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ اور پوٹاسیم سائٹریٹ (ساوی مقداروں میں) کی شکل میں کافی قلیات لینے کی ہدایت کر دینی چاہئے۔ پیاس کو بھانے کے لئے کافی سیال دینا چاہئے، اگرچہ حیوت نمایاں اذیا موجود ہو یا س غالباً تکلیف دہ نہیں ہوتی ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ تازہ پھل اور سبزیاں مثلاً کچے مٹاڑ اور کچی گاجر دی جائیں (شروع میں بغیر پانی کا اضافہ کئے)، اور جو بھی کہ اذیا کم ہو جائے، تین انکڑوں کی نرودی ٹھکر

اور زارعی کے کرس کے ہوا لاکر، اور گوشت، بشمول جگر کے، اور پھر بے نمک رسک (rusks) اور کمن دیا جائے (38)۔ دیگر طبیعوں نے اس کے باضل برعس یعنی بلند پروٹینی غذا گوشت، مچھلی، چوزہ، انڈے، پلازما (piasma) پینے کی ترکیب آزمائی ہے تاکہ تحول میں پیدا ہونے والے یوریا کا مدرا بول (ازخامل ہو) یا شہد او پیل کے کرس کے ہوا چینے کے لئے زائد یوریا دیا گیا ہے۔ اس غذا کے ہوا قلی بھی دینی چاہئے جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔

دوران نقیبت میں خون کی حالت بحال کرنے کے لئے لوہا دینا چاہئے لیکن اُسے ابتدائی درجوں میں استعمال کرنا اچھا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 481)۔ استسقاء کے علاج پر بعد میں غور کیا جائیگا۔ جہاں لوہہ عفوئی ہوں ان کا استیصال بہت مناسب ہے اور یہ عباد الہتہاب گردہ کے دوران میں کامیابی کے ساتھ انجام دیا گیا ہے۔ عفوئی مرکزوں کا بھی تدارک لازم ہے۔

حادثہ یوریا دمویت۔ اس کا پیش خیمہ خون کے دباؤ کا ارتقاع ہے جس کے متواتر مغزوات حاصل کرنا مناسب ہے۔ اکثر بازو کی فصد لینے سے تشنجات نہ ہونے پائینگے، اور ۱۰ تا ۲۰ اونس خون بلا خطر نکال دیا جاسکتا ہے، اگرچہ بالعموم شدید گلوئی مرض کے مریضوں کا زیادہ خون فضاغ نہیں ہونا چاہئے تشنجات کو روکنے کا ایک مفید طریقہ قطنی کچو کا ہے۔ یہ امر خندقی الہتہاب گردہ میں واقع طور پر ثابت ہو گیا ہے لیکن جیسا کہ دماغی سلعہ میں ہوتا ہے، سورخ کلاں کے مقابل ایک فشاری مخروط بن جانے سے ناگہانی موت واقع ہو جانے کا کبھی خطرہ ہوتا ہے۔ ایک جدید طریقہ علاج میگنیم سلفیٹ کا ۲۵ فیصدی محلول دروں دریدی طور پر مشرب کرنا ہے جس کی مقدار، وزن جسم کے ہر کلو میٹر کے پیچھے ۲ مکعب سنٹی میٹر ہوتی ہے۔ ۵۰ فیصدی گلو کو س دروں دریدی طور پر مشرب کرنے سے خون کا ولوجی دباؤ زیادہ کر دماغی اذیا کا ازالہ کیا جاسکتا ہے۔ متذکرہ بالا طریقوں کی تکمیل کے لئے مسکن ادویہ یعنی کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) ۵ تا ۱۵ گرین براؤ دین، ہر چوتھے گھنٹے یا ۳ گرین براؤ مستقیم، یا کلوروفارم کے چند کشوں کا استعمال کیا جاسکتا ہے تشنجات کے وقت مریض کی زبان کی حفاظت کے لئے اُس کے دانتوں کے درمیان لکڑی کا

ایک کمرہ رکھ دینا چاہئے، اس طرح جس طرح کہ صبح میں کیا جاتا ہے۔
 حادثہ مرکزی التهاب گردہ کا۔ حادثہ التهاب گردہ کی یہ قسم آب سلیم کر لی گئی ہے
 اور اس میں گردہ میں چکنی دار تغیرات واقع ہوتے ہیں جن کے نتیجہ کے طور پر دم بولیت
 اور البیومین بولیت اور سیاہ لگ پائے جاتے ہیں، لیکن صحت مند بافت کی کئی کافی
 وسعت باقی رہتی ہے کہ تمام انخرامی وظائف انجام پاتے رہتے ہیں اور اس لئے اذیت
 یا دوسرے علامات نہیں پیدا ہوتے۔ حادثہ التهاب لوٹین کی "حموی البیومین بولیت" اس
 مرض کی مثال ہو سکتی ہے۔ فوری انذار نہایت عمدہ ہوتا ہے لیکن اس امر کا اطمینان حاصل
 کرنا ناممکن ہوتا ہے کہ کہیں یہ مرض ثانوی نقیض گردہ کی ابتداء نہ ثابت ہو۔ علاج دی جی ہے
 جو کہ حادثہ التهاب گردہ کا ہے۔ "مرکزی التهاب گردہ" کے نام سے شاید یہ مترشح ہو کہ
 یہ مرض لوٹین کی مرکزی عفونت وغیرہ کے باعث پیدا ہوتا ہے لیکن اس اصطلاح کو ان میں
 میں استعمال نہیں کیا جاتا۔ لازماً مرکزی عفونت سے حادثہ التهاب گردہ یا حادثہ مرکزی
 التهاب گردہ دونوں پیدا ہو سکتے ہیں۔

525

تحت الحاد گویکی انبوی (سمی) التهاب گردہ

[subacute glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

مزمن منخثیتی یا انبوی التهاب گردہ

(chronic parenchymatous tubal nephritis)

بڑا منقط یا سپید گردہ (large mottled or white kidney)

بخت اسباب۔ التهاب گردہ کی یہ فشر قسم درجہ ماد کے نتیجہ کے طور پر
 پیدا ہو سکتی ہے۔ لیکن بعض اوقات اس کا آغاز اس قدر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے کہ تشخیص
 ہونے سے پہلے ہی گردے میں التهابی تغیرات اس درجہ نمونک پہنچ جاتے ہیں۔

مرضی شریح۔ بڑا منقط یا سپید گردہ (large mottled or white kidney)

اس لحاظ سے موسوم ہوتا ہے کہ اس میں نزفات غالب ہیں یا شمی تغیرات
 دونوں گردے لاکر ۸۰ گرام وزن کئے ہوتے ہیں۔ اکثر ان کا وزن ۷۰ گرام ہوتا ہے۔
 ان کی سطح چکنی ہوتی ہے اور کیمہ باسافی اتر آتا ہے۔ سطح زردی مائل یا زردی مائل

سپید رنگ کی ہوتی ہے، اور وریڈوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو ایک مرکزی نقطہ سے قطع ہوتی ہیں (اورڈو نجمیہ = stellate veins)۔ تراشتے پر، قشرہ معمول کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اُس کا رنگ وہی ہوتا ہے جو سطح کا اور ساتھ ہی اُس میں موئے محفوظ کا منظر ہوتا ہے، لیکن اہرام کم و بیش سیاہ سرخ ہوتے ہیں۔ زرف کے باعث کہیں کہیں سرخ داغ ہوتے ہیں۔ خود بین کے نیچے گوچس متری التهاب کا ثبوت دیتی ہیں جو پتوں کا نکاشی التهاب موعود ہوتا ہے، جس میں نیچے کا صیغہ نقص ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ گچھا متوزم ہو۔ پتوں اور کیسہ کے مابین انفہامات ہوتے ہیں۔ کیسہ کو اسٹر کرنے والے درملی غلیتوں کے نکاشی سے ایک نیم قمر (demilune) بن جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ ٹوکی کا دروند جزویاً کٹا مسطوس ہو جائے۔ ممکن ہے کہ گچھا بالآخر کٹا یا جزو زجاجی بن جائے۔ یہ زجاجی نخر ساری التهاب دروں قلب کے مرکزی سداوی التهاب گردہ سے بالکل مختلف ہوتا ہے۔ طقف اُنبیاتیات میں نمایاں تغیرات ویسے ہی دیکھے جاتے ہیں جیسے کہ عاد التهاب گردہ میں بیان ہو چکے ہیں۔ قشرہ کے سپید یا رادی رنگ کی وجہ یہ ہے کہ فیہ شفاف مادہ سے سبک بن کر انہوبات کو متمدد کر دیتے ہیں، جو سووق کو مضبوط کرتے ہیں۔ رخی بافت کی زیادتی، جو کچھ تو اذیما ہے اور کچھ یعنی ناہضات کے فعال نکاشی کے باعث ہوتی ہے، قشرہ کے طول و عرض میں وسیع طور پر منتشر ہوتی ہے اور میں انہوبات بافت، بیقاعدہ طور پر سپید غلیتوں سے در ریختہ ہوتی ہے۔

علامات۔ اگر کوئی اُنبوی التهاب گردہ کا یہ درجہ ایک عاد حملہ کے بعد فی الفور واقع ہو جائے تو خیر بیان کردہ علامات، یعنی استسقا و عمومی، مصلی کہفوں میں انصباب اور قلیل البوسنی بول جاری رہتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ عاد حملہ سے بظاہر شفا ہو کر کچھ وقفے کے بعد علامات کو رنودار ہو جائیں۔

اُن اصابتوں میں، جن میں عاد مرض غیر محسوس طور پر ہوتا ہے، شحوب، عدم اشتہا، متلی، درود اور متواتر قبول پہلے امارات ہوتے ہیں، اور پھر ممکن ہے کہ شب کے وقت جو ارج زیرین میں اور صبح کے وقت پوٹوں میں اذیما دیکھا جائے۔ استسقا بتدریج بڑھ جاتا ہے۔

ترقی یافتہ اصابتوں میں استسقا عمومی ہو کر سارے جسم کی جلد اذیمائی ہو جاتی ہے۔

چھو بھرا ہوا اور گول ہو جاتا ہے، پوٹے پوٹے ہوتے ہیں اور آنکھوں کو تقریباً بند کر دیتے ہیں۔ جوارح بڑے اور بد شکل ہو جاتے ہیں اور لمبے گاؤں کیوں کی مانند نظر آتے ہیں۔ دھڑ بڑا ہوا جاتا ہے۔ قصبہ اور صفن کی ڈھیلی جلد ایسی تن جاتی ہے کہ غلغلہ ایک پھکنے کی طرح نظر آتا ہے اور ممکن ہے کہ صفن کی جسامت جنین کے سر کے برابر ہو جائے۔ جہاں کہیں خفیف سا دباؤ پڑتا ہے، مثلاً طیب کی اشکی سے، یا بندوں، ڈوریوں، یا لباس کے شکنوں سے تو وہ سٹال کو ہٹا کر ایک گہرا نشان پیدا کر دیتا ہے جو سٹال کی واپسی سے محض آہستہ آہستہ ہٹتا ہے۔ اسی کو تنقیر عند الضغط (pitting on pressure) کہتے ہیں۔ اس کے علاوہ استقاء کی توزیع پر جاننا بھی اثر نظر آتا ممکن ہے، کیونکہ اگر مریض زیادہ عرصہ تک ایک ہی کروش سے لیٹا رہے تو اس جانب کا ہاتھ دوسرے ہاتھ کی نسبت جواور ہے، زیادہ متورم ہو جائیگا اور یہی حال چہرے کی اس جانب کا ہوگا۔ جب یہ استقاء عمومی یا استقائے کلی ہو جائے تو بالعموم کچھ انصباب کہفہ یا ریٹونی کے اندر (استقاء شکمی = ascites) سینہ کی ایک جانب یا زیادہ اکثر دونوں جانبوں میں (استقاء الصدر = hydrothorax) یعنی پھیپھوں کا استقاء) اور شاید نائچہ نامودی کے اندر بھی موجود ہوتا ہے۔ ان میں سے استقائے شکمی شاید سب سے زیادہ اکثر شناخت ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ نائچہ نامودی اور ریٹونی انصبابات مقابلتہ خفیف سے ہوں۔ ممکن ہے کہ پھیپھوں کا اُڑیا موجود ہو، جو کوئی تبلیبی آمارت نہیں پیدا کرتا البتہ پھر پیدا کر دیتا ہے۔ اور ممکن ہے بلعوم اور خجور کا اُڑیا بھی ہو۔ جیسا کہ مادگوئیکی انہونی الہاب گردہ میں ہوتا ہے، یہ مریض بھی کبھی کبھی داغی اُڑیا کی وجہ سے مادہ یوریا دمیت میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

اگر جلد کے اندر شگاف مٹے جائیں، یا اگر ساؤدی (Southey) کے ایک یادوار سیل انہوبات لگا دئے جائیں تو سٹیل کی ایک مقدار بہہ کر خارج ہوگی، جو ممکن ہے کہ چند ہی گھنٹوں میں ۸ یا ۱۰ پائنٹ کے قریب ہو جائیگی، اور استقائی جوارح پر سرت نسبت چھوٹے ہو جائیں گے۔ یہ سٹیل بے رنگ ہوتا ہے، اس کی کثافت نوعی پست (۰.۰۰۱ تا ۰.۰۱۲) ہوتی ہے، اور اس میں الیٹوں کی تھوڑی مقدار غیر ناسیاتی لحاظ، اور یوریا موجود ہوتی ہے۔ ایک خاصہ جو کروی استقار میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے یہ ہے کہ نہایت بلند درجہ کا شہب پیدا ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے ہونٹ تقریباً بے رنگ، اور گال شاحب ہو جاتے ہیں، اور

سارے جسم میں ایک موم سی سپیدی موجود ہوتی ہے۔ یہ اکثر عدم دھیریت کے باعث نہیں ہوتا، بلکہ جلد اور نکتہ الجلد بافتوں کے مسترد ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔

سختی التهاب گردہ میں پیشاب قلیل المقدار ہوتا ہے، اس میں البیومن بہت زیادہ (فی ہزار حصہ ۲۰ یا ۳۰ حصے تک) ہوتا ہے، اور اس میں جلا اقسام کے سبب تک موجود ہوتے ہیں۔ بڑے سپید گردے کی اصابتوں میں جن میں کلوئی سرخہ کا زیادہ شعلہ یا لپاٹنی اخطا ہوتا گیا ہو، کثیر المقدار شعلہ یا لپاٹنی سبب تک موجود ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ خون کے سپید خلیے، ڈھیلے سرخ خلیے اور ذراتی طبع ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں پیشاب میں بہت خون موجود ہوتا ہے۔

خون کے اندر کو لیسرال زیادہ ہوتا ہے، لیکن یوریا نیز غیر بدو مینی مائیں و جن (سببی مقدار سے لیکر کامل یوریا بدو مینی اعداد (مثلاً ۱۰۰ فیصدی سے اوپر) تک خفا ہوتا ہے۔ کہنے اصابتوں میں جن ہے کہ قلبی عروقی تغیرات اسپرٹ کے موجود ہوں جیسے کثرتی منقبض گردے میں ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں وہ تشکیلی تغیرات بھی موجود ہوتے ہیں، جن کا تذکرہ حاد التهاب گردہ کے تحت کیا گیا ہے۔ خشکی کا وسیع اُزیا ممکن ہے کہ اس کی علامت کی واقعہ کر دے۔

مرکز سختی التهاب گردہ میں، اور اسپرٹ حاد التهاب گردہ میں بھی، مصلی جھلیوں میں التهاب پیدا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ ذات الحب عام ترین ہے، التهاب (pericarditis) اکثر ایک ہلک خاتمہ کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ حاد التهاب بازین شایہ زیادہ شاذ ہوتا ہے، الا یہ کہ وہ نزل شکم (tapping of the abdomen) کے بعد ہو جائے۔ التهاب شعبات ایک عام، اور التهاب دروں قلب (endocarditis) ایک اتفاقی بیماری ہوتی ہے۔ اکثر خاتمہ کے قریب ذات الریہ کا وقوع ہوتا ہے۔ تقریبی التهاب قولون (ulcerative colitis) کسی قدر مخصوص دیمتیر بیماری ہے۔ جلد کے کئی ضلالت مرض برائت کی بیماری کے طور پر پیدا ہو سکتے ہیں، جیسے: (۱) خارش (pruritis)، اور شرئی (urticaria) اور بالذکر بالخصوص ابتدائی درجات میں، (۲) اکڑا (eczema)، (۳) حاد عمومی التهاب الجلد، جس کے ساتھ آزادانہ تقشر ہوتا ہے جو تسخنی التهاب الجلد (exfoliative dermatitis) سے غیر ماش نہیں۔ (۴) احمرار

(erythema) کی چمکتیاں جو استسقاء جوارح کو موقوف کردیتی ہیں۔ (۵) سرخ بادہ (crispelae)۔ (۶) پریچوریا یا زف، جس کے بعد تھخا اور تقرح ہو۔ یہ حالتیں غذائی معطلی، اغشیہ میں بھی مشاہدہ کی گئی ہیں، اور (۷) نہایت شاذ طور پر جلد کا منظر ایسا ہوجاتا ہے کہ گویا اس پر آٹا یا پسلی ڈولی، شکر چھڑکے گئی ہو۔ یہ غالباً پسینہ کی بخیر کے باعث ہوتا ہے جس کے بعد جلد پر ہلکے کی قلیں رہ جاتی ہیں۔

مگر۔ مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض ہلکے ہوتا ہے۔ بیشتر امواتوں میں موت کا سبب پھیپھیاں ہوتی ہیں، جیسی کہ ذات الجنب، التهاب تاندور، ذات الریتہ، اذیمائے شش، اذیمائے مزار، استسقاء مغرط، فشل قلب، یا جلد کا التهاب یا اغشیہ اور موت عموماً چھ سے اٹھارہ ہفتوں تک میں واقع ہوجاتی ہے، اگرچہ بعض مریض تین یا چار سال تک زندہ رہتے ہیں۔ یوریا دمیت عموماً بذاتہ موت کا سبب نہیں ہوتی۔ چند شاول میں ممکن ہے کہ مرض رفع ہوکر مائل غائب ہوجائے۔ کہنے امواتوں میں وہ مختلف تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جو ثانوی مقبض کردہ کا عجز خاصہ ہیں۔

تشخیص۔ جب مادہ التهاب گردہ متغیر ہوکر سفیدی التهاب گردہ بنتا ہے تو یہ تدریجی طور پر ہوتا ہے، چنانچہ ان دونوں کے درمیان مریضی طور پر تفریق کیسے کر سکتی ہوتی ہے۔ مادہ مرض کی مدت عموماً چار سے چھ ماہ تک بھی جاتی ہے، چنانچہ اگر مرض اس سے زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہا ہے تو مزمن سفیدی التهاب گردہ کی تشخیص کی جائیگی۔ اسے ثانوی مقبض گردہ سے تیز کرنے میں کوئی وقت نہ ہوگی۔ ممکن ہے کہ یہ چرشی مرض (lardaceous disease) یا اولیٰ مرض قلب کے ساتھ (جس میں البیومن بولیت موجود ہو) غلط طوطا ہو جائے۔ چرشی مرض سے ایسی تفریق طویل المدت تفریق، سلی ریوی یا آنکھ جیسے اسباب کی غیر موجودگی اور مائل قلب، بول اور بکترست مطوحات کی موجودگی پر سے کی جاتی ہے۔ اس میں اور مرض قلب میں بہت قریبی مشابہت ہو سکتی ہے، بالخصوص جبکہ مرض قلب کی حالت میں اذیمائے بہت زیادہ ہو۔ پیشاب میں بکترست سبب انگ کی موجودگی التهاب گردہ کی دلالت ہے۔ سرگزشت مرض استسقاء کی عمومی نوعیت، اور البیومن کی مقدار کثیر، یہ بھی عام ہیں جن سے اولیٰ مرض کو ثانوی البیومن بولیت سے تیز کرنے میں مدد ملے گی۔ علاج۔ یہ مائل مادہ التهاب گردہ کے علاج سے مختلف نہیں۔ بیشتر میں آرام

اور گرمی پہنچانا اور حقیقت ضروری ہے۔ جہاں نائٹروجن کا احتباس ہو، کسی قدر پست پروٹینی غذا کا استعمال، جیسا کہ آئندہ باب میں بیان کیا گیا ہے، 'قرین عسل' ہے۔ اُذیمیا کا علاج کامیابی کے ساتھ اس طرح کیا گیا ہے کہ خون کے قلدی محفوظ کو طبی عدد تک بلند کرنے کے لئے کافی مقدار میں قلوئیات دی جاتی ہیں، لیکن بعض مہلک دشوار علاج ہوتی ہیں اور ان قلوئیات کا استعمال احتیاط اور خبرداری کے ساتھ کرنا چاہئے۔ مستعمل قلوئیات چار طرحات، یعنی 'پوٹاسیئم'، 'سوڈیم'، 'بائی کاربونیٹ' اور 'سٹریٹ' کے مساوی مقبول کا آمیزہ ہیں، اور ان کی روزانہ دی جانے والی مقدار کو ایک ہزار گرین یا زائد تک بڑھایا جاسکتا ہے۔ خون کے امتحانات بار بار کرنا مناسب ہے اور بعض اوقات اُذیمیا ابتداً زیادہ ہو جاتا ہے کیفین (caffeine) اور تھیوبرومین (theobromine) سے احتراز کرنا ہی بہترین ہے۔

بعض اوقات غذا میں حتی الامکان نمک نہ دینے سے استفادہ میں کمی ہوگئی ہے، جیسا کہ مرض برائٹ کے مہلکی نظریہ میں خیال ظاہر کیا گیا ہے۔ بلکہ بعض اوقات نمک کی حد سے زائد مقدار میں کھانے سے تندرست اشخاص میں اُذیمیا پیدا ہو گیا ہے، کیونکہ اس صورت میں جسمانی کستیاں کو ہم خشی رکھنے کے لئے پانی محتسب رہ گیا۔ ایچسٹین (Epstein) کے نظریہ کے مطابق بھی علاج آزمایا جاسکتا ہے، اور اس کی وساطت سے اُذیمیا کو کم کرنے اور اوراد کو بڑھانے میں حیرت انگیز کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ غذا جو کھائی جائے، اس میں پروٹین بہت افراط سے ہوتے ہیں، اور چربی تقریباً بالکل ہوتی ہی نہیں۔ تھوڑے کاربوہائیڈریٹ کے استعمال کی اجازت دی جاتی ہے۔ اس میں حسب ذیل اجزاء ہوتے ہیں: سبے چربی یا لاغر گوشت (lean meat)، خنزیر کی جے چربی یا لاغر ران (lean ham)، اٹدے کی سپیدی، کستور یا محمل (oysters)، جلی یا خالودہ، 'سوسو' (lentils)، پھٹے ہوئے تمر، ہرے تمر کے دانے (green peas)، چاول، جے کا آٹا، ظلی، اُٹا، ہوا دودھ، قہوہ اور چاء، نمک اعتدال کے ساتھ، اور کستیاں کی مناسب مطلوبہ مقدار۔ اس علاج سے فائدہ ہو سکتا ہے، نہ اسوجہ سے کہ لازماً کے پروٹوزین کو کمی نہ ہوتی ہو جاتی ہے، بلکہ اسوجہ سے کہ اس سے یوریا کی زیادہ مقدار پیدا ہو جاتی ہے اور اوراد بولی پیدا کرنے کا اس سے بھی زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ یوریا ہاگرمین کی مقدار میں

براہ دہن دیا جائے۔ اس کی اغلب توجہ یہ ہو سکتی ہے کہ جنوبی سیتال کا بڑھا ہوا یوریا نی مانفیہ نیچے کے سرے پر پانی کے کرا خنڈاب میں مزاحم ہوتا ہے۔ جہاں نائٹروجن کا اعتداس ہو وہاں وافر پروٹینی غذا کے بجائے پوریا کا استعمال بہتر ہے، کیونکہ شاید وافر پروٹینی غذا یوریا دموت کی مابقی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ درحقیقت علاج سے بھی کامیابی کا دعویٰ کیا گیا ہے، بالخصوص اسوج سے کہ یہ پایا گیا ہے کہ اساسی تحوصل اکثر بہت درجہ کا ہوتا ہے۔

اُذیما کے علاج کے دوسرے طریقے، جو عموماً دراز سے معمولات مطلب میں سے ہیں، ۲۰۔ ۴۰ گرین مرکب سفوف جلاپہ (pulv. jalapae co.) سنا (senna) یا میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate) کے ذریعہ تسہیل ہے اور عرقیت ہے عرقیت میں گرم پانی کی بوتلوں یا گرم ہوائی غسل (hot-air bath) سے مدد دینی چاہئے۔ گرم ہوائی غسل دینے کا طریقہ یہ ہے کہ ایک بست غاطیہ (low cradle) کے ذریعہ بستر کے کپڑے مریض سے اوپر اٹھا کر انھیں اس کی گردن سے قریب اور اس پاس اور بستر کے دونوں طرف اور بائنی جما دیا جائے۔ بستر کے کپڑوں کے اندر متعدد برقی ریشمی کے گولے رکھے جاتے ہیں، یا ایک قیف کے نیچے (جس میں ایک ٹکی ہوئی ہو جو کپڑوں کے اندر داخل ہوتی ہو) ایک اسپرٹ لمب بلایا جاتا ہے، اور اس طرح حرارت حاصل کی جاتی ہے۔ ۱۲۰ درجہ فارن ہائٹ پر بندرہ تانبیس نٹ کے لئے مریض کا کشف کرنا چاہئے لیکن مریض کی پیش بھی دیکھ لینا چاہئے کیونکہ ممکن ہے کہ پسینہ آزادانہ طور پر نہ آنے کی حالت میں فنا گوار طور پر بڑھ جائے۔ ایسی حالت میں متفرق دوا، نائٹریٹ آف پائلو کارپین (nitrate of pilocarpine) کا (۱/۴، ۱/۲، ۱/۳، ۱/۴ گرین کی مقدار میں) تحت الجلد اشراب کر دینا چاہئے۔ انتہائی درجہ کے استقامت میں بالخصوص جہاں کہ جلد تپتی ہوئی ہو اور اس کے مہتب یا اعثا پذیر ہو جانے کا خطرہ ہو، استقامتی سیتال کو دافع عفونت حالات کے تحت، یا تو ایک نشتر سے چھوٹے چھوٹے شکاف دیکر یا ایک سوئی سے کچھ کے ٹکاکر، یا انبوبات ساؤڈی (Southey's tubes) استعمال کر کے، غارج کر دینا چاہئے۔ انہیں کے دویا زاد انبوبات ہر ٹانگ میں رکھ دئے جائیں اور اس ذریعہ سے چند گھنٹوں میں کئی پائنت مصل نکالا جاسکتا ہے عفونت کی روک تھام کرنے کے لئے چھ گھنٹہ کے بعد ان انبوبات کو نکال دینا چاہئے، لیکن مسیلت کچھوں کی راہ سے جاری رہتی ہے، لیکن گاہے گاہے

انتہائی اصابتوں میں، شکم کا بزل یا کہنہ پلیوریٹ کا استعمال ضروری ہوتا ہے۔

528

کہنہ اصابتوں میں عدم دوسیت کا تدارک جدیدی تجویزات کے استعمال سے کرنا چاہئے (لاحظہ ہو صفحہ 481)۔ زیادہ وزن اصابتوں میں جن میں البیومن بولیت ہو مگر استسقا و کم ہی ہو گرم آب ہواؤں (جزائر بٹانیہ میں بولن ماؤتہ (Bournemouth) یا ٹینیسی (Tenby) فرانس کے جنوبی حصے، اطالیہ، یا مصر) میں قیام سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔

وزن مرض برائت کی اصابتوں کا علاج امریکہ میں ایڈی ہس (E:cbolils) نے اس طرح کیا ہے کہ گردے کا کشف کرنے اسکی کیپ ربائی (derapsulation) کر دی اور پھر ان اعضا کی تثبیت کر دی ہے۔ لیکن اس جراحی علاج کا فائدہ نہایت مشکوک ہے۔ اس کا ردوائی کے لئے مستثنیٰ التهاب گردہ کی اصابتیں موزوں ترین ہیں۔ غصن موزوں کا بھی استیصال کر دینا چاہئے اور جونی سرائیت (sinus infection) کا استیصال کرنے کے لئے خاص طور پر احتیاط و اہتمام کرنا چاہئے۔

مزن گویکی انبوبی (سمی) التهاب گردہ

(chronic-glomerulo-tubal (toxic) nephritis)

(ثانوی منقبض گردہ = secondary contracted kidney)

اس قسم کے التهاب کو "ثانوی" کہنے کی وجہ یہ ہے کہ گردے کے التهاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسے اکثر کلینقین سپید (contracted white kidney) یا ٹیہ نمود سپید (small white kidney) اس وجہ سے کہتے ہیں تاکہ یہ کلیہ سرخ ذراتی (red granular kidney) سے تیز کیا جاسکے، جس کا بیان اس کے بعد آئے گا۔ لیکن یہ طریقہ تفریق اچھا نہیں، کیونکہ ثانوی منقبض گردہ (secondary contracted kidney) کی مزن ترین قسم بھی، جو ادھیڑ عمر میں ہوتی ہے، سرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ فیجیاتی مطالعوں سے ظاہر ہو گیا ہے کہ مزن گویکی انبوبی التهاب گردہ کی دو مختلف قسمیں ہوتی ہیں:-

(۱) منتشر قسم (diffuse type) (مزمن تیز التهاب) (chronic nephritis acris) میں دو سال سے لے کر دس سال تک پہلے عادیاً تحت الحاد تیز التهاب اور اس کے ساتھ بہت اذیما کی موجودگی دیکھی گئی ہے، چنانچہ یہ گردہ قیاساً کچھ سالوں تک جن کی تعداد مختلف ہوتی ہے عادیاً اور تحت الحاد کوئی انوبلی التهاب گردہ کے تحت بیان کئے ہوئے مدارج کو طے کر چکا ہے۔ (۲) شبکی قسم (reticular type) (دیبیب التهاب گردہ nephritis repens) میں ممکن ہے کہ مریض کو التهاب گردہ کا ایک عادی حملہ ہو چکا ہو جو بظاہر بالکل اچھا ہو گیا ہو، اور بہت برسوں بعد ایسے علامات مشاہدہ میں آتے ہیں جو ذرا قی گردے کے آخری درجوں پر دلالت کرتے ہیں۔ لیکن زیادہ اکثر کسی عادی مرض کی کوئی سرشت بالکل نہیں ملتی، اور یقین کیا جاتا ہے کہ گردے کے تغیرات غیر محسوس اور تدریجی طور پر ایسے مزمن التهاب سے پیدا ہو گئے ہیں جو سالہا سال تک جاری رہا ہے۔ اس قسم کے لئے دیبیب التهاب گسرده (nephritis repens) یا رینگنے والے التهاب گردہ کی اصطلاح شیعہ جاتی تصویر کی بنا پر تجویز کی گئی ہے، جس سے ایک التهابی تعامل اور ساتھ ہی اس سے پیدا ہونے والا انداب مزمن رخ ہوتا ہے، جو غیر محسوس اور تدریجی طور پر گردے کے طول و عرض میں رینگتا چلا گیا ہے اور جس نے بعض حصوں کو غیر متاثر چھوڑ دیا ہے۔ دیبیب التهاب گردہ کی یہی تقسیم دو گردوں میں کی جاسکتی ہے۔ (الف) طفلی اور ابتدائی بالغ زندگی کا دیبیب التهاب گردہ۔ ان اصابتوں میں، اور اس سطح مزمن تیز التهاب گسرده (ch. nephritis acris) میں بھی، ایک مختلف المقدار صلابت الشریانی تغیر (وقف الدموی) التهاب گردہ (ischemic nephritis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ بعد میں بیان کیا گیا ہے، لیکن وہ عموماً نمایاں نہیں ہوتا، اور جکی التهاب گردہ کی اصابتوں میں اس قسم کا گردہ بلا کسی قلبی عروقی تغیرات کے پیدا ہو گیا ہے۔ شاذ مثالوں میں اس قسم کا دیبیب التهاب گردہ بچوں میں بیان کیا گیا ہے، جو کسمتہ (rickets) اور قسبی (infantilis) کے ساتھ ساتھ تھا۔ (ب) اوجیر عمر (۲۵ تا ۶۰ سال) (۱۵ مریضوں میں ۷۷ م سال اور ط عمر) کا دیبیب التهاب گردہ بھی ہوتا ہے، جس میں التهابی عمل نہایت مزمن اور صلابت الشریانی عمل نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ بہت بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اُفویا، جو اکثر موجود ہے، فشر قلب کی تیز تر سے رکھتا ہے (۲۹)۔ ممکن ہے کہ موت فشر قلب، دماغی نرف یا ایوانو

سے، یا انکے اجتماع سے واقع ہو جائے۔ مندرجہ ذیل مریضوں کا اطلاق ان اصابوں پر نہیں ہوتا۔

مرضی تشیح۔ منتشر قسم میں گردہ طبعی ہوتا ہے یا قدرے مائل بہ جانب مینہ۔ اس کا کیسہ معتدل حجم کی آسانی کے ساتھ اکٹرا جاسکتا ہے اور سطح چمکنی یا باریک تہ سے دار ہوتی ہے اور اس میں غیر شفاف زرد لپٹاؤ کے دھبے موجود ہوتے ہیں، جو تراشتے پر بالخصوص اچھی طرح نظر آتے ہیں۔ قشرہ اور لب کا درمیانی خط فاصلہ صندلا ہوتا ہے۔ خود میں سے دیکھنے پر گوگیں مختلف درجہ کا نکٹا ٹری الہتاب کو یک اور زجاجی تخرار و تھکا ٹری الہتاب کیسہ ظاہر کرتی ہیں۔ مین رنکلی بافت عموماً کثیف لیفیت کے رقبے ظاہر کرتی ہے، جو مدبول انیمیسیات کو محصور کرتے ہیں اور نسبت کم کثیف لیفیت کے چھوٹے چھوٹے جزیرے جو قسیم انیمیسیات کو محصور کرتے ہیں۔ یعنی خلیوں، پلازما فی خلیوں اور نسبت کم تعداد میں کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی درریش موجود ہوتی ہے۔ دباب الہتاب گردہ (شبکی قسم) کے گردے کا منظر جو خالی آنکھ سے نظر آتا ہے مختلف ہوتا ہے ممکن ہے کہ وہ پہلے بیان کئے ہوئے منظر سے مشابہ ہو، یا ممکن ہے کہ یہ گردہ جامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہو اور ساتھ ہی اس میں صرچ دانے ہوں، اور بعض اقسام نہایت اندابی یا دغدار اور غیر منظم طور پر لٹک دار ہوتی ہیں۔ تراشتے پر قشرہ صاحب اور لب اکثر گلابی ہوتا ہے اور دونوں کا درمیانی خط فاصلہ صندلا ہوتا ہے۔ لپٹاؤ بڑی جگہ اکثر صریح ہوتے ہیں۔ ادیمیہ عمر میں ملنے والی نہایت مزین شکلوں میں رنگ سیاہ مرخ ہوتا ہے، چنانچہ خالی آنکھ کو یہ گردہ اس متصلب الشرائین گردے سے مشابہ نظر آتا ہے جو اس کے بعد بیان کیا گیا ہے۔ خود میں سے دیکھنے پر وہ لیفیتی رقبہ، جن میں متفرق گوگیں اور مدبول انیمیسیات موجود ہیں، گردے کے طول و عرض میں ایک موٹے شبکی طرز میں پھیلے ہوئے نظر آتے ہیں، اور وہ ان رقبے جزیروں کو گھیرے رہتے ہیں جن میں قسیم انیمیسیات موجود ہوتے ہیں۔ آخر الذکر انیمیسیات تجددیدی بیش پرورش کی بڑی مقدار ظاہر کرتے ہیں۔ لپٹاؤ بڑی جگہ اکثر دیکھنے میں آتے ہیں، اور بعض اوقات باقی ماندہ گوگیں کی بیش پرورش بھی ہوتی ہے۔ لیفیتی رقبوں میں نفی غلیظ پلازما فی خلیات اور چند کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمومی درریش ہوتی ہے۔ منتشر اور شبکی، دونوں اقسام میں مختلف المقدار صلابت الشریاتی تغیر (جس کی نوعیت اچھے کئے

باب میں بیان کی گئی ہے) عموماً موجود ہوتا ہے گو ہمیشہ نہیں۔ کہنا اس باتوں میں اس تغیر کے زیادہ نمایاں ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔

یہ واضح ہے کہ دیسب الہتاپ کردہ اور مرض برائٹ کا منقبض ذراتی کردہ دونوں ایک ہی ہیں۔ راقم الحروف عرضہ دراز سے یہ یقین رکھتا ہے کہ ان کردوں کے چھوٹا ہونے کی یہ وجہ ہے کہ ان پر مرض کا حمل طفلی ہی میں ہو جاتا ہے اس سے پہلے کہ یہ بالغ جسامت تک پہنچیں۔ اس رائے کی تصدیق بس کرسٹیل کے مشاہدات سے ہوتی ہے (24)۔ چنانچہ اس کے بیان کردہ سلسلہ میں جو گردے ہیں اگر ان کے اوزان کو حیوانی وزن یا قسد کے مقابلے درج کیا جائے تو کسی دسے چھوٹے وزن یا بلندی کے لئے نو عمر بالغ کے گردے اس سے چھوٹے ہوتے ہیں کہ بچنے اور غیر معمولی کے گردے ہوتے ہیں، خواہ آفرالذکر گردے میں مرد میں ترین اصابتیں کیوں نہ شامل کر لی جائیں۔

امراضیات۔ مرض کردہ میں انحرافی و طبیعت کے نقصان کی تعویض جسم و طریقتوں سے کرتا ہے۔ اولاً، بیش پروردہ قلب اور منقبض شرائین کی وساطت سے شریانی دباؤ بڑھ جاتا ہے، چنانچہ متغیر گو بخول میں سے تغیر دباؤ کے تحت واقع ہوتی ہے۔ ثانیاً، خون کے اندر یوریا کا ارتکاز زیادہ ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے گردے سے یوریا کے اخراج میں آسانی ہو جاتی ہے، چنانچہ ایک توازن قائم ہو جاتا ہے، اور تاثر و جنی اشیا کی برآمد، غذا میں ان کی مقدار کے ساتھ ٹھیک ٹھیک متناظر ہوتی ہے، طبیعی طور پر یوریا کا ارتکاز ۲۰ تا ۳۰ ملی گرام فیصدی ہوتا ہے۔ لیکن اس مرض میں اس وقت جبکہ نقصان آشکار چلتے پھرتے اور اپنا معمولی کام کاج کرتے ہوں، ۱۰۰ ملی گرام بلکہ اس سے بھی اوپر قدریں بار بار پائی جاتی ہیں۔ غذا کے پروٹین میں کوئی کمی بڑی زیادتی ہو جائے تو گردے پر زیادہ کام کا بار پڑ جاتا ہے، اور یہ زائد کام صرف اس طرح انجام دیا جاسکتا ہے کہ یوریا کا کس قدر مزید احتساب کیا جائے، چنانچہ خون میں یوریا کی فیصدی مقدار اور بھی زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ درآمد اور برآمد کے درمیان توازن پھر قائم ہو جاتا ہے کیونکہ گردے خون کے اندر یوریا کی بلند تر و بلندی قدر (higher threshold value) کی بحیثیت ظاہر کرنے لگتے ہیں۔ اس بیان سے غذا کے پروٹین کو محدود کرنے کی اہمیت فی الفور ظاہر ہوگی۔

اگر ضرورت پڑے تو یہ بھی کہتا ہے تو خون کے اندر یوریا بلند سے بلند تر ہوتا جاتا ہے۔ یہی وقت

بھی ہوگا جبکہ مزمن الہتہاب گردہ کی حالت میں عادات الہتہاب کا حملہ متنازع ہو جائے۔ جب یوریا کا ارتکاز حد سے زیادہ بلند رہے کو پہنچ جائے تو قسم کے مجیزہ و مخصوص علامات ظاہر ہو جاتے ہیں جسے نہماکتی یا مزمن یوریا دمویت کہتے ہیں۔ لیکن ہے کہ یہ علامتیں اس وقت شروع ہو جائیں جبکہ یوریا کی فیصدی مقدار ۲۰۰ فی گرام کے قریب ہو۔ کامل نمویافت یوریا دمویت کی حالت میں یوریا کی قدریں ۳۰۰، ۴۰۰ یا ۵۰۰ فی گرام فیصدی تک کی پائی گئی ہیں۔ یوریا کے علاوہ غیر پروٹینی نائٹروجن کریٹینین (creatinine)، یورک ریڈ، فاسفورک اور سلفیو رک ایڈز بھی خون میں جمع ہو جاتے ہیں، چنانچہ قلوئی محفوظیہ (alkali reserve) گھٹ جاتا ہے (۲۶)۔ جو فیزی کا برن ڈائی اکسائیڈ (CO₂) بھی کم ہو جاتی ہے، لیکن اس تناسب سے نہیں کہ جس سے خون میں دیگر ترشہ جات کا اجتماع ہوتا ہے، چنانچہ خون کی ترشگی (یعنی ہائڈروجنیہ روائ کا ارتکاز) بڑھ جاتی ہے (ترشہ ۵ دمویت (acidemia)۔ خون کے اندر دوسرے غیر معروف ترشوں اور حاصلات قبول کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔ اس امر کا ثبوت ملتا ہے کہ یہ ترشہ دمویتی حالت بذات خود یوریا دمویتی قوما (uræmic coma) کا سبب نہیں ہے، کیونکہ اتنی ہی بلند ترشگی قدریں دوسرے ایسے مریضوں میں بھی مشاہدہ میں آتی ہیں، جو قوما زدہ نہیں تھے۔ اسی حالت کا سبب یقیناً یوریا نہیں ہے، کیونکہ جب یوریا بڑی مقداروں میں براہ دہن لیا جاتا ہے تو وہ ایک نسبتاً بے ضرر شے ثابت ہوتا ہے۔ لیکن ہے کہ یہ حالت SO₂ یا PO₂ کے ریانات کی زیادتی سے قسم پیدا ہونے کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ سمجھنا قرین عقل ہے کہ عضلی جھٹکے در مسلسل متکثر (tetany) (جو لحاظ ہو) سے متاثر ہیں، بالخصوص اس لئے کہ خون کے اندر کیلیم بھی کم ہوتا ہے (۲۸)۔ جو اہلوائی انتہائی بیش تنفس ترشہ دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے، یہاں تک کہ جو فیزی ہوا اور خون میں CO₂ کی کمی اسی ذریعہ سے واقع ہوتی ہے۔ خالص یوریا ہیت کی ایک امابت میں جو کہ ایک مغز گردے کے استیصال کے باعث پیدا ہوا تھا، موت کے بعد یہ مزید تغیرات پائے گئے: دموئی کیلیم، کلورائیڈ، ہیموگلوبن، اور پلازما فی البریون کا سقوط اور پلازما فی گلیکولون اور ایونیا کی زیادتی۔ دموئی کولڈرل طبعی رہا (۲۹)۔

ناٹوی مقبض گردے میں مزمن یوریا دمویت ایک مجیزہ طریقہ احتتام ہے، لیکن اس لئے مقبض نہیں۔ یہ متسلب الشرائین گردے میں کبھی کبھی اور الہتہاب حوض لکیر، کلیہ میں واقع

ہو سکتی ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ دونوں گردوں میں قلع ہو، نیز کٹیشس دُوبیری مرض (polycystic disease) دو جانبی حصّۃ الکلیہ اور بعض اوقات حاد الہتاپ گرد میں۔

علامات - نشتر قسم میں اختتامی درجوں میں عموماً بہت افریا موجود ہوتا ہے لیکن نوعاً اشخاص کے درجہ الہتاپ گردوں میں عموماً اُفریا نہیں ہوتا، اگرچہ اُن کی آنکھوں کے نیچے نفیف سا پھولان پر غیر عام نہیں۔ دونوں قسموں میں پیشاب کا حجم زیادہ ہوتا ہے، بالخصوص رات کے وقت، اور مریض کو پیشاب کرنے کے لئے ایک دو بار رستے اُٹھنا پڑتا ہے۔ اسے ایک نوعی میکانیت سمجھنا چاہئے، کیونکہ گردہ جس شے کو دن کے وقت خارج نہیں کر سکتا اُسے رات کے وقت خارج کر دیتا ہے۔ جب غذا کا پروٹینی ماغذ زیادہ ہو تو یہ امر اور بھی زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ آخری درجے میں پیشاب شائب ہوتا ہے اور اُسکی کثافت نوعی نہایت پست یعنی ۱۰۰۵ سے ۱۰۱۲ تک ہوتی ہے۔ البیومن بولیت موجود ہوتی ہے، لیکن البیومن کی فیصد مقدار اتنی زیادہ کمی نہیں ہوتی جتنی کہ بڑے سپید گردے میں۔ درد کا امتحان کرنے پر سبب تک اور رموی خلیات نظر آتے ہیں۔ خون کا دباؤ بلند ہوتا ہے، لیکن عموماً اتنا بلند نہیں ہوتا جتنا کہ متسلب الشرائین گردے کی اصابتوں میں۔ قلب بیش پروکش کے علامات ظاہر کرتا ہے (جوا لحظہ ہوں) نمایاں ثانوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

”البیومن بولیتی الہتاپ شکیہ“ (”albuminuric retinitis“) ثانوی منقبض گردے کا نہایت متمیز و مخصوص خاصہ ہے۔ اُن عروقی تغیرات کی وجہ سے جو ہمیشہ اس حالت میں موجود ملتے ہیں، شکیجی تغیرات اکثر اُن تغیرات سے کسی قدر قریبی شائبہت رکھتے ہیں جو پیچہ صلابت الشرائین (arteriosclerosis) کے تحت بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۰۲)۔ اس کے برعکس، فبڈ بڑے شائب، نرم گردوں والے رقبے، یا نرم رونی جیسی چکیتیاں (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۲۲) بعض اوقات نظر آتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۰۸)۔ بعض اوقات ارتخاخ کی چکدار چکیتیاں، جن میں خردبین سے شکیجی تغیرات نظر آتے ہیں، قطعی نقطے میں ستارہ نما شکل میں مرتب ہوتی ہیں۔ مریض سالہا سال تک کسی بھی اور کسی ذرا ب صحت میں رہتا ہے بعض اوقات ایسی کوئی بھی چیز نہیں ہوتی جس سے مرض کی موجودگی کا خیال پیدا ہو، یہاں تک کہ یکا یک

یوریا دمویٹ ظاہر ہوجاتی ہے۔ یہ مرض اس قسم (chronic or asthenic type) کی یوریا دمویٹ ہوتی ہے۔

نہا کئی یوریا دمویٹ (asthenic uraemia)۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ اسے کمزوری، نیند، درد اور متلی معلوم ہوتی ہے، جس کے ساتھ ممکن ہے کہ تھکے بھی ہو سکیں گے۔ ایفٹن اور جھنجھٹا ہٹ کے احساسات ہوں۔ ذہن کے ساتھ بے چینی کے دورے تبادل کرتے ہیں۔ چہرے کے عضلات کے جھلکے دیکھنے میں آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ بازوؤں، ٹانگوں اور صدر کو بھی مائل کر دیں لیکن تشنجات کے ویسے علاج نہیں ہوتے جیسے کہ قوی یا سادیریا دمویٹ۔ (sthenic uraemia) میں ہوتے ہیں۔ تپلیاں سسک جاتی ہیں، جسم کی تپش گر کر کم ہوجاتی ہے، تنفس آہستہ، اپنے اپنے کے ساتھ، اور شفت طلب ہوتا ہے، دھن اور زبان خشک ہوتے ہیں، اور بڑی پیاس ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تخفیف دہ قے بھی ہو عیض جھٹکے جاری رہتے ہیں اور مریض بچپن کے پیرا، اور نودہ ہوجاتا ہے اور بالآخر اس پر قوما طاری ہوجاتا ہے۔ جب قوما نوباب ہوتا ہے تو سانس پھولنے سے تنفس گہرے درجہ تک رکھتا ہے جو بھونے لگتے ہیں جو بول خون میں ترشہ کا اجتماع زیادہ ہوتا جاتا ہے، سانس کا پھولنا بھی اسی خاصہ سے بڑھتا جاتا ہے۔ سانس چڑھنے کے ناگہانی حملے بھی بیان کئے گئے ہیں، خاصکرات کے وقت جنہیں بعض اوقات ”زبوتلوی“ (renal asthma) کہتے ہیں۔ چین اسٹوکنٹنس بھی بیان کیا گیا ہے۔ چونکہ خون میں یوریا کی مافیکہ کی زیادتی کو حقیقی یوریا دمویٹ کا معیار قرار دیا گیا ہے، لہذا تنفس کی یہ دفاخری صفت حقیقت یوریا دمویٹ نہیں ہیں، بلکہ مادہ ربوی افریا کا نتیجہ ہیں۔ یہ عام طور پر متعصب لڑائیں گردے (قلبی کلوی مرض) کی امبا بتوں میں دیکھی جاتی ہیں اور ایکس اور دوسروں کی بیان کی ہوئی امبا تیں (ملاحظہ ہو صفحہ 285) غالباً اسی نوعیت کی تھیں، کیونکہ ان میں خون کا یوریا ہمیشہ ۱۰۰ ملی گرام فیصدی سے کم تھا، جو حقیقی یوریا دمویٹ سے بہت ہی نیچے ہے۔ مزید شائدات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ ان امبا بتوں میں خون میں شائد ترشوں کی کوئی زیادتی نہیں ہوتی (25، 26)۔ یہ اغلب ہے کہ گزشتہ زمانہ میں یوریا دمویٹ کی اصطلاح متعدد مختلف حالتوں پر عادی بھی جاتی تھی، اور صرف حیاتی کیمیائی تحقیقات کے طریقوں کی آمد کے ساتھ یہ ہوا ہے کہ یہ حالتیں ایک دوسری سے متفرق کی جا رہی ہیں جب یوریا دمویٹ کی علامتیں نسبتاً کم نمایاں ہوتی ہیں تو اس حالت کو بعض اوقات خفی یوریا

دمویت (latent uræmia) کہتے ہیں۔ یہ نام بولی راستوں کے تسد سے پیدا شدہ امراہبول کے نتائج کو بھی دیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 349)۔

شانوی سرایتی، مثلاً ذات الجنب، ذات الریۃ، التهاب تامور، معدی محوی التهاب جو شدید تھے اور اسہال پیدا کر دے اور تقریباً التهاب قولون سے بھی موت واقع ہو سکتی ہے۔ یہی مبداء کے وہ نزعات جو کہ کلوی فضل کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (برعکس ان نزعات کے جو باندہ دموی خفط اور انحطاط یا قہ شراہین کے باعث ہوتے ہیں) محتاطی اغشیہ سے یا دماغ کے اندر واقع ہو سکتے ہیں، اور موت پیدا کرنے میں عموماً حصہ لیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں سے کوئی بھی اعتقادی واقعہ یوریا دمویت کے ساتھ ساتھ واقع ہو جائے۔ لیکن شانوی سرایت اسقدر عام طریقہ انتہام نہیں بقدر عام کہ وہ تحت الحاد ہی التهاب گردہ میں جاتا ہے۔ تشخیص۔ اس کا انحصار مرقی چشام کے طے پر ہوتا ہے، جس میں البیومین موجود ہو، اور ساتھ ہی کلوی فضل میں خرابی ہو، اور آذیمیا کارہمان بہت کم ہو۔ معافی تسد اور یوریا دمویت کی تقریبی مغلل ہو سکتی ہے، کیونکہ یوریا کی بلندی دونوں میں پائی جاتی ہے لیکن معافی تسد میں کثیر قلویت اور بلند یا طبعی قلووی محفوظ پایا جاتا ہے، اور یوریا دمویت میں قلووی محفوظ پایت ہوتا ہے۔

انداز۔ یہ غویۃ مرض میں غراب ہوتا ہے۔ اس کا اندازہ کر نیکی لئے کہ آیا اس بات طرناک ہے، امتحان شبکیہ اور کلوی فضل کی تخمین نہایت کار آمد طریقہ ہے شناخت میں اگر خوب نمایاں التهاب شبکیہ موجود ہے تو اغلب ہے کہ مریض دسال سے نیلہ زندہ نہیں رہے گا۔ اگر خون کا یوریا مستقلاً ۱۰۰ گرام فیصدی سے اوپر ہے، تو یوریا دمویت کا کسی وقت بھی ہو جانا ممکن ہے۔ اگر خون کا یوریا اس حد سے نیچے ہے تو ممکن ہے کہ مریض بہت سال تک زندہ رہیں، بالخصوص اس وقت جبکہ یوریا کے ارتکاز کا کاشفہ خاصہ الامینان پیش ہو۔

علاج۔ کسی ایسی حالت کو دور کر دینے کے بعد، جسے صحیح طور پر اس حالت کا سبب سمجھا جائے [یعنی انکمل، رصاص (سیسہ)، سردی میں ستر کشف، عین مراکوز وغیرہ] مقاصد علاج حسب ذیل ہونے چاہئیں: (۱) گردے کی اخراجی طاقت پر کام کا بار کم کر دیا جائے۔ (۲) قلب اور عروق پر کم بار کو کم کر دیا جائے۔ (۳) عدم دمویت کو دور کر دیا جائے اور (۴) خاص پیچیدگیوں کا علاج ان کے پیدا ہونے پر کیا جائے۔

علاج کا نہایت اہم جز یہ ہوگا کہ حتی الامکان گڑے پرکا بار دور کر دیا جائے، اور بھلن کے اندر پروٹینی تحول کے ترشی حاصلات کا اعتبار نہ ہونے دیا جائے، جو یوریا دوسیت کا استقدر میتر خاصہ ہے۔ غذا کے تحول سے ترشی اور اساسی حاصلات شکست و ریخت کی مختلف مقدار میں پیدا ہو جاتی ہیں، اور غذائوں کی گرو بندی اس لحاظ سے کی جاتی ہے کہ آیا ان سے ترشہ کی پیداوار زیادہ ہوتی ہے یا اساس کی۔ بزیوں اور پھلوں سے، جن میں فیو بھی شامل ہے، تحول کے بعد ترشہ کی نسبت اساس کی مقدار زیادہ حاصل ہوتی ہے، لیکن انڈے، مچھلی، گوشت، بسکٹ، بجے کا آٹا، چانول اور گیہوں اساس کی نسبت ترشہ زیادہ پیدا کرتے ہیں۔ دودھ ترشہ کی نسبت اساس زیادہ پیدا کرتا ہے۔ اسی واسطے یعنی بنائی غذا اور اس کے ساتھ شکر کو متنب کرنا فائدہ مند ہے۔ لیکن چونکہ جسم کی شکست و ریخت کی کافی کے لئے نہایت تھوڑے پروٹین کی ضرورت ہوتی ہے اور معمولی غذا میں جو پروٹین لیا جاتا ہے اس کا بیشتر حصہ نقص توانائی کے منبع کے طور پر کام میں آتا ہے، اور اس کی شکست ریخت کے آخری حاصلات کا اخراج گرو سے کو کرنا پڑتا ہے، لہذا غذائیں پروٹین کی مقدار کی تفصیل بھی قرین مصلحت ہے۔ انڈے، مچھلی، گوشت، مرغی وغیرہ پالتو پرندے اور شکار وغیرہ سے قطعی پرہیز لازم ہے۔ روٹی، بسکٹ اور نانچ (بہ استثناء بجے کے آنے کے) کی اجازت معتدل مقداروں میں دی جاسکتی ہے، کیونکہ ان کا پروٹینی اقیہہ کم ہوتا ہے، اور اس امر کا تدارک کرنے کے لئے کہ یہ اساس کی نسبت ترشہ زیادہ پیدا کرتے ہیں قلی کی کافی مقداریں تجویز کی جاتی ہیں تاکہ شباب تعدیل ہو جائے (ملاحظہ ہو علاج، تحت الحاد سخی البہاب گردہ) دودھ کی مقدار بھی محدود کر دینی چاہئے کیونکہ اس کا پروٹینی اقیہہ بھی نسبتاً کم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو جدول ۵، صفحہ 475 پر)۔ تاہم یہاں ایک انتباہ ضروری ہے، کیونکہ جب چشما میں البیوس کی بڑی مقداریں ضائع ہو رہی ہوں تو غذائیں اس کی تلافی کا لحاظ رکھنا بھی ضروری ہے۔ چوبیس گھنٹے میں البیوس کی جو اوسط مقدار خارج ہو رہی ہو اس کی تعیین کرنے کے لئے ۵ تا ۱۰ گرام زائد پروٹین روزانہ کی اجازت دینی چاہئے تاکہ جسمانی شکست و ریخت میں جو نقصان ہو رہا ہو اس کی کافی طور پر تلافی ہو جائے۔ غذا کو مکمل بنانے کے لئے تلافی (محدود مقدار میں)، شکر اور روغن زیتون کی صحت میں شوم شامل کر سکتے ہیں۔ قلی چائے اور کافی (coffee) کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اگر تغذیہ اچھا ہے تو ایک نوبتی روزہ بھی شروع کرایا جاسکتا ہے۔ انھیں کو

بالع عتوق کر دینا چاہئے، یا اُس کی مقدار زیادہ سے زیادہ روزانہ ایک گلاس کلا ریت (claret) یا خشک شیر (dry sherry) ہو۔ جب علامات خطرناک ہوں، اور بالخصوص جبکہ چلتے پھرتے وقت مریض کا سانس پھلنے لگے اور ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کے حملے ہوں، مریض کو کمال آرام و سکون سے رکھنا ضروری ہے۔ حد سے زیادہ کام و محنت اور زور لگانے سے ہر وقت پرہیز لازم ہے۔ ورزش صرف اتنی کرنی چاہئے کہ جو قلب کی برداشت کے اندر ہو۔ مریض کا لباس گرم ہونا چاہئے اور ٹھنڈا آب و ہوا میں رہائش سے نفع کثیر ہوتا ہے۔

ایسی ہی تبدیلیاں ممکن ہے کہ خود ہی خون کے دباؤ کو کم کر دینے کا رجحان ظاہر کریں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ خون کا بلند دباؤ غالباً خود ہی بہت سی اسبابوں میں ایک تو فیضی میکانیت ہے، چنانچہ اُسے ادویہ سے براہ راست متاثر کرنے کی کوششیں کج جوتو کامیاب بھی ہوں، ایک برا طریقہ، عمل ہو سکتی ہیں۔ تاہم اگر تخفیف وہ دردمس وجود ہو تو اس مقصد کے لئے ادویہ استعمال کی جا سکتی ہیں۔ نائٹرو گلیسرین (۱/۱۰ قطرہ روزانہ ایک یا دوبار اور بتدریج بڑھا کر)، سوڈیم نائٹرایٹ، یا ایرتھرال ٹیٹرانائٹ (erythrol tetranitrate) استعمال کر سکتے ہیں، اینٹی پائیرین (antipyrin) (۱/۱۰) (cafein) اور فینا سیٹین (phenacetin) بھی مفید ہیں۔

لوہے کی تجہیزات عدم دمویت کے لئے دے سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۸۱)۔ جن ہیپیدکوں کے لئے علاج کی ضرورت ہوتی ہے، اُن میں سے یوریا دوسٹو قے، قلبی اتساع اور قفل ہیں۔ یوریا دمویت میں خاص ضرورت یہ ہے کہ خون سے زائد پروٹینی تحویلی ماحلات کو خارج کیا جائے۔ اس مقصد کے لئے پینہ آلے کے عمل کو بڑھانا چاہئے۔ بعض اوقات گرم ہوائی غسل مفید ہوتا ہے، اور پیلوکارپن (pilocarpine) کے اثرات کام میں لائے گئے ہیں۔ امعاء کا عمل آزادانہ کرانا چاہئے، اور اس کے لئے ایسے مسہلات کام میں لانے چاہئیں جو بڑے آبی افراغات پیدا کرتے ہیں، جیسے کہ جلاپا (jalap)۔ قولون کی آبداری کیجا سکتی ہے۔ ادما اکثر مفید ہوتا ہے، اور اس کے بعد اکثر ایک موزوں عملی سے نقل الذمہ کیجا گیا ہے۔ اس امر کی بڑی احتیاط رکھنی چاہئے کہ پیشاب آزادانہ طور پر نکلتا رہے۔ گنتہ کی رام سے سیال یا افراط لینا چاہئے۔ اگر خون کا

دباؤ یکایک کم ہونا شروع ہو تو مال کے دروں و ریدی اشرابات دئے جائیں۔ ترشہ دمویت کے دفعیہ کے لئے اس سہیل میں سیتدر سوڈیم باقی کاربونیٹ شامل کر دینا چاہئے، اور ہر ہی دو امانہ سے بھی لے سکتے ہیں۔

قلے کے لئے فوآر آمیزے، ڈائیٹوٹ، ڈائیرو سائیک ریڈ، ٹیچو آف آیوڈین کے چند قطرے پانی میں گھسنے گھسنے سے، یا ٹراسیلف پر فادہ بارو یا منقہ آزما سکتے ہیں۔ علامات قلب کے لئے، جو بلین کے اتساع اور کمزور انقباض سے پیدا ہو جاتے ہیں، ڈیجیٹالس دینا چاہئے، آنتوں کو (سہلات وغیرہ کے ذریعہ سے) حالت عمل میں رکھنا چاہئے، اور امصابت کا علاج عام طور پر اس طرح کرنا چاہئے گویا یہ مرض قلب کی امصابت

متصلب الشریان کردہ

(ARTERIOSCLEROTIC KIDNEY)

نقرسی، سرخ ذراقی یا اولی منقبض کردہ (gouty, red & contracted kidney)

گرڈ (granular or primary contracted kidney)

کا وقف الدمی ذبول (ischemic atrophy of the kidney)

قلبی، کلیوی مرض (cardio renal disease)

بسمت اسباب متصلب الشریان کردہ اس مرضی کا اثر کا اختتامی نتیجہ ہے جسے

متشربیش بخونی صلابت (hyperplastic sclerosis) کہتے ہیں، جو اولی طور پر

ارتفاع القسط پیدا کرتی ہے۔ اور اس کے اسباب وہی ہیں جو ارتفاع القسط کے

ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 301)۔ اس مرض کی ایک عام شکل عموماً معمر اشخاص میں امتحان

بعد المات میں ملنا غیر معمولی امر نہیں، اور اسے شیفٹونجی متصلب الشریان کردہ (senile arteriosclerotic kidney)

کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ لیکن اسکے

لے یہ مطلقاً درست "وقف الدمی التهاب کردہ" ("ischemic nephritis") کے زیادہ پسندیدہ

ہے جو مال ہی میں اُنچ کی گئی ہے (24) کیونکہ یہ تغیرات التهابی نہیں تصور کیے جاتے ہیں۔

علاج کا بیان کی ضرورت نہیں، البتہ یہ کہنا ضرور ہے کہ اس میں قلبی عروقی جیش پرورش نہیں ہوتی، اور ایسوج سے خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ متصلب الشرايين گردے کے ساتھ ایک حاد یا تحت الحاد تخی التهاب گردہ واقع ہو کر ایک عید کی پیدا کرتے مرضی تشریح۔ ان گردوں کا اوسط وزن تقریباً طبعی ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات یہ جسامت میں کس قدر گھٹے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ شافری اتنے جھوٹے ہوتے ہیں جتنے کہ دیب التهاب گردہ والے شافری قبض گردے۔ ممکن ہے کہ یہ بڑے بھی ہوں۔ بعض غولے کوئی جلی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتے، بجز اس کے کہ ان میں شرايين کی دبازت موجود ہوتی ہے ان گردوں کی اکثریت میں کیسہ شدت کے ساتھ چپکا ہوا ہوتا ہے، اور اگر اسے چھیل کر نکال دیا جائے تو اس کے ساتھ کلوی بافت کے چھوٹے چھوٹے حصے بچ آتے ہیں۔ نیز گردے کی ساری سطح چھوٹے چھوٹے ارتفاعات (دانوں) سے ڈھکی ہوئی نظر آتی ہے، جگہ جگہ جاسے تا ۱ تا ۱/۲ انچہ ہوتی ہے، اور جو نسبت زیادہ تندرست بافت سے بنتے ہیں، اور ان میں دریائی نشیب حاصل ہوتے ہیں جو انداب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کہیں کہیں دوبرے بھی ہوں جن کا قطر ۱ تا ۱/۲ انچہ مختلف ہوتا ہے اور جن میں ایک صا سیال یا کولائڈ ہوا ہوتا ہے۔ بعض گردوں میں قشر کا یہ انداب نہایت ناہموار ہوتا ہے، چنانچہ بیرونی سطح پر کچھ فاصلوں سے گہری درزیں یا گڑھے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ کیسہ چپکا ہوا ہوتا ہے، لیکن درزوں کے درمیان کی سطح چمکی ہوتی ہے۔ ایسے گردے کا رنگ زیادہ تر سرخی کے ساتھ بھور پن لئے ہوئے ہوتا ہے، اسی لئے اس کا نام سرخ زرائی گردہ (red granular kidney) رکھا گیا ہے۔ سارا گردہ سخت یا لوجدار ہوتا ہے۔ تراشنے پر قشر کبھی تنگ پایا جاتا ہے کبھی نہیں پایا جاتا۔ قشر اور رست کی دریائی حد فاصل عموماً واضح ہوتی ہے۔

نردین کے نیچے دیکھنے پر شریانات مختصر شیش ٹکونی صلابت ظاہر کرتے ہیں (جو لحاظ ہو) اور ساتھ ہی ان کے طبقات کی دبازت پائی جاتی ہے۔ یہ دبازت اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ بہت سے شریانات ملموس ہو جاتے ہیں، چنانچہ جن گویکوں اور انیہیات کو ان سے رسد نہ ہوتی ہے ان کا ہبوط اور وقف الدمی ذبول واقع ہو جاتا ہے اور ورجا جی ندبات بنا دیتے ہیں۔ ابتدائی ترین گویک فیئر ہوتا ہے کہ کیسہ باؤنس

کی خنائے قاعدی کی دباوت واقع ہو کر کچھ کے گرد گرد پھیل جاتی ہے، جس سے کچھ کی گردن میں تنگی پیدا ہو کر تدریجاً اس کی ونوی رسد منقطع ہو جاتی ہے۔ نظام ہر سارا ایک شکر ہو جاتی ہے، اور خاص کر کچھ کی تو یہی حالت ہوتی ہے۔ کچھ کی شکل بگڑ کر چپٹی ہو جاتی ہے، اور بالآخر اس پر چھوٹے لمفی خلیے حملہ آور ہوتے ہیں جو اس کی لمفی پوشش کو اور سکو معصوم کر نیوالے نیم قمر (demilune) کو توڑ کر اندر گزر جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی بالکل قریب کی مین رتنکی باخت کی شدید زہاجی لیفیت واقع ہو جاتی ہے۔ صغیر ترین کلوی خرائین کا ترقی پذیر مرض، اندب یا انقباض کے رقبوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔

علامات متصلب الشرائین گردہ کا آغاز عموماً بالکل استہستگی کے ساتھ ہوتا ہے اور بہت کم مزید خصائص ظاہر کرتا ہے۔ درحقیقت اکثر یہاں تک ہوا ہے کہ ان مریضوں میں گردے دڑاتی پائے گئے ہیں کہ جو دوسرے امراض سے ہلاک ہو گئے ہیں، یا ایک ایسے مریض پر داغی نوز کا حمل ہوا ہے جس میں کوئی ایسی علامت موجود نہیں تھی جس سے گردوں کی حالت کی جانب توجہ متغطف ہوتی۔ ابتدائی علامات، جب دھیر دھیر عمر کے شخص میں واقع ہوں اور ان کی توجیہ کسی اور طریقہ سے نہ ہو سکے تو ذاتی گردہ کا خیال دل میں لانا چاہئے اور ان علامات میں سے چند یہ ہیں: ناکس اور ستر دروس سانس کا پھولنا، چین استھوکی تنفس، جو بالخصوص رات کے وقت ہو، عام کمزوری، اور اس قسم کا آزما جیہ کہ مرض قلب میں ہوتا ہے۔ کبھی کبھی کوئی علامت کافی طور پر نمایاں نہیں ہوتی، یہاں تک کہ متصلب الشرائین التهاب شکبہ (arteriosclerotic retinitis) سے مبنائی متاثر ہو جاتی ہے اور پھر مریض کی آنکھوں کا امتحان چشم بین سے کیا جاتا ہے۔ خون کا دباؤ عموماً درجہ طبعی سے بہت بڑھا ہوا ہوتا ہے اور اس سے زیادہ بلند ہوتا ہے کہ جتنا ثاقوی طور پر منقبض گردہ میں بعض اوقات انکماش دباؤ کے لئے ۳۰ ملی میٹر کی قدریں پائی گئی ہیں۔ انیسالٹی دباؤ بھی بڑھا ہوا ہوتا ہے، لیکن مناسب طور پر نہیں۔ پیشاب طبعی ہوتا ہے

۱۔ صلابت الشریان (arteriosclerosis) اور ارتفاع الضغط (hyperpiesia) کے علامات کا بیان بھی دیکھ لینا چاہئے۔

بجز اس کے کہ اس میں البیومین کا خفیف سا نشانہ اور چند سرخ خلیے 'سپید خلیے' اور زجاجی سبائنگ موجود ہوتے ہیں۔ یوریا کی برآمدگی شرح عموماً طبیعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ قدرے کم ہو۔

بند مضطرب دموی اور نسبت چوٹے شرٹن میں تغیرات کے باعث نزفات کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ علاوہ شکایتی نزفات کے 'رعاف عام' ہے اور پر پیچورا اور معدے اور آنت سے ادوا کا ہونا بھی ممکن ہے۔ اہم ترین امر داخلی نزف ہے جو ممکن ہے ہلاکت پیدا کر دے۔ یہ نزف قاعدی عقود کے قرب و جوار میں 'جرسین' یا نکاح ستیل میں واقع ہو سکتا ہے 'یا ممکن ہے کہ صحایا کے اندر نزفات واقع ہو جائیں۔

موت کا عام ترین سبب شش پر مددہ قلب کا فشل ہے عضلی قلبی انخطاط یہ اکثر بلند تر واقع ہو جاتا ہے۔ قلب کی مختلف خطرناک بیقا مدگیاں واقع ہو سکتی ہیں۔ مثلاً آڈینی ریشکی لنباض (auricular fibrillation) 'نبض متبادل' (pulsus alternans) 'قلبی سدودی (heart block)۔ مطرائی مصراع عیم الکفایت

ہو جاتا ہے، اور آخر کار ایک فشل پذیر مصرعی مرض کی کامل تصویر نمویاب ہو جاتی ہے جس کے ساتھ ایک مطرائی انکماش خیر (mitral systolic murmur) بھی ہو جاتا ہے اور جگر کا اختقان، استسقاء شکمی (ascites) اور جسم کے اسفل نصف کا استسقاء (dropsy) یہ سب پائے جاتے ہیں۔ پیٹاب اسی طریقہ سے متغیر ہو جاتا ہے جیسا کہ فشل پذیر مصرعی مرض میں ہوتا ہے، یعنی وہ قلیل المقدار، گہرے رنگ کا ہو جاتا ہے اور البیومین زیادہ ہو جاتا ہے اور سبائنگ فزاتی ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبض کچھ عرصہ تک اپنی صلابت قائم رکھے، لیکن بالآخر خون کا دباؤ گر جاتا ہے۔

جوں جوں اصابت ترقی کرتی ہے عموماً کلوی فشل کے خفیف آثار نظر آتے ہیں جیسا کہ ۲۰ تا ۵۰ ملی گرام فیصدی دموی یوریا سے ظاہر ہوتا ہے، اور یوریا کی برآمدگی شرح قدرے کم ہو جاتی ہے لیکن کلوی تغیرات عموماً اہم نہیں ہوتے، الا اس صورت میں کہ اصابت ناگہانی ماد التهاب گردہ سے پیچیدہ ہو جائے اور ایسا ہونے پر ممکن ہے کہ مریض جلد ہی یوریا دمویٹ (خمیٹ ملابت = malignant sclerosis) سے لے لیکن زیادہ اکثر حاد فشل قلب سے ہلاک ہو جائے (24)۔

تشخیص - حالات ذیل میں اولیٰ منقبض گروہ کی تشخیص جائز ہوگی :-
 پیشاب میں البیومن کی خفیف مقدار میں کے ساتھ خرابی صحت کے علامات اور قلبی عروقی اختلال کے مظاہرہوں، مثلاً خون کے دباؤ کی زیادتی، دبازت شرايين قلبی بیش پرورش شکیلی نرقات، یا الہتہاب شکیلیہ اور پاؤں کا آویزا۔

مریض کی علامات کے زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں صرف سریری مظاہرہ ہوتے ہیں
 یہ متعین کر لینا نہایت مشکل ہوتا ہے کہ آیا اسابت اولیٰ مصرعی (primary valvular) مرض یا عضلی قلبی مرض (myocardial heart disease) کی ہے جس میں محقق گروہوں کی وجہ سے البیومن بولیت ہے، یا کہ وہ اسابت ذراتی گروہ کی ہے جس میں ثانوی بیش پرورش اور اتساع قلب ہے۔ دونوں حالتوں میں ایک محدود المقام انکماش خرابی راس قلب پر ہونا ممکن ہے۔ انبساطی یا پیش انکماش مطرانی خرابات سے اور اس سے بھی زیادہ اور طبی خرابات سے اولیٰ مرض قلب کی تائید ہوتی ہے۔

مصلب الشرايين گروہ اور ثانوی منقبض گروہ کی تمثیلی اسابتوں کے درمیان
 تفریق کرنے میں کوئی وقت نہیں ہو سکتی۔ آخر الذکر حالت میں البیومن عمر نامہ افراد اور مریض نسبتاً نو عمر ہوتا ہے، خون کا دباؤ چنداں زیادہ نہیں ہوتا اور پیشاب زیادہ رقیق ہوتا ہے۔ درحقیقت اس کی تصویر از ابتدا آتا انتہا واضح طور پر کھلی ہوتی ہے۔ لیکن اول الذکر حالت میں علامات بالخصوص دوران خون سے متعلق ہوتے ہیں۔

انذار - یہ ناموافق ہوتا ہے، لیکن بعض اسابتوں میں ممکن ہے کہ بہت علاج ہو جائے اور زیادہ عمر تک زندگی بڑھ جائے۔ قلب جس قدر زیادہ حد تک آؤف ہوگا طویل حیات کی امید اسی قدر کم ہوگی۔

علاج وہی ہے جو کہ سلاہت شریانی اور ارتفاع الضغط کا ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہوں)۔ بعض اوقات کم پروٹین والی نباتی غذا سے جو گشتہ باب میں بیان کی گئی ہے حیرتناک نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ مزمن مرض قلب کا علاج بھی ملاحظہ ہو۔

گُرے کی معلوم جراثیمی سببیں

جراثیم بولیت اور عصبیہ بولیت

(bacteriuria & bacilluria)

پیشاب میں مندرجہ ذیل عضویات پائے جاتے ہیں، معانی گروہ اور تعداد کے عصیات، بروسیلا تپ مالطائی (*Brucella melitensis*)، نر فیرقائی نحیف مرغولہ (*Leptospira icterohæmorrhagica*) اور فلیقہ خون باشش (*Schistosomum hæmatobium*) کے بیٹھے۔ اور یہ سب متناظر نوعی امراض کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ نباتات عنبیہ عام طور پر تسلسلی بولی تدرن یا حصوات کے ہمراہ پائے جاتے ہیں یا گردے کے معانات کے ساتھ ثانوی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ نباتات عنبیہ ابدیض کو بولی منفذ سے کاشت کیا جاسکتا ہے، لہذا ان کے چند عیارات کو نظر انداز کیا جاسکتا ہے، اور عصبیہ و فقیر یا نما کا بھی یہی حال ہے۔ عصبیہ ریم اذرق، ایک زیادہ قشبی عضویہ کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ نباتات سوزاکیہ التهاب بھری البول یا بچھوٹے ہوئے قدامی پھوڑے سے آسکتے ہیں اور پیشاب کی شدید سرایت زدگی مثلاً اور تھولوں کے درمیان ناسور کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔

چونکہ گردے جوئے خون سے فضلات کو خارج کرتے ہیں، لہذا یہ تعجب نیز نہیں کہ جراثیم بولیت ایک خاصی عام حالت ہوتی ہے اور اس امر پر بحث و تحقیق یہاں ہے کہ آیا کھوی سرچلے کا کوئی ضرر موجود ہوئے بغیر بھی جراثیم کا اخراج ممکن ہے یا نہی الحقیقت تپ محرق کی عصبی بولیت میں تو ایسے ضرر صیح نہیں ہوتے، اگرچہ اگر وہ محض خرونی ہوں تو ان کا خارج از بحث کرنا نہایت مشکل امر ہوگا۔ مزید برآں جوئے خون میں دورہ کرنے والے نباتات سبب عصبیہ جو عفونت الدم کے طور پر ہوں یا کسی اولی مرکز مثلاً التهاب زدہ لوزین سے حاصل شدہ ہوں پیشاب میں پائے جاسکتے ہیں، اگرچہ

اغلب ہے کہ وہ گردے میں سداوی مراکز کے طور پر جانشین ہونے کے بعد کھلی سرحد میں سے کھسک جاتے ہیں۔ تاہم بیشتر اصابتوں میں بلاشبہ جراثیم بولیت کے یہ معنی ہیں کہ التهاب کلیہ و حوض کلیہ موجود ہے، جیسا کہ آگے بیان کیا گیا ہے۔ یہ حالت عمومی عصیہ قولونی کے ساتھ بالخصوص پائی جاتی ہے، جو اہم ترین بولی عضو ہے اور جو ممکن ہے کہ پیشاب کے اندر قند و کثیر میں موجود ہو اور پھر بھی صرف چند ہی علامات پیدا کرے۔ غیر مثیلی عصیہ قولونی بالعموم عصیہ کثیر الاشکال کے طور پر بولی خطہ کی مزمن سرایت کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

535

اوپر جو کچھ بیان ہوا ہے اس سے اندازہ ہوگا کہ بیشتر اصابتوں میں اسباب وہی ہیں جو التهاب کلیہ و حوض کلیہ کے ہوتے ہیں۔

پیشاب کی حالت۔ پیشاب خارج ہونے پر اکثر صاف ہوتا ہے لیکن رکھارہنے پر اس کی تہ میں ایک مخاط جیسی تہ جم جاتی ہے، اس سے اوپر کو ایک گندلا پن ہوتا ہے، اور چوٹی پر ایک صاف تہ ہوتی ہے۔ یا پیشاب بالکل گندلا ہوتا ہے اور رکھارہنے پر اس کا یہ گندلا پن صاف نہیں ہوتا۔ پیشاب عموماً خوشبو ہوتا ہے، اور گرم کرنے اور آئینک آئینڈ ملاسنے سے یا قلعویات سے صاف نہیں ہوتا۔ یہی خلیات اور البیوسن کی موجودگی (خواہ یہ تھوڑی مقدار ہی میں ہوں) ثابت کرتی ہے کہ التهاب کلیہ و حوض کلیہ موجود ہے۔ جب پیشاب بدبودار ہو اور پیپہ مخاط اور مثانی سرحد موجود ہو تو اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ التهاب مثانہ موجود ہے۔

التهاب کلیہ و حوض کلیہ

(pyelonephritis)

التهاب حوض کلیہ (pyelitis)

اس مرض کے لئے التهاب حوض کلیہ کی اصطلاح میں سال سے اوپر سے متعل ہے۔ تاہم بعد المات شمار و احاد سے اس امر کی شہادت ملتی ہے کہ گردے کی ان غیر مرنی سرایتوں میں تمام التهاب حوض کلیہ غیر عام ہے اور وہ صرف فی حدی اصابت و توجیہ کرتا ہے، الا اس صورت میں کہ سیلان بول میں تسد بھی موجود ہو، جب کہ التهاب

حوض کلیہ ۵۲ فی صدی امصابوں میں واقع ہوتا ہے (30)۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ مرض جسے عام طور پر التهاب حوض کلیہ کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، بیشتر امصابوں میں التهاب کلیہ، و حوض کلیہ (pyelonephritis) ہے جو گروہ کے جرم میں شروع ہو کر حوض تک پھیل جاتا ہے، اور یہ سرری طور پر اس واقعہ سے ثابت ہے کہ عموماً پیشاب میں البیوس کی مقدار اس سے زائد ہوتی ہے کہ جینی کی موجودہ پیپ (یا خون) کی بنا پر توجیہ کی جاسکتی ہے، جس سے ثابت ہوتا ہے کہ ضرور خود گردہ ماؤف ہے۔

بحث اسباب۔ التهاب کلیہ و حوض کلیہ متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سے مندرجہ ذیل شناخت کئے گئے ہیں: ۱۔ (۱) بازین (turpentine) اور تیلی کمی (cantharides) کا فصل جب کہ ان کا اندرونی استعمال کرایا جائے۔ (۲) معدی صوی التهاب (gastro-enteritis) التهاب تولون (colitis) 'مرض مرارہ' التهاب زائدہ و ویر (appendicitis)، صوی حواض جیسے کہ تپ صویہ اور ٹائفیس کی تپ، ممیات طفیہ (exanthemata) اور تقسج الدم (pyaemia) نیز واد الحضر، عنناق و بانی اور ہیضہ۔ (۳) یہ مرض براؤنٹ اور ڈیلس میں بھی واقع ہو سکتا ہے، آخر الذکر میں شاید ٹکری پیشاب کی خراش کے نتیجہ کے طور پر۔ (۴) بہت سی امصابیں ایک واضح مقامی سبب کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ جیسے کہ حوض کلیہ اور قعات کلیہ میں اجسام غریبہ کی خراشیں، بالخصوص حصات اور ریک، نیز کیبہ، خون کے ٹھکے اور سرطان کی۔ (۵) پیشاب کے گزرنے میں قہ و بھی اسے پیدا کر سکتا ہے کیونکہ وہ محتسب پیشاب کی تحلیل واقع کرتا ہے۔ یہ قہ و مجبوری بولی کے تضیق، بڑھ ہوئے غدہ قدامیہ، گروسے یا شائے کے پتھر کے باعث اور شوک یا خنق کے مرض یا قہر سے احتیاطاً بول بونے کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۶) التهاب مثانہ (cystitis) اور اسفصل بولی گندہ کا پیوس دومر سے اقسام کے التهاب کی امصابوں میں ممکن ہے کہ یہ التهاب غالب کے باہر کی عروق لنفاویہ میں اوپر کے طرف پھیل کر حوض کلیہ میں پہنچ جائے۔ یہ واقعہ کہ التهاب کلیہ و حوض کلیہ عورتوں میں تین گنا زیادہ عام ہے، ظاہر کرتا ہے کہ گردہ کو سرائیت عام طور پر نیچے سے اوپر کی طرف پھیلتی ہے، مثلاً التهاب فرج و مہبل سے جو کہ نہایت

نوع مراد کیوں میں ایک عام منبع ہے۔ (۱) کوئی واضح اولی مرکز نہیں ہوتا۔ لہذا یہ امر حقا یقینی معلوم ہوتا ہے کہ سرایت جوئے خون کی راہ سے گردے میں پہنچتی ہے۔ عموماً صرف ایک ہی گردہ مآوف ہوتا ہے۔ ایسی اصابتیں اچھی ہو جاتی ہیں لیکن ان میں اکثر نکل واقع ہو جاتا ہے۔

عصیہ قولونی (colon bacillus) ۷۶ فی صدی اصابتوں میں قیسی عضویہ پایا گیا جس کی وجہ غالباً قولون کی نزدیکی ہے۔ بقیہ اصابتوں میں بقیات بائے گئے جن میں فقہاء، عذابیہ ذہبیہ (S. aureus) بھی شامل تھا (31)۔ بقیات تبسمیہ اور بقیات غنہیہ اور دوسرے عضویات عام طور پر عصیہ قولونی سرایت کے ہمراہ بائے گئے ہیں۔ محل سرایت کی استعداد اوپیداکرنا ہے، کیونکہ جنین کی معمولی وضع میں ممکن ہے کہ رحم طالب پردباؤ ڈال کر اس کا جزئی تسدو اور اوپر عرض کلیہ کا اتساع پیدا کر دے۔

مرضی تشریح - التهاب کلیہ و حوض کلیہ کی نہایت عام صورت کی عام شکل میں گردہ متورم، نرم، متلی، اور التهابی فلیوں سے عموماً درہختہ ہوتا ہے مگر اس میں پھوڑا نہیں بنتا۔ ممکن ہے کہ اس قسم میں گنگرین پیدا ہو جائے۔ لیکن کلیوی سرایتوں کی زیادہ عام شکلیں مقامی ہوتی ہیں، جرم گردہ کے ایک فلقہ کو مآوف کرتی ہیں اور انھیں عام لحاظ سے منعمہ کی قسم کا کہہ سکتے ہیں۔ ان کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ ان میں پیپ کی کیا التلاؤں و دھاریاں موجود ہوتی ہیں جو نصف قطری سمت میں سطح سے قشرہ میں سے ہو کر اندر کی طرف بلکہ اہرام کے اندر پھیل آتی ہیں۔ وہ بعض اوقات قائدنا یا مخروطی ہوتی ہیں جن کا قاعدہ سطح پر ہوتا ہے اور دوسری اصابتوں میں محض لکیر کی طرح ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ منعمہ ایک بے قاعدہ خراجی کہفہ کے اندر پھوٹ پڑے جو حوض کلیہ کے اندر پیپ خارج کرتا ہے۔ دوسرے گردوں میں جن میں غالباً سدادی سرایت نسبت کم جمیع رہی ہے، یہ رقبہ سطح میں پھوٹے پھوٹے پھوڑوں کا ایک گردہ ظاہر کرتا ہے اور یہ ترکیش میں گردے کے اس فلقہ میں بھی نظر آتے ہیں جو سطح پر کے پھوڑوں سے متاثر ہوتا ہے۔ ایسی ریوی در پزیش کی کئی چکیاں ہو سکتی ہیں جن کے درمیان کے گردے کے حصے تندرست ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ

صرف ایک ہی گردہ مائوف ہو۔

مقامی منتع کی قسم کا التهاب کلیہ و حوض کلیہ دو سرے حصوں کے ری می نٹرا کی طرح مندل ہو سکتا ہے۔ اس کا تندیہ جرم گردہ کے ایک فلقہ پر مشتمل ہوتا ہے جو سطح پر نشیب دار یا گڑھے کی طرح ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی بعض اوقات حوض کلیہ کا ایک مقامی اتساع بھی ہوتا ہے۔ کبھی کبھی جرم گردہ کے ایک فلقہ میں خسانہ دار دویرے ہوتے ہیں جن کی شکل اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ وہ ایک عفن انفعामी رقبہ سے پیدا ہوئے ہیں۔ بعض دویرے جو امتحان بعد المات میں ملتے ہیں اور سرری طور پر "پیدا نشی" تصور کر لئے جاتے ہیں، غالباً اسی طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ گردہ کلیوی پھوڑا (perinephric abscess) اکثر بار ایک قشری خراج کے گردہ کلیوی یا فٹوس میں پھیل جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

حقیقی مادہ التهاب حوض الکلیہ میں غٹائے مغاطی متورم اور اس کے عروق مشرب ہوتے ہیں۔ اکثر نرف کے چھوٹے ٹھچوٹے وجہ موجود ہوتے ہیں۔ بعض اوقات التهاب ایک ڈمقیہ یا فی شکل اختیار کر لیتا ہے، اور سطح سے جلد بجا جھلی کی پکتیاں چسکی ہوتی ہیں۔ حصاتی التهاب حوض کلیہ میں ممکن ہے کہ پتھری کی موجودگی کی وجہ سے سطح کا تفرح موجود ہو۔ اور جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے ایسے تفرح سے اٹھاب اور گردہ کلیوی التهاب پیدا ہو سکتا ہے۔ یا اگر پتھریوں کے اپنی جگہ سے ہٹ جانے کے باعث یا عفن اخراجات سے مالب کے تسد ہو جانے کے باعث التهابی مادہ محبوس ہو جائے تو پھر نتیجہ حوض الکلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔

اس قسم کے التهاب گردہ کو جو التهاب کلیہ و حوض کلیہ کے متواتر حوض اور انداب سے پیدا ہو جاتا ہے، ذبولی التهاب کلیہ و حوض کلیہ (atrophic pyelonephritis) کہتے ہیں۔ یہ ایک یا دونوں جانب واقع ہو سکتا ہے۔

گردہ چھوٹا، منقبض اور ستلیف ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ جرم گردہ کچھ باقی نہ رہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ اسے مرض براؤٹ کے ثانوی منقبض گردے سے تمیز کرنا نہایت مشکل ہو۔ خاص امتیازی فروق یہ ہیں کہ ذبولی التهاب کلیہ و حوض کلیہ میں لیفیت اور ذبول خالی آنکھ کو چھتی دار نظر آتے ہیں اور سطح کا پتھرا

کھردرا انداز موجود ہوتا ہے۔ حوض کلیہ اقمعات اور کمات کا اتساع ہوتا ہے اور بخاری اہرام چپٹے ہو جاتے ہیں، یا ممکن ہے کہ صرف ایک یا دو کمات ہی ماؤف ہوں۔ کلیوی حوض میں پیپ اور پیشاب کے علاوہ خون، پتھریاں، یا دوسرے اجسام غریبہ ہو سکتے ہیں جن سے خرابی پیدا ہو گئی ہے۔ اور بولی لمحات کا جماؤ ہو سکتا ہے، یعنی ترششی بولی کے اندر یورٹس (urates) کا، اور اگر، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، پیشاب کلیوی یا ایونیائی جو تو فاسفیٹس کا۔ بعض کہنہ اصابتوں میں گردہ اس قدر بول ہوتا ہے کہ اس میں سوائے اس کے کیسے اور فاصلات کے اور کچھ باقی نہیں رہتا جو کہ کھینچے بنا دیتے ہیں، اور ان کہنوں میں پوٹین جیسے تو دسے موجود ہوتے ہیں، جو پیپ کی تخلیق اور عظیم الشکل فاسفیٹس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

علامات۔ حاد التهاب کلیہ و حوض کلیہ کی خفیف ترین شکل میں جس میں شاید التهاب کی صرف ایک یا دو ہی چکیتیاں ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ علامات آسانی کافی شدید نہ ہوں کہ مریض کسی طبیب کو بلائے۔ زیادہ شدید شکل میں اکثر کمر میں کیسٹڈر سیما مستمر در ہوتا ہے، جو دبائے سے بڑھ جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی عضلات شکم میں اتواری ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ کمر میں ایک بڑی الیم کا ٹھہ محسوس ہو۔ بخار موجود ہوتا ہے، اور کبھی کبھی قشعر رات اور غلیات ابیض کی کثرت۔ ممکن ہے کہ پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ ہو اور احتباس بول بھی ہو سکتا ہے۔ شاید حوضی اور قشری مرکز کے غلیتہ تیز ہو سکیں۔ وہ مخروطی، ناست باقی نہایا سکل مناشکل کے ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ مریض کو تھن ہو، خاص کر اس وقت جب کہ درد شدید اور قوی ہو۔ یہاں یہ التهاب کلیہ و حوض کلیہ خطہ بولی میں کی کسی دوسری جگہ کی سرایت کے ہمراہ ثانوی طور پر ہوتا ہے، تو آخر الذکر سرایت کی دوسری علامات بھی موجود ہوں گی۔ سب سے زیادہ شدید شکل میں ممکن ہے کہ پیشاب مسلسل یا متعثر طور پر بلند و جبر ہو، بغض سریع و ضعیف ہو، اور انسانی حالت کے تمام میز خصائص موجود ہوں، یعنی عدم اشتہا، خشک جھوری شہوق زبانی متلی اور تھن بعض اوقات اہمال، پیدہ، اور سریع نخول۔ جب دونوں گردے وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں تو کلیوی فعل میں مداخلت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خون میں یوریا زیادہ ہو جائے، ترشہ و مویت اور تھیشی کلیوی آدیما ہو، اور بالآخر تھاکتی یوریا ہو جائے

تمثیلی علامات ظاہر ہو جائیں، یعنی تو 'عضلات کے جھپکنے' اور 'جوع' الہوا۔

دو سال سے کم عمر کے بچوں کے التهاب کلیہ و حوض کلیہ میں ایک گروہ مہلک

امایاتوں کا ہے جو کسی دوسری جگہ کی سرایت کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہیں مثلاً

التهاب اذن وسطی (otitis media) 'معدی معوی التهاب' (gastro-enteritis)

اور رلوی مرض (pulmonary disease) کے بعد۔ زیادہ عمر کے بچوں میں ممکن ہے کہ

صرف تنفس البول ہو اور پیشاب بار بار آئے، اگرچہ کُلوی مرض کے مقامی علامات سب کچھ

و قفوں کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں۔ جب کسی بچے میں سلس البول کی امابت پائی جائے

تو اس میں ہمیشہ عصیہ بولیت اور التهاب کلیہ و حوض کلیہ کے لئے جستجو کرنی چاہئے۔

مکن ہے کہ خفیف امایاتوں میں پیشاب کے اندر ریخی غلیات، جراثیم (ملاحظہ ہو

عصیہ بولیت) شاید چند دموی غلیات اور قدرے البیوس موجود ہو، اور پیشاب عموماً

ترشی ہو تا ہے۔ نسبت زیادہ شدید امایاتوں میں پیشاب کے اندر پیپ مستندہ مقداروں

میں موجود ہوتی ہے و صلید بولیت = pyuria جب پیشاب کیا جائے تو وہ مکدر ہوتا

ہے، اور جب پیپ نہ نشین ہوتی ہے تو وہ گلاس کی تہ میں ایک نہایت پھیکے رنگ کا

زرد ملائی جیسا جھاؤ بنا دیتی ہے، اور یہ پیپ پیشاب کے ساتھ صرف خط اتصال کے

مقام پر ہی محصور ہوتی ہے۔ اس جھاؤ کی نوعیت کی تشخیص خرد بینی یا کیمیائی کاشفات

سے کی جاسکتی ہے، مثلاً اگر اوپر تیرنا ہوا مایع پیمینک کرڈرو میں قدرے لاکر شاسی

(liquor potassm) ملا دیا جائے تو اس سے اس کا رنگ بد سرعت غائب ہو جاتا

ہے، اور وہ نیم شفاف ہو کر ایک لزج لکسا مایع بن جاتا ہے۔ اگر اسے ایک ظرف سے

دوسرے ظرف میں ڈالا جائے تو یہ ایک کم و بیش ملتصق قودے کی صورت میں گرتا ہے۔

اگر پیشاب جسم کے اندر ہی تحلیل ہو کر قُلوی ہو جائے تو بھی پیپ میں ہی لکسا تیز واقع ہو جائیگا

اور پیشاب ملائی جیسی پیپ کے ساتھ نہیں بلکہ اس لزج لکسا کی پیدی جیسے سیال

کے ساتھ محصور ہو گا۔ یہ بعض اوقات التهاب کلیہ و حوض کلیہ اور قلع حوض کلیہ میں واقع

ہوتا ہے اس وقت جب کہ تیس حوض کلیہ کے اندر محسوس شدہ پیشاب میں بالآخر تحلیل

واقع ہو جائے۔ اور یہی التهاب شانہ میں بھی اسی سبب کے باعث واقع ہوتا ہے۔

مکن ہے غالب کے قدرے ریخی پیشاب محسوس ہو جائے جس سے اشتعال کلیہ

(hydronephrosis) (جو ملاحظہ ہو) یا قلعح حوض گردہ پیدا ہو جاتا ہے۔ مزمن التهاب کلیہ و حوض کلیہ اور ذہولی التهاب کلیہ و حوض کلیہ میں ممکن ہے کہ مقامی درد اور اہمیت تقریباً ثانیہ ہوں چنانچہ تشخیص میں وقت پیش آتی ہے۔ قطع نظر عصیبہ بولیت کے، پیشاب کا نمایاں طور پر غیر طبیعی ہونا ضروری نہیں۔ معنوم یہ ہوتا ہے کہ مرینس کو عصیبہ ہلاکت (neurasthenia) یا مزمن خرابی نعمت ہے اور ممکن ہے کہ ہلاکتی یوریا دمویت (asthenic uraemia) اس منظر کا خاتمہ کر دے۔ ان حالات میں خون کا دباؤ ہرگز ہمیشہ بلند نہیں ہوتا اور نہ قلب میں پروردہ ہوتا ہے۔

تشخیص۔ التهاب کلیہ و حوض کلیہ کو اس کے مقامی امارات سے اور پیشاب کے اندر رہی قلیوں کی موجودگی کی بنا پر شناخت کر لینا چاہئے۔ نمینلی پیشاب معصہ 535 پر بیان کیا گیا ہے۔ یوروسیلکٹان تشخیص کا ایک عمدہ ذریعہ ہے، کیونکہ اس سے گردہ کی ولفی استعداد اور حوض کی جسامت ظاہر ہو جاتی ہے۔ تعقیری حوض بخاری اور قحطرت کے بعد پیشاب کی کاشت بھی استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن التهاب شائد ہو تو نہیں۔

قلعح حوض الکلیہ ان متعدد اور ام کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے جو دوائیں کو کمزیر پائے جاتے ہیں اور جن کا ذکر گرد و کلیوی خراج (perinephric abscess) کے تحت کیا جائے گا۔ آخر لڈر کو قلعح حوض گردہ سے ہمیشہ تمیز نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن استسقاء الکلیہ میں کوئی ارتفاع پیش نہیں ہوتا۔

انڈار کا انحصار بہت کچھ اولی سبب پر ہوتا ہے۔ وہ التهاب کلیہ و حوض کلیہ جس میں سیلان بول میں کوئی تبد نہ ہو، عموماً اچھا ہو جاتا ہے، مگر یہ ممکن ہے کہ وہ عمدہ دراز تک کہ ویش بیماری رہے۔ قلعح حوض گردہ ایک خطرناک ضرر ہے اور ممکن ہے کہ وہ سینہ یا شکم میں اشقاب واقع ہو جائے، مسلسل اخراج مواد کی وجہ سے خستگی پیدا ہو جائے یا جربشی مرض (lardaceous disease) کے وقوع کے باعث ہرملک شابت ہو۔ شاذ اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پرپ مقلظ ہو جاتی ہے اور ایک گردہ شائع ہو کر شفا ہو جاتی ہے۔ کلیوی ولفیہ کے کاشتات سے ظاہر ہو جائے گا کہ آیا یوریا دمویت کا خطرہ ہے یا نہیں۔ تحریر۔ بولی اعضا کے علاج کے دوران میں یہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے کہ التهاب

وحوش کلیہ کا پیدا ہونا ناممکن ہے۔ شناعی اصابتوں میں اس امر کی کوشش ضروری ہے کہ الہتہاب مثلاً نہ پیدا ہونے پائے۔ جنگی تجربہ کی بنا پر ایسی اصابتوں میں اب قاتنا طیر کا استعمال بہت محدود کر دیا گیا ہے کیونکہ ایسے ذرائع سے سرایت داخل ہو جاتی ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں شناع بالکل منقطع ہو گئی ہو بعض مسکوسات سے کام لیا جاسکتا ہے جو نو باب ہوجاتے ہیں۔ نو بی وقفوں کے ساتھ جلد کو ہتھنج کیا جاتا ہے۔ اس سے جراح میں خیم کن بحیثیتیں (flexor responses) پیدا ہوتی ہیں، اور انقباض مثلاً واقع ہو کر مثلاً بالکل خالی ہوجاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں جب الہتہاب مثلاً موجود ہو مثلاً کو کسی دافع عفونت محلول مثلاً سیلی سلیٹ آف سوڈیم (۱ اونس میں ۵ گرین) (۱ اونس میں ۱۲ گرین) یا یوریکس (۱ اونس میں ۵ گرین) سے وضو ڈالنا چاہئے۔ اور یوروتروپین (urotropin) (۱۰ گرین) یا ہیل میٹال (helmitol) کا داخلی استعمال کرنا چاہئے۔ قاتنا طیر کے ذریعہ مسلسل تسلیل کرنے کی ضرورت ہے۔

علاج۔ اگر پیشاب کے بہاؤ میں رکاوٹ ہے تو طبی علاج سے کم فائدہ ہوگا، کیونکہ حالت جراحی ہے۔ قاتنا طیر کے ذریعہ مسلسل تسلیل سے مرض میں تخفیف ہوتی ہے۔ حاد اصابتوں میں جو کہ عمومی عصیدہ قولونی کے باعث ہوتی ہیں، پہلا علاج یہ ہونا چاہئے کہ مایے جو بیس گھنٹوں میں بول کو قلعوی کیا جائے، جیسا کہ حاد الہتہاب گردہ کے تحت بیان کیا گیا ہے اور بہ افراط سیال لینا چاہئے۔ اگر یہ کارگر نہ ہو تو دوا تین ہفتوں کے بعد ہیکزامین (hexamine) ۱۰ تا ۱۵ گرین کی مقداروں میں دی جاتی ہے اور اب ۳ گرین آئیڈ سوڈیم فاسفیٹ روزانہ تین یا چار بار طلحہ دے کر بول کو ترشی کر دیا جاتا ہے۔ اس کی متبادل ترکیب یہ ہے کہ کیلیم کلورائیڈ ۵ گرین ایک سیال لال کیسہ (salol capsule) میں دن میں ۵ مرتبہ دیا جائے، لیکن اس سے بدہضمی ہو سکتی ہے۔ بیٹین ہائڈروکلورائیڈ (betain hydrochloride) ہر معاد میں ۵ گرین دینا ترشہ دینے کا ایک دوسرا طریقہ ہے۔ پیشاب کی ترشگی کا امتحان کرنا ایک ضروری چیز ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 508)۔ جب بول ابتدا سے قلعوی ہو تو ہیکزامین اور ترشگی علاج کا استعمال پہلے ہی کرنا چاہئے۔ یہ دونوں علاج کئی بار متبادل لائے جائیں۔ دشوار علاج اصابتوں میں بالخصوص بچوں میں بعض اوقات مصنوعی کیتونیت پیدا کر دینے سے کامیابی

حاصل ہو جاتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹ غذا کو خوراک سے حتی الامکان خارج کر دیا جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بول سے ایک قوی اور نمایاں تعامل (Rothera's reaction) حاصل ہونے لگتا ہے۔ اسے ایک یا دو ہفتے تک جاری رکھا جائے لیکن اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ ایسی غیر فطری غذا اسے بچہ کی غذائی تئصال میں خرابی نہ پیدا ہو جائے۔ نہایت مریض امواتوں میں روغن چوبندل (sandal-wood oil) کو پیسا (copaiba) اور بنیزا ایک ایسڈ (benzoic acid) یا سیال (salol) دینا چاہئے یا جیلاتین کے کیسوں میں ۲-۳ گرام ہیکریل ریسا رسنل (hexyl resorcinol)۔ مندی غذا جس میں بہت سی جراثیمیں ہوں اور ضائع کی تازہ ہوا یا صندل کے کناسے کی جو مناسب ہیں۔ درد کے لئے ٹیچر ہیا سیامی (tr. hyoscyami) ۱۰ منم دیا جائے اور بالخصوص اگر خون زیادہ آئے تو ٹنکسٹک ہجر کا استعمال کیا جائے۔ مینڈلک ایسڈ سے علاج جو کہ مال ہی میں رائج کیا گیا ہے حب ذیل ہے:۔ مینڈلک ایسڈ ۵۴ گریں، سوڈائی کارب ۲۰ گریں، اکیو منتھاپ (aq. menth. pip.) ایک اونس تک چار مرتبہ دن میں، پیٹاب کو ایمونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) دے کر ترشی بنایا جاتا ہے، مثلاً اس کے ۳۰ گریں، ایکٹریکٹ گلسر آٹراپ اونس، اکیو کلوروفارم ایک اونس تک، دن میں تین مرتبہ۔ میتھل ریڈ (methyl red) ۵ قطرے ۲ گلب سینی میڈر آب کشیدہ میں، پیٹاب میں ملایا جائے تو اس کی رنگت نارنجی ہونی چاہئے۔

انتقالی التهاب گردہ

(metastatic nephritis)

یہ ایک مشکوک امر ہے کہ انتقالی التهاب گردہ کے عنوان کے تحت ایک جداگانہ مرض بیان کرنا درحقیقت درست بھی ہے یا نہیں، کیونکہ التهاب کلیہ و حوض کلیہ (pyelonephritis) بیشتر امواتوں میں ایک معمولی خون سمایت ہوتی ہے۔ یہ واقعہ ہے کہ نبتی عینی قیح الدم (staphylococcal pyemia) میں گردے کے قشرہ میں انتقالی خراج کا ملنا کافی عام ہے جب یہ پھیوڑے آر پار راستہ کر کے مجمع آنا بیب اور حوض گردہ

اندھ مچوٹ پڑتے ہیں تو ایک حقیقی التهاب کلیہ و حوض کلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن بالمعوم ۷ حوض کلیہ سے بے تعلق رہتے ہیں یا پھیل کر گردکلوئی پھوٹا (perinephric abscess) بنا دیتے ہیں۔ چنانچہ انتہائی التهاب گردہ لازمہ ناول التهاب حوض گردہ (descending pyelonephritis) کا ایک ابتدائی مرحلہ ہوتا ہے اور اس کے علامات پہلے بیان ہو چکے ہیں۔ ان امراض میں جن میں امتحان لاش میں انتہائی خراجات قلع الدم کے جزو کے طور پر پائے جائیں، علامات قلع الدم کے ہی ہوتے ہیں اور کلوئی خراجات بعض ضمنی ہوتے ہیں۔

خیمش التهاب وروں قلبہ (malignant endocarditis) میں انتہائی خراجات کبھی کبھی مختلف الجسامت سداوی معنات کی شکست و ریخت سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ مخروملی ہوتے ہیں لیکن عموماً التهاب کلیہ و حوض کلیہ کے پھوٹوں سے مختلف شکل کے ہوتے ہیں اور ان کا قاعدہ نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ تاہم چونکہ معنات اکثر نبتات سببیہ انصر کے باعث ہوتے ہیں لہذا وہ عموماً ٹوٹ پھوٹ کر پیپ نہیں بناتے۔ سداوی انعام درد سے اد بول کے اندرون اور البیوسن کی موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

التهاب گرد کلیہ اور خراج گردکلوئی

(perinephritis and perinephric abscess)

التهاب گرد کلیہ کی اصطلاح گروہ کے آس پاس کی بافتوں کے التهاب کیلئے استعمال کی جاتی ہے۔

بحث اسباب۔ یہ اسباب ذیل سے پیدا ہوتا ہے۔ (۱) قضر مثلاً گھونٹوں، لاقوئ یا زور لگانے سے۔ (۲) گردہ حوض گردہ یا مالب سے التهاب کی پھیل جانے کی وجہ سے۔ چنانچہ یہ التهاب کلیہ و حوض کلیہ (pyelonephritis) قلع حوض گردہ (pyonephrosis) اگر گروہ کے ذریعہ یا معنات کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (۳) گردکلوئی بافتوں میں دور افتادہ حصوں سے التهاب کے اور بالخصوص قلع کے پھیل جانے سے۔ مثلاً حوضی تلوئی التهاب (pelvic cellulitis) التهاب زائدہ حبسگیا

طحال کا پھوڑا شوک کی بوسیدگی (caries of the spine) اور خصری پھوڑا (psaos abscess) یا التهاب مزاد۔

علامات۔ یہ کسی حد تک وہی ہوتے ہیں جو دوسرے التهابی اعمال کے ہر ذہ پائے جاتے ہیں۔ لیکن جبکہ کہ آغاز میں غیبہ محسوس ہوا اور ایسی صورت میں سوائے کیفیت درد صبیحہ اور ستمرد ساد کے اور کچھ نہیں ہوتا۔ دوسری اصابتوں میں مناسپاں قشعر برہ ہوگا اور اس کے ساتھ ہی پیش کا ارتفاع جو کیا نیت کے ساتھ بلند جاری رہتی ہے یا متوقف نوعیت کی ہوتی ہے۔ درد کمر میں یا شکم کے پہلو میں بحیثی المقام ہوتا ہے اور خشلہ بن دان یا اعضائے تناسل کی طرف متشع ہوتا ہے، یعنی غلطی شفیہ کی توزیع میں۔ گو کہ یا کمر کا درد دواتے سے زیادہ ہو جاتا ہے اور دوستی استمان کرنے پر اس خطے میں قد سے پری یا مزاحمت محسوس ہو سکتی ہے۔ لیکن جبکہ کہ مریض ریڑھ کے غلطی حصے کو خم کرنے یا بیڑ کرنے کے ناقابل ہو۔

جول جول یہ اصابت ترقی کرتی جاتی ہے آخری پہلی اور عرض حرقفی کے درمیان کی فضا میں ایک کم و بیش وسیع مصلعہ جاگزیں ہوتا جاتا ہے جو کیا نیت کے ساتھ اضم ہو تا ہے، گو کہ کو باہر کی طرف اجمار دیتا ہے، گو کہ میں اؤ میا پیدا کر دیتا ہے اور شاید امتوج ہو تا ہے۔ اکثر اسی جانب کی دانگ فوضی مفصل پر غمیدہ ہوتی ہے اور اس کو بیڑ کرنے کی کوشش سے درد ہو تا ہے۔ اس امر کی طرف توجہ دلائی گئی ہے کہ التهاب گردہ کلوئی کا مریض ایک خاص طریقہ سے کھڑا ہوتا ہے حتیٰ کہ اس وقت بھی جبکہ کہ التهاب خراج کے درجہ تک نہ پہنچا ہو۔ مریض کے کھڑا ہونے کا مخصوص طریقہ یہ ہوتا ہے کہ جسم ماؤف جانب کو جھکا ہوا ہوتا ہے، گو طاقدر نے غمیدہ ہوتا ہے اور ساتھ اسی جانب کی دان پر رکھا ہوا ہوتا ہے۔ چنانچہ اکثر فوضی مفصل کے مرض کی کیفیت مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔

بول کا متاثر ہونا لازمی نہیں۔ اگر یہ التهاب گردہ محض یا مالہ کے التهاب سے پیدا ہوا ہے تو ممکن ہے کہ گردہ کلوئی پھوڑے کی پیپ بول کے اندر آجائے (صلیل بولیت = pyuria)۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ کلوئی ورید پر پھوڑے کا دباؤ پڑنے سے البیومن بولیت واقع ہو جائے۔

جب پیپ بن جاتی ہے تو وہ عموماً ابتداً گردہ اور قطنی عضلات کے درمیان واقع ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ اپنی راست مختلف سمتوں میں نکال لے۔ باہر کی طرف وہ عموماً عریضہ ظہریہ عضلہ اور بیرونی مؤرب عضلات کے درمیان منہ کرتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ نیچے کے طرف جاکر رباط پوپارٹ کے نیچے منہ کر لے۔ دوسری اصابتوں میں وہ قولون، لفافہ پیٹ یا معدے کے اندر یا مالبیہ شائے یا ہسپل میں پھوٹ جاتی ہے یا بارہیون کے اندر جب کہ وہ التهاب بارہیون پیدا کر دیتی ہے۔ یا وہ ڈایافراگم کے اندر سوراخ کر کے ذات الریہ، ذات الجنب اور قلعہ الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ یا بلا اشتغاک پلیورائی التهاب کے انصبابات (pleuritic effusions) پیدا کر دیتی ہے یا قاعہ شش کو دبا کر پھینک دیتی ہے۔

تشخیص۔ ذیل کی حالتیں غلطی سے التهاب گردہ کو کلیہ سمجھ جائے گا بہت امکاں ہوتا ہے:- درد کمر (lumbago)، شوکی بوسیدگی (spinal caries) سرطانِ مصلحات گردہ، استسقاءِ کلیہ (hydronephrosis) اور قلعہ حوض (pyonephrosis) التهاب زائدہ التهاب عطفہ (diverticulitis) برازی اجتماعات، طمائی اور کیدی مصلحات۔ اس ضرر کی با احتیاط تعیین مقام اسے شوکی بوسیدگی، کیدی اور طمائی مصلحات، اور التهاب زائدہ سے متفرق کر دے گی۔ برازی اجتماعات، سرطان گردہ اور استسقاءِ کلیہ کے ساتھ تپ نہیں ہوتی، اور نہ درد کمر کے ساتھ جو کہ اکثر دونوں جانب کی شکایت ہوتی ہے۔ سوئی اور پچکاری سے استسقاء کرنے پر پیپ کا لٹنا ممکن ہے۔

علاج۔ یہ بیشتر جراحی ہوتا ہے۔ مقامی لاسقات اور افیون کے مرکبات سے درد میں تخفیف ہو جائے گی۔ اگر پیپ بن گئی ہے تو حتی الامکان اسے جلد خارج کر دینا چاہئے۔

گردے کا تدرن

(tuberculosis of the kidney)

مکن ہو کہ گردہ ایک عمومی خونی تدرن (general miliary tuberculosis)

کے جزو کے طور پر تدرن سے سرایت زدہ ہو جائے۔ درسنے دقیق رماوی یا زرد و جاموں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں جن کا قطر ۲ ملی میٹر ہوتا ہے اور گردے کے قشر و اور لب میں غیر منظم طور پر اور بالعموم کینتھر و قلت کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ چند درسنے سطح گردہ پر دیکھے جائیں اور بعض ترانسنے پر نظر آتے ہیں۔ ان کی شکل گول یا آئینہ بک کے ہوتے ہیں کینتھر لمبو تری ہوتی ہے۔ وہ درسنے کی حمیز دقیق قشریج ظاہر کرتے ہیں۔ بقیہ گردہ و تدرن ہوتا ہے اور بالعموم درنوں کے جاموں کے ساتھ کوئی سریری علامات موجود نہیں ہوتے۔

تدرنی التهاب گردہ (tuberculous nephritis) کی اصطلاح کا اطلاق التهاب گردہ کی بعض ایسی امایوں پر کیا جاتا ہے جو فاعلی ریوی تدرن کے ہواہ پائی جاتی ہیں۔ یا وہ ایک گردے میں اس وقت ہو سکتا ہے جب کہ دوسرا گردہ تدرنی ہو۔ بول میں البیوس اور سبباک موجود ہوتے ہیں۔ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ حالت ایک سمی التهاب گردہ (toxic nephritis) ہے اور اس میں تدرنی ضررات غیر موجود ہوتے ہیں۔ اولی مرکز کے خارج کرو جینے پر ممکن ہے کہ یہ التهاب ناکمل ہو جائے۔

حقیقی تدرنی گردہ (tuberculous kidney) یا مزمن کلوی تدرن (chronic renal tuberculosis) جسم میں کے کسی دوسرے مقام کے تدرنی ضرر کے بدشاوی طور پر ہوتا ہے۔ یہ بیشتر امایوں میں ایسی سرایت کے طور پر پیدا ہوتا ہے جو جوئے خون سے واقع ہو۔ یہ زیادہ عام طور پر متاسلی نظام (بالخصوص بربخ) اور ہڈیاں اور مفاصل کے تدرن کے ہواہ پایا جاتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں کو زیادہ اکثر متاثر کرتا ہے۔ تقریباً تین چوتھائی امایتیں بیس اور پالیس سال کے درمیان کی عمر میں ہوتی ہیں۔ یہ بالکل عام طور پر دو جانبی ہوتا ہے۔

مزمن کلوی تدرن

(chronic renal tuberculosis)

مرضی قشریج۔ اس عنوان کے تحت کلوی تدرن کی تقریباً وہ تمام شکلیں شامل ہیں جو کجراج کی نگرانی میں آتی ہیں۔ اس میں وہ حالتیں شامل ہیں جو اپیکل (apical tuberculosis) تقریباً تدرنی (ulcero-cavernous tuberculosis)

تدرنی استسقاء الکلیہ (tuberculous hydronephrosis) جببسنی تدرن (caseous tuberculous) گر کی تدرن (nodular tuberculosis) اور تدرنی خراج (tuberculous abscess) کے ناموں سے معروف ہیں۔

ان اصابتوں کی اکثریت میں ابتدائی تغیر جرم کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں خفیف مائع صان جرم ہوتا ہے جو ایک التہابی منطقہ سے محصور ہوتا ہے۔ یہ تفرج جرم کے قاعدے کی طرف پھیل کر ایک کہف بن جاتا ہے جو کما مٹ سے ارتباط رکھتا ہے۔ اس کہف کا استر ایک تنخری یا تجببئی بافت کی تہ سے بنتا ہے۔ اس سے آگے ایک التہابی منطقہ ہوتا ہے جس میں ممکن ہے کہ رمادی ذرے ظاہر ہوں اور کبھی کبھی رمادی جیسلاتینی درنوں کا ایک مکمل منطقہ ہوتا ہے۔ التہابی منطقہ سے باہر کی طرف طبعی کلموی بافت میں جدا شدہ درنوں کے نقطے بنے ہوئے ہوتے ہیں یا ذرے ایک یا زیادہ دھاریوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں جو سطح گردہ کی طرف تشع کرتی ہیں۔ سطح گردہ پر ان دھاریوں میں جو زیر افتادہ درنی اہرام سے متناظر ہوتے ہیں درنوں کے گردہ دیکھے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان اہرام میں سے کئی یا سب کے سب مختلف درجوں میں متاثر ہوں۔ ممکن ہے کہ اب ایک دوسرا مرضیاتی عمل نمایاں ہو جائے۔ کما مٹ کی دیوار میں اس کی گردن کے مقام پر یا حوض کے خرج پر جہاں حوض کا انقسام ہوتا ہے، یا دیوار حوض میں لینی دبازت ہو یا ب جو کر منقبض ہو جاتی ہے یہاں تک کہ وہ راستہ بالآخر مسدود ہو جاتا ہے۔ اب اگر اس قطعہ میں جو تہیج مسدود ہو رہا ہے بولی افزا جاری رہے تو ایک محدود المقام ذریعہ یا جزئی یا کامل استسقاء الکلیہ نمودار ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر اس کے برعکس افزا بول موقوف ہو جائے تو ایک جینی تو وہ بن جاتا ہے جو کہ لینی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ سارا گردہ ان جینی تودوں کی پچیکاری میں تبدیل ہو جائے۔ بیشتر اصابتوں میں غالب بہت دبیز اور استوار ہو جاتا ہے۔ مخاطیہ کا تفرج، تنخر اور تجبب پیدا ہو جاتا ہے اور درمیانی اور بیرونی طبقات میں درنی در ریش واقع ہو کر لینی بافت کی دبیز تہیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ اس نالی کا ایک کئی حصے تضیق کی سبب درن سے متاثر ہو سکتے ہیں اور اس کے اوپر نالی کا اتساع واقع ہو جاتا ہے (19)۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں

مرض شائد تک پھیل جاتا ہے۔

بعض اوقات مرکز مرض کے گرد لیٹنی یافت کا ایک حلقہ بن جاتا ہے جو اسے پورے گروے سے یا اس کے کچھ حصے سے کامل طور پر بے تعلق کر دیتا ہے اور اس طرح تدریجی گروہ منسلک ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت کو بندل کلوی (closed renal tuberculosis) کہتے ہیں۔

علامات۔ مریضوں کی اکثریت میں شائد کی خراشیں پذیری اور ساتھ ہی پیشاب کا بار بار آنا، پہلی علامت ہوتی ہے کہ جس کی مریض کو شکایت ہوتی ہے اور عرصہ دراز تک یہی واحد علامت ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی پیشاب کرنے سے پہلے اور بعد میں درد ہوتا ہے۔ ابتدائی درجہ میں پیشاب کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ پھیکے یا ہلکے رنگ کا، خفیف سا ترشی یا معادل ہوتا ہے اور اس میں البیومن اور معلق پیپ کی معمولی سی مقدار اور مہین پیپہ گائے موجود ہوتے ہیں۔ غیر پیچیدہ اساتہوں میں چند عصیات ورنیہ پاسے جاتے ہیں، لیکن دوسرے کوئی جسم ترشیم نہیں ہوتے۔

اکثر اوقات خفیف سی اختتامی دم بولیت دیکھی جاتی ہے اور بعض اوقات دم بولیت کا حملہ ایک ابتدائی علامت ہوتا ہے۔ شاذ اساتہوں میں دم بولیت کے شدید حملے ایک نمایاں خاصہ ہوتے ہیں۔ بالعموم وزن کی خفیف سی مسلسل کمی دیکھی جاتی ہے، لیکن غیر پیچیدہ کلوی تدرن میں سر میں یا شدید سہول نہیں ہوتا۔ گروے کا درد عموماً ناقابلِ توجہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بالکل غیر موجود ہو۔ جب شدید سہول ہو تو ممکن ہے کہ منہ فون کے محسوس کی وجہ سے حالیہ تولید ہو۔ بیشتر اساتہوں میں تب نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ خفیف اور مسلسل ارتفاع تپش ۹۹ درجہ تک اور بعض اوقات ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ تک دیکھنے میں آئے۔ اگر بلند تپش موجود ہے تو یہ مفلوط سہولت کی یا عمومی تدرن کی علامت ہے۔ غیر پیچیدہ کلوی تدرن کی قلیل السداد اساتہوں میں گروے کی کلائی محسوس ہوتی ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ گروہ بہت بڑھ گیا ہو، ممکن ہے وہ بہت اوپر ڈایا فرام کے نیچے منضم ہو اور محسوس نہ ہو سکے۔

ایک ویز تدرن کی غالب ممکن ہے کہ ایک دہلے پٹے موضع میں عرض کی لگر کے

نیول چرچ جس کے پرموس ہو جائے اور یہی امتحان کرنے پر یا ہسپتالی امتحان کرنے پر جب کہ وہ جائی قہور میں ایک سو فی رسی کی طرح محسوس ہوتا ہے بلوی مدرن کا یہ ایک میز خاصہ ہے کہ کوئی ایسے علامات پیدا کئے بغیر کہ جن سے مریض کی توجہ منطف ہو مریض اتنی ترقی کر چکا ہے کہ ایک گروہ بالکل تلف ہو جاتا ہے۔ علامات مختلف ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ بعض امواتوں میں طویل عرصوں تک غایب ہوں۔ تاہم امواتوں کی اکثریت میں علامات تبدیل ترقی کرتے جاتے ہیں۔

بند کھوی مدرن میں اکثر شانہ کی ایسی خراش پندیری کی سرگذشت موجود ہوتی ہے جس میں کچھ عرصہ سے تخفیف ہو گئی ہے۔ بول میں البیومن، تخفیف ہی پیپ یا چند سرخ خلیات موجود ہوتے ہیں۔ لاشعاعیں نکلیں ظاہر کرتی ہیں اور شانہ بینی سے ایک سداوہ اور باہر نکلیا ہوا مالب ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ناموافق حالات میں بند مدرن پھر قاعلی ہو جائے۔

تشخیص - ایک نوعمر بالغ شخص میں التهاب شانہ کے علامات کی نو باری سے تکرر کی گروہ کی موجودگی مترشح ہوگی جب کہ ساتھ البیومن بولیت بھی موجود ہو جو ایک مستمر علامت ہوتی ہے۔ عقیم بول کے ساتھ صدید بولیت کی موجودگی بھی اس کا قوی شبہ پیدا کرتی ہے۔ ۲۰ فی صدی امواتوں میں تلون سے یا گینی پگ میں اثر اب کرنے سے عصیات درزیہ نہیں ملتے۔ بعض اوقات بیل ریوی میں خود گروہ مدرن جوئے بنیز درزیہ بولیت واقع ہو جاتی ہے۔ اس عصیہ بولیت کے ساتھ غالباً ایک غیر نوعی مدرن التهاب گروہ (non-specific tuberculous nephritis) (اور علاظہ ہو) موجود ہوتا ہے۔ لیکن عصیات درزیہ کے علاوہ پیپ کی موجودگی کے یہ منی ہیں کہ کھوی مدرن موجود ہے۔ بہت سی امواتوں میں (لیکن سب میں نہیں) شانہ بین سے امتحان کرنے پر مدرن کے مخصوص و مینٹر مناظر نظر آتے ہیں۔ مشکوک امواتوں میں مالین کی قسطنط عمل میں لانی چاہئے۔ لیکن اگر شانہ زیادہ مالوف ہے تو یہ نہیں کی جاسکتی۔ گروہ کے لاشعاعیہ سے ۲۰ فی صدی امواتوں میں ثبوت تکج حاصل ہوتے ہیں۔ ان میں سائے عموماً حصات کے سایوں کے نسبت زیادہ ہے قاعدہ ہوتے ہیں اور ان کی کثافت ادنیٰ اور ناہموار ہوتی ہے۔ تاہم ایک جینی تو دسے کاسیہ کیساں طور پر گہرا حاصل ہوتا ہے

اگر سارا گردہ موقوف ہے تو گولی یا بیضوی سایوں کی بچی کاری حاصل ہوتی ہے۔
 (مذکر)۔ جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے بعض اوقات بلا عملیہ کے اندام واقع ہو جاتا ہے۔ اعادہ و شمار کے لحاظ سے شخص سے پانچ سال کے اندر شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے۔ عملیہ کی فوری شرح اموات ۲۵ تا ۳۰ فی صدی ہوتی ہے اور ۸۰ فی صدی تک کو بیماری سے معیاشی یا حاصل ہو جاتی ہے۔

علاج۔ معمولی علاج گردہ بزداری (nephrectomy) ہے۔ تناسلی اعضا کے تمدن کی موجودگی مانع عملیہ نہیں۔ لیکن اگر جسم میں کسی دوسرے مقام پر قاعلی تمدن موجود ہو یا اگر وہ خوں گروے موقوف ہوں تو عملیہ نہیں کرنا چاہئے۔ اگر عملیہ ہونے کے تو ماوراء بنفشی روشنی (ultra-violet light) ٹیمبو برکیولین (tuberculin) اور دوسری عام تدابیر جو حل ریوی کے بیان میں درج کی گئی ہیں عمل میں لائی جائیں۔

استسقاء الکلیہ

(HYDRONEPHROSIS)

اس اصطلاح سے عرض گردہ کا ایک کمات گردہ کا اتساع ملا دیتا ہے جو مجموعی افزائش سے پیدا ہو جائے۔ استسقاء الکلیہ ہر عمر میں ہوتا ہے اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثرت وقوع ہے۔ ممکن ہے کہ وہ پیدائشی ہو یا اکتسابی ہو۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ ممکن ہے پیدائش کے وقت درحقیقت موجود ہو اور اس صورت میں وہ اس قدر بڑا ہو سکتا ہے کہ وضع حمل میں ایک خطرناک روکاؤٹ پیدا کر سکتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ پیدائش کے بعد بنویا ہو اگر وہ پیدائشی اسباب ہی کے باعث ہو۔ یا ممکن ہے کہ وہ تواتر یا بعد زندگی میں واقع ہونے والے مرض کا نتیجہ ہو۔ پیدائشی اسباب میں مالہ کی مختلف غیر طبیعی حالتیں شامل ہیں جیسے کہ اس کا اپنے محور پر ریل کھانا، اس میں شکن یا انقطاع پیدا ہو جانا اور غشائے مخاطی کا معرعات کے طور پر مرتب ہونا، انقباضات کا ہونا، یا مالہ کا لیفی رستی میں تبدیل ہو جانا۔ دوسرے اسباب ایک غیر مشقوب مالہ ہے۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ اکثر دوسرے پیدائشی عیوب اور

اور تشوہات کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جیسے کہ گرز پائی (club-foot)، خرگو شش لبی (hare-lip)، یا پیرنی اعضائے متاثرہ کے تشوہات۔ اور جو افراد اس میں مبتلا ہوتے ہیں وہ اکثر اوقات مردہ مولود (still-born) ہوتے ہیں، یا صرف تھوڑے عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔

اکتسابی استسقاء الکلیہ۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ کے علاوہ، اکتسابی استسقاء الکلیہ کی چار قسمیں ہوتی ہیں (۱) کلوی، جو کہ بالعموم حصۃ کے ہمراہ پائی جاتی ہے، اور ایک بڑا گردہ پیدا کرتی ہے جس میں کمالات تسع ہوتے ہیں اور کلوی سفیدہ تلف ہو جاتا ہے۔ (۲) حوضی کلوی، جو کہ حوض اور مال کے اتصال سے نیچے قدم واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ قدم در و زنی واقع ہوتا ہے مثلاً ایک مفروز حصۃ سے، یا مال کی دیوار میں واقع ہوتا ہے، مثلاً بالید یا التهاب سے۔ یا مجری البول پر باہر سے یا اندر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے، جس میں بڑھا ہوا خدہ قدامیہ بھی شامل ہے۔ (۳) حوضی، جہاں حوض خاص طور پر متاثر ہوتا ہے، اور گردہ کا بہت اتساع واقع نہیں ہوتا۔ اس کو بلا زیادہ شہادت کے پیدائشی کہا گیا ہے، اور گردہ کی غیر معمولی حرکت پذیری، ناخفجہ کوچانے والی کلوی شریان کی سختانی شاخ پر سختی، حوضی مالکی اتصال پر مصراعات اور شکنوں کو بھی بطور توجیہات کے پیش کیا گیا ہے، لیکن وہ بھی بلا زیادہ شہادت کے۔ ایک زیادہ معقول توجیہ یہ ہے کہ ان مثالوں میں حوضی مالکی اتصال پر ماصرہ کا عدم ارتخا و موجود ہوتا ہے۔ (۴) جب پیشاب کا متعلق طور پر بڑا ہوا بہاؤ ہو مثلاً ذیابیطس المتع میں تو حوض اور حالبین کا کچھ اتساع پایا جاتا ہے۔

یہ بار بار بیان کیا گیا ہے کہ ایک حیوان میں مال کو گردہ دینے سے استسقاء الکلیہ پیدا نہیں ہوتا، لیکن یہ بیان صحیح نہیں ہے، چنانچہ قدم و کا وقوع، بجائے خود بہت سی اصابتوں میں استسقاء الکلیہ کی توجیہ کے لئے بالکل کافی ہوتا ہے اور یہ کس قدر قرار دینے کی کوئی ضرورت نہیں کہ ایسا قدم و نامکمل یا متوقف ہو۔

جب کمالات تسع ہو جاتے ہیں تو گردہ میں مزمن خستگی (مناقب) التهاب کلوی کے حسب ذیل تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ رنگ ہلکا گلابی یا پیچہ کا زرد ہوتا

ہے۔ ترانے پر پڑایا جاتا ہے کہ اہرام چبے ہو گئے ہیں اور قشر نسبت چڑا ہے۔ خبرین کے نیچے دیکھنے پر گردے میں سپید تعلیات کی درز پریش پائی جاتی ہے، بالخصوص بالخصوص است کے گرد اور دین بولی بافت میں۔ کستہ رنگ کی تغیر بھی ہوتا ہے اور اس کے ساتھ انجونی خلیہ میں کچھ تغیر۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ عمل یہاں تک ترقی کرے کہ جدید بافت کا انقباض ہو کر ندبات پیدا ہو جائیں۔ اگر قشر نسبت نیچے ہے، مثلاً غالب کے مثالی و سہ کے مقام پر تو خود غالب پھول جاتا ہے۔ استعداد الکلیہ کے ایسے معتدل درجے جن کے ساتھ گردہ کا متعاقب تعلق ہو عورتوں میں رحم، بیض اور شانہ کے سرطان کا عام نتیجہ ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں حوض گردہ پھول جاتا ہے اور گردہ پھیل کر زیادہ زیادہ چوڑا ہوتا جاتا ہے اور بالآخر ایک بڑا دیرہ بن جاتا ہے جس میں یہاں ۵۰ اونس بلکہ کئی پائنت سیال موجود رہنے کی گنجائش ہوتی ہے۔ یہ دیرہ ایک پتلی عثائی فیصلی پر مشتمل ہوتا ہے جس میں ممکن ہے کہ کہیں کہیں جرم گردہ کے حصے بھی موجود ہوں، لیکن بعض اصابتوں میں جرم گردہ کے کوئی آثار باقی نہیں رہتے۔ پس شبہ کے اندر بعض اوقات فاسلات موجود ہوتے ہیں جو اسے جدا جدا اکینوں میں منقسم کر دیتے ہیں۔ جب غالب ماؤف ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ قسح ہو کر شاید چھوٹی آنت یا قولون کی جسامت کے برابر ہو جائے، یا قسح حوض اور گردے کے ساتھ بالکل مدغم ہو جائے۔ لہذا اس امر کے پیدا کرنے والے ضرر یا مضرات کا مقام کیا ہے، استعداد الکلیہ ایک یا دو نوں گردوں کو ماؤف کر سکتا ہے۔ دوران عمل میں غالب پر رحم کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے عموماً حوض کا کیتھڈر اتساع پیدا ہو جاتا ہے۔

استعداد الکلیہ کا مائع جرم گردہ کی اس مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے جو کہ باقی رہ گئی ہے۔ عموماً وہ نہایت مزق بول سے معادل ہوتا ہے۔ اور اس میں خفیف مالبیوس یا قدرے پیپ موجود ہوتی ہے۔ پیپ معتدل مقدار میں موجود نہیں ہوتی تا وقتیکہ پہلے التهاب حوض گردہ نہ ہو چکا ہو اور اس حالت میں قسح حوض گردہ کی ہی کیفیت ہوتی ہے۔

علامت۔ اس وقت جب کہ دوسرا گردہ تندرست ہو، ایک۔ یا نبض کا معتدل تمدد ممکن ہے کہ کسی قسم کی کوئی علامت نہ پیدا کرے۔ اگر تمدد بہت زیادہ ہو

ایسی صورت میں ایک ورم بن جاتا ہے جو اس حالت کا نمایاں مظہر ہوتا ہے اور اس کے
 خصائص ایک سموی کلیوی سلسلہ جیسے ہوتے ہیں۔ یہ ورم ایک یا دوسرے پہلوں میں ہوتا
 ہے اور منطقی ماحشیہ سے لے کر عرف حرقنی تک پھیلتا ہے اور اپنی جسامت کے
 لحاظ سے خط وسطی تک یا بلکہ اس کے آگے تک پہنچتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ پہلو میں
 سیال رکھنے والا دویرہ شکم کا کوئی انجیلو پیکل پیدا ہو کر اس کی موجودگی اس
 مزاحمت سے معلوم ہو جائے مگر جو گہرا دباؤ سے حاصل ہوتی ہے اور اس سے بھی
 کہ جب ایک ہاتھ سامنے اور دوسرا ہاتھ آخری پمبی کے نیچے رکھا جائے تو دونوں ہاتھوں
 کو قریب لاکر ملانا مشکل ہوتا ہے۔ نیشہ بڑے دویرے شکم کی ایک غیر متشاکل کلائی پیدا
 کر دیتے ہیں اور کوکھ اور پہلو باہر کو ابھر آتے ہیں۔ بعض اوقات یہ دویرہ شکم کے
 بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی اس کلائی سے مشابہ جو جو کیسہ یہ
 (hydatid) سے پیدا ہو جاتی ہے۔ سلسلہ چکنا یا ٹھنکنا دار بعض اصابتوں میں
 تھمدہ اور بعض میں بالکل پلپلا ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات اس میں تھمدہ محسوس
 ہو سکتا ہے۔ قویون اس کے سامنے واقع ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ ایک گلکار
 سر پیدا کرے۔

استقار الکلیہ کے سلسلہ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اس کے مافیہ شانہ کے
 امد خارج ہو جانے سے اس کی جسامت یکایک گھٹ جاسکے یا بلکہ فایب ہو جائے
 امکان ہوتا ہے۔ اس کے بعد فوراً ہی مریض کثیر المقدار پیشاب خارج کرتا ہے۔
 اور دویرہ بتدریج پھر بھر جاتا ہے۔ جسامت یا تنیدگی میں خفیف تر اختلافات بول میں
 کوئی متناظر تغیر محسوس جوئے بغیر بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ دویرے کی تنیدگی سے، یا
 اس پاس کے حصوں پر اس کے دباؤ سے مقامی علامات پیدا ہو سکتے ہیں جیسے کہ درد
 تھمدہ، تھیر یا قلب کے فعل میں مداخلت۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ علامات بالکل غیر موجود
 اور صرف محض اس وقت شدید ہوتا ہے جب کہ تھمدہ یکایک اور کامل ہو۔ استقار الکلیہ
 میں ممکن ہے بول میں زیادہ تغیر نہ ہو اور کیونکہ تندرست گروہ دوسرے گروہ کی
 قلت الفعل کی تلافی کر دیتا ہے۔ دونوں جانب کے استقار الکلیہ کی اصابتوں میں
 یوریا و مویت کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ جب سلسلہ نہ ہو تو تھمدہ کی ابتدائی ولایتیں

یہ ہوتی ہیں۔ پشت یا شکم میں درد، وقتاً فوقتاً جزئی اسرلولوں اور پیشاب کا بار بار آنا۔

تقیح حوض گردہ (pyonephrosis) کو پیپ سے بھرا ہوا ایک استقار الکلیہ تصور کیا جاسکتا ہے۔ طبی امارات وہی ہوتے ہیں، لیکن عام طور پر ساقہ تپ ہوتی ہے، جیسا کہ جسم کے کسی دیگر حصے کے پھوڑے کے ساتھ ہو سکتی ہے، اور علاج جراحی ہوتا ہے۔

تکفیف۔ استقار الکلیہ کے سلسلہ کو گردہ کی کلی خراج، تقیح حوض گردہ، بئر اور طحال کے کیسہ سے اور انتہائی اساتوں میں استقارے ذقی اور بیضی خراج سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ استقار الکلیہ، تقیح حوض گردہ اور گردہ کی کلی خراج میں سرگزشت مرض ایک جیسی ہو (مثلاً حصات کی سرگزشت)۔ پہلی حالت عموماً زیادہ طویل مدت کی ہوتی ہے اور اس میں شدید علامات، بلکہ کوئی بھی طبی علامات نہیں ہوتے، مگر دوسری دو حالتوں میں تقیح کے علامات کے ساتھ تپ موجود ہونے کا امکان ہے۔ گردہ کی کلی خراج میں حاد التهاب کے مقامی امارات بھی محال ہوتے ہیں، لیکن یہ کتب کی عدم موجودگی میں تقیح حوض گردہ کو استقار الکلیہ سے مشخص کیا جاسکے، اور وہ حقیقتہً اسی سے متویاب ہو سکتا ہے۔ جگر یا طحال کا کیسہ سانسے اور اوپر کی طرف دہاتا اور نیچے کی پسلیوں کو آمبار دیتا ہے، مگر استقار الکلیہ پہلے کو کھ میں واقع ہوتا ہے۔ مہیضی سلسلہ کو کلائی کی سرگزشت، رحم کے محل وقوع اور دوسرے کے سانسے قولون کی عدم موجودگی پر سے شناخت کرنا چاہئے۔ سلسلہ کا خود بخود غائب ہو جانا اور ساتھ ہی ہیزان طور پر بول کا زیادہ خارج ہونا، استقار الکلیہ کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن تشخیص کا واحد یقینی ذریعہ یوروسلیکٹان (uroselectan) یا تقہقری حوض نگاری ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۹ اور ۴۰)۔

انذار۔ ایک سادہ استقار الکلیہ ممکن ہے کہ کئی سال تک کوئی تکلیف پیدا نہ کرے۔ گردہ بتدریج ذبول ہو جائے اور اس کا تمد اس قسم کا ہو کہ کوئی شدید تکلیف نہ ہو۔ ایسی اسباب میں دوسرا گردہ بھی کسی نہ کسی وقت متاثر ہو جانے کا خطرہ ہے (حصاتی تعدد کی وجہ سے)۔ اگر دوسرا بہت بڑی جسامت کا یا تنیدہ ہو جائے تو

ملک ہنہ کہ وہ باریٹون کے اندر پھٹ پائے، یا متصلہ حصوں (معدہ اور ڈایا خروم) چرہ باؤ ڈالے، اور نفس یا دوران خون میں مداخلت پیدا کر کے ہلاکت واقع کر دے۔

علاج۔ اس کا علاج تحقیقی ہے، لیکن آخر میں غالباً جراحی تدبیر کی ضرورت ہوگی۔ اگر دیر ہر ہڑا ہو تو بطور ایک عارضی تدبیر کے امتصاص عمل میں لایا جاسکتا ہے، جس کے لئے سوئی کو پہلو میں ایک ایسے رقبے میں داخل کرنا چاہیے جو کہ قراع کرنے پر اضمح ہو۔ بائیں طرف تیزوں مقام وہ ہے جو کہ گیارہویں بین خلفی فضا کے مقدم سرے پر واقع ہے۔ اور دائیں طرف آخری پہلی اور حرقہ کے عرف کے چوں بیچ اور حرقہ کے مقدمی فوقانی شوکہ سے ۲ انچ پیچھے۔

گردے میں نوبالیدیں

544

گردے میں مندرجہ ذیل سلعات پائے جاتے ہیں۔ یعنی سلعہ (adenoma) یعنی سلعہ (fibroma) جو اہرام میں چھوٹی چھوٹی گول گرہیں بنا دے، یعنی دوسری جھاؤ (leukemic deposit) مرض لیمپن میں لقی ندی سلعہ کے تو دے، کہ نقلی عرقی سلعہ (cavernous angioma) یعنی سلعہ (papilloma) سرطانی سلعہ اور مضغی سلعات۔ یعنی سلعہ درحقیقت ایک عضلی سلعہ کے طور پر شروع ہوتا ہے، اور جوں جوں یہ سلعہ زیادہ پُرانا ہوتا جاتا ہے یعنی یافتہ کا جھاؤ ہوتا جاتا ہے۔ بالعموم صرف مضغی سلعات اور سرطانی سلعہ ہی ہیں کہ جو اتنے بڑے ہو سکتے ہیں کہ ان کی سرطانی اہمیت ہو۔ گردے کے بالائی قطب میں چھوٹے چھوٹے ٹیسین سرگردے (accessory suprarenals) بھی دیکھنے میں آتے ہیں۔ ان کی کوئی سرمدری اہمیت نہیں ہوتی۔

مضغی سلعات

(embryonic tumours)

یہ عموماً اتلی ہوتے ہیں اور اکثر اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں ہوا کرتے ہیں۔ گردہ بڑد کر نہایت بڑی جسامت کا ہو جاتا ہے، اور اکثر آدھے ٹیکم کو پُر کر دیتا ہے۔ وہ

اکثر کلوی سلعہ کے معمولی خصائص پیش کرتا ہے اور کوکھ کو پُر کر کے باہر کے طرف اُبھار دیتا ہے، لیکن نیچے کے طرف اور اندر کونائٹ کے طرف بھی بڑھتا اور قولون کو اپنے ساتھ سے رکھتا ہے اور گول یا بیضوی ہوتا ہے اور تیز گوریں یا کٹاؤ نہیں رکھتا۔ یہ بیماری لٹا سے یہ سلعہ گردے کے ٹوکا عادی کرتا ہے، یعنی انیہی غلیات اور ایسے سکیل سے بنتا ہے جس میں خیر نقطہ عضلی ریشے موجود ہوتے ہیں۔ مگر ہے کہ اُس میں گول غلیے اور نکلیے نا غلیے بھی ہوں۔ اور اس کی کثافت مختلف ہوتی ہے، یعنی کبھی سخت اور کبھی اتنی نرم کہ سیال کے لئے استقصا کی ضرورت نظر آتی ہے۔ یہ سلعہ بہ سرعت بڑھتا ہے، نہ تو درد پیدا کرتا ہے اور نہ نوز، لیکن بالآخر خستگی اور بخول کے ذریعہ ہلاکت پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر دو جانی ہوتا ہے۔

سرطانی سلعہ

(epithelial carcinoma)

یہ اقلی ہوتا ہے یا ثانوی۔ ثانوی سرطان میں گر کبھی چھوٹی ہوتی ہیں اور ان کا موجودگی سے عموماً کوئی مخصوص علامات نہیں پیدا ہوتے۔ بالعموم اکثر دونوں گردے ماؤف ہوتے ہیں۔ اقلی سرطان سلعہ زیادہ تر اوجیز عمر یا زیادہ عمر والے اشخاص میں اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے۔ اس کے دو خاص اقسام ہیں۔ (۱) ایک تھوڑے حصے میں (۲) غلی جلی سلعہ، جو کہ غالب اور شانہ میں متعدد ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور (ب) حوض کا وہ سرطانی سلعہ ہے جو فلسانی یا برزخی غلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ آخر الذکر بہت جلد قری ہو جاتا ہے اور ایک پیشی سرطانی سلعہ بن جاتا ہے۔ یہ حصات کے ساتھ ساتھ پایا جاتا ہے اور جیسا کہ کبدی سرطان اور صفراوی حصات کی متماثل حالت میں ہوتا ہے، یہ فرض کیا جاسکتا ہے کہ یہ حصوات خراش کے مترشح کا کام دیتے رہے ہیں۔ یہ زیادہ تر ایک ہی جانب کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ استعدا و الکلیہ یا گردے میں خون (کلوی اجتماع الدم) کی وجہ سے گردے کی بہت بڑی کلانی پیدا کر دیتا ہے، لیکن جسم کے مناسب سے گردہ شاذ ہی اس جہت تک پہنچتا ہے جس تک پچوں میں لگی سلعہ (sarcoma) پہنچتا ہے۔ (۲) دوسرے وہ سلعہ ہے جو کہ خود جرم گردہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ غلیات میں ہنا بہت

سرعت کے ساتھ شحم یا غلط اور مائی تدو واقع ہو جاتا ہے اور جب یہ حالت ہوتی ہے تو انہیں سلعات گروٹز (Grawitz tumours) کہتے ہیں یا بوجہ اس قریبی شبہت کے جہاں کے عناصر فوق الکروی قشرے کی تخریب کے ساتھ رکھتے ہیں انہیں ہرکروی سلعات (hypernephroma) کہتے ہیں اور خیال کیا گیا ہے کہ وہ جسم گرم گروہ میں فوق الکروی باقیات سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن وہ ایسے خصائص پیش کرتے ہیں جو فوق الکروی ساختوں کے اندر نہیں موجود ہوتے اور زیادہ اغلب یہ ہے کہ وہ تلیفی کلیوی انہیبات کے غلیات سے پیدا ہونے والی سرطانی بالیدیں ہیں۔ وہ اکثر کیسہ بند ہوتی ہیں اور تراشنے پر بے قاعدہ طور پر نشتکوں میں منقسم نظر آتی ہیں۔ یہ تقسیم لیشی بافت سے ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی منتشر رقبے بھی ہوتے ہیں جن میں سے کچھ خوشخبرہ اور رنگ کے کڈ کچھ سرخ یا رما دی رنگ کے ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں دوسرے بھی ہوتے ہیں جنکی دیواریں متشلس ہو سکتی ہیں۔ سلطی غلیات جہامت میں مختلف ہوتے ہیں اور اکثر عفرستی جہامت تک پہنچ جاتے ہیں۔ وہ انہیسی یا جو فیزی ترتیب رکھتے ہیں یا عروق کے گرد نصف قطر صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ سرری لحاظ سے یہ سلعات خاص طور پر اہم ہیں، کیونکہ یہ بہ آسانی حوض گردہ پر حملہ آور ہو کر دم بولیت پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں یہ غلیات سلعہ فوق الکروی سلعہ سے مشابہت نہیں رکھتا بلکہ اس کے غلیات نسبتہ چھوٹی جہامت کے ہوتے ہیں اور ان کا نوات بڑا ہوتا ہے اور نخر مایہ کثیر التعداد قرات کی وجہ سے سیاہ ہو جاتا ہے۔

علامات۔ یہ سلعہ دم بولیت اور درد ہیں۔ سلعہ کی امارات استقرار الکلیہ کی امارات کے مثل ہوتی ہیں (جو ملاحظہ ہو) یہ بالعموم چمکا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے گرگی ہو۔ اس کی حرکت پذیری انغمات کی وجہ سے محدود ہو سکتی ہے۔ دست درزی سے الیبت ظاہر ہوگی۔ شاید اصابتوں میں یہ سلعہ بیضان ظاہر کر کے اہل اور ممکن ہے کہ اس میں ایک خفیف ساحر و سمانی دے۔ دم بولیت کل اصابتوں میں سے ۹۰ فی صدی سے زیادہ میں ہوتی ہے اور تقریباً ۵۰ فی صدی میں ابتدائی علامت ہوتی ہے۔ یہ وقتہ وار اور مقدار میں مختلف ہوتی ہے اور ممکن ہے پتلے گول ٹھکے بنا دے۔ البیومن بلاخون کے موجود نہیں ہوتا تا وقتیکہ جبہ اگانہ التهاب گردہ یا التهاب حوض الکلیہ و کلیہ موجود نہ ہوا

اُس حالت میں یہ بھی غلیظیات بھی موجود ہوں گے۔ بعض اوقات سرطانی غلیظے شناخت ہو جاتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ وہ دوسری جسامت کے درمیان گم ہو جائیں۔ یا شانہ یا حوض گردہ کا سرطانی غلیظی سے سرطانی غلیظیات سمجھ لیا جائے۔ اور مجموعی طور پر تشخیص کے لئے اُن پر اعتبار نہیں کیا جاسکتا۔ ممکن ہے کہ بول بالکل طبی ہو۔ دس د اور انہیں استامٹاف پذیر ہوتے ہیں اور اکثر اوقات ابتدائی درجوں میں غیر موجود ہوتے ہیں۔ درد کو کھس میں ستر طور پر ہوتا ہے، یا وہ چنڈے میں سے ہو کر نیچے ران تک دوڑتا ہے یعنی تھکوں کے گزرنے میں توبیغ کھڑی کرد (ملاحظہ ہو حوصات الکلیہ) سلعہ کی توسیع یعنی نڈ و تک ہو جانے سے ممکن ہے کہ منوی و ریدوں کی جڑوں پر دباؤ پڑ کر قلیڈ ذوالیہ (varicocele) پسیدہ ہو جائے۔ یا ممکن ہے کہ ٹانگوں کا اڈیا پیدا ہو جائے۔

تشخیص۔ سرطان گردہ کی شناخت درد، دم بولیت، اور کھوی غلیظی میں رسولی کی بیک وقت موجودگی سے ہو سکتی ہے۔ غیر دردناک دم بولیت عام طور پر گردہ یا شانہ کے سلعہ سے پیدا ہوتی ہے۔ ایک جس پذیر سلعہ کو اولاد و سرے اعضا کی کٹانوں سے متفرق کرنا چاہئے۔ ٹانیا گردے کے دوسرے امراض سے کھوی سلعہ اور دوسرے اعضا کے درمیان تفریق کے نکات بیان کئے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 505)۔ اگر سرطان قولون گردے کے سرطان کی مشابہت پیدا کر دے تو عمومی علامت مشیز موجود ہوتے ہیں۔ بائیں جانب پر جمع شدہ بولاز جسامت اور کٹ فست میں زیادہ تغیر پذیری ظاہر کرتے ہیں اور حقنہ کے استعمال سے تشخیص واضح کی جاسکتی ہے۔

گردے کے وہ امراض جو سرطان سے شاہہ ہو سکتے ہیں، یہ ہیں:—
عوض الکلیہ، استقار الکلیہ، کیب، ڈویری انخطا، اور تدرنی مرض۔ پہلے تین سے اسکی تفریق یوں کی جاتی ہے کہ یہ چھوٹے سے ٹھوس معلوم ہوتا ہے۔ ایک تنیدہ جگہ بچہ نما سطح سے دوسرے کی تائید ہوگی، لیکن ممکن ہے کہ ایک ٹونک دار استقار الکلیہ غلیظی سے نوبالید سمجھ لیا جائے۔ جس وقت تدرنی مرض (tuberculous disease) اتنی کافی کٹانی پیدا کرتا ہے کہ وہ سرطان سے مشابہ ہوئے لگتا ہے، وہ عملاً تفریق عوض الکلیہ بن جاتا ہے۔ ڈویری مرض (cystic disease) عمر ما دونوں گردوں کو ماؤف کرتا ہے، اور اس میں سرطان کے دوسرے مقامی آمارات نہیں موجود ہوتے۔ ٹکے رنگ کے

کثیر المقدار پیاب سے جس میں خفیف سا البیومن موجود ہو اس کی شناخت ہوجانی چاہئے۔
یہ دو سلیکٹان کے بعد لاشعاعیں شانہ بنی، اور تقریبی عوض نگاری تشخیص میں استعمال
کرنی چاہئیں۔ لاشعاعی منظر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے ایک کما مداخلت پذیر
ہو جس کا ایک پہلو شاید کسی گول رسولی کی طرف رخ رکھنے کی وجہ سے مقعر ہو یا عوضی
سطح کی حالت میں عوض میں نقص پُری پایا جائے۔

علاج۔ علیہ پذیر اصابتوں میں علاج کلیہ براری (nephrectomy) ہے۔
تینتیس میں سے دس مریض ایسے تھے جو ۲ سال سے لے کر ۱۲ سال تک زندہ رہے (22)۔

گروے کے دیرے

گروے کا دیرری مرض اشکال ذیل میں واقع ہوتا ہے:- (۱) ذراتی گروہوں
میں چھوٹے دیرے جن کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ (۲) وسیع دیرری تغیر جسے دُوبری
مرض یا کثیر دُوبری گروہ (polycystic kidney) کہتے ہیں۔ (۳) سادہ
دیرے (۴) آدمی سادہ دیرے (dermoid cysts) جو نہایت شاذ ہیں اور وہی
خصائص رکھتے ہیں جو دوسرے مقامات پر ہوتے ہیں۔ اور (۵) کچھ دیرے جن کا تذکرہ
ہو چکا ہے۔

دُوبری مرض

(cystic disease)

(کثیر دُوبری گروہ = polycystic kidney)

یہ ایک پیدائشی مرض ہے، اور ممکن ہے کہ جنین میں بہت بڑا شکلی تبدیلی پیدا
کر کے وضع حمل میں خطرناک شکل پیدا کر دے۔ کم تر قی یافتہ درجوں میں ممکن ہے کہ زندگی
ضائع نہ ہو اور کس صورت میں یہ مرض ہر عمر میں مل سکتا ہے۔ یہ حالت عموماً دو جانبی
ہوتی ہے۔ بالغوں میں مردوں کا وزن ۱۵ یا ۶ پاؤنڈ ہوتا ہے۔ یہ مرض عورتوں کے
نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات۔ ترشہ پر گردے تقریباً تمام تر مختلف اہمیت دیروں پر مشتمل نظر آتے ہیں جن میں ایک سیال بھر ہوا ہوتا ہے جو صاف یا گدلا، زرد، کھالی، سبز یا ارغوانی اور بعض اوقات لزج، کولائڈ یا یہی ہوتا ہے۔ اس سیال میں ایسوسین جیٹ اور کبھی کبھی دموی قرص، سپید خلیے اور کو لیسیٹین (cholesterin) پائے جاتے ہیں، لیکن عموماً یوریا اور یوڈک آئینہ غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ دیرے لیفی بافت سے مخصوص ہوتے ہیں جس میں کھوی بافت کے محض باقیات ہی مل سکتے ہیں۔ ان دیروں میں سر حلق کا اثر ہوتا ہے۔ حوض، غالب اور مثانہ تندرست ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ غالب متعجب ہو۔ ان گردوں کی امراضیات اب بھی مشکوک ہے۔ شینوک (Shattock) کی یہ رائے وسیع طور پر تسلیم کر لی گئی ہے کہ ان گردوں کے نمونے ایک نقص واقع ہو گیا ہے۔ یہ دو مختلف ضبوں سے بنتے ہیں۔ حوض اور مجمع انیسیات (collecting tubules) غالب کی ایک براؤننش سے بنتے ہیں جو وولفین ڈکٹ (Wolfian duct) سے ماخوذ ہوتی ہے۔ بقیہ گردہ اس درمیانی غلوی تودے سے پیدا ہوتا ہے جو سیلولوم (coelom) کے میان نامض سے ماخوذ ہوتا ہے۔ جب یہ دونوں باہم ملنے میں ناکام رہتے ہیں تو گردوں کا افزائش نہیں ہوتا اور مقام اتصال سے اوپر دیرے بن جاتے ہیں۔

علامات۔ پیدائشی دیریں مرض میں ممکن ہے کہ گردے شکم کے بیشتر حصے کو بڑھ کر کے ڈایا فرام پر دباؤ ڈالیں اور رحم مادہ کے اندر یا دوران وضع حمل میں موت واقع ہو جائے۔ یا ممکن ہے کہ بچہ چند ماہ تک زندہ رہے، یا مرض یک جانبی ہونے کی حالت میں چند سال تک زندہ رہے اور پھر بالآخر یوریا دمویٹ کی وجہ سے موت واقع ہو جائے۔ یہ تغیر اکثر دوسرے پیدائشی تشوہات کے ساتھ پایا جاتا ہے جو بولی اعضا اور دوسرے حصے میں ہو سکتے ہیں۔

بالغوں میں علامات اکثر نہایت مبہم ہوتے ہیں لیکن وہ ثانوی منتقبض گردہ (جو ملاحظہ ہو) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات دم بولیت ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلب کی بیش پرورش اور بلند شریانی تناؤ اور خون میں یوریا کی زیادتی ہوتی ہے۔ ممکن ہے قطنی درد ہو۔ گردے اکثر اس قدر کافی بڑے ہوتے ہیں کہ

بہ آسانی محسوس ہو سکتے ہیں۔ وہ گردوں کے معمولی محل وقوع میں ہوتے ہیں اور گول سخت یا مختلف درجوں میں لچکدار ہوتے ہیں اور سانس اندر لینے میں نیچے اتر آتے ہیں اور ایک گردہ بالعموم دوسرے گردے کے نسبت بڑا ہوتا ہے۔ اختتام شامی منقبض گردہ کے مانند ہوتا ہے اور اندازہ کلوی وظیفہ کے کاشفات پر منحصر ہوتا ہے۔

تشخیص۔ یہ اس نام پر منحصر ہے کہ دونوں طرف دونوں گردوں کا مختلف جثا کا تو دم پایا جائے جو بلاشبہئی علامات کے ہو لیکن کلوی وظیفہ ناقص ہو۔ یوروسیکلیان کے بعد لاشعاع میں ظاہر کرتی ہیں کہ تلم کلمات اطالت پذیر ہو کر مکڑی جیسے دانت بن گئے ہوں (22)۔

علاج وہی ہے جو کہ شامی منقبض گردے کا ہوتا ہے۔

سادہ دُورے

بعض اوقات نہایت بڑی جسامت کے دُورے پائے جاتے ہیں ممکن ہے کہ وہ قطر میں ۳ یا ۴ انچ اور ستھنی صورتوں میں نسبت بہت زیادہ بڑے ہوں۔ وہ قشر سے پیدا ہو کر سطح پر ابھرتے ہیں۔ اُن کے اندر صاف و شفاف یا جیلا یعنی سیال ہوتا ہے جس میں قدرے البیومن اور کچھ مخاط ہوتے ہیں لیکن یوریا یا یورک آئینہ نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ باقی ماندہ گردہ بالکل تندرست ہو۔ ممکن ہے کہ ایسے دُورے دوران زندگی میں شناخت نہ ہوں۔ اگر زیادہ بڑے ہوں تو یہ ایسی رسولیاں بنادیتے ہیں جن کا جراحی علاج ممکن ہے اسی اصول پر کرنا پڑے جس پر کہ استقار انکلیہ کا کیا جاتا ہے۔

حرکت پذیر گردہ

(MOVABLE KIDNEY)

حرکت پذیر گردہ کا نام ایسے گردے کو دیا جاتا ہے جو اپنی طبعی وضع سے بے آسانی ہٹ جائے اور شکم کے اندر کم و بیش آزادانہ طور پر ہلایا جاسکے۔ یہ غیر معمولی حرکت پذیر پیدا ہونے کی وجہ سے یا اکتسابی۔

پیدا کتنی حرکت پذیر میری ایک کلوی ماسا (mesonephron) کی موجودگی کے باعث ہو سکتی ہے۔ یہی گردہ (تولون کی طرح) جزو یا کلی طور پر باریطون گھرا ہوا ہوتا ہے اور اس طرح اعضا، شکر کے درمیان آزادانہ حرکت کرنے کے قابل ہوتا ہے۔ یہ حالت بالکل شاذ ہے۔ بعض اوقات اسے سائیکوگروڈ کے نام سے تیز کرتے ہیں۔

الکتسابی حرکت پذیر میری نسبت بہت زیادہ عام ہے۔ یہ مردوں کے نسبت عورتوں کو زیادہ مآوف کرتی ہے۔ اور دایاں گردہ بائیں گردے سے تیرہ یا چودہ بار زیادہ اکثر حرکت پذیر ہوتا ہے۔ بعض اوقات دونوں گردے ایک ساتھ مآوف ہوتے ہیں۔

547

مریض کی عمر زیادہ تر بیس اور پچاس سال کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ مرض بالخصوص ان حالتوں سے پیدا ہوا جاتا ہے جو گردے کے گرد کی بافتوں اور ساختوں اور خاص کر اس کے لحمی کیسہ اور باریطون کو لحمی کی تان دیتی یا ڈھیل کر دیتی ہیں۔ شاید سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب متواتر متقرار غل ہے جس سے باریطون پر کمپنیاؤں پڑتا ہے اور وہ تن جاتا ہے اور وضع حمل کے بعد پھر اس کی طبی تنیدگی عود نہیں کرتی لیکن حرکت پذیر گردہ صرف انہیں افراد تک محدود نہیں جن کو بچپے ہو چکے ہوں۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ غل گردے کے گرد کی چربی کو گھٹا کر اس حالت کا سبب بن جائے۔ یہ سبب مریضوں میں شکم اٹکا ہوا ہوتا ہے اور شکمی اور حوضی بافتوں میں تنش کی وہ علامت کی ہوتی ہے جس کو مرش گلیٹنارڈ (Glennard's disease) کہتے ہیں۔ گردے کی جہالت کی زیادتی جو کسی سبب سے بھی ہو اس حالت کو بیدار کر دینے میں مدد دہنی پاتا ہے۔ حالت تنگ کر بند وغیرہ (tight-lacing) کی طرف مریض کی گئی ہے لیکن بار ا یہ ایسے اسباب کے بدول پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات۔ زمانہ موجودہ میں اس امر کے متعلق بہت شک کیا جاتا ہے کہ حرکت پذیر گردہ کسی علامت کا سبب ہو سکتا ہے۔ ان علامات کو متلازم التباب حوضی استقار انکلی یا دیگر متلازم مرض کا نتیجہ تصور کیا جاتا ہے۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ حرکت پذیر گردہ تشویش یا ہیمیا کا موجب ہوتا ہے۔ حرکت پذیر گردہ کی طرف جو علامات مریض کی گئی ہیں وہ یہ ہیں :- کوکھ میں یا شکم کے مآوف پہلو میں ایک برج یا کمپنیاؤں یا درد کا احساس۔ اور یہ ستر ہو سکتا ہے، چلنے یا زور لگانے سے

زیادہ ہو جاتا ہے اور لیٹ جانے سے کم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وقت فوقتاً نام نہاد تخلیق گردہ (strangulation of the kidney) کے شدید دورے (حرجات ڈائٹل = Dietl's crises) ہوں جن میں کٹری خطے میں شدید درد اور المیہ ہوتی ہے اور ساتھ ہی پیشاب قلیل المقدار گہرے رنگ کا بلکہ خون آمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تھکے اور کھنکھانی سی ہو، مگر عمر ما تپ زیادہ نہیں ہوتی۔ ایسا حملہ ایک ہفتہ یا زائد عرصہ کے دوران میں رفع ہو جاتا ہے اور وہ غالباً گردے کی حرکت سے کٹری عروق کے بل کھلا جانے یا تنگی کے باعث ہو جاتا ہے۔

حرکت پذیر گردہ کا ثبوت یہ ہے کہ شکم کا جس کرنے پر وہ محسوس ہو جائے۔ کوکھ میں شہتہ کے ختم پر ایک پکنا سخت گول سلعہ محسوس ہوتا ہے جو گردے کی جسامت کے برابر ہو۔ امتحان دونوں اکتوں سے کرنا چاہئے، یعنی ایک ہاتھ تو آخری پٹلی اور عرف حرقفی کے درمیان زور سے اندر دیا جائے اور دوسرا سامنے شکم پر ہو۔ اگر حرکت پذیر گردہ آخری پٹلی اور عرف حرقفی کے درمیان واقع ہو تو وہ کم و بیش تمام سمتوں میں لیکن نہایت آسانی کے ساتھ صدر کے طرف ہٹایا جاسکتا ہے اور اس صورت میں ممکن ہے کہ یہ رسائی سے بالکل باہر ہو جائے اور پہلو طبی حالت میں رہ جائے۔ تشخیص کی تصدیق کرنے کا بہترین ذریعہ یہ ہے کہ یوروسلیکٹان (uroselectan) کا شراب کرنے کے ۱۵ منٹ بعد اور افقی فلم لینے کے فی الفور بعد امتحانی وضع میں مریض کی لاشعاعی تصویر لی جائے۔

علاج - اوپر جو کچھ کہا گیا ہے اس سے ظاہر ہے کہ جس چیز کے علاج کی ضرورت ہے وہ علامات پیدا کرنے والی متلازم حالت ہے نہ کہ حرکت پذیر گردہ۔ اگر گردے کو اپنی طبعی وضع میں رکھنا منظور ہو تو بہترین آلہ ٹنگی پیشی ہے جیسی کہ ستورہ کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے، نہ کہ خود گردے کے ساتھ براہ راست لگانے کی کوئی گدی مزید غرض یہ ہونی چاہئے کہ عضلات شکم کو سوزوں کسرتی ورزشوں کے ذریعہ طاقتور بنایا جائے تاکہ کھانا علاج یہ کہ کمال آرام کو نہایت کھ اور شکم پر پولیس اور گرم کمبیدات لگائے جائیں اور انیون یا مارفیکو بذریعہ شراب یا شاف استعمال کیا جائے۔

نک گرہ

(RENAL CALCULUS)

(nephrolithiasis = کلیوی حصایت)

کلی حصات کے اقسام حسب ذیل ہیں۔ ان میں سے پہلے پانچ نسبتہ عام تر اشکال ہیں۔ دوسرے نسبتہ بہت زیادہ شاذ ہوتے ہیں :-

(۱) یورک ایسڈ (uric acid) - سخت شکل میں گول یا بیضوی، چمکا یا باریک طور پر درندہ دار بعض اوقات تماس کی وجہ سے روک دار۔ زردی مائل، پتکے یا دمی یا سرخی مائل رنگ کا۔ جماعت میں یہ پتھائش کے بیجوں سے لے کر رانی کے بیجوں یا مشرکے برابر اور کبھی کبھی نسبتہ بہت زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ بار بار یہ بہت تعداد میں ہوتے ہیں۔

(۲) سوڈیم یوریٹ (sodium urate) - یہ نرم ہوتے ہیں۔ جماعت عموماً بڑی نہیں ہوتی۔

(۳) کیلسیم آکسلیٹ (calcium oxalate) - یہ حصات شہتوقی (mulberry calculus) - یہ نہایت سخت، کھروسے یا سطح پر ناہموار رنگ میں سیڑھی مائل بھورے ہوتے ہیں۔ جب نسبتہ چھوٹے ہوتے ہیں تو یہ پتکے، گول، رنگ میں مادی یا بھورے ہوتے ہیں۔ عموماً یہ منفرد ہوتے ہیں۔

(۴) مخلوط کیلسیم اور ایمونیم میگنیشیم فاسفیٹ، یا لگا اخت پذیر حصات (fusible calculus) - اس بول میں جو ایمونیائی تھیل سے تنوی ہو گیا ہو مخلوط فاسفیٹس مرسوب ہو جاتے ہیں۔ ایسی تھیل اس وقت واقع ہوا کرتی ہے جب کہ بول شاذ یا متعوض کلیہ میں محسوس ہوتا ہے۔ یہ شاذ ہی کسی پتھر کا قوت بناتے ہیں بلکہ یورک ایسڈ یا آکسلیٹ کے دوسرے حصاتوں پر اجماع غریبہ پر (مثلاً ان میں جو شاذ میں ملتا ہے اور شاذ یا متعوض کلیہ کی تھیب خشنائے فطری پر نہیں ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہے کہ اس طرح وہ شاذ کے حصات کی جماعت کو نہایت بڑا کر دیں اور جو میں ایسے انجمادات بنادیں

جو قعات اور کمالات کلیہ کے مطابق ڈھلے ہوئے ہوتے ہیں (شجر بنی حصوات dendritic calculi)۔ یہ جاؤ سپید نرم اور بھر بھرا ہوتا ہے اور بچکنی سے گھیل کر ایک قسم کا مینا بن جاتا ہے۔

(۵) کیلسیم فاسفیٹ (calcium phosphate)۔ سپید اور کھربٹی جیسا، سطح پر کیتھرائٹ ہوتا ہے، اس کا کسرت زائی ہوتا ہے۔ جماعت شرسے لے کر مرغی کے انڈے کے برابر مختلف ہوتی ہے۔

(۶) مخلوط۔ فاسفیٹ، آکزیٹ، یوریت، فاسفیٹ، یوریت، آکزیٹ۔ یوریت، آکزیٹ، فاسفیٹ۔ یہ تمام حصواتوں میں سے ۶۰ فی صدی کی شائنگ کرتے ہیں اور آخر الذکر دو ہندوستان میں ۲۰ فی صدی کی (28) جن میں سے اکثر شائیں پائے جاتے ہیں۔

(۷) کیلسیم کاربونیٹ (calcium carbonate)۔ چھوٹا نہایت سخت، پکنا، رادوی، زردی مائل یا کاسی کے رنگ کلیہ حصوات جماعت میں مچھوٹے دانوں سے لے کر ہیزل ٹٹ کے برابر تک ہوتے ہیں۔ یہ مویشیوں میں عام ہوتے ہیں۔

(۸) سیسٹین (cystine)۔ عموماً بیض نما سطح ذراتی، زرد رنگ کی قلموں سے چمکدار تر شائے پر نیم شفاف نظر آتے ہیں اور ساتھ ہی ان میں شعاعی ساخت کے نشانات موجود ہوتے ہیں اور کثافت کیتھرائٹ نرم ہوتی ہے۔ کھلا رکھنے پر یہ حصوات بزر ہو جاتے ہیں۔ ایک حصہ کی مدد سے قلموں کی شش پہلو شکل نظر آسکتی ہے۔

(۹) زینتھین (xanthine)۔ طبی خصوصیات میں یورک ایسڈ کے حصواتوں کی طرح، لیکن دیر چینی کے رنگ کے، لاگرا میونی (liquor ammoniac) اور لاگرا پوتاش (liquor potassae) میں حل پذیر۔ یہ نہایت شاذ ہوتے ہیں اور حوض کلیہ میں نہیں پائے جاتے ہیں۔

(۱۰) یوروا مٹیالیتھ (urostealith)۔ یہ نرم، چربیلے ہوا ہوتے ہیں جو چند اصابتوں میں پائے گئے ہیں۔ ان میں سے ایک حصوات تقریباً ایک ٹلٹ کو لیسٹیرین اور چربی، ایک ٹلٹ یورک ایسڈ اور کیتھرائٹ، آکزیٹس پر مشتمل پایا گیا۔

(۱۱) فیل (indigo)۔ ایک بار آورڈ (Ord) کو حوض کلیہ میں اس کا حصوات پائے گئے ہیں۔

بولی حصات جراثیم میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ اُن کا قطر ۲ یا ۳ میٹر ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ وہ نہایت چھوٹے ذرات یا ذروں پر مشتمل ہوں اور اس صورت میں اُن کو بیک (gravel) کہتے ہیں۔

بیشتر حصاتوں کا مرکز یا نوات (یعنی وہ حصہ جو سب سے پہلے بنتا ہے) یورک اید کا ہوتا ہے۔ لیکن اُس کے اندر کیلیم، آگرلیٹ یا سوڈیم یوریت بھی پایا گیا ہے۔ بعض حصات منجھنوں، مخاط یا کلوئی سا نک کے نوات پر بنتے ہیں اور ممکن ہے کہ فلیکٹن خون باش (Schistosomum haematobium) کے پیسے گردے کے پتھروں کا ابتلا نقطہ بن جائیں۔ بیشتر حصات بولی اُنیسیات میں بنتے ہیں اور بعض سرطانی خلیات تک میں (Ralfe)۔ غلوی جرم ایک "کولانڈ" کی طرح عمل کرتا ہے جس کے گرد حصات کی نمائی جماؤں کے جدید اضافات کے ذریعہ ہوتی ہے، کیونکہ اس امر کا ثبوت موجود ہے کہ بعض اماتوں میں کلوئی حصات تشرے کے اندر ایک دوسرے میں شروع ہو کر حوض کے اندر خارج ہو سکتے ہیں (36)۔ پیشاب کا تعامل، فاسفیٹ اور یوریک کی ترسیب کرنے میں جو اثر رکھتا ہے اس پر صفحہ 507 پر بحث کی گئی ہے۔ غالباً کلوئی حصاتوں کی مزید بالیدگی اُن کے حوض گردہ میں خارج ہو جانے کے بعد ہوتی ہے۔

اس باب۔ حصات انگلستان کے متوسط یا مغربی حصوں کے نسبت مشرقی حصوں میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے، نیز ہندوستان میں سندھ میں، شمال مغربی صوبہ سرحد میں اور پنجاب میں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ تجربی شہادت سے معلوم ہوتا ہے کہ متعدد عوامل اس کا سبب ہیں۔ غذائی، خاص طور پر گیسوں کا آنا، جیسے کا آنا۔ حیاتین او کا فقدان، جو کہ بولی خط میں سرطانی تشر کا موجب ہوتا ہے۔ طبیسی کیسائی، یعنی غذا میں کیسیمی کے مقابلہ میں فاسفیٹ کی قلت۔ سرائیت، کلوئی حصاتیت سے جو تفرقات سببیہ کاشت کئے گئے ہیں وہ بولی خط کے لئے (23) ایک تھینڈر ہینڈن کی فاکر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 347)۔

علامات۔ (۱) جب پتھر حوض گردہ میں موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ بالکل غبی ہو یا نیچے جان کئے ہوئے علامت یاد کرے۔ ان علامتوں کا اطلاق حوض میں ایک پتھر کی موجودگی پر ہو سکتا ہے یا اس پر پیپ پر ہو سکتا ہے جو متلازم التباب حوض کی وجہ سے آتی ہو۔ اہ یہ علامات

نہایت چھوٹے سنگ زروں یا ریگ کی موجودگی سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ (۲) اگر پتھر غالب کے اندر آکرے تو ممکن ہے کہ وہ مغزود ہو جائے، یا بمثل آگے بڑھ کر قو لیخ کلوی دم پوت اور بعض حالات میں قسذ دی اسی البول پیدا کر دے (۳) کلوی پتھروں کے متاخر اثرات خواہ اس وقت جب کہ پتھر گردے میں ہوں یا جب کہ ان کا انفرز غالب میں ہو چکا ہو، یہ ہیں :- التهاب حوض گردہ تمام درجوں کا، التهاب کلیہ و حوض کلیہ، التهاب گردہ کلوی، گردہ کلوی خراج، استسقاء الکلیہ اور تعیق حوض گردہ جن کے علامات پہلے بیان کئے گئے ہیں۔

اگر ریگ اور سنگ دراز قطنی کا سبب ہوتے ہیں جو اکثر ”در وکر“ (lumbago) یا عضلی ریشیت (muscular rheumatism) سمجھا لیا جاتا ہے۔ قطن کا یہ درد یا ستر درد ہچکولے گئے یا پٹنے سے زیادہ تکلیف دہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ حوض تعیق حفرات میں عاز سے اوپر اور تعیق میں بھی ستر درد محسوس ہوں۔ یہ بول کرنے پر نمودار ہو جاتے ہیں اور اس فعل کے دوران میں یا اس کے بعد محسوس ہو سکتے ہیں ممکن ہے کہ پیشاب بار بار آئے۔ اگر یہ علامات زیادہ طویل مدت سے موجود ہوں تو ممکن ہے کہ البیون، پیپ یا مخاط اور وقتاً فوقتاً تغیر پذیر مقداروں میں خون خارج ہو۔ کبھی کبھی پیشاب کیلئے چھوٹے سنگ ریزے یا ریگ خارج ہوتی ہے۔

قو لیخ کلوی (renal colic) غالب کے عضلی ریشوں کے لگاتار انقباض کے باعث ہوتا ہے اور یہ حوض گردہ میں پتھر کی خراش سے یا غالب میں اس کے انفرز یا نیچے گزرنے کی وجہ سے پیدا ہو سکتا ہے۔ قو لیخ کلوی صفر اوی قو لیخ سے مشابہت رکھتا ہے اور اس کے میز خصائص شدید درد قشریہ، متلی اور قے ہیں۔ یہ درد اسی جانب کی کمر یا کولہ میں ہوتا ہے اور نیچے اور اندر کی طرف جڑے اور نصیب میں متشع ہوتا ہے بعض اوقات رانوں، بلکہ ایڑی اور تلوے تک جاتا ہے اور کبھی کبھی شکم، سینہ اور پشت تک پہنچتا ہے۔ زیادہ شدید حملوں میں مریض ذر کے مارے دھرا ہو جاتا ہے یا فرکش پر لوٹنے لگتا ہے اور اسے کمر سے پسینہ چھوٹتا ہے یا وہ شاہج پڑ کر مہبوط ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی اس کی نبض سریع اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ تپش بلند درجہ پر ہو۔ اس کے ساتھ ہی متلی اور قے ہوتی ہے، اکثر قشریہ ہوتا ہے، بلکہ بعض اوقات عمومی

بشکات بھی ہونے لگتے ہیں۔ اسی جانب کا خمیہ باکشدہ اور متورم اور نہایت الیم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کچھ عرصہ کے لئے کم ہو جائے مگر وہ پھر ہونے لگتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ فی الجملہ چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن تک جاری رہے یہاں تک کہ پتھر آخر کار مثالی خارج ہو جائے یا حوض گردہ میں واپس آجائے اور پھر دفعتاً آرام معلوم ہوتا ہے یا پہلو میں صرف ایک مستمر درد اور بطن کا احساس باقی رہتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ درد اُس وقت بھی موقوف ہو جائے جب کہ پتھر غالب ہی میں مغز ہو کر رہ گیا ہو۔ دورہ کے دوران میں پیشاب بار بار اور در کے ساتھ ہوتا ہے، اُس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے اور وہ مشابہ قطرہ قطرہ ہوتا ہے۔ اور اُس میں خون بھی موجود ہو سکتا ہے۔ شکم کا امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ گردہ الیم اور عضلات کسی قدر استوار پائے جائیں، لیکن اُس قدر متورم نہیں کہ جتنے التھاپ یا بیٹون میں ہوتے ہیں۔ غالب کے اسفل حصے کا پتھر بعض اوقات مستقیم یا کھنکھرتے پر محسوس ہو سکتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ پتھر غالب میں شناخت ہو جائے اور گردہ سے مشابہ شکم اُس کا گذر دیکھا جائے۔

ایسا حمل خود بخود ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ کسی حرکت سے شروع ہو جائے جو معلوم ہوتا ہے کہ پتھر کُوس کی جگہ سے ہٹا دیتی ہے۔ قلع کلوئی اسی مریض میں مکرر ہو سکتا ہے۔ اس کا انحصار بلاشبہ پتھروں کی تعداد اور جسامت پر ہوتا ہے۔ ظاہر ہے کہ اگر پتھر حوض گردہ میں واپس چلا جائے تو دوبارہ مغز ہونے پر وہ پتھر قلع کلوئی پیدا کر سکتا ہے۔ اشتقاقی اماتوں میں حوض گردہ میں کے کثیر التعداد پتھر جنس کرینے پر در در ابسٹ کے احساس سے شناخت ہو سکتے ہیں۔ طویل عرصہ کی فعالیت کے بعد علامات کا بالکل رفع ہو جانا پتھر کے دورہ بند ہو جانے کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

تسدی اسوالبول (obstructive suppression) اس امربول سے مختلف ہے جو ماد امتلاء یا حاد مرض براث کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے اور نمایاں اصابتوں میں اس کے علامات نہایت واضح طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ دونوں غالب ایک ساتھ مضبوط ہو جائیں جیسا کہ عورتوں میں اس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ حوضی اعضا کا سرطان مثلاً کے قاعدہ پر حملہ کر دیتا ہے یا جب ایک گردہ کے تغصیہ میں فساد واقع ہو گیا ہو یا اس کا استبدال کر دیا گیا ہو

یادہ کسی اور طرح مطلق (hors de combat) ہو گیا ہو اور تندرست گردے کے حامل میں ایک پتھر مغرور ہو جائے۔ اس حالت کو بعض اوقات مخفی یوریا دمویٹ (latent uræmia) کہتے ہیں۔ بعض امابتوں میں پیشاب خارج نہیں ہوتا۔ بعض امابتوں میں ممکن ہے کہ کچھ پیشاب طویل وقفوں کے بعد تھوڑی تھوڑی مقدار میں خارج ہو، لیکن وہ صاف پانی جیسا اور نہایت ادنیٰ کثافت نوعی (مثلاً ۱۰۰-۱۰۰۰) کا ہوتا ہے، اور اس میں یوریا اور دوسرے جامدات کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور تا وقتیکہ خون موجود نہ ہو یا التهاب شانہ (جو سرطان شانہ کے ساتھ ہو کر رہا ہے) کی وجہ سے پیشاب میں تبدیلی نہ واقع ہو گئی ہو، اس میں کوئی البیومین نہیں ہوتا۔ ابتدائے مریض کی حالت میں کوئی بڑی تبدیلی نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ وہ حسب معمول کھانا ہو، لیکن اس کی عضلی طاقت کم ہو جاتی ہے، اپنے خوابی پیدا ہو جاتی ہے، اور کوئی باریک ناچہ دن کے بعد عضلی جھبٹکے، یا مزمن یوریا دمویٹ (chronic uræmia) کے جھٹکے ہونے لگتے ہیں، جن کے ساتھ سانس پھولنے لگتی ہے اور بالآخر قوماطاری ہو جاتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۳۰)۔ البیومین قند والے آغاز کے بعد توبہ کیا رہ دن تک میں موت واقع ہو جاتی ہے، اور اس سے زیادہ نہایت شاندار ماحول ہوتا ہے۔ اگر پتھر خارج ہو کر یا کسی فوالید کے ٹوٹنے سے تسد درفع ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ شفا ہو جائے۔

تشخیص۔ تشبیلی علامات، یعنی قطعی درد، دم بولیٹ اور البیومین بولیٹ، صرف ایک اوسط جامدات کے پتھر سے پیدا ہو سکتے ہیں، بلکہ باریک رگ اور بزرگ ایڈ کی قلموں سے بھی ہو سکتے ہیں جو حامل میں سے بے آسانی گذر جائیں گے۔ اور ان امابتوں میں درد خصیہ اور بار بار پیشاب آنا بھی موجود ہو سکتا ہے۔ قوالج کا شدید درد جس میں دم بولیٹ اور درد خصیہ اور خصیہ کی بارکشدگی بھی ہونے پھر کی موجودگی کا نشانہ قوی ثبوت ہے۔ لیکن ممکن ہے وہ سرطان، تدرن اور التهاب حوض الکلیہ، الکلیہ کا نتیجہ ہوں۔ سرطان گودہ میں نرف اکثر زیادہ وافر اور زیادہ مسلسل ہوتا ہے۔ پیشاب میں خون کے بعد جیلا تینی سرخ جھٹکے نظر آتے ہیں، اور بعض اوقات خردین سے سرطان طیلے مل سکتے ہیں۔ مناسب وقت پر رومی پائی جائے تو اس سے تشخیص میں مدد



الف



ب

الف۔ ب کھوی صورت۔ ب میں ایک چھوٹا سا گروہ کے زیرین قعب پر لکھا ہوا۔ (شعاع کا شیشی مرثانہ سے ہاک نے لی ہیں)

لئے گی۔ پتھر کا امکان نوعمر مرض میں زیادہ ہوتا ہے، لیکن پتھر یا سرطان ہر دو ادھیڑ عمر یا زیادہ عمر میں موجود ہو سکتے ہیں۔ گردے کا تدرن ممکن ہے کہ قطعی درد، بار بار پیشاب آنے اور پیشاب میں پیپ، بلکہ خون آنے سے حصات کی مشابہت پیدا کر دے۔ اول الذکر میں تدرن کی خاندانی یا ذاتی سرگزشت یا تدرن کی موجودہ دلائل میں موجود ہو سکتی ہیں۔ دم بولیت اور گردے کا درونہ شبہ کم نمایاں اور کم ممیز ہو سکتا ہے۔ التهاب کلیہ حین کلیہ کی مشابہت بار بار پیشاب آنے سے پیدا ہو سکتی ہے، بالخصوص اگر دم بولیت غیر موجود ہے۔ قطعی درد کے باقی ملے اور اگر پیپ موجود ہے تو بول کا ترششی تعامل، یہ امور کلوی مبداء کی تائید میں ہوتے ہیں۔

آج کل کلوی اور عالی حصات کی تشخیص میں ہمیشہ لاشعاعوں کا استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۱) لیکن یورک آئیڈ کے حصات لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف نہیں ہوتے۔ پتھر کی جھانوں کو (۱) لمبے ویدھی حصات (phleboliths) سے ممیز کرنا چاہئے، جو متعدد ہو سکتے ہیں اور ایک وید کے خط میں ہوتے ہیں نہ کہ جانب کے خط میں۔ نیز (۲) اسے ٹکٹس غد سے ممیز کرنا چاہئے جو گردہ در گردہ واقع ہوتے ہیں۔ تشخیص کی مشکلات یوروسلیکٹان (uroselectan) یا یوروسلیکٹان (pyelography) کی مدد سے دور کی جاسکتی ہیں جو غالب کے خط کو ظاہر کر دیں گے۔ نیز ایک قانا طیر سے پتھر کو چھو سکتے ہیں۔ اگر مثانہ بین سے مثانہ کا امتحان کیا جائے تو ایک یا دوسرے غالب کے قریب غشائے مخاطی کی خراش کے امارات دیکھے جاسکتے ہیں اور ممکن ہے کہ کسی ایک غالب میں سے بیٹے والا پیشاب از حد آ رہا ہو یا اس میں خون یا پیپ کے غلیے موجود ہوں (نیز ملاحظہ ہو گردہ اور مثانہ کا امتحان)۔ آخر میں بعض اصابتوں میں گردے یا غالب پر ایک استقصائی شگاف لگانا جائز ہے۔

یہ بالکل صاف معلوم ہوتا ہے کہ نہ صرف حصات خود اپنی جانب پر در وید کر کے ساتھ ساتھ مقابل کو کہ یا پہلو میں در وید کر سکتا ہے بلکہ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ در وید صرف تندرست گردے والی جانب میں ہی محسوس کیا گیا ہے۔ سنگ گردہ فوق العادہ در وید پیدا کر سکتا ہے اور اس طرح سنگ مثانہ کی نہایت قریبی مشابہت پیدا کر سکتا ہے۔ یہ در وید معکوس طور پر پیدا ہوتے ہوں گے اور ان سے ظاہر ہوتا ہے کہ

بولی خطے کے تمام حصوں کے عصبی تعلقات ایک دوسرے کے ساتھ کس قدر قریبی رشتہ رکھتے ہیں۔ ممکن ہے اسل مالاب کے حصات کے ملاات وہی ہوں جو اسل بولی خطے کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں اگرچہ اس قاعدے کے بہت سے استثنیات ہیں۔

علاج۔ ریگ کا اس وقت جب کہ وہ یورک آئیڈ کی وجہ سے جو تدارک پست پورینی غذا کی تجویز سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو نفرس) اور ایسی ادویہ کے استعمال سے جو پیشاب کو کم تر ششی کر دیں۔ کارگرتزین ادویہ پوٹاسیم یا سوڈیم کے سائٹریٹ اینٹیٹ اور بائیکاربونیٹ ہیں جنھیں سوتا، ہارٹون کی مشادوں میں سیام اونس پانی میں ڈالنے دو یا تین بار، رات کو آرام کرنے سے پہلے ایک نمبہ زیادہ بڑی مقدار میں دینا چاہئے کیونکہ رات کے وقت یورک آئیڈ کی ترسیب کا رجحان سب سے زیادہ ہوتا ہے پیشاب کا تعامل اس وقت دیکھنا چاہئے جب کہ بیدار ہونے پر پیشاب کیا جائے، ۱۰-۱۱ بجے جبکہ

551

قلوی مڈاپنے اعظم درجہ پر ہوتا ہے اور رات کے وقت عشائیہ سے پہلے اور بستر پر جاتے سے پہلے۔ نصب العین ۶ اور ۷ کے درمیان pH مچنا چاہئے (ملاحظہ ہو پیشاب کا تعامل)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ پیشاب اتنا قلوی ہو کہ فاسفیٹ کی ریگ یا فاسفیٹ بولیت پیدا کر دے یعنی وہ ۶.۸ یا اس سے اوپر pH کا ہو سکتا ہے اس کا سبب پست پورینی غذا اور سبزیوں اور پھل کی افراط ہو۔ پروٹین بڑھانے کے علاوہ جس سے لازماً فاسفیٹ کا اخراج بھی بڑھ جاتا ہے تعامل کو زیادہ تر ششی بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ ایونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) یا کیسلیئم کلورائیڈ (calcium chloride) دیا جائے (ملاحظہ ہو البتاب حوض الکلیہ کا علاج)۔

اگر تجربہ و تحقیقت من گیا ہے تو وہ کسی طبی علاج سے حل نہیں ہو سکتا، لیکن اگر وہ چھوٹا ہو تو سیالی و مڈ بڑھانے سے نکالا جاسکتا ہے، یا کلوی حصات شگافی (nephrolithotomy) کا عمل یا اگر گردہ متضرر ہو کر بے کار محض ہو گیا ہو تو گردہ ہٹا دیا (nephrectomy) کا عمل کرنا چاہئے اگرچہ ایک بظاہر یا اس انگیزہ تک بے کار شدہ گردہ سے میں کچھ نہ کہیں بھال ہونے کی قوت پر حال ہی میں اس قدر دوا کیا ہے کہ گردہ ہٹا دی پر گردہ شگافی کو ترجیح دینی چاہئے بالخصوص اسلئے کہ دوسرے گردہ میں پتھر پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔

قولنج کلوی کا علاج - یہاں شدید درد کو دفع کرنے کے لئے، نیز اس توقع پر کہ ممکن ہے کہ وہ مالب کے شیخ کو ڈھیلا کر کے پتھر کے خارج ہونے میں آسانی پیدا کریں، سکناٹ کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر درد شدید ہو تو مارفیا کی پچکاری فوراً دینی چاہئے یا مارفیا یا فیون کو درجی طور پر یا بصورت شافہ استعمال کیا جائے، یا کلوروفارم یا ایٹھر کا استنشاق کرایا جائے۔ پیپا ورن ہائڈروکلورائیڈ (papaverine hydrochloride) جو فیون کے الکالائیڈز میں سے ایک ہے، طے تا طے اگر دین کی، متادوں میں دینے سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مقامی طور پر گرم پولٹیس، گرم تکیدات، التفاح کے لاسقات یا گرم غسل استعمال کرنے چاہئیں۔ مریض کو آرام و سکون سے رہنا چاہئے، اور گرم مفرق مشروبات، آتش جو، وغیرہ کا وقتاً فوقتاً استعمال کرنا چاہئے۔

وظیفی البیومن بولیت

(FUNCTIONAL ALBUMINURIA)

یہ پہلے بتلایا ہے کہ البیومن بولیت متعدد مرضی حالتوں میں واقع ہو سکتی ہے جن میں التهاب گردہ اور کلوی انخفاطات، عا و علالتیں، امراض ساریہ اور وریڈیٹائٹ، نہایت اہم ہیں۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات البیومن بولیت ایسے اشخاص میں موجود ہوتی ہے جو کامل صحت کی حالت میں معلوم ہوتے ہیں اور مزید امتحان کرنے پر مرض کی کوئی امارت نہیں ظاہر کرتے۔

میکلین (Maclean) نے پچاس ہزار سپاہیوں کے بول کا امتحان کیا اور اُسے ان میں سے ۶۲ و ۵ فی صدی میں البیومن بولیت ملی۔ ۲۱۵۵ فی صدی میں البیومن بولیت بہت نمایاں تھی۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں غالباً وظیفی البیومن بولیت کی مثالیں تھیں۔ نیز افراد کے بعض گروہوں، مثلاً ایک سے چھ دن تک کی عمر کے شیرخواروں، مدرسہ کے طلباء، جنکے محروروں، سپاہیوں، یا کارخانوں میں کام کرنے والوں میں بول کے انداز البیومن کی موجودگی کے متعلق کثیر التعداد مشاہدات کئے گئے ہیں۔ اور عیشتہ ان کی کچھ تعدادیں جو ۵ سے ۳۰ فی صدی تک ہوتی ہے،

البیومن پایا جاتا ہے۔ یہ ایک نام تجربہ ہے کہ بید زندگی کی مزا ولت میں اٹھارہ اور تیس سال کی عموں کے درمیان کے درخواست گزاروں کی ایک بڑی تعداد میں جو خود کامل تندرست سمجھتے ہیں بول کے اندر البیومن کی تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ بلاشبہ ان میں سے بہت سی اصابتیں و ظیفی البیومن بولیت کی مثالیں ہیں، لیکن دوسری اصابتیں ایک مہلک التهاب گردہ کا نتیجہ ہوتی ہیں، کہ جس سے ایک "رتا ہوا" گردہ ("leaky kidney") باقی رہ گیا ہو۔

امراضیات - بالعموم البیومن خفیف مقدار میں ہوتا ہے اور بعض اصابتوں میں گلوبولین (globulin) کی فی صدی مقدار بہت زیادہ ہوتی ہے۔ سیرم گلوبولین (serum globulin) یوگلوبولین (euglobulin) اور پوڈوگلوبولین (pseudo-globulin) پر مشتمل ہوتا ہے، اور بول کے اندر جو جزو موجود ہوتا ہے وہ یوگلوبولین ہے۔ یہ شے اکثر لیسی تھین (lecithin) اور دوسرے لیپائیڈ اسٹیا کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے اور بعض اوقات جب کہ یہ بڑی مقدار میں موجود ہوتی ہیں تو بول دودھیا ہوتا ہے۔ التهاب گردہ کی البیومن بولیت میں گلوبولین سے چوگنا البیومن ہوتا ہے، لیکن و ظیفی البیومن بولیت کی ان اصابتوں میں گو ہمیشہ نہیں مگر اکثر ان دونوں کی مقادیر تقریباً مساوی ہوتی ہیں۔ بول میں ۳۳ فی صدی ایسٹیک آئیڈ قطرہ قطرہ ملانے سے یہاں تک کہ ایک سفید رسوب بن جائے، یوگلوبولین معلوم ہو سکتا ہے۔

و ظیفی البیومن بولیت کے مندرجہ ذیل اقسام کا جو زیادہ تر فوجی افراد میں ہوتے ہیں جدا گانہ تذکرہ ضروری ہے:-

ورزشی البیومن بولیت (athletic albuminuria)۔ بعض اوقات ان اشخاص کے بول میں جو حال ہی میں کشتی چلانے یا شرط بکر دوڑنے یا دوسری شدید جسمانی ورزش میں حصہ لے چکے ہوں البیومن خفیف، قطعی، بلکہ زیادہ مقدار میں پایا جاتا ہے۔ بلاشبہ یہ البیومن بولیت ایک عارضی اختلال ہے جو ظاہر کرتا ہے کہ گردے میں کم و موسمی رسد پہنچتی ہے، کیونکہ عضلات اور جلد کے لئے زیادہ خون کی ضرورت ہوتی ہے۔

550

غذائی البیومن بولیت (dietetic albuminuria)۔ یہ پروٹینی

غذا کی بڑی مقداروں کے اوفال کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک چھ ماہ کے تجربہ میں ایک آدمی نے روزانہ ۳۳۴ گرام پروٹین لیا۔ البیومن بولیت بتدریج اتنی بڑھ گئی کہ ہر گھنٹے میں ۲-۴ ملی گرام خارج ہوئے گئے۔ سبب تک متواہ ہو گئے، جو پہلے نہ جاسکتے تھے اور بعد میں فداقی ہو گئے۔ موضوعی اختلالات یا دموی خون کا ارتفاع بالکل نہ تھا۔ بدیہی طور پر گردہ نقصان رسیدہ ہو گیا تھا۔ لیکن یہ نقصان دائرہ نشی تھا، کیونکہ طبعی غذا (82) شروع کرنے کے ۱۰ دن بعد یہ تمام امارات غائب ہو گئیں (32)۔

استقامتی البیومن بولیت (orthostatic albuminuria)۔ اس میں البیومن شامل ہیں جو وضعی البیومن بولیت (postural albuminuria) کے نام سے یاد کی جاتی ہیں اور غالباً دوری (cyclic) متغیر (remittent) اور وقف (intermittent) اشکال بھی شامل ہیں۔ یہ اجمعی صحت والے اشخاص میں زیادہ اکثر تھوڑے یا نوعمر لڑکوں میں دلتی ہے اور اس کا سمیٹ خاصہ یہ ہے کہ دن کے بعض اوقات میں البیومن موجود اور بعض میں غیر موجود ہوتا ہے۔ مثلاً وہ علی الصباح نہیں ملتا، لیکن تقریباً ۹ بجے صبح سے شام کے ۵ یا ۶ بجے تک موجود ہوتا ہے، اور اس چشام میں جورات کو ہوتا ہے غائب ہو جاتا ہے۔ یہ ظاہر ہے البیومن بولیت بالخصوص کھڑی وضع اختیار کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے اور اس متوازن ورزش سے جو دن میں کی جاتی ہے۔ اور رات کو لیٹی ہوئی وضع کی وجہ سے غائب ہو جاتی ہے۔ لی ہوئی غذا کی مقدار کا اس پر کوئی اثر نہیں ہوتا ہے۔ سونے (Sonne) نے بتا دیا ہے کہ ان اصابتوں میں اہم امراض (lordosis) کی موجودگی ہے جو کھڑی وضع میں قدرتا پیدا ہو جاتا ہے۔ بائیں کھڑی ورڈ شکوک اور اورطی کے درمیان مضبوط ہو جاتی ہے۔ دوران خون میں خلل واقع ہو جانے کی وجہ سے البیومن بولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ جب مریض لیٹا ہوا ہوتا ہے تو یہ حالت رفع ہو جاتی ہے۔ سونے نے اس قسم کی دس اصابتوں میں ظاہر کر دیا کہ صرف بائیں گردہ ہی البیومن بولیت پیدا کرتا ہے۔ اس حالت کو فطانی بولیت (lordotic albuminuria) شمار کیا گیا ہے۔ مگر ہے کہ دوران عمل کی البیومن بولیت جزو چپ جانبی فطانی البیومن بولیت ہو (88)۔

دوری البیومن بولیت (paroxysmal albuminuria)۔ یہ پانچ

دوری ہیملوگلوبن بولیت کی ایک ہیئت کے طور پر واقع ہوتی ہے جس میں ہیملوگلوبن ٹوٹ کر ہیماٹین (haematin) اور گلوبولین (globulin) میں جدا ہو جاتی ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ ۹۹۹۔ مریضوں کو کسٹندی ہوتی ہے، ان کا رنگ شاحب پڑ جاتا ہے اور بالآخر البیومن بولیت ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی بول میں یوریا اور یوڈو بائیس کی زیادتی ہوتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ تشخیص بہت مشکل ہو، کیونکہ یہ ظاہر ہو گیا ہے کہ خفیف البیومن بولیت جو التهاب گردہ کے باعث ہو اکثر وضعی ہوتی ہے، اور البیومن اور گلوبولین کی اضافی مقدار میں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں (35)۔ مابقی التهاب گردہ یا سیرائٹ کی سرگزشت، مریض کی حالت (کہ آیا وہ نڈھال ہے یا کس کی طبیعت تندرست ہے) یا گردے کے فعل میں خرابی جو سننے سے اس امر کی تائید ہوگی کہ مرض براکٹ اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ ایسی صورت میں بھی انداز لازماً بڑا ہوگا۔ یوگلوبولین (euglobulin) کی موجودگی اور رات کے وقت البیومن بولیت کی قطعی غیر موجودگی وطیفی البیومن بولیت کی تائید میں ہوں گے۔

انذار۔ ان اصابعوں کا مستقبل مجموعی حیثیت سے امید افزا ہوتا ہے اور اصابعوں کی بڑی اکثریت میں یہ البیومن بولیت بالکل رفع ہو جاتی ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ یہ دو یا تین ہفتہ یا سات یا دس سال تک جاری رہے۔

علاج۔ یہ استثنائے اس شکل کے جس میں غذائی قسم کی البیومن بولیت ہو کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ اس حالت میں غذا کے اندر پروٹین کو کم کر دینا چاہئے۔

REFERENCES

- 1 F. Kidd .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 748.
- 2 P. L. Violle .. 1931 *General Practice and Franco-British Medical Review*, 7, p. 209.
- 3 R. O. Ward .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 175.
- 4 H. Schall .. 1929 *Nahrungsmitteltabelle*. Leipzig.
- 5 L. Mackey and Sir A. E. Garrod .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15, p. 319.
- 6 P. M. T. Kerridge .. 1931 *Lancet*, i, p. 21.
- 553 7 E. H. Starling and E. B. Verney .. 1925 *Proc. Roy. Soc.*, B, 97, p. 321.
- 8 G. H. Oriel .. 1929 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 376.
- 9 E. P. Poulton and J. H. Ryffel .. 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82, p. 303.
- 10 T. Addis .. 1922 *Arch. Int. Med.*, 30, p. 378.
- 11 E. Moller, J. F. McIntosh and D. D. Van Slyke .. 1929 *Journ. Clin. Invest.*, 6, p. 472.
- 12 C. L. Cope .. 1931 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 567.
- 13 Clausen .. 1924 *J. Biol. Chem. (Proceedings)*, 59, p. xlv.
- 14 W. Cramer .. 1932 *Lancet*, ii, p. 174.
- 15 R. W. Brookfield .. 1934 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 848.
- 16 D. Baird & J. S. Dunn. 1933 *Journ. Path. & Bact.*, 87, p. 291.
- 17 A. A. Osman .. 1925 *Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 306.
- 18 A. Lemierre .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77, p. 325.
- 19 J. Thomson-Walker .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii, p. 625.
- 20 J. Shaw Dunn, E. G. Oastler and S. L. Tompsett .. 1934 *Journ. Path. & Bact.*, 38, p. 421.

- 21 J. P. Hosford .. 1932 *Lancet*, i, p. 435.
- 22 R. H. Jocelyn Swan .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 606.
- 23 R. McCarrison .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 1009.
- 24 Dorothy S. Russell, A .. 1929 *Med. Res. Council Spec. Reports*, 142.
Classification of
Bright's Disease ..
- 25 J. M. H. Campbell, .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26.
G. H. Hunt and
E. P. Poulton .. p. 234.
- 26 T. R. Parsons and E. P. ..
Poulton .. 1923 *Bioch. Journ.*, 17, p. 341.
- 27 O. L. V. de Wesselow, .. 1924 *Lancet*, i, p. 1099.
- 28 T. I. Bennett .. 1928 *Lancet*, i, p. 535.
- 29 G. Thompson .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii, p. 1134.
- 30 A. G. Gibson .. 1928 *Lancet*, ii, p. 903.
- 31 H. Cabot .. 1926 *Lancet*, ii, p. 53.
- 32 L. H. Newburgh and .. 1930 Quoted in *Lancet*, i, p.
Others .. 973.
- 33 F. Cook (Hunterian .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i, p.
Lecture) .. 372.
- 34 W. Sampson Handley. 1923 *Proc. Roy. Soc. Med.*
(*Sect. Surgery*), 16, p.
21.
- 35 J. W. Russell .. 1925 *Lancet*, ii, p. 683.
- 36 H. Carter and A. A. .. 1927 *Proc. Roy. Soc. Med.*
Osman .. (*Sect. Med.*), 20, p. 43.
- 37 R. Platt .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, i, p.
499.
- 38 E. Schiff .. 1932 Quoted in *Lancet*, ii, p.
1168.
- 39 E. B. Mayer .. 1926 *Quart. Journ. Med.*, 19,
p. 273.

ہڈیوں، مفاصل اور رداؤں کے امراض

رومانزنی (ریشی) امراض

لفظ ”رومانزمن“ کا ماخذ پہلے دیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 257) اور وزارت صحت کی ترتیب دی ہوئی جماعت بندی کے گروہ کے امراض یعنی ریشی تپ، تحت الحاد ریشیت اور ریشیت پر پیوریا کسی دوسری جگہ بحث کی گئی ہے۔ گروہ ب ”غیر مفصلی ظہرات“ مثلاً التباہی البغی یا عضلی ریشیت پر مشتمل ہوتا ہے اور اس میں درد (lumbago) ’عرق النسا‘ (sciatica) اور عضل التباہ العصب (brachial neuritis) بھی شامل ہیں۔ گروہ ج مفصلی امراض مثلاً ریشیت آسا التباہ مفصل (rheumatoid arthritis) ’عظمی مفصلی التباہ‘ (osteoarthritis) پر مشتمل ہوتا ہے جن میں ”شیخوخی فوضی مرض“ (”senile hip disease“) ’علا اور مزمن نقرس‘ اور ناقابل جماعت بندی مزمن مفصلی تغیرات بھی شامل ہیں۔

ریشی امراض کی اہمیت مندرجہ ذیل اعداد و شمار سے دیکھی جاسکتی ہے (۴)۔
... اہمہ کرائے والے مردوں اور ... اہمہ کرائے والی ۱۶ سال سے اوپر کی عورتوں میں سے ہر سال ۴۳۰ افراد ہر قسم کے عوارض کے لئے طبی شورہ کے طالب ہوئے اور ان میں سے ۵۵ نے ریشی مرض کی شکایت کی جو کہ حسب ذیل طریقہ پر منقسم تھی۔
۱) ’حاد ریشیت‘ ۴۴۰ عورتیں۔
۲) ’التباہ البغی‘ ۱۹ مرد اور ۱۱ عورتیں۔
۳) ’التباہ مفصل‘ ۴ مرد اور ۶ عورتیں۔
یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ ہمہ کرائے والی عورتیں شادی کی وجہ سے مردوں کی بہ نسبت اوسطاً زیادہ کم عمر ہوتی ہیں۔ جہاں تک پیشوں کا تعلق ہے، مصاعق کاری سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں اور خاص طور پر وہ فولادی کاریگر جو کہ پچھلے جوئے کو بھلاتے ہیں غالباً اس لئے کہ ان کو وقفہ وقفہ سے نہایت ہی سخت ورزش کرنا اور پھر ٹھنڈا ہونے کے لئے جوا کی رو میں بیٹھنا پڑتا ہے۔ فی الحکمہ

رثیت کا حدوث عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتا ہے۔

یہاں بنظر سہولت ہم ساری مفصلی التهاب کا جو کہ مختلف الاقسام امراض کا ایک گروہ ہے، مختصر مذكہ کر کے دیتے ہیں تاکہ اس کو حقیقی رشتی امراض سے خارج اور نجات کر دیا جائے۔

ساری مفصلی التهاب (infective arthritis)۔ یہ دیکھا گیا ہوگا کہ ایسے متعدد ساری امراض ہیں کہ جن میں مفصلی التهاب کا بطور ایک پیچیدگی کے تذکرہ کیا گیا ہے، مثلاً نفیس (typhus)، فرمز (scarlatina)، چیچک (small-pox)، تپ محرقہ (typhoid)، انگور نما، لنگر بخار (dengue)، ذات المریہ (نبتی دیونی مفصلی التهاب)، نبتی بسجی اور نبتی بنی عفونۃ الدم (streptococcal and staphylococcal septicæmia)، سوزاک (gonorrhœa)، عفونی زحیر (bacillary dysentery) پیدا ہونے والی اور کتانی دو نون قسم کی آتشک اور مدرن (tubercle)۔ ساری مفصلی التهاب ایک مادہ زلالی التهاب ہو سکتا ہے جو جلد اچھا ہو جاتا ہے، جیسے کہ رشتی تپ میں۔ یا اس کا نتیجہ جہاں ہو سکتی ہے جیسے کہ مدرن میں۔ یا اس کا نتیجہ تھیں ہو سکتا ہے جیسے کہ ریم سار عضویوں کے محل میں۔ علامات درد اور انہیں ہیں جن کے ساتھ ممکن ہے مفصل کا دم ہو یا نہ ہو اور ممکن ہے کہ اس مفصلی التهاب کے مبداء کی شناخت کے ذریعہ صرف اس کی سرگزشت اور اس کے ملازمات میں ہی پائے جائیں۔ یہاں کرکلیٹس (salicylates) سے درد میں تخفیف ہوتی ہے اور تپ کم ہو جاتی ہے، اس کا ثبوت نہیں کہ یہ مرض نوعی طور پر رشتی تپ ہے۔ شبہ ہلکی تپیں آرام ہی سے اچھی ہو جاتی ہیں، زیادہ شدید قسموں میں جہالت اور شبہیت کی ضرورت ہوتی ہے، اور جہاں نتیجہ کی شناخت ہو جائے مفصل کو کھول کر اس کی نیکیلیت قائم کر دینی چاہئے، یا پپ کا امتصاص کر کے فلیوین (flavine) (۱۰۰ میں اطاقت کی) کا اشتراک کیا جاسکتا ہے۔ جیسے ہی کہ التهاب کا درجہ عارض ہو جائے حرکات مجہول عمل میں لاسنے چاہئیں تاکہ مفصل ثابت نہ ہونے پائے۔

لیفی التهاب

(fibrositis)

وجع العضلہ (myalgia)، عضلہ شتہ (muscular rheumatism)

یہ نام عضلات یا روتاؤں کے اس دردناک عارضہ کو دیا گیا ہے جس کا انحصار التهابی نوعیت کے مقامی تغیرات پر ہوتا ہے۔ اس کا حدوث موسمِ سرما میں سب سے زیادہ اور موسمِ گرما میں سب سے کم ہوتا ہے۔

درد کا سبب غالباً یہ ہے کہ عضلات اُن کے اوتار اور اُن کی روتائی چسپیدگیوں کی بین خدائی اتصالی بافت میں ورم پیدا ہو جاتا ہے جس سے عضبی خنٹاؤں کا انقباض ہو جاتا ہے۔ یہ ورم رشح کا نتیجہ ہوتا ہے اور رشح جوئے خون سے (جراثیمی یا کیمیائی) مہم کے جمع جانے سے پیدا ہوتا ہے یا باریا چوٹ کی وجہ سے بافتوں کے پھیٹ جانے سے۔ چنانچہ ان امواتوں کے ایک گروہ میں لیفی التهاب کا سبب سممِ ادم کا کوئی ضعیف پایا جاتا ہے جیسے کہ کوئی عفین ماسک یا نقرس سے مشابہ کوئی تحول کی خرابی۔ ان امواتوں میں مقامی جام و پیدا ہونے کا ایک اہم سبب سردی کا تکشف معلوم ہوتا ہے۔ دوسرے گروہ میں عضلی بار کی سرگزشت ملتی ہے۔ ان گروہوں کے درمیان کوئی قطعی حد حاصل قائم نہیں کی جاسکتی، کیونکہ مقامی تفرق سمیات کے عمل کے لئے ایک ماؤلی ہم پہنچاتا ہے۔

علامات۔ بالعموم صرف ایک ہی عضلہ یا وتر ماؤف ہوا کرتا ہے اور ابتداءً درد ایک ہی جگہ محدود المقام ہوتا ہے۔ درد اسی وقت محسوس ہوتا ہے جب کہ بہادر راست ماؤف شدہ عضلہ کے انقباض سے یا اس کے ضد متنازعات کے انقباض سے ماؤف حصہ کو پھیلا یا کھینچا جاتا ہے۔ مرض کے مقام پر جانے سے بھی درد ہوتا ہے۔ لیکن اگر مریض اپنے عضلات کو بالکل ڈھیلا کر لے اور آہستہ آہستہ حرکات مجہول انجام دے جائیں تو درد نہیں ہوتا۔ یہ امر اس حالت کو متصلہ مفاصل کے التهاب سے متفرق کرنے کے لئے کارآمد ہے۔ آغاز مرض عموماً حاد ہوتا ہے اور حرکت کرنے پر تیز درد محسوس ہوتا ہے۔ اس کی عام جانے وقوع ظنی عضلات ہیں اور اس صورت میں اسے اکثر

درد مکر (lumbago) کہتے ہیں۔ اس میں حرکت کرنے (مثلاً جھکنے) میں نہایت درد ہوتا ہے اور چلن سرت اگڑی ہوئی پشت کے ساتھ ممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات تین یا چار روز کے وقفہ سے سر میں درد محسوس ہو کر عرق النسا (sciatica) منویاب ہو جاتا ہے جس کا سبب غالباً عصب نسانی کے خلاف میں التهاب کا پھیل جانا ہے جس وقت یہ واقع ہو جاتا ہے تو عرق النسا اصلی درد کو چھپا دیتا ہے اور اس کے بعد تک جاری رہتا ہے۔ کتنی حلقہ کے عضلات اکثر مآؤف ہو جاتے ہیں بالخصوص عضلہ والیہ اور عضلہ مدیریہ کیرو کی وہ چسپید گیاں جو ذرا عجیبہ ٹپی کے ساتھ ہوتی ہیں۔ اس حالت میں تبصیر اور تقریب کی حرکتوں سے درد پیدا ہو جاتا ہے اور چلتے وقت بازو پہلو کے قریب لگا رہتا ہے اور بعض اوقات اسے کھنی کے مقام پر دوسرے ہاتھ کے سہارے سے رکھا جاتا ہے تاکہ مآؤف عضلات میں تناؤ کم ہو جائے۔ یہاں بھی اس کا امکان ہے کہ عضلہ ضغیرے کی عصبی پوششوں میں التهاب کے پھیلنے سے عضلہ التهاب عصب پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات گردن کے عضلات مآؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں اس حالت کو عام طور پر آکشی گودن (stiff neck) کہتے ہیں۔ ایسا خاص کر درمی گنے کے اثر سے مثلاً موٹے جھونکے میں بیٹھنے سے ہو جایا کرتا ہے۔

نیشہ زیادہ شاذ طور پر بین منلی عضلات مآؤف ہو جاتے ہیں چنانچہ سانس لینے اور کھانسنے سے درد ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اس حالت کو وجع الجاناب (pleurodynia) کہتے ہیں جو ذات الجنب کی حالت سے مشابہ ہے، لیکن اس میں فرق نہیں ہوتا اور نیشہ اختلال کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔ گاہے جلد الراس کے عضلات مآؤف ہو جاتے ہیں۔ اس حالت میں چین چین ہونے اور مضغ کرنے کے افعال میں درد محسوس ہوتا ہے۔

تعلقی عضلی التهاب (myositis ossificans) وہ مرض ہے جس میں عضلات عظمی بافت میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ یہ ہمیشہ ابتدائی تغلی میں شروع ہوتا ہے پہلے پشت کے عضلات پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس کا ممر ترقی پذیر ہوتا ہے۔ تضرر کی وجہ سے بھی تغلی جاؤ پیدا ہو جاتے ہیں جو نہایت عام طور پر باسط ساق میں اور عضلہ یقلم میں ہوتے ہیں (ضربتی تغلی عضلی التهاب = traumatic myositis ossificans)۔

اس سے ایک میز شعاع نکاشت حاصل ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ حالت غلطی عضلی التهاب سے تعلق رکھتی ہو۔

تشخیص۔ اس کا انحصار کس پر ہے کہ عیسیٰ جنس کرنے پر عیسیٰ عضلی الیمیت موجود ہو اور ہمیشہ مائوف گروہ کے عضلات کو تاننے پر درد پیدا ہو۔ عضبی التهاب کی حالت کی طرح یہاں بھی عیسیٰ جھڑوں کے یا اشتراک کے اس بنیادی مرض کے امارات کی جستجو میں رہنا نہایت اہم ہے کہ جس سے درجہ غلطی پھیلاؤ میں تحول ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عضلی الیمیت اور استواری پیدا کر دے، بالخصوص حشائی مرض کی حالت میں۔ آلام علقہ جو ہزال شعاع (tabes) کے ابتدائی درجوں میں ہوا کرتے ہیں، اکثر غلطی سے عضلی ریشہ سے منسوب کر لئے جاتے ہیں۔ ایک عضلی التهاب مختلف امراض میں واقع ہوتا ہے (ساری عضلی التهاب = infective myositis) اور عضلہ میں ایک منتشر درم اور در ریشہ پیدا کر دیتا ہے، یا ممکن ہے کہ پھوڑے بن جائیں، جیسا کہ تفتیح الدم (pyæmia) (انتقالی عضلی التهاب = metastatic myositis)، عفونۃ الدم (536)

(septicæmia) سراجہ (glanders)، تپ محرقہ اور خبیث دروں قلبی التهاب (malignant endocarditis) میں دیکھا جاتا ہے۔ موشی (trichiniasis) جنس مذکورہ پہلے ہو چکا ہے، دراصل ایک طیفی عضلی التهاب ہے۔ بالآخر کثیر عضلی التهاب کی ایک شاذ شکل ہے، جو کہ حادثیت کی ایک قسم ہے۔

اِندازہ۔ مرض کا عمر عموماً مختصر ہوتا ہے، بشرطیکہ اس کا معقول طور پر علاج کیا جائے اور وہ عضبی التهاب سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو۔ لیکن جب معقول آرام و سکون حاصل نہ ہو سکے تو ممکن ہے کہ درد کئی ہفتوں تک جاری رہے۔ کال شفایابی عام کلیہ ہے، لیکن قوالی عام ہے، بالخصوص ان اصابتوں میں جن کی ابتدا مزہ کی وجہ سے ہوئی ہو۔

علاج۔ اگر عین اس کے تکلیف کا سبب خیال کئے جائیں تو ان کو خارج کر دینا چاہئے۔ قبض بالکل نہ ہونے دینا چاہئے جس کے لئے میدار ہونے پر مالچ پانی کا ایک پائینٹ پیا جاسکتا ہے، جیسا کہ ریناڈ کے مرض (Raynaud's disease) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ عضلی در ریشہ باقاعدہ ہونی چاہئے مگر حد سے زیادہ نہ ہو۔ اس امر کی احتیاط کرنی چاہئے کہ سردی اور رطوبت میں زیادہ تکشف نہ ہو۔ تخفیف در دیکھئے

آسپرین اور فیناٹین (aspirin and phenacetin) دینا چاہئے اور ایک آمیزہ جس میں، اگرین سوڈائیسیلکس (sod. sal.) یا ہگرین ٹوئاس ٹیوڈلڈ (pot. iod.) شامل ہو۔ بعض اصابتوں میں، بالخصوص جب کہ لیفی التهاب کے ساتھ نفرس (gout) کی شہادت موجود ہو، ایٹوفین (atophan) مفید ہوگی۔ پیورین سے متبر اور پت پرین والی غذا سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ ایک خفیف اصابت میں جس میں درد اور الیمیت محدود مقام اور اوپری ہوں بعض اوقات اعظم الیمیت کے مقام پر زور سے گہری مالش کرنے سے جلد تخفیف حاصل ہوگی۔ غالباً یہ نتیجہ انفعالات کے ٹوٹنے سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر دو یا تین بار کرنے کے بعد یہ طریقہ کامیاب نہ ثابت ہو تو اسے ترک کر دینا چاہئے۔ ایک برقی لپ سے اشاع کے ذریعہ حرارت کا مقامی استعمال اور برقی حرارت رسائی (diathermy) مفید ہیں۔ مزید برآں ایک اور علاج جس سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے کا دعویٰ کیا جاتا ہے، عضلہ میں یا درد کے مقام پر کوئین اور یوریا ڈیڈر وکلورائڈ (quinine and urea hydrochloride) کے ایک محلول کا اشراب ہے، جیسا کہ مقامی عدم حیات کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شدید حملہ کی ابتداء میں عرقیت پیدا کرنا مفید ہے اور یہ حمام ترکی (Turkish bath) یا حمام بخاری (vapour bath) کی شکل میں تجویز کی جا سکتی ہے۔ جب مرض ایک بار نوباب ہو گیا ہو تو ملتبب بافتوں کو آرام دینا ضروری ہے۔

رثیتہ آسا مفصلی التهاب اور عظمیٰ مفصلی التهاب

(rheumatoid arthritis and osteoarthritis)

بحث اسباب۔ رثیتہ آسا التهاب مفصل کو مزین رثیتی التهاب مفصل کی اکثر یا ذبونی قسم بھی کہتے ہیں اور عظمیٰ مفصلی التهاب کو مزین رثیتی التهاب مفصل کی انطاظمی یا بیش پرورشی قسم بھی کہتے ہیں، ان دونوں حالتوں کی مرضی تشریح الگ الگ ہے، لیکن ایک ادلی رثیتہ آسا التهاب مفصل پر عظمیٰ مفصلی التهابی تغیرات کا اضافہ ہونا ایک بالکل عام امر ہے۔

رثیتہ آسا التهاب مفصل ہر عمر میں اور زندگی کی تمام حالتوں میں واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن وہ مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے اور اس میں

ایک قوی موروثی سبب بھی عامل ہوتا ہے۔ سردی اور رطوبت سے یقیناً اس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے یا تازہ حملے ہونے لگتے ہیں۔ وہ گرم آب و ہوا میں نسبت کم عام ہے۔ ضرب سے جو مسلسل دباؤ کی صورت میں ہو، یا مستمر بار یا کھینچاؤ پڑنے سے بھی اس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ عظمیٰ مفصلی التهاب دراصل اور عمر کا مرض ہے، اور اس کا صنفی حدود سے زیادہ مساوی ہوتا ہے، اگرچہ وہ بھی عورتوں میں زیادہ عام ہے۔ اسباب مختلفہ ذریت آسا التهاب مفصل کے اسباب سے مماثل ہیں؟ اور ایک مفصلی اصابتوں میں ضرب بالخصوص اہم سبب ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ - ثابت آسا التهاب مفصل۔ ابتدائی ترین تغیرات نکاشری نوعیت کے ہوتے ہیں اور مفصلی ماحشیہ کے پاس زلابی غشائیں شروع ہوتے ہیں یا نیکی بافت کی زیر مفصلی تہ میں یا ایک وقت ان دونوں جگہوں میں مفصلی غضروف کی سطح پر ابتدائی اسخراط کے بعد عروقی توصیلی پادسل (pannus) کا ایک بڑھتا ہوا حملہ کرتا ہے جو کہ زلابی غشا کے کنارے سے ماحوذ ہوتی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ مفصلی غضروف کی عمیق سطح پر زیر افتادہ ہڈی سے عروقی توصیلی بافت کی پوشش ہوتی ہے۔ دو مقابل سطحوں پر سبل کی تہیں ملن سے منضم ہو جائیں (یعنی جباہ)۔ بلکہ متعظم ہو جائیں (عظمی جبات)۔ لاشعاعوں کے لئے کردوسی خطہ کی اڑھی مونی نفوذ پذیر ایک ایسا لائی خصوصیت ہے، اور غالباً کیلیم لمحات کے انجذاب کے باعث ہے۔ بعد ازاں لاشعاعوں کے لئے یہ نفوذ پذیر عظمی ہموکوں کے حقیقتہً جذب ہو جائے اور ان کی بجائے شحم پیدا ہو جانے کی وجہ سے بڑھ جاتی ہے، "ذبولی" کا نام اس قسم کے لئے اسی لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ زلابی غشائیں کے تغیرات، نکاشری بھی ہوتے ہیں اور زلابی غملات بڑے ہو جاتے اور تھمداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔ نیسیجیاتی لحاظ سے مزمن یا تحت الحاد التهاب، صغیر غلوی در ریش کے گول ماسکات کی صورت میں موجود ہوتا ہے۔ مفصل میں مفصلی انقباض واقع ہو سکتا ہے، یا کیسہ دریکتہ ہو سکتا ہے، اور محکم نما منظر پیدا کر دیتا ہے۔ مماثل تغیرات گرد مفصلی درجوں یا دتری غلافات میں واقع ہو سکتے ہیں۔ آخری درجوں میں مفصلی جاشیات کا قشط (lipping) اور مفصلی سطحات کا تہج واقع ہو سکتا ہے، یعنی ثانوی عظمی مفصلی التهاب (15)۔

عظمیٰ مفصلی التهاب - سب سے پہلا تغیر مفصلی غضروف کے مرکزی رقبہ کا انحطاط ہے۔ اس کے بعد جو تغیرات ہوتے ہیں وہ سب اس اولیٰ انحطاط کا نتیجہ ہوتے ہیں اگرچہ وہ خود انحطاطی سے زیادہ التهابی ہوتے ہیں۔ مثلاً مفصلی رقبہ کو زیادہ وسیع کرنے کے لئے مفصل کا باہمی حصہ ٹکا کر کرتا ہے اور تنوعات عظمیٰ پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایک نئی مفصلی سطح بنانے کی کوشش کرتے اور اس طرح غضروف کے مرکزی حصوں کے نقصان کی تلافی کرنے کی غرض سے ہڈی کی غضرونی تہ متصل سخت اور متبج ہو جاتی ہے۔ غشاء زلابی میں جو تغیرات ہوتے ہیں وہ ابتداً ناقابل التفات ہوتے ہیں۔ عملی بیش پرورش ہوتی ہے اور مفصلی حاشیوں کے پاس زلابی جھاروں کی برمی ہونی عرویت پائی جاتی ہے۔ تاہم بعد میں زلابی غشاء اور کیسہ ویز ہو جاتے ہیں اور پھر ان میں لینی اور صلابت الشریانی تغیرات دیکھے جاسکتے ہیں۔ زلابی غشاء اور کیسہ کے تسبیحیاتی تغیرات التهابی بیش نکون کی نوعیت رکھتے ہیں اور صغیر خلوی درجہ میں بالعموم غیر موجود ہوتی ہے۔ یہ تغیرات معمر اشخاص کے مفصل میں استخوان بعد المات پر ہوا اوقات دیکھے جاتے ہیں، نیز وہ مزہ اور طویل المدت دروں مفصلی خراش کا بھی نتیجہ ہوتے ہیں مفصلی کھول میں آزاد اجسام کے معنی یہ ہیں کہ زلابی جھاریں یا عظمیٰ تنوعات یا غضرونی گرہیں یعنی نام نہاد بر مفصلی یا گرد مفصلی غضرونی تنوعات جو کہ علی الترتیب مفصلی غضروف کے وسط میں یا اس کے کنارے واقع ہوتے ہیں ٹوٹ کر الگ ہو جاتے ہیں۔ لاشعاعی شہادت کی بنا پر یہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ میرز ادلی ضرر خود ہڈی میں ایک دوبرہ اور اس کے گرد ایک کثیف طور پر شکل رقبہ موجود ہوتا ہے اور طویل المدت احصائیوں میں متعدد دوبرے دیکھے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۳ الف)۔

امراضیات - یہ امر کہ کس قسم کا التهاب مفصل پیدا ہوگا وہ عاملوں پر منحصر ہے۔ آرام ہڈی کا قبل واقع کر دیتا ہے اور رسد موی کا متقطع ہونا بیش پرورش پیدا کر دیتا ہے، جو کہ عظمیٰ مفصلی التهاب کے ساتھ مطابقت کرتا ہے، کیونکہ وہ شہریانی انحطاط اور بڑھاپے کا مرض ہے۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہیے کہ التهاب مفصل ریوی عظمیٰ داء المفصل (osteoarthritis) میں واقع ہوتا ہے کہ جس میں عظمیٰ دوران خون ست ہو سکتا ہے۔ تاہم کم از کم و شیت آسا التهاب مفصل میں یہاں اوقات



43



الف

131۔ ایک مہینہ کے بعد کے طبی (تھک شاع) شاع۔

دب۔ ترقی یافتہ ریت ہمسایہ صاحبِ منصب ریاست حکومت کے اداکار شاعر شجاعت پرور سنی دیوں کے سرنایاں بولنا مگر کہیں کیڑا گوارا
سرے نائب ہو گئے ہیں! ادا مثنوی نوات مروج ہیں کبیرہ اور سرخ باسی ہیں۔ انگوٹھا اندک علف مڑا ہوا ہے پنہاؤ ایسا ہی فرازِ گشت شہادت
کی بعد سنی بولی کے پیچھے کھانا دیا ہے۔



(1944) 5



4 14 15 16

شریت آقا علیہ السلام کی ایک طرف سے اہل بیت علیہم السلام کی طرف سے دعا ہے کہ اللہ تعالیٰ ان کے لیے اجر و ثواب عظیم عطا فرمائے۔ (۱۹۲۳) ج ۵ (۱۹۲۴) ج ۵

جسم میں کسی دوسری جگہ کے کسی اولی ماکہ سے سرایت واقع ہوتی ہے اور جوئے خون اور
مفصل سے ۶۰ اور ۷۰ فی صدی کے درمیان نبتات سببیمہ جو زیادہ تر خون پاش تھے
تفرید کئے گئے ہیں اور دوسری فصل مثبت الزاقتی اور رسوبی تعاملات دیتا تھا۔
اقتداری مثالوں میں منفی نتائج حاصل ہوئے (16, 17)۔ یہ تحقیقات تصدیق طلب
ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اولی مراکز، دانتوں میں جوتے ہیں (ملاحظہ صفحہ 321)
جو اسی پھوڑوں یا جو فیزی میلان ریم (pyorrhoëa alveolaris) پر مشتمل ہوتے
ہیں۔ نبتہ کم عام طور پر لوزین میں خرابی ہوتی ہے۔ دوسرے اسباب ممکنہ یہ ہیں:۔
غذوہ، انفی جوفوں یا درمیانی گوش میں تلیج، رحم، مردانہ مجری بول اور تناسلی خطہ
کھلے زخم اور قولون (آخر الذکر) اس وقت جب کہ اس کے فعل میں بے ترتیبی ہو۔
بہت سی اصابتیں غالباً بنتی سببی مبادی ہوتی ہیں لیکن ممکن ہے کہ نبتہ عنبیہ
اور نبتہ سوزاکیہ بھی متعلق ہوں اور شاید دوسرے بھی جیسے کہ عصیدہ قولونی۔
ایک تدریجی قسم کا ہوتا بھی ممکن ہے جیسے پائینٹ (Poncet) نے بیان کیا ہے۔
بہر حال ریشیت آسا التهاب مفصل حاد ریشیت سے نہایت قریبی مماثلت رکھتا ہے کیونکہ
ان دونوں میں ایک جیسی میز نوعیت کی نسجیاتی ساخت والی جلدی گرہیں ہوتی ہیں۔
بائنہ مرکزی عفونت ہی اس کی تشریح کے لئے کافی نہیں ہے کیونکہ وہ بہت
سے ایسے اشخاص میں موجود ہوتی ہے جن میں مزمن ریشیت کی تکلیف ملحق ہوتی ہی نہیں
اور اس کا اتیصال اکثر حقیقت شفا بخش نہیں جوتا۔ ”زمین“ کا مسئلہ بھی غور طلب ہے
یعنی کسی فرد کی وہ حالت جو اس میں اس مرض کی استعداد پیدا کرتی ہے۔ فی الحقیقت
جب یہ مرض ہو جاتا ہے تو یہ بعض شیکیمیائی (biochemical) تغیرات کے ساتھ وابستہ
ہوتا ہے۔ کہہ گدی کے عروق شعریہ کے خورد بینی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ محیطی دورا
خون ناقص ہے چنانچہ بافتوں میں خون سے آکسیجن کم نکالی جاتی ہے (8)۔ ریشیت
شکر کا منحنی اس منحنی سے مشابہت رکھنے کا رجحان رکھتا ہے جو کہ دیا بیٹس میں پایا جاتا ہے
(9)۔ مزمن ریشیت التهاب مفصل میں دوران حل میں عموماً اصلاح ہو جاتی ہے جس کی
وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ خود نفسی تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔
جیسا کہ حاد ریشیت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ریشیت آسا التهاب مفصل میں

التهاب زللابی کا حملہ ایک حساسیتی منظر ہے جس کا سبب کوئی غریب پروٹین ہوں، عین مصلیٰ مرض (serum disease) کے اس التهاب مفصل کی طرح جو مائع تیزت مصل (antitoxic serum) کے اثر اب کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔ اس باتوں کا ایک گروہ جن کو متوقف استسقاء مفصلی (intermittent hydrarthrosis) کہتے ہیں، درحقیقت اس نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ نہ صرف فوبت کے ساتھ کمر ہوتا ہے، بلکہ اکثر دوسری مشہور حساسیتی علامتوں کے ساتھ پایا جاتا ہے یا ان سے تبادل ہوتا ہے۔ وہ التهاب زللابی جو زلیفیت (haemophilia) میں واقع ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ شاید جزا اسی سبب سے ہو، لیکن اس کا سبب مفصل کے اندر خون کا حقیقی انصباب بھی ہوتا ہے۔ آخر میں ریشیت آسا التهاب مفصل کی شدید عضلی لاغری یا ذبول کے ساتھ حسی فساد اور ذبول پیدا جاتا ہے، نیز یہ عضلی ذبول تعجب انگیز حد تک تشاکل ہوتا ہے۔ یہ امور ایسے ہیں جن سے اس مرض کے عصبی مبداء کی تائید ہوتی ہے جو بلاشک مکان حرکی مرحلہ (locomotor ataxy) کے متعدد مفصلی التهاب اور شعلی جو فیت (syringomyelia) (مرض شاسا کو، Charcot's disease) ملاحظہ ہوا اس سے آگے میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔

علامات۔ ریشیت آسا التهاب مفصل۔ اس باتوں کی اکثریت میں بالخصوص عورتوں میں، یہ مرض حاد، کثیر المفاصل اور تری حد تک زللابی ہوتا ہے۔ یہ تشاکل طور پر دونوں ہاتھوں کے قریبی بین سلامیاتی مفاصل کے مکمل مادم کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جس کے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ اور بالآخر بعد رستی سلامی مفاصل کلایاں، کہنیاں، شائے، اور جواج زیریں کے مفاصل، نیز شوکہ اور جڑے کے مفاصل اور قسقی تر قوی مفاصل ماؤف ہو جاتے ہیں۔ چند ہفتوں تک خفیف سا عمومی تعامل ہوتا ہے اور ساتھ ہی فیض سر ملے ہوتی ہے۔ جب یہ رفع ہو جاتا ہے تو پھر بھی مفاصل محدود الحركت ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ تب اور دوم مفاصل کے تحس واقع ہوتے رہیں۔ اس کے ساتھ ہی مریض عیدیم الہم ہو جاتا ہے، اُسے پسینہ بکثرت آتا ہے، اور لونیٹ ظاہر کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ تحت الجلدی گریں ہوں اور لمفائی غد اور لمحال کی کٹانی ہو جائے۔ طبیعت پست ہوتی ہے اور بھوک جاتی رہتی ہے۔ ہر کس کے ساتھ

حرکات زیادہ محدود ہوتے جاتے ہیں اور بالآخر ممکن ہے کہ جسامت پیدا ہو جائے (لاحظہ ہو صفحہ ۴۲ الف)۔ چند اصابتوں میں التهاب قلب واقع ہوتا ہے، اسی طرح جس طرح کہ شریک تپ ہیں۔ اکثر اصابتوں میں مرض شروع سے لے کر آخر تک مزمن ممر اختیار کرتا ہے۔

مفصلی تغیرات اور ان کے ساتھ واقع ہونے والے عضلی ذبول کے باعث نہایت میسر شوبات پیدا ہوتے ہیں۔ چنانچہ انگلیاں بجائے بعد رسانی پٹیوں کے خط میں رہنے کے زندگی جانب کو منحرف ہو جاتی ہیں اور انگشت شہادت کے قاعدے پر کاجوز اکثر بہت متورم ہوتا ہے۔ بعد رسانی سلائی مفصل عمیقاً خمیدہ پہلے سلائی مفصل میں بسط شدہ اور دوسرے سلائی مفصل خمیدہ ہوتے ہیں۔ ممکن ہے خلع ہو، بالخصوص میں سلائیاتی مفصل پر اور اس سے انگلیاں بالکل چھوٹی اور ذیلی ہو جاتی ہیں جو جاسنی نہیں ہوتیں (لاحظہ ہو صفحہ ۴۲ د) کجبری اور زندگی پٹیوں کے نیچے والے سرے کلائی کی پشت پر بھرتے ہیں۔ عام طور پر جو عضلات مذبول دیکھے جاتے ہیں وہ ہاتھ کے بین النظام عضلات عظم الفخذ کے زیریں سرے کے عضلات اور شاسنے کے جوڑ پر کا عضلہ والیہ ہے۔

ماؤف احوال پر کی جلد چلتی اور ذبولی ہو جاتی ہے۔ مفصل سے تعلق رکھنے والے اعصاب بھی مزمن عصبی التهاب سے ماؤف ہو جاتے ہیں اور جوارح میں درو پیدا کر دیتے ہیں۔

بچوں میں دوسری تین سے پہلے ایک مائل سریری تصویر پیدا ہو جاتی ہے۔ گھٹنیوں اور کلائیوں میں جو التهاب مفصل دیکھنے میں آتا ہے اس کے ساتھ اکثر شہر لغائی غدود و طحال کی کلائی، عدم دمویت، پسینہ، تغیر پذیر تپ اور جسمانی تنو کا ارتقا موجود ہوتے ہیں (مرض سکل = Still's disease) نسبتاً زیادہ عمر والے افراد میں بھی یہ مرض قدر سے سرایت تر آغاز کے ساتھ ہو کر متعدد مفصل کو ماؤف کر سکتا ہے یا ممکن ہے کہ ابتدائی سے مرض زیادہ مزمن ہو۔ اگر اکثر صبح کے وقت زیادہ نمایاں ہوتی ہے جس کی وجہ سے حرکات اجدا اور ذناک ہوتے ہیں۔ لیکن اگر انھیں جاری رکھا جائے تو درتد رتد رتد کم ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات انصباب یہ آسانی مشناخت میں آسکتا ہے اور مفصل نشی اور لچکدار ہوتا ہے۔ خیف اصابتوں میں جو نہایت عام ہیں مرض صرف ایک یا دو مفصل کو متغیر کر لیتا ہے۔

عظمی مفصلی التهاب - اس کا حملہ غیر محسوس طور پر شروع ہو کر ایک یا زائد بڑے جوڑوں میں درد اکر اور حرکت کرنے پر جرحرآنے کی آواز یا ٹکٹک کی علامات پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ مرض عموماً ایک مفصلی اور غیر متشاکل ہوتا ہے، اگرچہ ایسا مرض جس نے اب تک کوئی علامتیں نہیں پیدا کی ہیں سریر یا قی اور شعاعیاتی طور پر امتحان کرنے سے نسبتاً عام طور پر دوسرے مفاصل میں بھی پایا جاتا ہے۔ جوں جوں وقت گزرتا ہے حرکت زیادہ زیادہ محدود ہوتی جاتی ہے۔ مریض کی عام صحت اور تغذیہ میں کمی نہیں پیدا ہوتی۔ تپ نہیں ہوتی، الا شاید طور پر اس وقت جب کہ اشتداد مرض کا زمانہ ہو۔

عظمی مفصلی التهاب کی بعض بہت واضح طور پر متین اقسام ہیں۔ کوٹھے کا مرض (صفحہ ۴۳) (شیخونچی مرض فوض = *malum coxae senilis*) مردوں میں نسبتاً زیادہ عام ہوتا ہے۔ درد اور اکڑ کے بعد حرکت نہایت محدود ہو جاتی ہے، مجاڑہ کی بروں گردیدگی کے ساتھ بظاہر قصر ہو جاتا ہے، اور سرسین چپے ہو جاتے ہیں۔ عورتوں میں ٹھٹھے کا جوڑ نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ جزا اس ضرر سے متاثر کیا جاسکے جو اکثرین یا اس کے ساتھ جسم کے وزن کی زیادتی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ہے بڑھاپے کی گرہیں (Heberden's nodes) یعنی وہ چھوٹی گرہیں یا گولیاں جو مٹھائی سلامیات کے اطراف پر بن سکتی ہیں، عظمی بروں بالیدگیاں ہیں اور عظمی مفصلی التهاب کے ابتدائی درجے کا مینز خاصہ ہیں۔

تشوہی فقراتی التهاب (spondylitis deformans) جصاصوت آفریں (ankylopoietica) قسم کا عورتوں سے مردوں میں دس گنا زیادہ ہوتا ہے، جو زیادہ تر بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمر کے ہوتے ہیں اور وہ اصل فقرات کی ایک عظمی جیاد ہے۔ ممکن ہے تسم (kyphosis) موجود ہو (Beechterew) جبکہ ساتھ سر کوید مار کھنے کے لئے عنقی فقرات کی بیش بط شدگی ہو، اور دباؤ کی وجہ سے فقرات کا مقدمی کنارہ متشق ہو، یا ممکن ہے شوکید صابر (Marie) (اور سٹریمل (Strumpell) کی جذرا لجواری جصاصوت الفقاریہ (spondylose rhizomelique) ممکن ہے ٹیائیں عظمی صابریت اور اس کے ساتھ لینیت اور بھر بھر ان ظاہر کریں۔ یہ حالت رثیت آبا، التهاب المفصل کے ساتھ تعلق رکھتی ہے، اگرچہ منفی حدود



الف - دائیں نونی مفصل کا مفصل مفصل التهاب۔



ب۔ (مقابلہ کے لئے)۔ دائیں نونی مفصل کا تھری۔ (یہ شفا کا شریں ذکر ہے۔ لے ماسن

(J. A. Thomson) دہل ہاتھ ہسپتال ہیرڈیٹ نے لی دیا۔

اس قدر مختلف ہے۔ پشت اکر جاتی ہے اور شوک کو دبائے اور قمع کرنے پر اہمیت پائی جاتی ہے، جو کہ التهاب کے باعث ہوتی ہے، اور بعض اوقات پیلیاں غیر متحرک ہوتی ہیں چنانچہ تنفس بالکل ڈایا فرامی ہوتا ہے۔ مرض کی رفتار بہت ہی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں آغاز حاد اور رفتار سریع ہوتی ہے، چنانچہ پورے کا پورے شوک چند ہی ماہ میں استوار ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں رفتار بہت سست تر ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ شوک کا کچھ حصہ متاثر ہو جانے کے بعد مرض بالکل رک جائے بعض اوقات آغاز اس قدر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے کہ مریض شورہ کا طالب نہیں ہوتا یہاں تک کہ وسیع نقصان ہو جاتا ہے۔ ابتدائی ترین علامات درد کمزور عرق النساء کے ہوتے ہیں اور لیکن یہ زیادہ شدت کے نہ ہوں۔ عام طور پر یہ سرگندہ شست ملتی ہے کہ ان علامات کے بعد فترہ ہو کر چند ماہ کے بعد وہ دوبارہ عود کر آتی تھیں اور مرض کی نوعیت شناخت ہونے سے قبل ایسا دو تین مرتبہ واقع ہوتا ہے۔ جراح کے چھوٹے مفصل اکثر متاثر نہیں ہوتے۔

عظمی مفصلی التهاب الفقرات (spondylitis osteoarthritis) جو کہ بعض اوقات تشوہی التهاب الفقرات (spondylosis deformans) کہلاتا ہے، شوک کا عظمی مفصلی التهاب ہے۔ یہ تقریباً تمام مترہ اور ۶۰ کے درمیان عمر کے مردوں میں ہوتا ہے اور سخت محنت اور خاص طور پر کولہ کی کانیں کھودنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ لیکن یہ ضربہ ایک عامل جو۔ درد نمایاں نہیں ہوتا اس وقت تک کہ غلی متواتر باہر نکلنے والے عصی پر دباؤ نہ ڈالیں یہ شرح تشغل طبی ہوتی ہے، بمقابلہ جھسٹ آخروں قسم کے کہ جس میں وہ بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔

تشخیص - مزمن فقر میں مفصلی تغیرات رشیت آسا مفصلی التهاب کے تغیرات سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں جو کہ رشیت آسا التهاب مفصل معلوم ہوتی ہیں، دموی یورک ایسڈ کافی بلند ہوتا ہے اور رشیتی فقر میں کی قدیم اصطلاح ان پر صادق آسکتی ہے۔ حاد اصابتوں میں حاد یا تحت الحاد کثیر مفصلی التهاب (polyarthritis) کی دوسری شکلوں کو فراموش نہیں کرنا چاہیے جیسے کہ پیدائشی آتشکی التهاب مفصل (congenital syphilitic arthritis) اور بقی سوزاکی التهاب مفصل (gonococcal arthritis)۔ مقامیت اکثر مختلف

ہوتی ہے اور سرگزشت سے مدوٹے گی۔ شاذ اصاباتوں میں حاد ریش کے مکرر و متواتر حملے جڑوں میں متقل تغیرات پیدا کر دیتے ہیں۔ التهاب منصل جسے صرف ایک ہی جڑ کو ماؤٹ کیا جو تمدن کے ساتھ غلط ملط کیا جاسکتا ہے، لیکن عظمی منصل، التهاب اور تمدن کی شعاع نگاشتیں بالکل مختلف ہوتی ہیں (جیسا کہ صفحہ 559 پر صفحہ ۴۳ میں نظر آتا ہے)۔ ممبر اشخاص میں کوٹھے کے مرض کو عرق النسا (sciatica) اور در دکر (lumbago) سے تمیز کرنا چاہئے۔ یہ مرض کے ابتدائی درجے میں آسان نہیں ہوتا۔ امور ذیل پر اعتماد کرنا چاہئے:- (۱) مفصل پر دبانے سے مقامی درد اور الیمیت اور حرکت کرنا پر درد۔ (۲) فانی اور مقدم ساقی اور ساد ا عصاب کے مریضیں ہمزماں طور پر درد و بعید کیونکہ یہ تمام ا عصاب اس مفصل کو شاخیں پہنچاتے ہیں۔ (۳) حرکت کی تحدید۔ (۴) لاشعاعی منظر۔ مرض شارکو (Charcot's disease) بہ آسانی تمیز ہو جاتا ہے، اور اس کے علاوہ ہذال نخاع (tabes) یا نخاعی جو قویت (syringomyelia) کے عصبی آمارات موجود ہوتے ہیں۔

580

انذار۔ جب مفصل میں متقل تغیرات واقع ہو چکے ہوں تو شفا یابی نامکن ہے، لیکن نہایت ابتدائی درجوں میں شفا ہونا ممکن ہے۔ اس لیے ہر مرض کے آخری درجوں میں بھی احتیاط کے ساتھ علاج کیا جائے تو نہایت بڑی اصلاح ہو جاتی ہے۔ حادثہ میں یا مریض حیرت انگیز ہے کہ مفصل بیرونی شکل میں نہایت سہی تغیر ہو جانے کے باوجود کامل شفا ہو جاتی ہے۔ لیکن اس میں ایک طویل عرصہ درکار ہوتا ہے۔

تھرمین۔ اس کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ عفونی مرکز نہ بننے پائیں۔ بالخصوص دانتوں پر باقاعدگی کے ساتھ توجہ ضروری ہے۔

علاج۔ پہلا قدم یہ دیکھنا ہے کہ کوئی ممکنہ اولی مرکز تو موجود نہیں ہے۔ امرکہ دانت اور صوٹ سے مرشد سرایت نہیں ہیں سطحی امتحان سے فیصلہ کرنا نامکن ہے۔ مطلوبہ معلومات حاصل کرنے کے لئے دندانہ شعاع نگاشتیں (dental radiograms) لینا چاہئیں (ملاحظہ صفحہ 321)۔ اس وقت بھی جب کہ دانت بالکل تندرست نظر آنا چوہ در نہ پیدا کرتا ہو اور قوع کرنے پر الیم نہ ہو یہ ممکن ہے اس کی جڑ میں قوع موجود ہو۔ ماؤٹ دانت کو نکال ڈالنا چاہئے، اور اس کے راسی خراج سے کاشتیں کر کے خود او

جدرین (autogenous vaccine) تیار کر لینا چاہئے۔ راسی خراج بعض اوقات عظیم ہوتے ہیں۔ شدید جو فیزیسیان ریم (pyorrhea alveolaris) کی ممانعت میں دانتوں کو نکال دینا چاہئے، لیکن خفیف تر امیابتوں میں نشت کم کام علاج سے اکثر اصلاح ہو جاتی ہے۔ جب پیپ آواز اذانہ طور پر خارج ہوتی ہو تو خطرہ اسٹنٹراٹس ہو تا جسنا کہ اس وقت ہوتا ہے جب کہ وہ تسد کے پیچھے ٹکی ہوئی ہوتی ہے۔ لوزیم، غدودہ اور صریت کے دوسرے ممکن منبعوں پر حرجن کا پہلے تذکرہ ہو چکا ہے توجہ کرنی چاہئے اور جدرینات استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ اگر کوئی مرکز نہ ملے تو اکثر غذائی متال پر شبہ ہوتا ہے، بالخصوص قولون پر اور برازیں ملے ہوئے عضویوں اور بالعموم بقعات سمجھنے سے جدرینات تیار کر کے ان کا استعمال اکثر کیا گیا ہے۔ جدرین کی شناخت اس امر سے ہوتی ہے کہ وہ مفاصل میں مرکزی تعامل (focal reaction) پیدا کرنے کی کس قدر قوت رکھتی ہے، اور اس کو ایک سال یا اور زیادہ مدت تک جاری رکھنا چاہئے یہاں تک کہ اس کا اثر اب مفاصل میں کوئی درد نہ پیدا کرے (Beddard)۔ قولونی تغیل (colonic lavage) اور معوی دفعات عفوت، جیسے کہ سالیال (salol)، بسمتھ سلی سلیٹ (bismuth salicylate) اور بیٹا نیفٹھال (β-naphthol) استعمال میں لائے گئے ہیں بالخصوص جب کہ اسہال بھی موجود ہو۔ ایک دوسرا اصول علاج نام نہاد علاج بذریعہ صدمہ پروٹینشی (protein shock therapy) ہے جس میں کسی غریب پروٹین کے دروں وریدی اثرات استعمال کئے جاتے ہیں مثلاً قولونی یا بحرئی جدرین (coli or typhoid vaccine) کے ڈکروڈ ۵۰۰ اکر وڈ (50 millions to 100 millions) یا ویٹے کے پھپٹون (Witte's peptone) کے ۱۰ فی صدی آبی محلول کے۔ اسی سی۔ اس سے مفاصل متورم اور دردناک ہو جاتے ہیں اور بالآخر حالت بہتر ہو جاتی ہے۔ اگر اولی مرکز نہ معلوم ہو سکے تو یہ طریقہ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ گندھک کے مرکبات کے دروں عضلی اثرات ابھی دئے جاتے ہیں۔ حال میں بعض امیابتوں میں ذہنی تجنیزات (الوکرارین: allochrysin) ساگت سال (solganol) ۶۰۱ سے لے کر ۵۔ وگرام کی مقبلا دروں میں تھوڑے تھوڑے دنوں کے بعد متدو نصاب کی صورت میں استعمال کرانے کی آزمائش کی گئی ہے اور اس میں کامیابی ہوئی

ہے۔ قسم سے احمر از شری، بلکہ قلعی القباب الجلد واقع ہو سکتا ہے، نیز التهاب کلیہ، التهاب المذمم اور اسپہال اور تے۔

اس نوعی علاج کے علاوہ جو مرض کو دور کرنے کے لئے ہوتا ہے، بعض عمومی تدابیر اور مقامی تدابیر ایسی بھی ہیں جو مخففات یا وقتی مسکات کی قسم سے ہیں اور جن پر غور کرنا چاہئے۔ جب تغذیہ ادنیٰ درجہ کا ہو تو غذا میں کمی یا روکنا چاہئے۔ اس کے برعکس جب تغذیہ اچھا ہو تو بعض اوقات ادنیٰ حرارہ والی غذا دینا فائدہ مند ہوتا ہے (8)۔ اور خاص کر جب دموی یورک ایسڈ بلند ہو تو پست بیورینی غذا بھی مفید ہوتی ہے۔ علاج بالکلبہ سے بھی کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں (8)۔ الکھلی شروبات کے اعتدال کے ساتھ استعمال کی اجازت دی جا سکتی ہے۔ مریض کو فلا لین کے لباس سے اچھی طرح لمبوس ہونا چاہئے، گرم خشک ہوائی کرہ تلاش کرنا چاہئے، اور غیرات پیش سے بچنا چاہئے۔ ان ضروریات کو پورا کرنے والے مختلف سحبت بخش مقامات اور معدنی چشموں والے مقامات نفع بخش پائے گئے ہیں، مثلاً بکسٹن (Buxton)، باعقہ (Bath)، ہیروگیٹ (Harrogate) اور اسٹراٹھ پیفر (Strathpeffer) انگلستان میں، اور ایٹس لیس بئس (Aix-les-Bains)، ایٹس لاشیل (Aix-la-Chapelle)، بیڈن بیڈن (Baden-Baden) اور ویس بیڈن (Weisbaden) بیرون انگلستان۔ داخلی استعمال کے لئے سنگیا پوری مقداروں میں، ایسپرین، سوڈیم نیپیل میٹ، گوانکال (gusiocol) آیوڈائیڈ آف آیرن اور جاتین الہ اور ذہن نفع بخش ہیں اور انھیں مناسب وقفوں کے ساتھ ہفتوں یا مہینوں تک جاری رکھنا چاہئے۔ بعض امیابوں میں علامہ درقہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مرض کے غلط درجہ میں خود مفاصل کو جانر میں آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے۔ صبیہ آیوڈین لگا سکتے ہیں۔

در درقع ہو جانے کے بعد دلک اور حرکات جمہول مقابل کی حرکت پذیری اور عضلی تغذیہ بحال کرنے میں مدد ہوں گے۔ دلک عمل میں لانے سے پہلے مفصل کو حرارت پہنچانا ایک اچھا طریقہ ہے، کیونکہ عرقی اتساع سے مفصل کی حرکت پذیری زیادہ ہوتی ہے، حقیقت یہ ہے کہ عرقی یا قلعی مشار کی کے عقمات کا جراحی طور پر امتیصال کرنے سے

جیسا کہ ریناؤڈ (Raynaud) کے علاج میں کیا جاتا ہے (6) "شفا ہوتا بیان کیا گیا ہے۔
ہسٹامین (histamine) کے اثرات بھی مفید ہو سکتے ہیں (7)۔ "غلیظ غسل (peat-baths)، غلیظ غسل (mud baths)، برقی روشنی کے غسل (electric light baths)، گرم ہوائی غسل (hot air baths)، گرم پانی کے غسل (hot water baths) اور گردابی غسل (whirlpool bath) استعمال کر سکتے ہیں۔ برقی حرارت رسانی (diathermy)، مسلسل گیلوانی رُو، کثرت تواتر (high frequency) اور سیلی بلک ردانات کے ساتھ روال رسانی کی شکل میں برقی کا استعمال کر سکتے ہیں۔ بعض اوقات آزادانہ حرکت پذیر مفصل کا حاصل کرنا غیر ممکن پایا جاتا ہے، ایسی صورت میں مفید ترین وضع میں مفصل کی نیبی جبارت حاصل کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔

نقرس

(gout)

یہ نام ایک قسم کے مفصل التهاب کو دیا گیا ہے، جو خون میں یورک ایسڈ کی زیادتی اور جوڑوں اور دوسری باخوں میں قلمی سوڈیم بانی یورسٹ (sodium biurate) کے جماؤ کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ مریضوں کی اکثریت میں پاؤں اور بالخصوص پاؤں کے انگوٹھے کے جوڑوں پر پہلے حملہ ہوتا ہے، اسی واسطے اس کا قدیم یونانی نام "نقرس پا" (podagra) درج ہے۔ لیکن ہاتھ کے جوڑا نقرس البس (chiragra) اور دوسرے جوڑے بھی بالآخر اور نسبت بہت کم عام طور پر پہلے مائوف ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ نقرس کا شدید توارث مشہور ہے، چنانچہ نقرس خاندان کی اولاد و اہل عمر ہی میں اس مرض کے حملوں کا رجحان رکھتی ہے جو متاثرہ بلا کسی سبب محرک کے شروع ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور اومیر عمر اور بڑھاپے میں ہوا کرتا ہے، اگرچہ بعض اوقات بیان کی ہوئی موروثی اصابتوں میں نہایت جلد یعنی بیس سال کی عمر ہی میں ظاہر ہو جاتا ہے، اور یہ ایسے لوگوں میں بھی دیکھا گیا ہے جو صرف آٹھ، نو یا بارہ سال کی عمر کے تھے۔ یہ

امراض کا مرض سمجھا جاتا ہے جس سے غریب محفوظ رہتے ہیں۔ لیکن یہ سچ نہیں کیونکہ یہ اکثر چھٹا
 تمثیلی شکل میں ہمتالی مریضوں اور دوسرے مفلوک الحال اشخاص میں دیکھا گیا ہے۔
 دولت کا اثر غذا سے متعلق ہوتا ہے جو ایک نہایت اہم تعبیری عامل ہے اور غذا کی
 کثیر مقداروں کا ادخال بالخصوص اُن اقسام کا جو پیورین اجسام کی زیادتی رکھتی ہوں
 اور ان کے ساتھ الکھلی شرا میں بھی پینا براہ راست خون اور بافتوں کی وہ حالت
 پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہے جو نقرس کی اصلی بنیاد ہے۔ الکھلی مشروبات میں مالٹ کی
 شرا میں اور نشہ توئی ترانگوری شرا میں مثلاً پورٹ اور شیر کی کثرت کردہ اسپرٹز کے
 نسبت زیادہ مضر معلوم ہوتی ہیں۔ کثرت غذا کے اثرات میں قعودی زندگی سے زیادتی
 ہو جاتی ہے اور بالعموم کوئی پیشہ اُسی نسبت سے مضر ہوتا ہے جس نسبت سے کہ وہ
 کثرت غذا پر مائل کرتا یا قعودی زندگی اختیار کرنے پر مجبور کرتا ہے۔ عفونت بالخصوص
 عفونتِ دندان سے نقرس کی استعداد پیدا ہوتی ہے نیز ان پیشوں یا کاموں سے
 جو کام کرنے والوں کو رصاصی قسم (lead intoxication) کا ہدف بناتے ہیں (مثلاً
 جو صفحہ 587-1) ایسے افراد میں جو اس کی استعداد رکھتے ہیں، یا جن میں اس کے مظاہر
 پہلے ظاہر ہو چکے ہوں، غذائی بے احتیاطیوں کی زیادتی سے، یا اس سخت ترین
 باقاعدگی کے ترک کر دینے سے جواب تک ضروری ثابت ہوئی تھی اور تشویش اور
 دماغی افکار سے، اس کا حملہ ہو جانا ممکن ہے۔ نقرس کا حملہ ایک متفرق مفصل پر زیادہ
 آسانی کے ساتھ ہو جاتا ہے اور خیال کیا جاتا ہے کہ پاؤں کے انگوٹھے کے قعد
 مشطی سلاخی (metatarso-phalangeal) مفصل پر جوتے کا دباؤ پڑنا اس مفصل پر
 اس کے حملے کا امکان پیدا کر دیتا ہے۔

مرضی تشویش - مزمن نقرس میں مفصلی تغیرات بالعموم عظمیٰ مفصلی التہابی
 قسم کے ہوتے ہیں گو کہ یہ لازمی نہیں ہے کہ ہمیشہ ایسا ہو۔ لہذا مرضیاتی تغیرات
 پیشتر بیان کردہ تغیرات سے ملاں ہوتے ہیں اور اس کے علاوہ اہم بات یہ ہے کہ
 مفصل کے ترکیبی عناصر میں سوڈیم بائی یوریت کے جماؤ واقع ہوتے ہیں۔ مفصلی غصہ
 غشا ارتلائی اور کیسہ میں اور گرد مفصلی مانتوں میں یوریتی (uratic) جماؤں کے
 علاوہ سوڈیم بائی یوریت کی قلوں کے اجتماعات بسا اوقات زیر مفصلی شکل یافتہ ہیں

دوبری فضاؤں کی تسبیہ کئے ہوئے رقبہ جات کے اندر جاگزین پائے جاتے ہیں۔ یہ سبہ اجتماعات ہڈیوں کی سطح پر بھی ہو جاتے ہیں، جہاں وہ غلظتی نوات سے یا تیز مہر ویا سے جو ہڈیوں سے نکلے ہیں، جزو نگہ سے ہوئے ہوتے ہیں۔ درجہ کو ذری غلظت غصروف الاذن، یا ان حصوں کی جلد میں بھی جو مفاصل کے مین اوپر نہ ہوں، آسانی تغیراتی یوریت کی فلموں کا اجتماع ہی ہوتا ہے۔ متشی اساقوں میں دوسرے مفاصل پر بھی حقیقی نقرسی جٹاؤ پایا گیا ہے، مثلاً نخاعی سحایا پر اور دمنی کے سحایا پر۔ نقرس میں اکثر ملاءب الشرائین (arteriosclerosis) اور اولی متقیض کردہ (contracted kidney) موجود ہوتا ہے۔

کیمیائی امراضیات - بول کا یورک ایسڈ و مقبوعوں سے اخذ ہوتا ہے۔ (۱) غذا کے پیورین اجسام سے (بڑوں زاد) - یہ ادے (زہنیں) یا پیورینتین، وغیرہ) جائے قبوہ، کو کو، تمام خلیات کے نواتوں میں شمول ہوتے ہیں، البتہ ایہ گوشت، خضیوں یا جانوروں کے البلب یا دوسرے خلوی اعضا میں موجود ہوتے ہیں۔ اس منبع سے اخذ شدہ پیورینز سب کے سب یورک ایسڈ کی حیثیت سے نہیں خارج ہوتے۔ ان کی بڑی مقدار جسم کے اندر تلف ہو جاتی ہے۔ تاہم ایسی قوی افندی کی بڑی مقدار کے استعمال سے بول کے اندر یوریش کی مقدار کی بہت زیادتی ہو جاتا ہے۔ (۲) جسم کی بافتوں کے خلیات کی شکست و ریخت سے (دماوں زاد) - اگر کوئی شخص مسترا از پیورین غذا استعمال کرے، پیسے، روٹی، مہری، دودھ کے حاصلات اور انڈوں پر مبر کرے، تو اس کے بول کے اندر کا یورک ایسڈ خالص طور پر دروں زاد ہوتا ہے۔ اور چونکہ یہ اس قسم کی غذا کے استعمال پر ایک غیر متعین عرصہ تک مقدار میں ستر رہتا ہے، لہذا اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ جسم پیورینز کی ترکیب پر قادر ہے۔ ممکن ہے کہ ہسٹیدین (histidin) اور آر جینین (arginin) ایک منبع ہو (Hopkins and Aekroyd) یہ بھی پایا گیا ہے کہ دروں زاد یورک ایسڈ ایک تقریباً معرا از پروٹین غذا پر کم ہو کر تقریباً نصف رہ جاتا ہے (۱) اور اسی طرح معرا از کاربوڈیٹریٹ غذا کے استعمال سے بھی (۲)۔ لیکن آخر الذکر حالت میں دمای یورک ایسڈ بلند ہو جاتا ہے، جو ممکن ہے نقرس کے حملہ کا محرک ہو۔

نقرس میں خون کے اندر یورک ایسڈ کی زیادتی ہوتی ہے۔ یہ سب سے پہلے آتے۔ بی۔ گیزرڈ (A. B. Garrod) نے اپنے "خیطی امتحان" ("thread test") کے ذریعہ بتلایا۔ اس کی ترکیب یہ ہے کہ ایک چھالے سے دو ڈرام مصل لے کر اسے ایک اچھے گھڑی کے شیشے میں رکھ دیں اس میں آئینک ایسڈ کے ۱۰ یا ۱۲ قطرے ملا دیں اور مصل کے اندر تین یا چار دھماکے رکھ کر اسے معمولی تپش میں تیس یا چالیس گھنٹے طویل رکھ دیں۔ اس عرصہ کے انتقام پر اگر ان دھماکوں کا خوردبین کے نیچے امتحان کیا جائے تو ان پر یورک ایسڈ کی قلیں بنی ہوئی پائی جائیں گی۔ ایک طبی شخص کے خون میں یورک ایسڈ ۲ ملی گرام فی صدی تک موجود ہوگا۔ نقرس کے حملے سے پہلے قدر کم تا ۱ ملی گرام فی صدی ہوگی۔ لیکن اس اعلیٰ عدد کے باوجود بول میں خارج شدہ یورک ایسڈ کی مقدار درجہ طبی کے نسبت کم ہوتی ہے۔ مزید برآں اگر ایک نفرسی شخص کو غذا میں پوریئر دئے جائیں تو بول کے اندر ان کا اخراج ہونے میں بڑی تاخیر ہو جاتی ہے۔ اس سے مترشح ہوتا ہے کہ گردے کی اخراجی قوت کا فشل ہی خون کے اندر یورک ایسڈ کی زیادتی کا سبب ہے۔ نقرس کے حملے کے ساتھ بول کے اندر یورک ایسڈ کا اخراج یکایک زیادہ ہونے لگتا ہے اور یہ اخراج حملہ کے دو مہرے یا تیسرے دن اپنے اعظم درجہ پر پہنچ جاتا ہے۔ ساتھ ہی ہڈیوں اور دیگر مقامات پر یورینی جماؤ واقع ہوتے ہیں۔ خون کے اندر یورک ایسڈ کم ہو جاتا ہے۔ یہ پائانگیا سہ ہے کہ سینکوفین (diphenyl- (cinchophen) نقرس کے حملوں کو روک دیتا ہے جس کا طریقہ یہ ہے کہ وہ بول کے اندر یورک ایسڈ کے اخراج کو زیادہ کرتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی خون اور ہاتھوں میں یورک ایسڈ کی مقدار کم ہو جاتی ہے (Folin)۔ اگر نفرسی شخص کو پیورین خدائیں دی جائیں تو اس سے یورک ایسڈ کے اخراج میں بھائی آسانی پیدا ہوتی ہے۔ یاد رکھنا چاہئے کہ خون کا یورک ایسڈ بیش و موات (leukemia) اور شیشہ التهاب گردہ جیسے امراض میں زیادہ ہو سکتا ہے جن میں نفرسی حملے غیر موجود ہوتے ہیں۔ چنانچہ نقرس صرف اسی سبب کے باعث نہیں ہو سکتا۔ اس کے علاوہ کوئی مزید سبب ماقبل ہونا چاہئے۔

نقرس کے مادہ فعلی التهابات سوڈیم بائی بوریت کے قلمی جماؤ کی خراکش سے

منسوب کئے جاتے ہیں جو بانٹوں میں پایا جاتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ حشائی جملے بھی اسی باقی یوریت کی قلموں کے کم از کم عارضی جماؤ کے باعث ہوتے ہیں۔

علامات۔ نقرسی حملہ۔ مریضوں کی اکثریت میں نقرس پہلے ایک مادہ التهاب کے حملہ کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے جو ایک پاؤں کے انگوٹھے کے بعد مٹھی سلامی مفصل میں ہوتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں مختلف تنبہبی علامات دیکھنے میں آتے ہیں۔ بیض میں صحت یا شگفتگی کا ایک غیر معمولی احساس ہو سکتا ہے۔ لیکن زیادہ اکثر مندرجہ ذیل علامات ہوا کرتے ہیں:- دماغی یا ذہنی اشتغاض تین دن میں نفل عجیب و غریب احساسات، کھمبلی، یا جوارح میں اینٹھن۔ طنین الاذن۔ کثرت رقیق درمعدہ، قے، یاریحیت۔ بول کی مقدار اور رنگ میں تغیر جب کہ بول زیادہ تر قلیل المقدار ہوتا ہے اور اس میں یوریس جم جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ علامات ایک یا دو دن تک تکلیف دہ رہے ہوں اور پھر مریض پاؤں کے انگوٹھے کے درمیان سے عموماً دو سبکے رات کے قریب جاگ اٹھتا ہے۔ درد زیادہ تکلیف دہ ہوتا جاتا ہے اور مریض کو چین مانا غیر ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ہی قدرے سردی محسوس ہو بلکہ تشعیرہ ہو کر کچھ بخار ہو جائے۔ چند گھنٹے سخت تکلیف دہ درد کے بعد اس میں تاخیر تخفیف ہو کر مریض سو جاتا ہے۔ پھر جب وہ جاگ اٹھتا ہے تو ماؤف مفصل کو تسخیر اور تورم پاتا ہے۔ یہ مفصل نہایت الیم ہوتا ہے۔ اس کی جلد تیدہ اور جگہ ارموتی ہو اور اگر اسے چھوا جائے تو دبانے سے اس میں قدرے تنقیر ہو جاتی ہے۔ اس پاس کی وریدیں قدرے پھولی ہوئی ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ دن میں مریض کو سخت درد نہ ہو مگر شام کے قریب تمام ابتدائی علامات کمر نمودار ہو جائیں ہیں یعنی شدید درد اور کسیدہ عمومی تعامل جن میں مساج کے قریب قدرے تخفیف ہو کر اس کے بعد کی رات میں پھر زیادتی ہو جاتی ہے۔ مفصل کا ورم جاری رہتا ہے اور پاؤں سے اور کچھ فاصلہ تک جلدی بانٹوں میں پھیل جاتا ہے۔ رنگ ماند قائم سرخ ہو جاتا ہے۔ بالآخر التهاب کم ہوتا ہے اور یہ پانچ سے دس یا پندرہ دن میں ہوتا ہے اور جلد کا نقشہ ہو کر بڑے اور موٹے جھکے اترتے ہیں اور تدریجاً اس کا رنگ معمولی ہو جاتا ہے بستی اساتوں میں ایک یا دو پاؤں جھکیوں کے ناخن گر سکتے ہیں۔ لیکن اس کے برعکس خفیف حملوں میں نقشہ

نہیں واقع ہوتا۔

مریض کی عام حالت خفیف حموی تعامل کی ہوتی ہے، جس کے ساتھ کم پیش خلل جسدہ بھی ہوتا ہے۔ پیش زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ پیش پیلا اور جہ یکم پہنچ جائے، لیکن سشاذ ہی ۱-۲ اور جب تک بلند ہوتا ہے اور پھر وہ بھی تھوڑے عرصہ کے لئے۔ زبان پر موٹی فرجی ہوئی ہوتی ہے، مریض کو اشتہا نہیں ہوتی، لیکن پیاس کی زیادتی تسلی اور شراییف میں عمدہ کا احساس ہوتا ہے، اور وہ قبض زدہ بھی ہوتا ہے۔ حاد حملے کے ہمراہ التهاب وریدی اور ویدوں کی علقیہ ہونا عام ہے، اور اگر گردے مرضی میں تو یوریا دیویت بھی واقع ہو سکتی ہے، اور عموماً کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی متعدد کثرت بھی ہوتی ہے۔

نقرس کا حملہ ختم ہونے پر مریض کی طبیعت اکثر اتنی اچھی ہوتی ہے کہ جیسی پہلے عرصہ دلاز تک نہ تھی۔ اور بالعموم کئی ماہ بلکہ دو تین یا زیادہ سال تک اس حالت کو یاد دلاسنے والی کوئی بات پیش نہیں آتی۔ دوسرا حملہ اسی مفصل میں ہو سکتا ہے جس میں پہلے ہوا تھا اور تقریباً ہو ہو اسی کا شفی ہوتا ہے۔ یا وہ مقابل پاؤں میں یا ایک ٹخنے یا کلائی یا ہاتھ میں ہو سکتا ہے۔ تیسرا حملہ اکثر اس سے کمتر وقفے کے بعد ہوتا ہے کہ جتنا پہلے اور دوسرے حملے کے درمیان پایا گیا تھا، اور جوں جوں وقت گزرتا ہے سکون کے وقفوں کا طول کم سے کمتر ہوتا جاتا ہے۔ آخر کار ایک یا کئی حملوں کے بعد بہت سے مفصل ماؤف ہو چکے ہیں، اور متواتر حملوں سے ان میں ایسے تغیرات ہو جاتے ہیں جن سے متعدد تشوہ پیدا ہو جاتا ہے، چنانچہ پرانا نقرسی مریض تقریباً سیطرح اپانج ہو جاتا ہے جس طرح کہ رشیث آما التهاب مفصلی (rheumatoid arthritis) کا مریض۔

جب مرض اس درجہ تک پہنچ جائے تو یہ فی الحقیقت مزمن نقوس (chronic gout) ہے۔ اگر ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کے چھوٹے مفصل اکثر پہلے ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ بالآخر اطراف کے تمام مفصل نقرسی جہاں کامل وقوع بن جائیں مگر شاذ اہ کو لہذا اکثر کم تر ماؤف ہوتے ہیں۔ ہاتھ کے مفصل بڑے ہو جاتے ہیں اور وہ خمیدگی یا بسط شدگی کی مختلف اوضاع میں کم و بیش کج کر سخت ہو جاتے ہیں، اور شدید اساتوں میں انگلیاں ہاتھ کی زندگی جانب کو منحرف ہو جاتی ہیں۔ اسی طرح

مکن ہے کہ پاؤں کے پائی (talipes) کی حالت میں جہم کر سخت ہو جائے، یا گھٹنا اور کچلی نیچے وضع میں جم جائے۔ مفصل کے گرد کاورم اکثر سفید جھاؤں کی موجودگی کی وجہ سے اور بھی بڑھ جاتا ہے، جھکوسنگنے (tophi) کہتے ہیں جو ابتداً پتلی جھکدار جلد کے نیچے قریب ہی واقع ہوتے ہیں اور ساتھ ہی دلوں کی وریدیں مسح ہوتی ہیں۔ لیکن مکن ہے کہ بالآخر جلد پھٹ کر یہ ملائی یا کھریا مٹی جیسا جماؤ ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا خارج ہو جائے، یا زیادہ شاذ اصابوں میں اس جماؤ کے گرد قلعہ واقع ہو کر اس کا اخراج زیادہ جلد واقع ہو جائے۔ یہ سنگینے اوقات مفصل تک ہی محدود نہیں۔ یہ متصل انگلیوں کی جلد کے نیچے ڈر جھکوں میں (مثلاً رتج کے اوپر) اوتار میں اور اکثر بارکان کے گوش پیچہ کی کڑی میں دیکھے جاتے ہیں۔ اگر ان میں سے کسی ایک جماؤ سے نکلے ہوئے ملائی جیسے رس کا امتحان خرد بین کے نیچے کیا جائے تو وہ کثیر التعداد دقیق سوزن نماتلوں سے بنا ہوا پایا جائے گا جو بیشتر سوڈیم یاٹی یوریت سے بنی ہوئی ہوتی ہیں جس کے ساتھ کیلیم یوریت یا فاسفیٹ اور سوڈیم کلورائیڈ کا تھوڑا تناسب ہوگا۔

بعض اوقات نقرس تحت الحاد بلکہ مزمن مفصلی التهاب کی شکل میں دو یا زیادہ مفصل میں واقع ہوتا ہے جس میں پاؤں کے انگوٹھے یا ہاتھ میں کوئی سابقہ حادثہ نہیں ہوتا۔ اس میں اکثر جاذبیت کے کثیر مفصلی التهاب سے نام مشابہت پائی جاتی ہے۔ علاوہ ازیں تیشلی ریشیت آسامفصلی التهاب (rheumatoid arthritis) کی بعض اصابوں میں دموی یورک ایسڈ بلند درجہ پر پایا جاتا ہے جو غالباً نقرسی سبب کا ہوتا ہے۔

”بقاعد لا نقرس“ (irregular gout) کے عنوان کے تحت بعض ایسے اختلالات داخل ہیں جو نقرسی اشخاص میں مکن الوقوع ہیں مگر جن کا درختیت اس مرض سے کوئی تعلق نہیں۔ یہ جب ذیل میں:۔ مدی اور دموی نازلت، شعبی التهاب، التهاب طحمت، التهاب قزحیہ، مجری بول کا نقرسی التهاب (جوابیٹین : Ebstein کی رائے کے مطابق جریان مذی : prostaticorrhea ہے)، التهاب العصب، کبیرہ جگر (cirrhosis of the liver) اور مزمن اکزما (chronic eczema)۔

تشخیص۔ تیشلی نقرسی حملہ جرات کے وقت پاؤں کے انگوٹھے میں ہوتا ہے،

شاذ ہی کسی دوسری چیز کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ حاد سرایت (acute rheumatism) سے اُس کی تفریق ایک مفصل کے سیاہ سرخ، چمکاؤندہ ورم اور عام پسینہ لگنے اور حقیفہ بینی اختلال سے ہوتی ہے۔ بعد کی علامتیں جن میں بہت سے مفصل ناؤف ہو جاتے ہیں زیادہ قریبی مشابہت ظاہر کرتی ہیں۔ نفرس میں عموماً منفرد مفصل کے متعدد سابقہ حملوں کی سرگزشت ہوتی ہے اور تپ یا پسینہ اس سے کمتر ہوتا ہے کہ جتنا شیت میں۔ لیکن خود مفصل کی حالت پر اس قدر اعتماد نہیں کیا جاسکتا جس قدر کہ ابتدائی حملوں میں کیا جاسکتا تھا۔ نفرس میں ہاتھ کی پشت کا روم اور سرخی ایسی ہو سکتی ہے جو پھوڑے سے شاہ ہو، لیکن توجہ شاذ ہی مفصل ہو سکتا ہے اور سرگزشت ایسی ہوتی ہے جو بیشتر غلطیوں سے محفوظ رکھتی ہے۔ متعدد نفرس سے تفعیج الدمہ (pyæmia) کا گمان پیدا ہو سکتا ہے، لیکن آخر الذکر شیت سر سے زیادہ شدید اور عام اختلال زیادہ نمایاں ہوگا۔ تمام اصابتوں میں سنگینوں کے لئے کاؤن کا امتحان کرنا چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو سنگینہ کے کچھ حصہ کا خورد بینی امتحان کر کے دیکھنا چاہئے کہ سوڈیم بائی یوریت کی تھلیس موجود ہیں یا نہیں، یا بیوریکسٹڈ والا کاشفہ (murexide test) کرنا چاہئے۔ مشکوک اصابتوں میں طریقہ فولین (Folin's method) سے خون کے یورک آئیڈ کی تخمین کی جاسکتی ہے۔ اسکی ادنیٰ قدر نفرس کو خارج از بحث کر دیتی ہے، لیکن اگر قدر بلند ہو تو اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ نفرس ضرور موجود ہے۔

مزمن طور پر ناؤف مفصل کا شعاع بخاری امتحان مفید ہو سکتا ہے۔ چونکہ سوڈیم یوریت لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مفصل کے قرب وجوار میں صاف رقبہ دیکھے جائیں۔ اُن کی کوریس ایسی واضح طور پر نمایاں ہوتی ہیں گویا کہ وہ سنبہ کئے ہوئے ہوں اور یہ رقبہ اکثر گول ہوتے ہیں اور اُن کی جسامت چوبیس سے گئے مکہ کے برابر تک ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مفصلی سطح میں چھوٹے قدری سورخ نظر آئیں۔ ہڈی کی ساخت متغیر نظر آ سکتی ہے اور ممکن ہے کہ خلط ہر قاعدہ ہوں اور ہڈی کی شکل مشوہ ہو۔ یہ اُس خراش سے مشوب کیا جاتا ہے جو یورک آئیڈ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ ہڈی کی پوری سے انگشت نمائندآت یا نوج نیکلے ہوئے نظر آ سکتے ہیں



یہ شعلہ ششیتہ نقرس کی تصویر پیش کرتی ہے۔ دائیں ہاتھ کی دوسری تیرہ اور چوتھی انگلیوں کے قریبی مفاصلات کی پوریوں میں داخل الموم اور ملامت رتچہ نعلوں میں پکڑتے ہوئے ہیں۔ کبھی کبھی ششیتہ نقرس کے ہاتھ کو کئی قومی اور پانچویں، چھٹویں کی دوسری اور تیسری مفاصلات کے درمیان اچانک یا نیم انگشت کی پکائی اور دوسری مفاصلات کے درمیان منسلک سولہویں رتھ کی لائن کے بغیر نہیں۔ یہ یوں رتھ سے انگشت نامی حرکت غرضتہ جیسا۔ اگر نگر جائے گا کہ ایک ایک کی حرکت ہے۔

(ملاحظہ ہو صفحہ ۴۴)۔

انتدار۔ نقرس ایک بار ظاہر ہونے کے بعد مکرر ہونے کا امکان رکھتا ہے، سناو قسٹیک وہ غذائی اور دوسرے حالات نہ بدلے جائیں کہ جن سے وہ پیدا ہوا ہے۔ اگر وہ اور عمر میں لاحق ہوا اور معقول علاج ہو تو ممکن ہے کہ وہ زندگی گزیرا دے کو تاد نہ کرے۔ اُس کے ساتھ واقع ہونے والی شریان فی صلابت اور اولی متقبض گزیرا (primary contracted kidney) خطرناک ہو سکتے ہیں۔

تھرمیٹر۔ غذا ہمیشہ معتدل مقدار میں یعنی چاہئے۔ بہت سے مریض مد سے زیادہ فریب ہوتے ہیں، چنانچہ اُن کے لئے وزن کا کم ہونا مفید ہوگا۔ پروٹین اور کاربوہائیڈریٹ دونوں قسم کی تغذیہ کی کمی عموماً فائدہ مند خیال کی جاتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم ہے کہ ایسی غذا منتخب کی جائے جس میں پیورین اجسام کی اقل مقدار ہو، کیونکہ ان کو مشمول رکھنے والی غذا سے نقرس کا حملہ جلد ہو جاتا ہے۔ نہایت قلیل پیورین شامل رکھنے والی غذا میں جب ذیل ہیں:- دودھ، اندے، مکھن، پنیر، میدے کی روٹی، چانول، ساگو، پھل، کرم کدہ، کاہو، گو بھی اور آلو۔ بہت مقدار میں پیورین شامل رکھنے والی غذا میں جن سے پرہیز کرنا لازم ہے، حسب ذیل ہیں:- کوکو (cocoa)، چاکولیٹ (chocolate)، جو، جئی کا آٹا، لحمی غذا میں جن میں سور کا بے چربی کا گوشت، نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا، سور کی ٹیکس، دھوئیں میں پکائی ہوئی ران، اور بہت سے اعضا شامل ہیں۔ ان میں بعض غذاؤں میں آگزلیٹز (oxalates) بھی موجود ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 508)۔ لہذا ان سے پرہیز ضروری ہے۔ انہوں کے متعلق بھی آج ہی جب پیورین کی اقل مقدار تک گھٹا اضطور ہو، تو مندرجہ ذیل اشیاء جن میں پیورینوں کی معتدل مقدار موجود ہے لی جاسکتی ہیں۔ سور کا چربی دار گوشت، نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا، بھیڑ یا بکری کے گوشت کے فیسے کے تے ہوئے کباب، سور کا نمٹا ہوا گوشت، زبان، دھیمی، آج پر پکائی ہوئی اور بھجڑی، بیسہا، شاد بلوط کا پھل، اسپرگس (asparagus)، پھلی کا اچار، سٹر، جئی کا آٹا، پھلیاں، برسلس سپر وٹز (Brussels sprouts)، سور مولیاں، پاکٹ کھٹی گھاس (sorrel)، رس بھریاں (raspberries)، ریوند، شخصی خصائص کا لحاظ بھی ضروری ہوگا تاکہ سودہ منہم نہ ہونے پائے، اور اس شرط کے ساتھ چربی بھی اعتدال کے ساتھ لے سکتے ہیں۔ نقرس کا رجحان

رکھنے والوں کے لئے بہترین یہی ہے کہ ہر قسم کی الکحل سے پرہیز کریں۔ ٹنکی سیدھا گوری شراب سب سے کم ضرر ہوتی ہے، یا عمدہ برانڈی یا ڈسکی کی تھوڑی مقدار جسے خوب مرتق کر لیا گیا ہو۔ ذیابیطس کی طرح اس مرض میں بھی چیز کو میٹھا کرنے کے لئے نیکرین (saccharin) کا استعمال سودمند ہے۔ مہتم اور تشل کی ترقی کے لئے ورزش کا فائدہ کافی طور پر مشہور و معروف ہے۔ تھوڑی یا مالح میاہ کارآمد ہیں، اور اس سے بھی زیادہ کارآمد ایسے معدنی چشموں والے مقامات کی رہائش ہے جہاں پانی کے اثر کے ساتھ منظم غذا تازہ ہوا اور فرحت بخش ماحول بھی حاصل ہو سکتا ہے۔

565

سینکوفین (cinchophen) [جس کے تجارتی نام اٹوفان (atophan) اگوتان (agotan)، فینو کوئن (phenoquin) اور کوئوفان (quinophan) ہیں] نقرس کے حملوں کے حفاظتاً تقدم کے لئے نہایت مفید دوا ہے۔ یہ ہر ہفتے میں تین دن تک کھانے کے بعد روزانہ تین مرتبہ ۵ گریں کی مقدار میں دیا جاتا ہے۔ اگر معدی فراش ہو، تو سوڈیم بائی کاربونیٹ، ۵ گریں ہر زمان طور پر دے سکتے ہیں۔ غذائی کثرت سے کاربوائیڈ ریٹ وجود ہوئے چاہئیں۔ سینکوفین کا تسیم اب خوب معلوم ہے اور اس کے علامات ارسینو نزال کے قسم (جو ملاحظہ ہو) کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ مگر کے حادثہ سے ہونے والے سہی یرقان کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، اور نہایت ہی عام ہے، لیکن التهاب الدماغ کے علاوہ تمام ابتدائی سہی اثرات کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے عارضی البیون بولیت پائی جائے (12، 18)۔ سلی سیلیٹس (salicylates) اور سوڈیم بنیزوئیٹ (sodium benzoate) بھی چٹا میں یورک ایسڈ کے اخراج کو بڑھانے میں اسی طرح عمل کرتے ہیں۔ اسرار کے عمل کو بھی آزادانہ ترقی دینی چاہئے۔

علاج۔ مادنقرس میں مائوف پاؤں کو اوپر اٹھا ہوا رکھنا چاہئے، اور اگر پیش صاحب فراش نہیں ہے تو اس پاؤں کو ایک کرسی یا کوئی پر سہارا دینا چاہئے۔ اسے نرم روئی میں لپیٹ دینا چاہئے، اور شدید امواتوں میں کوئی واضح درد لاحق جیسے کہ نفع کا مروح (belladonna liniment)، صغیفہ پھیناگ (tincture of aconite) صغیفہ انیون، یا آیلروپن اور مارفیا کا غسل ایک نال پر چھڑک کر پہلے سے پاؤں پر لگایا

جاتا ہے اور پھر ایک رومن زہر ریشمی کپڑا یا تپلا کٹا پرچا (gutta-percha) سب کے اوپر رکھ سکتے ہیں۔ جو ٹکوں گرم پولٹوں اور ہر فانی لاستیات سے احتراز کرنا چاہئے۔ کم عمر بچوں میں غذا کو دودھ اور نشاستہ دار غذا یہ تک محدود کر دینا چاہئے، لیکن زیادہ عمر اشخاص اور ان اشخاص کو جو سابقہ حملوں کی وجہ سے نڈھال ہو چکے ہوں، غذا زیادہ فیاضانہ دی جاسکتی ہے، مگر پھر بھی اسے زیادہ تر سیال اور زود ہضم ہونا چاہئے۔ اگر ممکن ہو تو اکمل سے قطعی پرہیز کرنا چاہئے۔ دوا از سورنجان (cochicum) بیشتر امالتوں میں یقینی اثر رکھتی ہے۔ اس سے نیند یا ہسینہ کی شکل میں ۲۵ تا ۱۵ قطر کی مسادوں میں ہر چھپے یا چوتھے گھنٹے پوٹاسیئم بائی کاربونیٹ یا سائٹریٹ یا الیمیم سائٹریٹ کے ساتھ ملا کر دے سکتے ہیں۔ بہت مفصل کی حالت میں تخفیف پیدا کرنے کے لئے ٹکوفین بے کار محض ہے۔ آنتوں کو کیلومیل (calomel) سے قاعلی رکھنا چاہئے۔ اگر درد نہایت شدید ہو تو مار فیا تحت الجذرا شراب کے ذریعہ یا داخلی طور پر دیکھتے ہیں۔

بیش پروتھی ریوی عظمیٰ و العفصل

(HYPERTROPHIC PULMONARY OSTEOARTHIROPATHY)

ماقہ کی انگلیوں کی گرز شکلی اس مرض کا ابتدائی ترین درجہ ہے۔ انگلی کی انتہا متورم اور گول ہو جاتی ہے۔ ناخن بڑا ہو کر معمول کے نسبت زیادہ محدب ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ صرف ترم حصے ماؤف ہوں، لیکن سلامی اکثر چوڑی اور موٹی ہو جاتی ہے۔ کامل نمو یافتہ بیش پروتھی ریوی عظمیٰ و العفصل میں انگلیوں میں گرز شکلی کے ساتھ جوائے کی ہڈیوں کی کلائی بھی واقع ہو جاتی ہے، بالخصوص ہاتھوں اور پاؤں کی ہڈیوں کی اور لمبی ہڈیوں کے بعدی سروں کی۔ ممکن ہے پہلے مفاسل میں اگر دبو کر بعد میں انصباب واقع ہو جائے۔

گرز شکلی امالتوں کے دو گروہوں میں واقع ہوتی ہے :- (۱) ان لوگوں جو بڑی اونچائیوں پر رہتے ہیں مثلاً اینڈیز (Andes) میں (۱۱) یا جو قلمتہ

آکسیجن کی دوسری حالتوں میں مبتلا ہوں، جیسے کہ مزمن ریوی مرض، مثلاً لیفی شش (fibroid lung)، سہل ریوی نفاخ اور تمدد الشعب (bronchiectasis) میں نیز وائی فو بالیدوں (mediastinal new growths) میں، انفراسائے تحت الترقوہ ورید کے انضغاط میں، جب کہ ایک جانبی گرز شکلی پالی گئی ہے، میٹ ہیموگلوبین و سوسیت (methaemoglobinemia) یا سلف ہیموگلوبین و سوسیت (sulphaemoglobinemia) میں اور میدائشی مرض قلب اور سٹازموورقوں میں اکتسابی مرض قلب میں۔

(۲) اس گروہ میں مختلف الانواع اصابتیں کبہ الکبد (cirrhosis of the liver) ساری التهاب دروں قلب (infective endocarditis)، سرطان المرئ (carcinoma of the oesophagus)، بوابی ضیق (pyloric stenosis) وغیرہ شامل ہیں۔ اولی سبب کے دور ہونے پر گرز شکلی غایب ہو گئی ہے۔ امراضیاتی اور سایہ نگاری مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ نو یافتہ ریوی غشی دار المفضل میں لمبی ہڈیوں کے گرد عظمہ بالخصوص عظم کبریٰ زیریں لٹ ذندئی تعبئہ شغلیہ بعد رستی ہڈیوں بعد مشغلی ہڈیوں اور ہاتھ اور پاؤں کی قربی اور وسطی سلامیات کے گرد عظمہ کے نیچے نئی ہڈی کا ایک ہلکا سا جھاؤ ہو جاتا ہے۔ یہ جھاؤ ایسا ہوتا ہے کہ جس سے ہڈی کے قربی اور بعدی سروں کے درمیان کا انخساب پُر ہو جاتا ہے اور جیسا کہ مثلاً بعد رستی ہڈی کی حالت میں ہوتا ہے، درمیانی حصہ سروں کی نسبت زیادہ موٹا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات مفصل دکلائی اور شخوں کے جوڑا و برین سلامیات مفصل میں کستال موجود ہوتا ہے، اور ان کی زلانی جھلی موٹی پڑ جاتی ہے۔ ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کی گرز شکلی میں اولی تغیر ہوتا ہے کہ ناخن اور سلامی کے درمیان کی بافت میں اذیماء واقع ہو کر تعالیٰ بافت کے ریشکوں کو ایک دوسرے سے جدا کر دیتا ہے (10)۔ آخری درجوں میں کس کی جگہ چربی اور لیفی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدائی اصابتوں میں انگلیوں کی جانبوں کو تھوڑے عرصہ تک دبائے کے بعد ناخن کے قاعدے کو دبائے پر ایک وحلی احساس ہوتا ہے، گویا کہ ناخن ایک گھاٹھے سیال پر رکھا ہوا ہے۔ کس اذیماء کے پیدا کرنے میں غالباً دو عوامل کار فرما ہوتے ہیں یعنی آکسیجن سے شربانی خون کی عدم سیرئی اور محیطی رکود۔ اصابتوں کے دوسرے گروہ میں انگلیوں کی گرز شکلی کی توجیہ اس طریقہ پر بمشکل کی جا سکتی ہے۔

عدم نمو غضروف

(ACHONDROPLASIA)

یہ ہڈیوں اور کڑیوں کا ایک پیدائشی مرض ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بالائی متقل طور پر مختصر جاتی ہے اور دوسرے تشوہات بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ دروں افزائی غد میں کوئی قابل منظرہ تغیر نہیں پایا گیا۔ اس کی موروثی نوعیت (بعض اوقات یہ ایک نسل بیچ میں چھوڑ کر ظاہر ہوتا ہے) زیادہ ایک ورثہ میں حاصل کئے ہوئے بافتی نقص کی تائید میں ہے۔ پیدائش کے وقت جوارح بالخصوص اپنے بالائی نقصوں میں غیر معمولی طور پر چھوٹے پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ پورے وزن کا ہو مگر اس کی بالیدگی سست ہوتی ہے، جوارح کا چھوٹا پن قائم رہتا ہے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قد چھوٹا ہوتا ہے، اگرچہ عموماً فقرات کا طویل طبعی ہوتا ہے۔ سر پر بڑا نکلے ہوئے ہوتے ہیں جس سے فٹا کا منظر پیدا ہو کر بیخ چال پائی جاتی ہے۔ سر عموماً بڑا، کبیکد کسا حتیٰ سر جیا ہوتا ہے جس کے ساتھ پیشانی نمایاں اور ابھری ہوئی لیکن ناک کا پائے بیٹھا ہوا ہوتا ہے۔ جوارح اکثر عرضی فجہ سے ظاہر کرتے ہیں گو یا کہ نرم سے ہڈیوں کے مقابلہ میں زیادہ لمبے ہیں۔ ہاتھ ایک مخصوص و ممیز تشوہ ظاہر کرتے ہیں اور وہ یہ ہے کہ جب پنجہ کھلا ہوا ہو تو انگشت شہادت اور بیچ کی انگلی ہتھ اور چھنگلیا سے منفرد ہوتی ہیں (تروسولی ہاتھ = trident hand)۔ یہ تشوہات لمبی ہڈیوں کی اور لاسم ہڈیوں کی کڑیوں کے تنعم میں نقص کے باعث اور ساتھ ہی عمومی قاعدہ کی ہڈیوں کے قبل از وقت استحوا و عظمی کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ جمید کی وہ ہڈیاں جو جھلی میں بنتی ہیں نیز وہ ہڈیاں جو حیات جنینی کے اوائل تک غضروفی رہتی ہیں یعنی عظم القوس، رشف، رسنی، اور ریشلی ہڈیاں اور عظمی کڑیاں طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتی ہیں۔ عقدہ و قیہ طبعی ہوتا ہے اور اس مرض میں مبتلا ہونے والے مریضوں کی سیمہ اچھی ہوتی ہے اور وہ عظمی اور منفی لحاظ سے عمدہ نمونہ ہوتے ہیں۔ عموماً یہ مرض عمر کو کم کر دیتا اور جان نہیں رکھتا۔

کروں میں واقع ہونے والے تغیرات تین قسم کے ہوتے ہیں :- (۱) ناقص تکونی جس میں خلیات کی تقطیل ہوتی ہے ۔ (۲) بیش تکونی جس میں تکاثر بہ افراط ہو کر بنامیت کی کلانی ہوتی ہے ۔ (۳) لینت جس میں خلیوں کی ترتیب ناقص استوائی ہوتی ہے اور عروقت زیادہ ہوتی ہے ۔ کیلشیم کے استحول میں کوئی غیر طبعی بات نہیں پائی جاتی ۔ کسی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا ۔

نامکمل تکون العظام

(OSTEOGENESIS IMPERFECTA)

جیسا کہ اس نام سے ظاہر ہے اس شاذ حالت میں ہڈیوں کا تنظیم نامکمل ہوتا ہے جس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ ان میں غیر معمولی قصف موجود ہوتا ہے ، بالخصوص لمبی ہڈیوں میں ۔ اور کھوپری کی ساخت غیر معمولی ہوتی ہے جو اس مرض کا تیشیل خاصہ ہے ۔ لمبی ہڈیوں کی ڈنڈیاں ٹیڑھی اور بل کھائی ہوئی ہوتی ہیں اور ان کے طول میں کثیف قصر ہوتا ہے ، جو جواج کے قریبی نصفوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے ۔ پیلوں اور جواج دونوں میں کسور بڑی آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتے ہیں اور یہ نسبت بے درد ہوتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ ہڈیاں پھر ایک دوسرے کے نیچے جڑ جائیں ، جو مستدیر شکل میں نمودار ہوتا ہے ۔ کھوپری میں ایک چوڑی درز جیسی قائم رہتی ہے جو ایک بڑے یا فروخ مقدم کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے ۔ یا فروخ موخر بھی بڑا باقی رہ جاتا ہے ۔ ہڈیاں پتلی ہوتی ہیں اور دبائے سے دب جاتی ہیں اور ہر حالت میں بجائے ایک منفرد ہڈی بنائے کے وہ ہڈی کے چھوٹے چھوٹے بے قاعدہ اور مجدا مجدا کڑوں کی ایک پچی کاری پیش کرتی ہیں ۔ ممکن ہے کہ کھوپری جانجی خطے میں اب بھی غیر تنظیم رہ جائے اور اس سے صدغی خطے میں کان سے عین اوپر ہی ایک تمیزا بھار پلکا ہو جاتا ہے جس سے صدغہ باہر کے طرف ہٹ جاتا ہے ۔ مجھڑین بیضوی ہوتے ہیں اور ان کا تحویل محورا تنصافی ہوتا ہے اور دوران زندگی میں آنکھ کے ڈھیلے نیچے کے طرف پھوسے ہوتے ہیں جن سے اس حالت سے کسی قدر مشابہت پیدا ہو جاتی ہے جو مزمن استسقا و داعی

(chronic hydrocephalus) میں دیکھی جاتی ہے۔ پیدائشی، جینیائی، اور تاخیر پذیر قسمیں بیان کی جاتی ہیں۔ بہت نمایاں ارثی رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ حالت بسا اوقات نیلے صلیبات کے ہمراہ پائی جاتی ہے (۱۶)۔ پیدائشی قسم میں بسا اوقات دروں رجمی کور کی شہادت پائی جاتی ہے، کہ جن سے تشوہات پیدا ہو گئے ہیں۔ ان میں سے بہت کم امواتیں ایسی ہوتی ہیں کہ جو چند دن سے زیادہ زندہ رہتی ہیں۔ عظمی ناہضات کا بھکنا ناقص ہوتا ہے، اور کیلشیم کا احتباس طبعی سے کم ہوتا ہے۔ علاج کا مقصد یہ ہونا چاہیے کہ تفرات کو روکا جائے کیلشیم کلورائیڈ کی اور جیاتین ڈ کی بڑی متادیں مفید معلوم ہوتی ہیں۔

تشوئی عظمی التہاب

(OSTITIS DEFORMANS)

(مرضی پاچیٹ = Paget's disease)

اس مرض کی تسمیہ نامعلوم ہے۔ شاید اغلب ترین خیال یہ ہے کہ یہ افزائش باطنی کے کسی نقص کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن آتشک اس کا ایک سبب خیال کی گئی ہے۔ یہ دونوں منقوں کو تقریباً مساوی طور پر مآؤف کرتا ہے اور زندگی کے آخری میں دیکھا گیا ہے۔

مرضی تشوئی عظمی - اکثر جوارح کی لمبی ہڈیوں پر مرض کے ابتدائی درجوں میں حملہ ہوتا ہے۔ وہ موٹی ہو جاتی ہیں۔ لمبی کہنہ کی جسامت زیادہ ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی ٹھوس ہڈی بناوٹ میں زیادہ ڈیسلٹی اور زیادہ اسٹینی اور معمول کے نسبت بہت زیادہ موٹی ہو جاتی ہے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ گویہ ہڈیاں بڑی ہوتی ہیں تاہم یہ ہلکی ہوتی ہیں۔ جوارح زیریں کی ہڈیاں جسم کے وزن سے خمیدہ ہو جاتی ہیں۔ ایسی ہی دباؤت اور مسامیت کھوپڑی کی ہڈیوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ شوکر کا تسنم (kyphosis of the spine) پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ چہرہ اٹھ پاؤں اور عوص کی ہڈیاں ترقوی ہڈیاں اور پٹلیاں ایسے ہی تغیرات خفیف درجہ میں ظاہر کریں۔ صلابت تشوئی

اور عضلہ قلب کا انحطاط اکثر موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ مرض کا حملہ غیر محسوس طور پر ہو جاتا ہے۔ مریض ماؤف حصول میں درود
الہیت لکڑی کا یہ کر رہا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی ٹانگیں تندرست کمان کی طرح جھک جائیں اور
پشت خمیدہ ہو جائے۔ کھوپڑی کی جمامت کی زیادتی کا احساس اس وجہ سے ہوتا ہے
کہ اسے نسبت بڑی ٹوپی پہننے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ اکثر یہ مریض ایک بارہ میں
شروع ہو کر بالآخر مقابل جانیکا مناظر جارحہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ آخری درجوں میں مریض
کی ہمت مخصوص طور پر کمزور ہوتی ہے۔ پٹھہ جھکی ہوئی ٹانگیں کمان کی طرح خمیدہ اور
بڑا سا سرنگے کو نکلا ہوا ہوتا ہے۔ وہ صرف ایک نگاہی کے سہارے سے مطلع چال چل سکتا ہے۔ یہ مریض آہستہ
آہستہ ترقی پذیر ہوتا ہے لیکن عمر کم نہیں کرتا الا یہ کہ بعض اوقات ماؤف ہڈیوں میں جیٹ لکھی ملے بغیر
ہو جاتا ہے۔ ہڈیوں میں کسر کا امکان نہیں ہوتا۔ دوسری خاصیتیں کم ہو جاتی ہیں لیکن تشوہی اور فاسفورس کی کمی
تختیص۔ اس مرض کو مندرجہ ذیل امراض سے متفرق کرنا چاہئے :-

کہل الجواج (acromegaly) جس میں نرم حصے بھی اسی طرح ماؤف ہوتے ہیں جیسے
کہ ہڈیاں عظمی مفصلی التهاب (osteoarthritis) جس میں مفصل ماؤف ہوتے
ہیں مگر ہڈیوں کی ڈنڈیاں ماؤف نہیں ہوتیں۔ لینت العظام (osteomalacia)
جس میں ہڈیاں نرم ہوتی ہیں اور ان کے کسر کا امکان ہوتا ہے۔ اور آتشک
(syphilis) جس میں کھوپڑی کی عام کلانی موجود نہیں ہوتی۔ سرگزشت مرض اور
تعالی و ازمن سے بھی مدد ملے گی۔ لاشعاعی مناظر نہایت میسر ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو
صفحہ ۴۵)۔

علاج۔ یہ علامات کے لحاظ سے ہوتا ہے۔ اگر تعالی و ازمن مثبت ہو
تو دافع آتشک تدابیر اختیار کرنی چاہئیں۔



کالی کے ہسپتال میں راقم الحروف کی ایک مصابت میں جبکہ بائیں ذرا ایسا لگتا ہے اور دوس کا تشویشی غشی البتہ دکھائی

ہے دشمن کا تشویشی مریجیم۔ دیتا (Mr. H. M. Worth) نے لی میں

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 O. Folin .. 1905 *Am. Journ. Physiol.*, 13, pp. 45, 66.
- 2 G. Graham and E. P. 1913 *Quart. Journ. Med.*, 7, Poulton .. p. 13.
- 3 R. Pemberton .. 1928 *Proc. Conf. on Rheuma. Dis., Bath*, p. 182.
- 4 J. A. Glover, Milroy 1930 *Lancet*, i, pp. 500, 607, Lectures .. 733.
- 5 C. W. Buckley .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 1108.
- 6 L. G. Rowntree .. 1930 Quoted in *Lancet*, i, p. 964.
- 7 A. A. Bisset and A. Woodmansey .. 1933 *Lancet*, ii, p. 1018.
- 8 V. Coates and J. L. Delicati .. 1928 *Lancet*, i, p. 1069.
- 568 9 G. L. Kerr Pringle and O. S. Miller .. 1923 *Lancet*, i, p. 171.
- 10 Campbell .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 145.
- 11 J. Barrcroft and others. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 648.
- 12 G. Evans and A. W. Spence .. 1929 *Lancet*, i, p. 704.
- 13 T. G. Reah .. 1932 *Lancet*, ii, p. 504.
- 14 Brunson, quoted by J. A. Foote .. 1927 *Clinical Paediatrics*, 7, 1927.
- 15 Reports on Chronic Rheumatic Diseases 1935 i, p. 19.
- 16 R. L. Cecil, E. E. Nichols and W. J. Stainsby 1929 *Arch. Int. Med.*, 43, 571.
1931 *Amer. J. Med. Sci.*, 181, 12.
- 17 E. E. Nichols and W. J. Stainsby .. 1931 *J. Clin. Invest.*, 10, 323.

وہ امراض جو غذا میں بعض اجزاء کی کمی کے باعث

لاحق ہو جاتے ہیں

معیّن غذائی اجزاء

(ACCESSORY FOOD FACTORS)

حیاتی تینلیں (vitamins)

نومر حیران کی بالیدگی کا انحصار عوامل کے ۲ گروہوں پر ہوتا ہے۔ (۱) وہ عوامل جو اس عضو کی ذات میں موجود ہیں اور وراثت سے متاثر ہوتے ہیں۔ (۲) وہ عوامل جو ماحول میں موجود ہوتے ہیں اور عضو پر باہر سے اثر انداز ہوتے ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ اہم غذاؤں، زمانہ نکال نیک، بالعموم کسی فرد کی غذا کا حساب صرف اس کی توانائی، احتیاجات کی بنیاد پر کرنا کافی سمجھا جاتا تھا اور بافتوں کے اختلاف یا ذبول میں واقع ہونے والے نقصان کی تلافی کے لئے اور بڑھتے ہوئے عضو میں بننے والی تباہی کی تدارک کو پورا کرنے کیلئے کافی سے زیادہ پروٹینی خوراک دی جاتی تھی۔ لیکن دارالحض (scurvy) کی حالت میں کئی صدیوں کے انسانی تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ اس کے علاوہ کسی اور چیز کی بھی ضرورت ہے اور ہم دیکھتے ہیں کہ نیک شرم (Bachstrom) نے ۱۹۳۲ء میں یوں لکھا ہے ”یہ خرابی“ (یعنی دارالحض) صرف تازہ نہائی غذا اور سبزیوں سے قطعی پرہیز کرنے کی وجہ سے ہوتی ہے اور نہایت ہی اس مرض کا حقیقی ادویہ سبب ہے۔۔۔۔۔ یہ صرف تازہ سبزیاں ہی ہیں جو جسم کو اس مرض سے محفوظ رکھتی ہیں اور نہایت غلٹ کے ساتھ بلکہ چند ہی دنوں میں شفا بخشی ہیں بشرطیکہ مریض استقامتی یا مدد قوتی ہو کر ناامیدی کے درجہ تک نہ پہنچ گیا ہو۔ (۱۹۳۲ء)

ہاپکینس (Hopkins) نے عام اصول بیان کیا کہ خالص پروٹینز، شحم اور کاربوہائیڈریٹس اور ساتھ ہی ضروری غیر نامیاتی لمحات کی غذا پر حیوانات کو زندہ رکھنا غیر ممکن ہے۔ وہ مخصوص اشیاء جن کا غذا میں موجود ہونا ضروری ہے، معدنی غذائی اجزاء (accessory food factors) یا حیاتیلوں (vitamins) کے نام سے موسوم کی جاتی ہیں۔

شحم حل پذیر الف (fat-soluble A) - مکہ، بالائی، گائے کے دودھ کا ڈیورائل اور دوسری پھیلیوں کے تیلوں اور انڈے کی زردی سے یہ شے دافر مقدار میں حاصل ہوتی ہے۔ نیز یہ پودوں کے سبز پتوں مثلاً سبز ترکاریوں اور بعض بیجوں کے جینوں میں موجود ہوتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ پودوں کا زرد لونی مادہ موسوم بہ کیروفین (carrotin) اور یہ دو چیزیں ایک ہی چیز ہیں۔ بعض نباتی شحم اور روغنات جیسے کہ روغن زیتون، روغن تخم پنہ (cotton seed oil) کو کوٹر (cocoa butter) آلسی کے تیل نیز شحم خنزیر (lard) (بالخصوص تیار کی ہوئی شحم کی چربی (prepared pig fat) میں یہ شے بالکل نہیں ہوتی، اگرچہ یہ سوکھائے اور نمک لگائے ہوئے لحم خنزیر (bacon) بھرنے کے گوشت (mutton) گائے کے گوشت کی چربی میں بے افراط موجود ہوتی ہے۔ تیلوں کو ہائڈروجن کے عمل سے مدسخت کرنے میں یہ بالکل تلف ہو جاتی ہے، اس عمل سے خوردنی شحم کی تیاری میں بکثرت کام لیا جاتا ہے۔ لیکن یہ شے ایک یا دو گھنٹے تک .. اور جب سنی کر کے ایک گرم کئے جانے کی برداشت رکھتی ہے۔ دودھ کی چربی میں اس کی موجودگی ایک صتک اس امر پر منحصر ہوتی ہے کہ گائے کی غذا میں اس کی اچھی مقدار دی جائے اور یہ شرط اس وقت پوری ہو جاتی ہے جب کہ سبز غذا بے افراط بہم پہنچائی جاسکے۔ اگر غذا میں یہ حیاتین موجود نہ ہو تو سرائیتیں بے آسانی واقع ہو جاتی ہیں، بالخصوص غذائی اور تناسلی بولی خطوں میں (وہ اکثر مشائے میں پتھری پسند کرتی ہیں) تبادیف الانف اور درمیانی گوش میں اور قاعدہ زبان کے گرد اور حواض میں نظام عصبی کا مرض پایا گیا ہے۔ نیز سخی یافت کا فقدان عمومی حشائی ذہول (xerophthalmia) (1) اور شب کووری (hemeralopia) بھی ہو جاتی ہے۔

یہ حیاتین دانتوں کے گرد نرم بافتوں کی بالیدگی میں مدد دیتی ہے۔

آب حل پذیر ب (water-soluble B)۔ حقیقت میں یہ شے حیاتینوں کا ایک گروہ ہے جن میں سے حیاتین ب، جو کہ دافع التهاب العصب یا دافع بری بری عامل ہے اور حیاتین ب، جو کہ پیلا گراؤ کو کتی ہے، سرسری اہمیت رکھتی ہیں۔ دونوں حیاتینیں بیشتر یک جا پائی جاتی ہیں۔ چانول اور گیہوں کا نابتہ اس شے کا بڑا مخزن ہے، لیکن ان کے دانوں کے بیرونی غلاف میں جو بیکوسہ کہلاتا ہے اور اس کے بالکل نیچے کی الیوٹرون (aleurone) والی تہیں بھی یہ شے موجود ہوتی ہے۔ انڈے کی زردی، بیل کے بگڑ، لہسن اور والوں میں یہ بہ افراط موجود ہوتی ہے۔ لہسن کی ایک تجارتی تہجنز جس کا نام مارچانٹ (marmite) ہے اور جو شوربہ کے لئے مستعمل ہے، اس شے کے حصول کا ایک سہولت بخش ذریعہ ہے۔ ہم ۱۰۰ اور جب سیٹی گریڈ پر رگھنے سے محض نہایت آہستہ آہستہ تلف ہوتی ہے، مگر ۱۲ درجہ سیٹی گریڈ پر بہت زیادہ جلد تلف ہو جاتی ہے۔ ایسا اسلے روٹی یا بیکٹوں کو خور میں پکانے سے اس کے ضائع ہوجانے کا زیادہ اندیشہ نہ کرنا چاہئے۔ لیکن اس کے برعکس ٹین کے ڈبروں میں بندہ دانوں کو اس سے بالکل حرا سمجھنا چاہئے۔ بپانہ زیادہ قائم الحارات ہوتی ہے چانول کو جھٹلے کرنے میں اس کا نابتہ اور دانے کا سارا بیرونی غلاف (pericarp) دور ہو جاتا ہے لہذا دافع التهاب عصب جزو پورا ضائع ہو جاتا ہے۔ اگر نو عمر چول کو جھٹلے کئے ہوئے چانولوں کی غذا دی جائے تو ان کی بالیدگی فی الفور موقوف ہو جاتی ہے، اور کچھلی ٹانگوں کی عدم ہم آہنگی پیدا ہو کر اب چوہے چل نہیں سکتے۔ کبوتروں میں بھی کثیر عصبی التهاب (polyneuritis) پیدا ہو جاتا ہے اور یہ مرض بری بری سے متاثر سمجھا جاتا ہے۔ جب شدید علامات تجزیہ پیدا ہو گئے ہوں تو اس دافع التهاب عصب جزو کی کافی مقداریں دینے سے یہ علامات جلد بعض اوقات چند ہی گھنٹوں میں دور کی جاسکتی ہیں۔ اس امر کی شہادت بھی موجود ہے کہ حیاتین ب میں کمی سے غذائی قتال کی لف آسانفتوں کا ذبول اور ساتھ ہی رکود، اتساع اور عدم دمویت واقع ہو جاتی ہے۔

حیاتین ج (vitamin C) (دافع اسکروی = antiscorbutic)۔
یہ آب حل پذیر حیاتین اب خالص حالت میں تیار کی گئی ہے یعنی اسے سکاربک
ایسڈ کے طور پر۔ اس کا سب سے بڑا منبع پمپریکا (paprika) ہے، لیکن کرکٹ
کے کچے پتوں، کچے سویڈی شلیم (swede) کے رتس، اور تازہ لیمو اور سنکڑہ کے
رس میں اس کی کثیر مقدار ہوتی ہے۔ دوسری چیزوں مثلاً کاجر، چھندرا، لوبہ،
انگور، سیب، دودھ اور تازہ گوشت میں اس کی مقدار کم مقدار میں موجود ہوتی
ہے اور آٹے، اندڑوں اور خشک دالوں میں یہ شے بالکل نہیں ہوتی۔ لیکن اگر
خشک دالوں مثلاً مسور، ماش اور لوبیہ کو پانی میں بھگو کر دو تین دن تک اچھنے
دیا جائے تو ان میں دافع اسکروی خواص پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ حیاتین خشک
کرنے سے اور بلند پیش سے بہت جلد متاثر ہو جاتی ہے۔ خشک کردہ غذائی اشیاء
سے اسکروی کا حفظ اقدم نہیں ہوتا اور اگر کرم کد کو پانی میں ایک گھنٹہ تک
جوش دیا جائے تو اس کی ۹۰ فی صدی طاقت ضائع ہو جاتی ہے اور اگر قلی ہو تو
ہو تو یہ نقصان اور بھی جلد واقع ہو جاتا ہے۔ ایسا اسے سبز یوں کو ۲۰ منٹ سے
زیادہ نہیں پکانا چاہئے اور ان میں سوڈا انہیں ملانا چاہئے۔ لیمو کے خشک کردہ
رس کے قریب جو خشک اور گوند کیترا (tragacanth) کے ساتھ بنائے گئے ہوں اگر
معدے سے رکھے جائیں تو ایک سال تک اپنی فعالیت قائم رکھتے ہیں۔

حیاتین د (vitamin D) (دافع کساحیت = antirachitic)۔
حیاتین د شحم حل پذیر ہے اور کاڈ لیور آئل اور ہلی بیٹ آئل (halibut oil) کے نام
شحم حل پذیر الف کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔ گائے کے دودھ میں جس میں شحم حل پذیر
الف بہ افراط ہوتی ہے، حیاتین د کی بہت کم مقدار موجود ہوتی ہے۔ لیکن وہ بلند
کیلشیمی انیہا کے باعث طاقتور دافع کساحیت خواص رکھتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ
بعض اسٹیرولس (sterols) میں [بالخصوص ارگو اسٹیرول (ergosterol)
میں جو آرگٹ، لہن وغیرہ میں ہوتا ہے] اور فائٹو اسٹیرول (phytosterol) میں جو
گیہوں اور سبزیوں میں ہوتا ہے] اور اسے بنفشی روشنی سے تشعیر کرنے کے بعد
دافع کساحیت خواص نمایاں ہو جاتے ہیں۔ خالص حیاتین د، یعنی کیلشیمی فیرو

(calciferol) تشعیر کردہ آرگو اسٹیرول سے تیار کی جاتی ہے۔ غالباً یہ ضروری اسٹیرول (essential sterol) جلد میں طبعی طور پر موجود ہوتا ہے، اور جب بچے، ماں یا گائے کو سورج کی روشنی میں منکشف کیا جاتا ہے تو حیاتین دین جاتی ہے۔ شمس غزل کے فائدہ ہونے کی یہی وجہ ہے۔

حیاتین کا شحم مل پذیر ہے۔ یہ چربوں اور چربیوں (mice) میں تو لیند کے لئے ضروری سمجھی گئی ہے۔

بیری بیری

(BERI-BERI)

دکٹی = Kakke = کثیر العصبی التهاب مقامی = polyneuritis

endemic = مروجی استسقا = (hydrops asthmaticus)

یہ ایک مقامی مرض ہے، جس کا تیشلی خاصہ محیطی اعصاب اور عصب تاج کا التهاب ہے، جو مختلف درجوں کا شکل عدم صیت، اتساع قلب اور استسقا پیدا کر دیتا ہے۔ یہ غذا میں حیاتین ب (vitamin B₁) کی غیر موجودگی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ کئی ایک مختلف سریری اقسام پائے جاتے ہیں۔

سبب اسباب - یہ جاپان، چین، لایا اور جزائر فلپائن میں عام ہے۔ چاول کھانے والی آبادیوں میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن یہ ایسے ہر مقام پر ہو سکتا ہے، جہاں بیشتر اناجوں کی غذا کھائی جائے بشرطیکہ ان کی تیاری میں نابتہ اور بیرونی غلات الگ کر دیا گیا ہو۔ مثلاً سالم چاول کا چھلکا، گردبار اور نابتہ حیاتین ب سے سمور ہوتا ہے اور اس کے علاوہ پروٹین، شحم اور فاسفورس سے بھی، اور اسے بھلا کر (milling) کے عمل کے دوران میں یہ سب الگ ہو کر سفید جھلتے چاول باقی رہ جاتے ہیں جن میں ان اجزاء کی قلت ہوتی ہے۔ بیری بیری بسا اوقات ملاحوں میں بحیری جہازوں پر دیکھی جاتی ہے، جہاں چھنے ہوئے آٹے کے بکٹ اور ٹینڈے وغیرہ کھائی جاتی ہے۔ یہ نیوفاؤنڈ لینڈ اور کبریڈور میں بھی درج کی گئی ہے جہاں کی آبادی ہیرا

اور گرمیوں میں زیادہ تر چھنے ہوئے آٹے کی روٹی پر بسر اوقات کرتی ہے۔ محاصرہ خطا العوارہ (Kut) کے دوران میں برطانوی سپاہ میں اس وقت جب کہ وہ بالخصوص گیسوں کے آٹے پر بسر کرتے تھے اس مرض کا ایک عجیب انگیز حملہ ہو گیا، لیکن جب انہیں جو کا آسمان یا پورے گیسوں کا موٹا پسا ہوا آسمان (جس کو ہندوستانی سپاہی استعمال کرتے تھے) دیا گیا تو مرض غائب ہو گیا۔ (اس کے برعکس ہندوستانی سپاہ میں دوا (محضر) (اسکرووی) (نروا) ہو گیا، جس سے برطانوی سپاہ محفوظ رہی اس کی وجہ یہ تھی کہ برطانوی سپاہ کو گھوڑے کے تازہ گوشت کی غذا زیادہ مقدار میں ملتی تھی جیسے ہندوستانی سپاہ نہیں کھاتی تھی بلکہ ان میں بھی لازماً چھنے ہوئے آٹے کی روٹی زیادہ کھائی جاتی ہے مگر وہاں بقیہ غذا میں مبینہ عامل کی کافی مقدار موجود ہوتی ہے، لہذا یہ مرض نہیں پیدا ہوتا۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ درزش بھی پیری پیری میں مبتلا ہونے کے رجحان کو کم کرتی ہے (4)۔

امراضیات۔ اذیما اور استسقاؤ کلی کے علاوہ جو دوران زندگی میں دیکھے جاتے ہیں، کمالات مصلیٰ اغشیہ کے نیچے عضلات میں، اور اعصاب کی پوششوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ اتساع اور بیش پرورش خاص طور پر قلب کی دائیں جانب میں واقع ہوتے ہیں، اور اس کی عضلی دیواروں کا اذیما اور شخی انحطاط واقع ہوتا ہے۔ پیچھے پڑے اکثر محققین اور اذیمائی ہو جاتے ہیں، اور بیکرا اور گردے متلی ہوتے ہیں۔ محیطی اعصاب کا وائیرنی انحطاط (Wallerian degeneration) واقع ہوتا ہے، نیز محوری انحطاط بھی، اور اس کے ساتھ ہی دین (بیکرا) عصب میں خنوی درر بیش واقع ہوتی ہے۔ عصب تائے اور عصب شاری میں بھی انحطاطی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں نیز متدی قری نلیات میں اور عصب تائے کے نواتی تعلقات میں۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ (5) عضلہ قلب کا درم سیال جذب کرنے کی وجہ سے ہوتا ہے اور اس سے میرکا تیر ضرب قلب میں تبدیلی ہوئے بغیر قلب کی انقباض پذیری کم ہو جاتی ہے، جیسا کہ برقی قلب نگار سے معلوم ہوتا ہے۔ کالبدی عضلات جنہیں طبی حالت میں جسم کا سب سے بڑا خزانہ آب سمجھا جاسکتا ہے، اور اعصاب اور بعض غدود سے تازہ سیال جذب کرتے ہیں، اور بعض لوگ یہ سمجھتے ہیں کہ تمام علامات اور وہ عمومی ذبول جو بعد میں واقع ہو جاتا ہے اسی عمل کا نتیجہ ہیں۔

علامات - "بچلے کئے ہوئے" چانول کی خوراک پر یہ مرض اسی یا تو ذوقوں میں نمایاں ہوتا ہے اور امارات اور علامات زیادہ تر کثیر عصبی التهاب (multiple neuritis) کے ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵۱)۔ لیکن بعض قلبی خصائص بھی مسترد ہوتے ہیں جن میں بہرنگانگوں کا اذیما اور استسقاء کے شمل ہیں۔ ممبرانہ معمول غیر متحرک ہوتا ہے، الا شاید ابتدائی درجوں میں اور مکن ہے اس کے ساتھ شریانی بے آرمی، متلی اور تھکے کی مانند معانی امارات پائی جائیں۔ کئی ایک مختلف سریری قسٹیں پائی جاتی ہیں۔

(۱) خفیف انتقالی اساتیں جن میں فسادات حسی قطعہ دار عدم حمیت اور گھٹے ہوئے وتری محکومات پائے جاتے ہیں۔ مناسب غذا پر مریض بہ آسانی صحت یاب ہو جاتے ہیں۔

(۲) معمولی بیری بیری جس کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) 'تر' (جب خشک)۔ آغاز بالعموم غیر محسوس طور پر ہوتا ہے، لیکن مکن ہے تقریباً دفعتاً جو۔ اس کا مہینہ جوارح میں بھاری پن، کمزوری اور کسین پن ہے، جس کے ساتھ پنڈلیوں میں درد اور نڈ معال پن کی ایک عام حالت پائی جاتی ہے۔ خشک قسم میں جیسے جیسے مرض نمایاں ہوتا ہے، طاقت کی کمی اور عضلی ذبول زیادہ ہوتے جاتے ہیں اور یہ لٹانگ کے سامنے کے عضلات باسطہ میں شروع ہو کر پھر دوسرے عضلات کو اور ران کے عضلات کو موقوف کر دیتے ہیں۔ بعد میں ہاتھ کے عضلات باسطہ اور سین عضلات اور بعض اوقات عضلات شکم، ذایا فراہم اور بین الماشع عضلات بھی موقوف ہو جاتے ہیں۔ بلند گامی چال اور قوط الید بسا اوقات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ٹانگوں کی کمزوری ابتدا میں اگر نوشت کے امتحان سے ظاہر ہو سکتی ہے۔ اس کو انجام دینے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض اپنے گھٹنے ایک دوسرے سے جدا کر کے اور سریتوں کو زمین سے چند انچ اٹھا جو رکھ کر اگر نوشت اختیار کرتا ہے۔ بیری بیری کا مریض خود کو اس وضع سے اوپر نہیں اٹھا سکتا اور بالعموم وہ انڈول پر ہاتھ رکھ کر اٹھنے کی کوشش کرتا ہے اس طرح جس طرح کہ کوئی کاذب بیش پرورشی شکل کا مریض۔ گھٹنے کے جھکے (knee-jerks) جو کہ ابتدا میں حس ہوتے ہیں عموماً جلد ہی زائل

ہو جاتے ہیں اور کس کے بعد آئیل (Achilles) کا جھٹکا اور دوسرے عین محکومات غائب ہو جاتے ہیں۔ عدم حیثیت ابتدا و مرض میں قصبہ پر کی جلد میں دیکھی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ جوائج کے دوسرے حصوں اور دھڑ میں پھیل جائے۔ عضلات کی ایلمیٹ بالخصوص پنڈلیوں کے عضلات کی اور دردناک آئٹن بھی ہوتی ہے اسے سطح جس طرح کہ دوسرے اسباب سے پیدا ہونے والے کثیر عصبی التهاب میں اکثر ہوا کرتی ہے۔ اور حنجری مثل (laryngeal paralysis) واقع ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی عسر ابلع رنگنے کی وقت بھی ہوتا ہے۔

572 قلب کی خراش پذیری ہا اوقات پیدا ہو جاتی ہے، اور کسی وقت بھی تو قسم نویاب ہو سکتی ہے۔ تو قسم کے ہمراہ محیطی اعصاب کے ماؤف ہونے کی کچھ کچھ شکیات پائی جاتی ہے، اور اس پر مختلف درجوں کا زیر جلدی اذیما متبذاد ہو جاتا ہے، جو کہ پہلے قصبیات کو ماؤف کرتا اور بعد میں دوسری جگہ پھیل جاتا ہے۔ عمومی اشتقاقی باریطونی اور تاموری کہفوں میں انقباضات کے ہمراہ نمودار ہو جاتا ہے۔ بہر اور سرعت قلب پیدا ہو جاتی ہے، اور سرخ، پست تناؤ کی نبض پائی جاتی ہے۔ سریری لحاظ سے دایاں قلب تسع ہوتا ہے، اور انکماش خیرات، ایک بلند اور قضا عریوی دوسری آواز کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ جنین قلبی غیر عام نہیں ہے۔ پیشاب میں البیوس بالکل نہیں ہوتا یا بہت کم ہوتا ہے، اور پیشاب سبائنگ سے مبرا ہوتا ہے۔

(۳) ماد قلبی قسم۔ یہ تریا خشک ہیری بری کے دوران میں نویاب ہو سکتی ہے، یا خصوصیات مندرہ کے بغیر دفعت شروع ہو سکتی ہے۔ عام طور پر انقباض کا احساس، شریستی درد اور تسلی ہونے کے بعد اختلاج پیش قلبی درد، بہر اور استلائی فضل کی امادات نمودار ہوتی ہیں، جن کے ہمراہ محقق عنقی وریدیں، زراق، ریوی اشتلا، الیم برعاجو اجگر، زیر جلدی اذیما، عمومی اشتقاقی پایا جاتا ہے۔ بے صوتی اور ڈایا فرام کا شلل واقع ہو سکتا ہے اور چند گھنٹے سے لے کر چند دن تک میں موت واقع ہو جاتی ہے۔

(۴) رضی ہیری بری، جو کہ مادیان من شکلیں اختیار کر سکتی ہے، پایاں اور

جزائر فلپائن میں ایسے پستان پروردہ بچوں میں ہوتی ہے جن کی مائیں نمی یا فصال بیری بری میں مبتلا ہوں۔ معدی معائی علامات تھے 'اڑھال یا قبض عام ہوتے ہیں اور ان کے علاوہ قلبی خصوصیات بھی۔ شمالہ ارز (rice-polishings) کا خلاصہ دینے سے اور پستانی رضاعت کی بجائے مصنوعی رضاعت سے کام لینے سے بالعموم شفا ہو جاتی ہے۔

تخصیص - غذا کی نوعیت اور التهاب اعصاب محیطی کی متعدد وہ دوا تیں ہونے سے بیری بری کا شبہ پیدا ہونا چاہئے 'بالخصوص مشرقی لوگوں میں۔ تیر بیری بری کو التهاب الکلیہ کچھ دہنی (ankylostomiasis) اور قلبی فشل سے متفرق کرنا چاہئے اور خشک قسم کو الکلی اور سم الفاری التهاب العصب اور دیگر معصبی امراض سے۔

انذار - زیادہ معمولی اصابت ایک ماہ سے لے کر سال یا زیادہ تک جاری رہتی ہے اور مناسب علاج کے باوجود صحت یا بی ہا اوقات نہایت ہی آہستہ ہوتی ہے۔ خطرہ سرخ قلبی فشل میں ہے اور تھے کے بعد بعض اوقات مہلک خستگی واقع ہوتی ہے۔ وڈل (Vedder) نے سلاؤ میں اندازہ لگایا کہ اوسط شرح اموات فی صدی ہے۔ لیکن مندرجہ دباؤں میں سے بعض میں یہ اس سے بلند تر تھی۔

علاج - یہ اہم ہے کہ جہان میں بند غذا میں 'تجلیے چاول اور چھنے ہوئے آٹے کی روٹی زیادہ ترک کھائے جاتے ہیں وہاں غذا کو انڈوں (yeast) یا مارمیت (marmite) کے ذریعہ تقویت دی جائے جن میں حیاتین ب کا بلند مافیہ ہوتا ہے یا غذا بدل دی جائے اور طویل التجلیے چاول یا بے چھنا ہو گیہوں کا آٹا استعمال کیا جائے۔

جب مرض ایک مرتبہ نوباب ہو گیا ہو تو مریض کو بستر پر لٹا دینا چاہئے تاکہ وہاں سختی سے لٹائے رکھنا یا سہلے۔ چھوٹی چھوٹی خوراکیں پہلے پہل ہر دو گھنٹہ کے وقفہ سے دی جاتی ہیں ایسی غذا کی جو خشک اور کاربوہائیڈریٹ کی قلیل مقدار پر مشتمل ہوتی ہے اور جس میں انڈے دودھ جگر لہن یا مارمیت جوتا ہے۔ قلبی فشل میں قصداً اور موصح العروق ادویہ و افیض طور پر مفید ہیں اور مالحات کے ذریعہ قبض کو دور رکھنا چاہئے

ماہی و دریا کے دوران میں تفتیضات سے بچنا چاہئے اور بعد ازاں دھک اور برقی علاج،
فد بول عضلات کو بحال کرنے میں مفید ثابت ہوتے ہیں۔ اس مرحلہ پر ایک تلخ مقوی اور
سرکینک کا آمیزہ کھانے سے پہلے استعمال کر سکتے ہیں۔

وبائی استفقار

(EPIDEMIC DROPSY)

یہ ایک تفتیضی مرض ہے جو کہ وبائی شکل میں چاول کھانے والوں میں واقع ہوتا
ہے اور جس کا تمیز خاص بخار و وسیع طور پر پھیلا ہوا ذیما، قلبی اختلالات اور بعض اوقات
احمر ری ثوران ہے جو جوائج کو ماکوف کرتا ہے۔ التهاب الاعصاب بہت سی وباؤں
میں منقود ہوتا ہے۔ یہ دوران جنگ میں مرکزی سلطنتوں میں "ذیماے گرسنگی" یا
"ذیماے جنگ" کی حیثیت سے وسیع طور پر پیدا ہو گیا۔

بجٹ اسباب - یہ مرض بچال میں برسات کے موسم میں ہوتا ہے اور
دونوں صنفوں کو متاثر کرتا اور تیسرے عشرے میں خصوصیت کے ساتھ عام ہوتا ہے۔
چاول کھانے والے بہت سے لوگ (خاص طور پر وہ جو کہ اسے نیم جوش کھاتے ہیں)
بسا اوقات ہم زماں طور پر مبتلا ہو جاتے ہیں۔ بعض لوگ اس مرض کو خراب طور پر مذکور
رکھے ہوئے چاولوں کی اس تحلیل کی طرف مسوب کرتے ہیں جو کہ بلند مرطوبیت
رکھنے والے موسم برسات میں واقع ہو جاتی ہے۔ دوسرے لوگوں کی یہ رائے ہے کہ
چونکہ اس کو تریا قلبی ہیری ہیری سے متفرق کرنے کا کوئی قابل اعتماد ذریعہ نہیں ہے
لہذا اس کو اسی مرض کی ایک خاص شکل تصور کرنا چاہئے۔

علامات - یہ تریہیری ہیری کی علامات سے نہایت ہی مشابہ ہوتے ہیں
چنانچہ عمومی ذیما اور قلبی اسراع، بڑے ہوئے جگر اور ریوی استفقار کے ساتھ، تمیز خصوصیت
ہیں۔ التهاب اعصاب محیطی عالیہ وباؤں میں مشابہہ نہیں کیا گیا، اگرچہ پاؤں کو ماکوف
کرنے والی منلیت کی شکایتیں سننی جاتی ہیں۔ تب موجود ہوتی ہے جس کے ہمراہ
بسا اوقات عدم دوسریت اور بعض اوقات کثرت خلیات اینٹین پائی جاتی ہے اور

مکن ہے ایک احمراری ثوران جواج کو ماؤف کرے۔ اسہال غیر عام نہیں ہے، اور بے ترشگی (achlorhydia) کی بھی اطلاع دی گئی ہے۔ آنکھ کی تکلیف، بالخصوص سبز موتیا (glaucoma) اکثر پائی جاتی ہے۔ علاج۔ یہ تھویری پیری کے علاج کے مثل ہے، اور دائیں قلب کے نفل کے لئے نصد کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

پیلاگرا

(PELLAGRA)

[مرضی الودج (Mal de la Rosa) مرضی لشمس (Mal de sole)]

پیلاگرا ناقص تغذیہ کا مرض ہے، اور یہ بالعموم کمائی کھانے والوں میں پیدا ہوتا ہے، جن کی غذا میں چار تین مہ کی اور ”عمدہ“ پروٹین کی قلت ہو۔ سرری طور پر اس کی خصوصیات یہ ہیں:۔ ان رقبہ جات میں جو کہ سورج کی شعاعوں میں متکشف ہوتے ہیں جلد کا متشاکل احمرار اور لونیت، غذائی قتال کے اختلالات بشمول الیم زباں اور اسہال کے، اور عصبی اور طبیسی علامات جو کہ بااوقات عاہت پر ختم ہوتی ہیں۔ پیلاگرا (جلد + خشونت - یا جلد + نقرس جیسا کہ پوڈاگرا میں) پہلے پہل اطالیہ میں (۱۸۳۵ء میں) ہسپانیہ میں (۱۸۳۵ء میں) اور فرانس میں (۱۸۸۱ء میں) بیان کیا گیا۔ اور زیادہ قریبی زمانہ میں رومانیہ، ہنگری، کارفو (Corfu) زیریں ہر ترکیہ، سوداں اور افریقہ کے دوسرے حصوں، جنوبی ریاست ہائے متحدہ، ہمازیل، ارجنٹائن، جزائر غرب البند، میکسیکو، ہندوستان، چین اور جاپان میں اس کی اطلاع دی گئی ہے۔ ہرٹس، منصف اور عمر کے لوگ متاثر ہو سکتے ہیں، لیکن بالغ عورتیں سب سے زیادہ متاثر ہوتی ہیں۔ یہ منفس ترجماعتوں میں، اور بالخصوص کمائی کھانے والوں میں واقع ہوتا ہے، اور مکن ہے کہ وہ بھی ہوئی کھل بکثرت پینے کے بعد پیدا ہو جائے۔ انگلستان میں اس کا ہونا معلوم ہے (۱۹۱۵ء)۔

کاسل (Casal) نے ۱۹۳۵ء میں شناخت کر لیا کہ یہ مرض ناقص تغذیہ کے

باعث ہوتا ہے اور فنک (Funk) نے ہیری ہیری سے اس کی مشابہت بتلائی اور قلت حیاتین کا خیال سمجھایا۔ اس مرض کے متعلق یہ بتی تصور کیا گیا ہے (13) کہ یہ امینو ایسڈ کی قلت کے باعث ہوتا ہے، کیونکہ زین (zinc) یعنی مکئی کے پروٹین میں ٹائرو سین اور ٹریپٹوفین کی کمی ہوتی ہے۔ بالعموم اب اس کو حیاتین ب (جو ملاحظہ ہو) کی قلت کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ مکئی کے سم کا نظریہ حال ہی میں منظر عام پر آیا ہے۔ وہ یہ ہے کہ پیلاگرا ایک سمی شے کا نتیجہ ہے جو کہ مکئی کی غذا سے حاصل ہوتی ہے اور ”عمدہ پروٹین“ کی یا شاید حیاتین ب کی جو کہ ”عمدہ“ پروٹین کے ہمراہ پائی جاتی ہے، کا کافی مقدار دے کر اس غذا کو درست کیا جاسکتا ہے۔ ٹائوئی پیلاگرا بعض غذائی امراض مثلاً ہضمی قرح یا معدی سرطان کی ایک شاذ پیچیدگی ہے۔ یہاں ممکن ہے حیاتین ب کا ناقص انجذاب اور غذائی قلت اس کی پیدائش میں کچھ حصہ لیں۔

امراضیات۔ جلد احمرار لونیت اور بعد ازاں صادق تشخی الہتباب جلد (exfoliative dermatitis) ظاہر کرتی ہے، نیز بخول نمایاں ہوتا ہے اور احشاء، ندبول ہوتے ہیں۔ طب چھوٹا ہوتا ہے۔ الہتباب زبان مد تفرج کے اور بعد ازاں زبان کا ذبول پایا جاتا ہے۔ معارف غیر میں ذبولی اور تقرجی تغیرات اور قولون میں تقرج بیان کیا گیا ہے۔ عظمی مسامیت مد عظمی تغیرات کے گاہے گاہے ہوتی ہے۔ سب سے زیادہ ممیز اضرا جمل شوکی میں ہوتے ہیں اور وہ یہ ہیں کہ عظمی اور جانبی ستونوں اور بالخصوص کلارک (Clarke) کے ستونوں میں صلابت یا انحطاط واقع ہوتا ہے۔ آخر الذکر عنقی اور بالائی ظہری خطے میں اور اول الذکر وسطی یا زیریں ظہری خطے میں سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔ گرد عروقی فضاؤں میں گول خلیات کی درریش اور عصبی عناصر کی لونیت اور انحطاط پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے منتشر الہتباب سحائے خفیف، سحایا کی دبا زت اور انضامات، دماغی ذبول اور بطیوں کا استسقا موجود ہو۔

علامات۔ ایک قبل پیلاگرائی حالت جس کا امتیازی فائدہ نہایت پرست فشار دموی، عدم اشتہا اور ذہنی انخفاض ہوتا ہے، سالانہ چند سال تک نمودار ہوتی رہتی ہے، قبل اس کے کہ صریح پیلاگرا نمودار ہو۔ غل اٹنی خطہ کے

اختلالات موسم بہار کے شروع میں نمودار ہوتے ہیں، ممکن ہے التهاب الغم اور ساد التهاب زبان (چندر نما زبان = beet tongue) ہو اور اس کے ساتھ قلاعی تقرع سر ملکہ کا جھڑپانا، اور بالآخر بول اور لسانی حلیوں کا فقدان پایا جائے۔ بے ترشگی بالعموم پائی جاتی ہے، اور شدید غیر شحمی اسہال، قولنج درد اور تاسیر کے ساتھ ممکن ہے کئی ماہ تک آتے رہیں۔ عدم دمویت، اگر موجود ہو، تو بالعموم ثانوی ہوتی ہے اور لونی اشاریہ پست ہوتا ہے، لیکن گاہے گاہے کبیر غلوی عدم دمویت کی مثالیں بیچ کی گئی ہیں۔ دموی فشار پست ہوتا ہے، اور اس کے ہمراہ آفکسی اور گاہے گاہے دوار کے حملے پائے جاتے ہیں۔ ادھیاض اور ابتدائے موسم گرما میں نمودار ہوتے ہیں اور موسم خزاں میں غائب ہو جاتے ہیں۔ ثوران کا مینز خاصہ اس کے کا تشاکل، اس کا وضع طور پر متمیز کنارہ، اور ان رقبوں پر اس کی توزیع ہے جو کہ سورج کی شعاعوں کے سانسے متکشف رہتے ہیں۔ چہرہ گردن سینہ کا بالائی حصہ، ہاتھوں اور پیش بازوؤں کی پشت، پاؤں کا ظہریہ اور نعلر القدم (instep) اور ٹانگیں غلہ کا عام محل وقوع ہیں جو کہ احمرار کے طور پر شدوع ہوتا ہے (حرقتہ الشمس کے مانند) جس کے ساتھ کھجلی اور جھن ہوتی ہے، اور جس میں تفعع پایا جاتا ہے۔ تقریباً ۲ ہفتہ کے بعد برادیر خاکس تری یا بھوری پٹیوں کی صورت میں جھڑپاتا ہے۔ مکرر حملوں کے بعد اور کی لونیت اور دبازت واقع ہو جاتی ہے۔ بالآخر بول واقع ہو جاتا ہے، اور جلد پٹی خشک اور جھری دار ہو جاتی ہے۔ عصبی مظاہر تحت الحما و مخلوط و خطاط (subacute combined degeneration) کے مظاہر سے مشابہت رکھتے ہیں، اور پشت میں درد ظہری اور قطنی شوکوں کی اہمیت، رکبی جھشکوں کی زماوتی (۵۰ فی صدی) چال میں کمزوری اور اکرو پشستل ہوتے ہیں، اور بالآخر یا فالج کے ساتھ بالائی حرکتی عصبیہ کے ضرر کی امارات پر۔ بعد ازاں شافی اور مستقیم اقتدار زائل ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے رونشکل نمودار ہو جائے، جسی اختلالات اور ان کے ساتھ فلادات حس زبان اور جوارح اور سر کو تاثر کرنے والے ریشے، اور کھنکھات غیر عام نہیں ہیں۔ ذہنی خصوصیات میں پستی، ملال، ذہول، نسیان، بے خوالی، بے چینی، اور چڑچڑاہٹ پہلے دیکھے جاتے ہیں، اور بعد ازاں اعتباطات اور قوجات کئی سال مکرر حملے ہونے کے بعد

مالینولیا، مائیا اور غماہت پیدا ہو جاتی ہے
بچوں کا نشو و نما رک جاتا ہے، لیکن عصبیاتی مظہرات اُن میں اس قدر عام
نہیں ہیں۔

تشخیص۔ جہاں سریری تصویر پورے طور پر نمایاب ہو بہت کم دقت
پیش آتی ہے، کیونکہ جلدی اضرار نہایت ہی ممیز ہو تے ہیں۔ تاہم ان کی عدم موجودگی
میں ممکن ہے تقریبی تشخیص میں ہزال، خنخاع اور خنخاع کے تحت الحما و مخلوط، انحطاط اور
غور کرنا پڑے۔ نیز ان احصاتوں میں کہ جن میں غذائی خلیہ کے علامات نمایاں ہوتے
ہیں، ممکن ہے اس حالت کو اسپرو (sprue) کے ساتھ غلط ملط کر دیا جائے۔ جب
جلدی توران تنہا موجود ہو تو کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) اور
التهاب الجلد غدشی (dermatitis venenata) کو متفرق کرنا پڑتا ہے۔

انذار۔ اس مرض کا اقیمازی خاصہ فترات ہیں اور ایک مزن غیر حرمی مروجہ
میں سال تک جاتا ہے۔ بخار نہایت ہی تشویشناک، اندازی ادبیت رکھتا ہے۔
تقریباً ۴۰ فی صدی مریضوں میں شدید ذہنی شکایت پیدا ہو جاتی ہے، اور مصر
جیسے ملکوں میں کہ جہاں مرض مقامی ہوتا ہے، بہت سے مریض پاگل خانوں میں
مرتے ہیں۔

علاج۔ ناقص غذاؤں کو ایسی غذا سے تقویت دے کہ جس میں
حیاتین ب کی کثرت ہو، مرض کو روکا جاسکتا ہے۔ جب مظہرات ایک مرتبہ نمایاب
ہو جائیں تو مریض کو بستر پر لٹا کر ایک ایسی منڈی غذا دینی چاہئے جس میں کاربو
ہائیڈریٹ کم ہوں اور جو دودھ بے چربی کے لال چھلے ہوئے گوشت (۱/۴ پونڈ)
ٹو مائر کے رس، ایک اونس روزانہ، لیٹن بوزہ گراں یا مارماٹ (marmite)
اور میل اور سبز نیلوں پر مشتمل ہو۔ ایٹھ ہائیڈروکلوک ڈل کھاتے کے بعد ۱/۲۔ اوارم ۴۔
اونس پانی میں دینا مفید ہے۔ اس نظام غذائی کے تحت صحت یابی ۶ سے لیکر ۱۲ ہفتے میں ہو جاتی
ہے، لیکن اگر کس سے بچنا ہے تو غذا کی پروٹین اور حیاتین ب احتیاجات متعل طور پر کافی
ہونی چاہئیں۔

داء الحفر

(SCURVY)

اسقریوط (scurbutus)

داء الحفر کا معنی خاصہ خون کا ایک نمایاں تغیر ہے جس سے جلد کے نیچے اور جسم کے دوسرے حصوں میں نزقات واقع ہو جاتے ہیں، سوڑھوں کی حالت انتہائی ہوتی ہے اور عدم دمویت اور انہطاح پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مرض غذا میں حیاتین ج یعنی ایکسکاربک ایسڈ (ascorbic acid) کی عدم موجودگی سے پیدا ہوتا ہے۔

575

بیمت اسباب۔ یہ مرض دونوں صنفوں اور ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔ یہ بار بار ایسے حالات میں پیدا ہو گیا ہے جن میں غذا کے اندر بھریوں اور تلہ گوشت کی مقدار کم کرنی پڑی ہے۔ چنانچہ گذشتہ زمانہ میں یہ مرض لمبے بحری سفر پر جانے والے ملاحوں کے لئے ایک مصیبت غلطی بنا رہا ہے اور اسی وجہ سے اسے اکثر اوقات بحری داء الحفر کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، اگرچہ اب یہ نام اسے دوسری قسموں سے تفریق نہیں کرتا۔ اور ایکس سے افواج اور افراد کے دوسرے بڑے حصے جیسے کہ جموں میں رہنے والے بلکہ بعض اوقات شفا خانوں میں رہنے والے اشخاص بھی مشدد طور پر ماؤف ہو گئے ہیں۔ کبھی کبھی ان لوگوں میں بھی یہ مرض ہو گیا ہے جن کو سبزی میسر ہو سکتی تھیں مگر انھوں نے کسی وجہ مثلاً افلاس اسودہ پیٹم کی شکایتوں یا غلط خیالات کے باعث، مادہ ان کے استعمال سے پرہیز کیا۔

بیمرضی تشہیح۔ داء الحفر کی مہلک امیبتوں میں وہی امیبتاں جاتے

ہیں جو دوران زندگی میں زیادہ تر نمایاں تھے، مثلاً جلد میں نزقات اور وترعہ یعنی غلافوں میں اور گرد و عظم کے نیچے خون کے انصبابات اور شیرخواروں میں بڑنایابت کی علامت تھی۔ کبھی کبھی دماغ کی سطح پر یا جرم کے اندر نزف واقع ہو گیا ہے۔ بارہا پلیٹہ رانی کہہوں اور تار و مور میں خون آلود مصل موجود ہوتا ہے۔ لیکن بے کشش مصل یا خون سے محض ہو، بلکہ بعض اوقات وہ گسنگری بھی ہوتا ہے۔ عضلہ قلب میں مادہ میں

یا مسدے اور آنت کی غشائے مخاطی کے اندر نزقات واقع ہو سکتے ہیں۔ یہ آخر الذکر خراشیدگی یا تفرج پیدا کر سکتے ہیں۔ بگرا اور طحال اکثر بڑھے ہوئے، بہت متلی، نرم اور خستہ ہوتے ہیں۔ اور شدید اصابتوں میں حاد التهاب گردہ کا ہونا بیان کیا گیا ہے۔

علامات۔ یہ مرض عموماً غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے، اور اس کے نمونے چار سے آٹھ ماہ تک درکار ہوتے ہیں۔ مریض کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے، اور وہ کمزور، نڈھال، غنودہ یا بے پردا ہو جاتا ہے، اور کوکھ میں یا جوارح میں درد پراں کی شکایت کرتا ہے۔ کچھ عرصہ (نہن ہے کہ ایک ہفتہ یا زائد) کے بعد جوارح زیریں اور جسم کے دوسرے حصوں کی جلد پر نشانات نمودار ہو جاتے ہیں، اور بالعموم ہر نزف بال کے قاعدے کے گرد واقع ہوتا ہے۔ یہ دھبے چھوٹے چھوٹے، سرخ، یا سرخی مائل بھوے ہوتے ہیں، اور سطح سے اوپر اٹھے ہوئے نہیں ہوتے۔ بعض دوسرے دھبے ایسے نمودار ہوتے ہیں جو کم و بیش اُن کو فتگیوں سے مشابہ ہوتے ہیں جو تشدد سے پیدا ہو جاتی ہیں، اور بڑے اچھرے ہوئے دھبے یا تحت الجلد خطی شکل مالت بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ یہ مختلف نزقات مارے جسم پر ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ پونوں میں خون کی وعاء باری، یا ملتحمہ چشم کے نیچے کدات ہوں، گو بیشتر اوقات چہرہ خوبصورت رہتا ہے۔ اس پر پیچورائی حالت کے ساتھ ساتھ ہم کے مختلف حصوں اور بالخصوص بعضی فضا اور کبھی کے خم میں، جبرٹے کے زاویہ کے نیچے، اور قصبیہ ہڈی کے سائے تنیدہ، عضیل اور متغلب اور ام کا سہ کرہ ضروری ہے۔ یہ خون یا خون آلود فائبرین یا مصل پھیکے زرد فائبرینی مادے کے انصبابت کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں جو ردا کے نیچے، یا عضلی بندلوں کے درمیان، یا گرد و علما اور ہڈی کے درمیان واقع ہو جاتے ہیں۔

دوسرا خاصہ جس کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ یہ عموماً متعل طور پر موجود ہوتا ہے، مسوڑھوں کی حالت ہے۔ یہ متورم، لحمی، یا اسفنجی ہو کر دانتوں سے علیحدہ ہو جاتے ہیں، اور نیلے سرخ و سیلے تو دوں کی شکل میں دانتوں سے آگے بروز کرنے لگتے ہیں۔ یہ تو دے دردناک ہوتے ہیں، اور ان کو ڈراما چھوئے پر ان سے خون نکلتا ہے۔ دانت ڈھیلے پڑ جاتے ہیں، مریض کوئی چیز سنچا نہیں سکتا، اور اس کی سانس بدبودار ہوتی

ہے۔ سوڑھوں کا ورم اس قدر زیادہ ہو سکتا ہے کہ وہ لبوں سے باہر بروز کرنے لگتے ہیں اور اکثر اُن میں تقرح واقع ہو جاتا ہے۔ منہ کا باقی حصہ اس طریقہ سے مآوف نہیں ہوتا۔ زبان بڑی ہو جاتی ہے اور اُس پر دند اُٹنے پڑ جاتے ہیں۔ بعض اوقات سوڑھے اسفنجی نہیں ہوتے بلکہ صرف پھیکے رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ اور تمام اساتہوں میں یہ تغیر دانتوں کی موجودگی سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ اُس جگہ جہاں دانتوں کے سلسلہ میں کوئی غلطی ہو، اور بے دانت شیرخواروں اور بوڑھے آدمیوں میں یہ موجود ہی نہیں ہوتا۔

جب یہ تمام تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں تو مریض کا چہرہ پھیکا اور پھولا ہوا ہوتا ہے، محنت کرنے یا زور لگانے پر اُس کی سانس بنائیاں طور پر پھول جاتی ہیں اگرچہ اُس کے پھیپھڑوں میں کوئی طبیعی امارت نہیں پائی جاتی، اُس کو غشیانہ کے دور سے ہوا کرتے ہیں، اور وہ جسمانی یا دماغی محنت کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ لیکن پیش عموماً بلند نہیں ہوتی۔ نبض مختلف ہوتی ہے۔ پیشاب میں اکثر البیومن نہیں ہوتا۔ مخاطی اعشیہ سے نرف کا جوتا اور بالخصوص رفاف شاذ نہیں۔ اور پاؤں اکثر سرد اذیمائی ہوتے ہیں۔ خون کی نوعیت ثانوی عدم حریت جیسی ہوتی ہے، اُس میں خفیف بوتھریں خلویات متعدد الوان پسندی اور منقطع اساس پسند خلویات ہوتی ہے، خفیف ابیض خلویات کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔ سرخ جیہات کم ہو کر ہم یا ۳ تک پہنچ جاتے ہیں یا جب نزقات دانتوں تو اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں اور کوئی قوت بنانا دینے ہوتا ہے۔ عرصہ ترویج طبی سے بہت کم اختلاف ظاہر کرتا ہے۔

576

زیادہ خطرناک اساتہوں میں معدے اور آنتوں سے، یا پھیپھڑوں سے نرف ہو سکتا ہے۔ یا ذات الریہ، پھیپھڑے کی گنگرین، التهاب تاروز یا ذات الثنا جو زنی ہو سکتا ہے۔ یا کلانی طحال اور البیومن ہریت۔ مگر ہے کہ موی دھابہ دیوں پر کی جلد دباؤ یا خراش سے اعشاش پتہ پر ہو کر فنگر آسا (fungoid) اور بدبودار ترعات باقی رہ جاتیں۔ بعض اوقات زحیرہ دار الحفر میں ایک پیچیدگی کے طور پر واقع ہو جاتی ہے، لیکن عموماً وہ ایک جلد کا زہمبار کی بجلی جاتی ہے۔ اکثر اوقات

خرابی بصارت جسے شب کوری (hemeralopia) یا رتوندی کہتے ہیں، واقع ہو جاتی ہے۔ مریض کو دن کے وقت توصاف نظر آتا ہے لیکن سر شام یا راست کی تاریکی میں وہ بالکل نہیں دیکھ سکتا اور اسے اپنا راستہ نظر نہیں آتا۔ یہ شب کوری شکلی کے تغذیہ کے اختلال سے واقع ہو جاتی ہے۔ چشم بین سے آنکھ کے اندر کوئی تغیر نہیں ظاہر ہوتا، اور جب دوار الحفر اچھا ہو جاتا ہے تو پھر نظر بھی طبی ہو جاتی ہے۔

موت، بڑھتی ہوئی خستگی سے، جس کے ساتھ عدم دمویت اور نحل ہونا، عموماً بہت ہفتوں کے بعد واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ ناگہانی فتناء ذات الریه یا پھیپھڑے کی گسٹرو، معلیٰ اعشید کے نزفی البتساب، یا دماغی نزف سے جلد تر واقع ہو جائے۔ جو مریض شغایاب ہوتے ہیں ان میں مناسب علاج سے اصلاح فوراً ظاہر ہوتی ہے اور اکثر نہایت سریع ہوتی ہے۔ لیکن بیان کیا جاتا ہے کہ زیادہ عمیق انصبابات سے دیارت اور لیفی بند باقی رہ جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جراح جزو منقبض ہوتے ہیں اور مخاطر عضلات مذبول ہو جاتے ہیں۔ بیض اوقات مفاصل جاسی ہو جاتے ہیں۔

مرضیعی داء الحفر (infantile scurvy)۔ اس قسم کا دوار الحفر، جسے بیرونی ممالک میں مرض بارلو (Barlow's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، دو سال سے نیچے کی عمر کے بچوں میں دیکھا جاتا ہے، اور یہ اکثر اوقاست کاحت (rickets) کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جو ایک دوسرا غذائی مرض ہے۔ دوار الحفر کے ہونے کا احتمال ان شیر خواروں میں ہوتا ہے جو مقیم دودھ، یا مالٹ آمیز یا دوسری محفوظہ الحقوق غذاؤں پر پرورش کئے جاتے ہیں اور جنہیں تازہ دودھ کافی نہیں ملتا یا بالکل نہیں ملتا۔ ایسے بچے ڈبلے نہیں ہوتے، مگر ان کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے۔ اور پھر ان کے جراح، بالخصوص جراح لبریں ماؤف ہو جاتے ہیں، چنانچہ بچے ان جراح کو بالارادہ حرکت نہیں دیتے، اور جب کبھی انہیں چھو ا جائے یا حرکت دی جائے، یا ان کے قریب ہاتھ لایا جائے تو وہ روتے ہیں۔ بچہ اکثر اس طرح لیٹتا ہے کہ اس کی رانیں تہید کردہ اور گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ اس کو شلول خیال

کر لیا جائے۔

ہڈیاں الیم ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ پاؤں میں سیتھروڈیا ہو، اور زیر گرد غلطی نرفات کی وجہ سے اور ام ہوں۔ اور ممکن ہے کہ برنامی خطوط کے مقام پر ہڈیوں کی علیحدگی کا نکتہ محسوس ہو۔ اگر کوئی دانت نکل چکے ہیں تو ممکن ہے کہ مسوڑھوں کی اسفنجیت نرفات کے ساتھ ہو، جیسی کہ بالٹوں میں ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک متفطر تودہ دکھلائی دیتا ہے۔ دوسرے نرفات جیسے کہ رعاف یا دم بولیت واقع ہو سکتے ہیں۔ عدم دمویت اخضر تھی قسم کی ہوتی ہے، اور خون یک نواتی خلیات کی زیادہ تعداد، چند لبتی خلیات (myelocytes) اور نوات دار سرخ جیسے پیش کرتا ہے۔

تشخیص۔ اس وقت جب کہ ایسے حالات موجود ہوں جن کے متعلق معلوم ہے کہ یہ مرض پیدا کر دیتے ہیں، تشخیص مرض میں کوئی دقت نہیں ہو سکتی، لیکن منفرد اصابتوں میں تشخیص میں احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ پورپوریکل (purpura) سے اس کی تشخیص اس کے ساتھ موجود رہنے والی عمومی ملائت، اسفنجی مسوڑھوں اور جوارح اور دیگر مقامات کے گہرے انصبابات سے ہوتی ہے۔ اس کے برعکس نسبتہ منفس جماعتوں کی آبادی میں اس مرض کی خفیف اصابتوں کے نظر انداز ہو جانے کا امکان ہے، جن میں عدم دمویت اور خرابی صحت کے ساتھ بیشتر مہم سے دروز کے علامات ہوتے ہیں، اور مریض مسوڑھوں کے خفیف تغیر یا جلد پر کے چھند دھبوں کا لحاظ نہیں کرتا۔ ایسی حالت میں قد کے متعلق دریافت کرنے سے مرض کی نوعیت جلد معلوم ہو جائے گی۔ شیرخواروں میں یہ مرض ریشمی شکل (infantile paralysis)، آنشکی برنامی التهاب (syphilitic epiphysitis)، یا التهاب گرد غلطی کے ساتھ غلط ملط ہو سکتا ہے۔

تحریر اور علاج۔ ایسی غذا دینا ضروری ہے جس میں دافع اسکروی حیاتین موجود ہو۔ زمانہ دراز سے لیمو کے تازہ رس کے متعلق معلوم ہے کہ وہ ایک بہت ہی بہت کارگر محرز اور علاج ہے، اور مصنون کرنے پر بلکہ خشک حالت میں بھی وہ اپنے خواص کو بڑی حد تک باقی رکھتا ہے (Bassett-Smith)۔ لائم کا ساڑھ رس

(fresh lime juice) چھداں کار گر نہیں جوتا اور لائم کا محلول کرس (preserved lime juice) بالکل بے کار ہے۔ لائم کے رس کو عام شہرت حاصل ہونے کی وجہ یہ ہے

کہ ابتدائیہ نام بھردوم کے لیوں کے رس کے لئے استعمال کیا جاتا تھا۔ گزشتہ صدی کے وسط میں بھری عکس میں اس کے بجائے ویٹ انڈیا کے لائم کارس اسی نام سے

استعمال کیا گیا، لیکن تجربہ سے اس کا بے کار ہونا ثابت ہو گیا۔ گمان غالب ہے کہ میدان جنگ کے سپاہیوں میں اس حیاتین کے حصول کا بہترین ذریعہ وہ خشک دالیں ہیں جن کو استعمال سے پہلے اُپکنے دیا گیا ہو۔ وہ قابلیت نقل و حمل کے باعث سہولت بخش ہوتی ہیں۔ گرم کھ بھرتین بھرتی ہے جو استعمال کی جاسکتی ہے لیکن اسے پانی میں جس قدر لیکن ہو کم عرصہ کے لئے اور سوڈا کے بغیر پکا چاہئے۔

ایک کپ میں جہاں گرم کھ گوشت کے ساتھ چند گھنٹے تک دم بخت کر کے کھائے گئے دوا الحضر چھوٹ پڑا۔ سارہ گوشت بھی کس قدر مفید ہے۔ شیر خواروں کی غذا کے متعلق یاد رکھنا چاہئے کہ گائے کا دودھ نسبت کم مفید واقع اسکر وی غذا ہے، اور

اس میں جو کچھ حیاتین موجود ہے وہ دودھ کی تقسیم یا بطریقہ پاسچر گرم کرنے میں اور بھی کم ہوتا ہے۔ غالباً یہ حیاتین خشک کئے ہوئے دودھ میں بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ بہر حال جب عظیم یا خشک کیا ہو اور دودھ استعمال کیا جائے تو غذا میں کچھ حیاتین شامل کر دینا چاہئے۔ اس کی سادہ ترین ترکیب یہ ہے کہ بچہ کو ایک چمچ بھر سنگرہ کارس

دے دیا جائے۔ لیکن سویڈی سلیم (swedes) بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں جو بکثرت اور انڈیا دستیاب ہوتے ہیں۔ یا ٹماٹر کارس تین ماہ کے بچے کے لئے ٹیبل سپون فل دھانڈا یا آلو جو بھوننے کے بعد مین بھٹکے کے نیچے سے کھرچ لیا گیا ہو۔ عام سویڈی سلیم کا

رس (raw swede juice) حاصل کرنے کی یہ ترکیب ہے کہ تراشی جوئی سبزی کو کدو کش سے گھس کر اس کے گودے کو ٹیل کے ذریعہ پھونڈ لیا جائے۔ شافی اغراض کیلئے لیوں کے رس کی بڑی مقداریں احتمال معضم پیدا کئے بغیر استعمال کی جاسکتی ہیں بشرطیکہ کیلشیم کاربونیٹ کا عمل کر کے آزاد سائٹریک ترش کو خارج کر دیا جائے۔ خالص حیاتین

یعنی اسے سکاربک ایسڈ جو کہ پانی میں حل پذیر ہے، دروں و زیدی طور پر ۱۰۰ - ۲۰۰ ملی گرام کی مقداروں میں دی جاسکتی ہے۔ اس کو دوسری زرنی حالتوں مثلاً پریوڈا

نزفی التہاب گردہ کے لئے بھی استعمال کیا گیا ہے۔ دروں عضلی یا زیر جلدی طور پر استعمال کرتے سے پہلے اس کے ۱۰۰ اٹمی گرام NaOH کے عقیقہ ۲ فی صدی محلول کے ایک کعبہ سمیں حل کر کے اس کی تعدیل کر لینی چاہئے۔

کساحۃ

(RICKETS) (rachitis)

کساحۃ ایک مرض ہے جس میں شیرخواروں اور نوجوانوں کی عام صحت اور ہوجاتی ہے اور جس کی خصوصیات یہ ہیں: (۱) عمل تعظیم کا خادہ چنانچہ ہڈیاں معمول کے نسبت زیادہ نرم ہوتی ہیں اور اس دباؤ سے جو ان پر روزانہ استعمال سے پڑنا لازمی ہے، ٹھیک کر مشوہ ہوجاتی ہیں۔ (۲) تنفسی اور معدنی معافی سرائیوں کا اور دماغی عصبی فتورات کا احتمال۔

اسباب - یہ بالخصوص بچوں کا مرض ہے اور دونوں صنفوں کو تقریباً برابر ماؤں کرتا ہے۔ ابتدائی ترین عضلی تغیرات چھ اور بارہ مہینے کی عمروں کے درمیان دیکھنے میں آتے ہیں۔ انٹھارہ مہینے کی عمر تک اس کے سرری خصاصتیں نمایاں ہوجاتے ہیں۔ والدہ جماعتوں کے نسبت مفلس جماعتوں کے بچے کساحۃ میں زیادہ شدت کے ساتھ مبتلا ہوتے ہیں اگرچہ اول الذکر میں بھی خفیف درجہ کا مرض عام طور پر موجود ہوتا ہے۔ اس کا اعظم حدوث سرا اور موسم بہار میں ہوتا ہے اور گزائی صبح کی روشنی سے اس میں شفا ہوجانے کا رجحان ہوتا ہے، کیونکہ یہ روشنی جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، جسم کے اندر حیاتین D (vitamin D) کی مقدار کو بڑھا دیتی ہے۔ دو حالات کا بار آؤ کر کیا گیا ہے کہ وہ کساحۃ کی استعداد کا باعث ہوتے ہیں، یعنی شہروں میں از و عام اور تازہ ہوا کی کمی۔ لیکن ان کی اہمیت اسی حد تک ہے کہ یہ سورج کی روشنی کی کمی پیدا کرتے ہیں۔ تاخیر میں یو یارطانی گت (late or adolescent rickets) جو شاذ ہے، چھ اور انٹھارہ سال کے درمیان کی موت بھی شروع ہو سکتی ہے۔

امراضیات - اگرچہ سریری کساح کا خاص سبب حیاتین D (vitamin D) کی غیر موجودگی ہے، تاہم دوسرے کئی حالات بھی ہیں کہ جن کے متعلق تجربی طور پر ظاہر ہو گیا ہے کہ وہ اس مرض کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ اولاً فاعلی بالیدگی ایک ضروری عامل ہے۔ اگر یہ موجود نہ ہو تو کیلسیم یا فاسفورس کی کمی بذاتہ قشلی کساح نہیں پیدا کرتی، اگرچہ کیلسیم کی قلت ہڈیوں میں جلد ہی مویاب ہو جاتی ہے، اور وہ عظمہ آسٹیا بافت کی تہوں کے ساتھ مساحیہ عظام ظاہر کرتی ہیں، لیکن تکاثر پذیر کری کے منطقت میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ تاہم کسی جانور کو کافی حراری قدر رکھنے والی ایسی غذا دے کر کہ جس میں کیلسیم کی یا فاسفورس کی کمی ہو، تجربی طور پر کساح پیدا کی جاسکتی ہے (کیلیم کی کساح یا فاسفورس کی کساح)۔ ہڈیوں کی شکلیں پلازما میں کیلسیم (Ca) اور فاسفورک (PO₄) روایات کی کافی مقدار موجود ہونے پر منحصر ہوتی ہے اور وہ باہم مل کر ایک خفیف طور پر حل پذیر نمک $Ca_3(PO_4)_2$ بنا دیتے ہیں جو مرسوب ہو کر ہڈی بنا دیتا ہے۔ سریری کساح میں ممکن ہے کہ پلازما کا کیلسیم طبعی، اور پلازما کا فاسفورس کم ہو (فاسفورس کی کساح) (8)۔ دوسری اصابتوں میں کیلیم اور فاسفورس دونوں کم ہوتے ہیں (10)۔ بہر حال پلازما کی حالت کساح کا راست سبب ہوتی ہے اور ہڈی میں کوئی نقص نہیں ہوتا، کیونکہ اگر کساح ہی ہڈی کو ایک طبعی بچے سے نکالے ہوئے دموی پلازما میں یا کیلسیم اور فاسفیٹ موجود رکھنے والے محلولات میں محضون کیا جائے تو اس ہڈی میں شکلیں ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن جب ایک کساحی بچے کے خون سے نکالا ہوا پلازما اس طرح استعمال کیا جاتا ہے تو یہ نتیجہ حاصل نہیں ہوتا۔ حیاتین D (vitamin D) غالباً دموی مافیہ کو ترششی کر کے اپنا عمل کرتی ہے (جو دموی مافیہ کی طبی حالت ہوتی ہے) چنانچہ ایک بہ آسانی حل پذیر نمک $CaHPO_4$ بن جاتا ہے جو بہ آسانی جذب ہو جاتا ہے۔ بہت زیادہ حیاتین D دینے سے شکلیں بالخصوص شریانوں کی اور کھلوی حصات پیدا ہو جاتے ہیں۔ حیاتین D کے بغیر یہ مافیہ قلوئی ہو جاتے ہیں (11) اور خفیف طور پر حل پذیر نمک $Ca_3(PO_4)_2$ وقت کے ساتھ جذب ہوتا ہے (10)۔ ورزش کی کمی بھی کساح کی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ اگر جانور کو بکثرت ورزش کرنے دی جائے تو کساح کا

حذر رکھنے کے لئے نسبت بہت کم حیاتین د کی ضرورت ہوتی ہے۔ حادث کساحۃ میں پلازما کے بائسکاربونیت میں کمی ہو جاتی ہے، جو کیتونیت کی وجہ سے نہیں ہوتی (۸)۔ بالکل ایسی ہی کساحۃ جیسی کہ حیاتین د کی کمی سے پیدا ہوتی ہے، شعلی مرض (celiac disease) میں بھی پیدا ہو سکتی ہے (شعلی کساحۃ = celiac rickets)۔ بڑی غیر شعلی شدہ شعلی اجابتوں کے باعث بالیدگی میں کمی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ہی حیاتین د معمول کے نسبت بہت کم جذب ہوتی ہے، اس کے نتیجہ کے طور پر کیلسیم اور فاسفورس کا انجذاب بھی کم ہو جاتا ہے اور ہڈیاں عظمیٰ مسامیتی ہو جاتی ہیں۔ پلازما کا فاسفورس اور کیلسیم دونوں کم ہوتے ہیں۔ بہت شعلی غذا پر سریری حالت میں اصلاح ہو کر بالیدگی شروع ہو جاتی ہے اور کساحۃ پیدا ہو جاتی ہے، جو اسی طرح شعلیاب ہو سکتی ہے جس طرح کہ معمولی کساحۃ۔ ناقص شعلی انجذاب کا دوسرا سبب اسپہال ہے۔ لیکن یہ کساحۃ نہیں پیدا کرتا، کیونکہ بالیدگی موقوف ہو جاتی ہے۔ امراضیاتی تشریح۔ طبی شیرخوار کی لمبی ہڈی کی طولی ترکھیں ہیں ڈنڈی (در بال) کا ایک صاف کنا جو اسرا (برنامی خط) نظر آتا ہے، اور اُن مثالوں میں جن میں برنامیہ کا قطع واقع ہو گیا ہے برنامی خط اور عظمیٰ برنامیہ کے درمیان پیدیائل کری کا ایک قرص (برنامی غضروف) نظر آتا ہے۔ کساحۃ بڑی میں ایک بالکل مختلف تصویر نظر آتی ہے۔ کری کے برنامی قرص کی چوڑائی بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔ برنامی خط نہیں ہوتا، مگر اُس کی جگہ دربالہ کا ایک نامورال طور پر کھرہ اسرا لے لیتا ہے۔ یہ کھرہ دراسرا، جو معمول کے نسبت زیادہ عروقی ہوتا ہے، دباؤ کے باعث عموماً کھرہ کھلا اور جانا پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور اس طرح برنامیہ کی کلانی کی سریری آمادہ پیدا ہو جاتی ہے۔ دربالہ کے اس متغیر مہرے پر بعد نامیہ کی اصلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

طبی حالت میں درجائی کری اور اس بڑی کے درمیان جو کہ اب تک ثواب ہو چکی ہے خرد بین کے نیچے کسی نہیں دیکھی جاتی ہیں، (الف) نکاشری غضروفی خلیے جن میں کوئی باقاعدہ ترتیب نہیں ہوتی (ب) نکاشری غضروفی خلیے جو استوائوں کی شکل میں درجائی قالب کے استوائوں کے درمیان مرتب ہوتے ہیں۔ (ج) حاضی

تھلیس کا منطقہ جس کی وجہ سے استوائی کثرت ہو جاتے ہیں اور گودے سے پھوٹ کر نکلنے والی عروق شعریہ کا رخ غرضوفی غلیات کی طرف کر دیتے ہیں جو یا تو نارمل سے سلف ہو جاتے ہیں یا لمبی فضاؤں میں غائب ہو جاتے ہیں۔ پھر یہ استوائی جزو سلف ہو جاتے ہیں اور جزو ایسے مرکوزوں کا کام دیتے ہیں جن کے گرد مغربی تابضات مرتب ہو کر (د) عظیم اسسا بافت (osteoid) کی ایک تنگ تہ بنا دیتے ہیں یعنی ایسی ہڈی جس میں کیلیم نہیں موجود ہوتا۔ (ھ) تنعم جو عظم آسا بافت میں کیلیم کے غلات کے جماؤ سے پیدا ہو جاتا ہے۔

کثرت میں یہ باقاعدہ ترتیب بالکل منقود ہوتی ہے۔ غرضوفی میکانک کا منطقہ انتصافاً اور جانباً بڑھ جاتا ہے جس میں ابتداً استوائی ترتیب ظاہر ہوتی ہے لیکن استوائی میں جو غلیات ہوتے ہیں وہ زیادہ کثرت اختیار کرتے ہیں اور یہ نقشہ بعد ہی غائب ہو جاتا ہے اور غلیات ایک زجاجی قالب کے اندر تودوں کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ عارضی تھلیس کا منطقہ غیر موجود ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ لمبی عروق تمام سمتوں میں بڑھتی ہیں۔ عظم آسا بافت کی تہ بہت دبیز ہوتی ہے اور ایک کاسحتی بعد نامیہ (rachitic metaphysis) بناتی ہے۔ اس کے اندر غرضوفی غلیوں کے جزیرے ہوتے ہیں اور چوڑی فضا میں ہوتی ہیں جن میں لٹ موجود ہوتا ہے اور اس کے عمیق تر حصوں میں کیلیم کے غیر منظم یا بے قاعدہ جماؤ واقع ہوتے ہیں جو حقیقی ہڈی بناتے اور بعد نامیہ کے سرے کا حیرت مند انداز دار کھر دار منظر پیدا کر دیتے ہیں۔ عظم آسا بافت گرد غلط کے نیچے بھی معمول کے نسبت زیادہ مقداروں میں موجود ہوتی ہے جو بے قاعدہ توجہ یا پشتے بناتی ہے اور اس طرح لمبی ہڈیوں کے تیز زاویے کنارے اور ابعاد زائل کر دیتی ہے اور کھوپری کی غشائی ہڈیوں میں حمیدہ داری پیدا کر دیتی ہے۔

579 جب اندمال واقع ہوتا ہے تو سب سے پہلے کیلیم کا جماؤ گزری میں پس تمام ہوتا ہے جہاں عارضی تھلیس کا منطقہ ہونا چاہیے تھا۔ یہ ابتداً ایک پتلا بے قاعدہ خط ہوتا ہے لیکن جیسے جیسے اندمال ترقی کرتا ہے دبیز ہوتا جاتا ہے عظم آسا بافت میں کیلیم کے جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں اور بعد نامیہ کے اندر کی گزری ابتدائی غائب

ہو جاتی ہے۔
 کتابت میں تشبیلی خورد بینی مظاہرہ ہوتے ہیں کہ (۱) عظم آسافیت کی مقدار کثیر موجود ہوتی ہے اور (۲) ترتیب کے بجائے بے ترتیبی موجود ہوتی ہے۔
 عضلات میں ڈھیلا پن اور نہر ال ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ خون ثانوی معدم و موت ظاہر کرے۔

علامات۔ اس شکایت میں ابتداء ہی میں دو علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں جو پیشہ پائی جاتی ہیں۔ ایک علامت یہ ہے کہ بچہ رات کے وقت بے چین رہتا ہے، اپنے کپڑوں کو لاتیں مار کر ہٹا دیتا ہے اور ٹانگوں اور ہاتھوں کو مشکف رکھ کر لیٹا رہتا ہے۔ دوسری علامت یہ ہے کہ جب وہ سو جاتا ہے تو اس کے سر اور گردن کے بال پسینہ بکشت آتے ہیں جس سے اس کا تکیہ شرابور ہو جاتا ہے۔ لیکن بقیہ جسم اکثر خشک رہتا ہے اور پیش طبی ہوتی ہے۔ عظمی تغیرات کی پہلی علامت لمبی ہڈیوں کے سروں کی کلائی ہے۔ یہ کلائی کلائیوں کے مقام پر خوب نمایاں ہوتی ہے، جہاں زردیات اور کبریات کے سرے موٹے ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح نمنوں اور گھٹنوں کے مقام پر ہڈیوں کے سرے خوب موٹے ہو جاتے ہیں۔ اگر اس وقت سے جب کہ بچہ کھڑا ہونے یا چلنے لگ جاتا ہے، مرض بعد میں شروع ہو، تو بچہ کھڑا ہونا اور چلنا متوقف کر دیتا ہے اور جیسا کہ مائیں کہا کرتی ہیں، ”لڑکھڑا کر گر جاتا ہے“۔ اگر مرض اس سے جلد شروع ہو تو ممکن ہے بچہ اٹھارہ یا چوبیس ماہ کی عمر تک چلنا نہ سکے۔ دونوں حالتوں میں بچہ اس وقت چلنے کی کوشش کرنے لگتا ہے جب کہ ہڈیاں ابھی کامل طور پر پیچیدہ نہیں ہوتیں اور جسم کے وزن سے قصبیات اور فحذیات خمیدہ ہو کر کمان جیسی بن جاتی ہیں اور ان کا انحداب عموماً باہر کے طرف اور سامنے کو ہوتا ہے۔ بعض اوقات قصبیات کے زیریں حصے پر ایک انحداب اندر کے طرف ہوتا ہے اور اس طرح دونوں پاؤں کے درمیان کا فاصلہ زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے، اور اس حالت کی وجہ یہ ہے کہ بچہ فرش پر ہاتھ پاؤں پھیلا کر اونڈھا لیٹے لیٹے چلتا پھرتا ہے اور پاؤں کو بحری شیر (sea lion) کے پچھلے پنجوں کی طرح استعمال کرتا ہے۔ اس وقت جب کہ ابھی بچہ کھڑا نہ ہو سکا ہو اگر وہ فرش پر ٹیک ٹیک کر

زیادہ چلے پھرے تو بدن کا وزن بازوؤں پر پڑتا ہے اور کجریات، زہدیت اور مضنیت کا نظر خمیدہ ہو جاتی ہیں۔

سینہ میں پیلیوں اور خلی گریوں کے مقامات اتصال پر کھانی پیدا ہو جاتی ہے، اردو ہاں اگر کہوں گا ایک سلسلہ بن جاتا ہے، جو دونوں جانموں پر عظم العنق کے قریب پہلی پہلی سے شروع ہوتا ہے اور نیچے کے طرف اور پھر باہر کے طرف پھیلنے لگتا ہے۔ اسے سبجٹا اضلاع یا سبجٹا کساحٹ (rickety rosary) کے نام سے یاد کیا گیا ہے۔ ڈایا فرام کے فضل سے تشوہ پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ وہ پیلیوں کو ان کے دربالوں کے مقام پر اندر کو چس لیتا ہے جس سے عظم العنق کے دونوں جانب ایک چوڑا میزبان پیدا ہو کر عظم العنق غیر معمولی طور پر نمایاں ہو جاتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض تبو تر سینہ ہو جائے۔ لیکن اکثر نیچے کی پیدیاں احشاء شکم کے اوپر پھیلی ہوئی ہوتی ہیں اور ایک باہر سے ہوئے شکم کی بالائی محراب بنا دیتی ہیں، اور یہ ابھرا ہوا شکم اوپر کے تنگ سینہ سے نمایاں فرق لگا کر رہتا ہے اور ایک عرضی نشیب (تجویف ہسٹریٹن Harrison's sulcus) کے ذریعہ اس سے جدا ہوتا ہے۔ آخر الذکر کم و بیش ڈایا فرام کے قبہ کے لیول پر ہوتا ہے، جہاں سینہ اندر کو بھنچا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مختلف تشوہات اس شعبی التماس یا شعبی ذات الریہ کی وجہ سے اور بھی زیادہ شدید ہو جاتے ہیں جو عموماً ان کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور سینہ کے اندر ہوا کے داخل میں مزاحم ہوتا ہے۔ یہ چھید گیا خاص طور پر اس لئے خطرناک ہوتی ہیں کیونکہ پیلیوں کی نرم حالت کے باعث کھانسنے کا فعل ناقص ہوتا ہے اور افراذات شش کے اندر جمع رہتے ہیں۔ عرض شیرخواری کے عالم میں عموماً کوئی تشوہ نہیں ظاہر کرتا لیکن کاستہ کی انتہائی اماتوں میں حوضی درون بہت بد شکل ہو کر زیادہ تر ساعت رطلیہ کی قسم (hour-glass type) کا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ عورتوں میں بعد میں زچگی میں نہایت خطرناک مزاحمت پیش کرے۔ سر نہ صرف برے یا فوخ اور اکثر اکیلی اور سبھی درزوں سے متاثر تیشوں کے خطوط ظاہر کرتا ہے (صلیبی قسم کا حجم = hot-cross bun type of skull) بلکہ اس کے علاوہ کسی قدر مربع شکل اختیار کر لیتا ہے، تمہ چٹا ہوتا ہے اور چہرہ اور

جانبی خطے کسی قدر ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ نمایاں اصابتوں میں مجسمہ چہرے کے مقابلہ میں بہت بڑا نظر آتا ہے اور اکثر کھوپری کا محیط زیادہ ہوتا ہے۔ جمجمہ جی ہڈی (craniotables) کا نام اُن نرم رقبوں کو دیا گیا ہے جو کھوپری پر ناقص نظم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں اور خاص کر درزوں کے حاشیوں کے برابر برابر پائے جاتے ہیں۔ دوسری علامت یہ ہے کہ دانتوں کے نکلنے میں تاخیر ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ پہلا دانت بھائے چھٹے یا ساتویں مہینے میں نکلنے کے گیارہویں یا دسویں مہینے تک نہ نکلے۔ اور ممکن ہے کہ دانتوں کے نکلنے کی ترتیب میں بہت سی بےقاعدگی ظاہر ہوں۔ دائمی دانتوں پر بھی اثر پڑتا ہے۔ اُن کا مینا ناقص اور نرم ہوتا ہے اور کیلیمی بافیہ کم ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ نو عمر بچوں میں دماغی بوسیدگی (dental caries) کی وجہ یہ ہے کہ بچہ کی غذا میں یا دورانِ حمل میں اس کی اُن کی غذا میں حیاتین د (vitamin D) کی کمی ہوتی ہے (9)۔

انتہائی اصابتوں میں تمام ہڈیوں کی بالیدگی کرک جاتی ہے اور خمیدگی کی وجہ سے وہ کوتاہ بھی ہوتی ہیں۔ اور ممکن ہے کہ آٹھ یا دس برس کی عمر کے بچے تین سال والوں سے زیادہ اونچے نہ ہوں۔ نیز ہڈیاں معمول کے نسبت زیادہ ہستہ ہوتی ہیں اور ان میں خفجہ زانی کسے (green-stick fractures) ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ ریپٹا میں قسطی رخت اور عضلات میں زرخیدگی ہوتی ہے، چنانچہ مفاصل میں غیسر معمولی حرکت پذیری موجود ہوتی ہے (راسن بازی کساحت = acrobatic rickets)۔ جگر اور طحال بے آسانی محسوس ہوتے ہیں، کیونکہ شکر دہوا سینہ انہیں نیچے دیکھیل دیتا ہے اور عضلات شکم کا انہیں کافی بہار انہیں ملتا، اور شکم غیسر معمولی طور پر بڑھ گئے ہوئے ہوتا ہے (قدما شکم = pot belly) لیکن ہے کہ بھوک بہت اچھی ہو اور بہت سے کساتی بچے شکم کا کامل بلکہ حد سے زائد فو ظاہر کرتے ہیں (شخصی کساحت = fat-rickets) لیکن شدید اصابتوں میں عدم دمویت موجود ہو سکتی ہے۔ لیکن ہے کہ عصبی نظام خطرناک طور پر آؤٹ ہو۔ کساتی بچوں میں رضی تشجات کا بہت امکان ہوتا ہے جن میں وہ تشکیں بھی شامل ہیں جن کو صبر صبری تشنج الحنجرة (laryngismus stridulus) اور تکز (tetany) کہتے ہیں۔

خجری تشنج کے ساتھ اکثر وہ جلی خواش پڑی ہوئی یا نارت واسٹیک (Chvostek's sign) موجود ہوتی ہے، جس میں چہرے کے حرکی اعصاب کی اوپری شاخوں پر آہستہ سے تھپکنے سے متناظر عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ نیز کسمتی بچوں میں دوسرے بچوں کے نسبت وہ خرابی کی مقدار زیادہ ہی ہوتی ہے جسے سوسپیش جنت بانی (head-nodding) یا سر اھلانا (head-shaking) (کسمبوی مشین spasms nutans) کہتے ہیں اور جس کے ساتھ اکثر مقص مقلد بھی پایا جاتا ہے۔ یہ شکایتیں چار ماہ سے لے کر ایک سال کی عمر والے بچوں میں ہوا کرتی ہیں اور موسم سرما میں کمزوری کی ناقص روشنی کی وجہ سے ہو سکتی ہیں اور اس طرح ان کا مقابلہ کان کنوں کے مقص مقلد (miner's nystagmus) سے کیا جاسکتا ہے۔

کساحتی بچے ایسے علامات میں بھی مبتلا ہوتے ہیں جن پر داء المنفر کا گمان ہوتا ہے، مثلاً ہڈیوں کی ایمیٹ - یہ کوئی تجویز کی بات نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ غذا میں حیاتینوں کی عام طور پر کمی ہو۔

تشخیص - اس میں سبب ازہی مشکلات پیش آتی ہیں بعض اوقات چلنے کی ناقابلیت کی وجہ سے شلل صیانی (infantile paralysis) (التهاب راد النخاع مقدم = anterior poliomyelitis) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے، لیکن جراح کو کم از کم حرکت دی جاسکتی ہے، اور ہڈیوں کے تشویشات سے صحیح یہ چل سکتا ہے۔ آتشکی التهاب بزماسیہ (syphilitic epiphysitis) اور داء المنفر اؤف ہڈیوں میں بڑا درد اور ایمیٹ پیدا کر دیتے ہیں۔ ہڈیوں کی فوسفٹیز (phosphatase) کساحت کی ایک ابتدائی دلائل بہم پہنچاتا ہے، کیونکہ وہ بڑھ جاتا ہے۔

لاشاعوں سے مرض کی دلت اور شفا یابی کی ترقی کی تشخیص کا قائل قدر ذرید حاصل ہوتا ہے (2)۔ شدید کساحت (صفحہ ۴۴) میں زیادہ نازک سہکوں کی عکس دی ہوگی، شبکی ہڈی کی ساخت میں بھونڈا پن پیدا کر دیتی ہے، اور ازال بعد جب کہ یہ عمل زیادہ ترقی یافتہ ہو جاتا ہے، یہ ہڈیاں بے شکل نرم ہفتوں سے تیزی کی جاسکتی ہیں۔ یہ مناظر مختلف ہوتے ہیں بلحاظ اس امر کے کہ داء المنفر ہڈی کا

امتحان کیا گیا ہے۔ مثلاً صفحہ ۲۶ میں عضدیہ کا سراوہ کھردرا منظر نہیں پیش کرتا جو کعبیہ اور زندگی کے سرے پیش کرتے ہیں۔ (۲) بلحاظ اس امر کہ کچھ باوجود مرض کلاب بھی خاصہ فعال رہ سکتا ہے۔ ایسی حالت میں، اگر کعبیہ کے زیریں سرے کا امتحان کیا جائے تو دیکھا جائے گا کہ اس کا تیز برنامی خط غائب ہو گیا ہے، درنامیہ کا زیریں سرا جانا پھیلنا ہوا ہے، کلس ڈبائی کا عمل مرکز کے مقام پر زیادہ سرعت کے ساتھ واقع ہوا ہے، جس سے ڈبڑی کا سرا پیا لہنا ہو گیا ہے۔ جب بچہ غیر فعال ہو تو یہ کھردرا منظر کم ہوتا ہے، کھوکھلا پن یا جانی پھیلاؤ نہیں ہوتا، لیکن درنامیہ اور برنامیہ کا درمیانی فاصلہ زیادہ ہوتا ہے۔ اندمال کے آغاز میں (صفحہ ۴۷) عسائی ٹیکلیس کے نقطہ میں ٹیکلیس کا ایک نیا خط نمودار ہوتا ہے، جو طبی ڈی کے برنامی خط کا قایم مقام ہوتا ہے۔ درنامیہ سے اس کا فاصلہ عظم آسا یافت کی چوڑائی پر منحصر ہوتا ہے اور مرض کی مدت کے لحاظ سے راست طور پر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بہت ہی جلد درمیانی فضا خطوط کی شکل میں ڈی سے پُر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اندمال واقع ہونے کے بعد طویل عرصہ تک کشیف، بیش ٹیکلیس یافتہ بعد نامیہ میں اور کلس کے قرب و جوار کی ڈبڑی کی شبکی یافت میں ایک نمایاں فرق نظر آئے (صفحہ ۴۸) کا مقابلہ طبی صفحہ ۲۶ کے ساتھ کرو۔

انذار۔ بالعموم اس مرض سے شفا ہو جاتی ہے، اور بڑیاں بالآخر بالکل سخت اور ٹھوس ہو جاتی ہیں۔ لیکن اگر تشوآت معتد بہ ہیں تو وہ دائمی طور پر باقی رہیں گے۔ زندگی کو خطرہ پیچیدگیوں کے باعث ہوتا ہے، بالخصوص شعبی التهاب سے جس کے ساتھ جوبط الریہ ہو، تشنہات سے اور صرصری شنج منجر سے۔

تحریر۔ سب سے زیادہ اہم امر یہ ہے کہ بچہ کو درست طور پر غذا دی جائے۔ اس کا قدرتی طریقہ، چھاتی کا دودھ پلانا ہے، اور اگر دودھ کی مقدار کافی نہ ہو، اور اس ایک مختلف الاقسام غذا استعمال کرتی ہے جس میں تمام معین غذائی عوامل شامل ہیں تو بچہ کو کساد یا دوسرے قلعی امراض ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ اگر گائے کا دودھ استعمال کیا جاتا ہے تو کاڈلیور آئیل بھی دینا چاہئے تاکہ حیاتین ڈ (vitamin D) پہنچتی رہے۔ ایسی غذا اس کیلیم اور فاسفورس کی مقدار کافی ہوگی۔ وہ بچہ بے



ایک چھ ماہ کے بچے میں شدید کسٹ۔ ذرا میں کھیر اور غذایہ کونامیہ کی ہونڈی سائنٹ 'فٹڈیہ' قصبہ اور شکیہ کے غیر واضح بعد نامیات اور غذایہ کے ذریعہ بہ نامیہ کا فہمان نامنظر اور فٹڈیہ اور قصبہ کے برنامیات کی تقریباً مکمل شفایت ملاحظہ کی جاتی ہے۔ یہ یکسی تصویر سنس

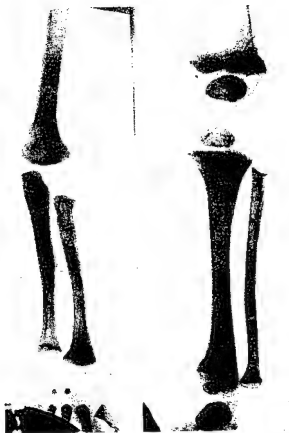
Röntgen Labortorium of the Kinderklinik میں ڈاکٹر وینبرگر (Dr. Wimberger) نے لی ہے۔

(Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ پیک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی مہارت سے پیش کی جاتی ہے۔



فکریہ

وہی بچہ ایک ماہ کے بعد مریض میں اذہان کا تغیر نظر آتا ہے۔ بعد ازیات کے بعد ہی مریض میں جھکس کے نئے نشے اور برائیاات کی زیادہ
 مشیت واضح کئے پائیں۔ یہ کسی تصویر دانسٹر Rontgen Laboratorium of the Kinderklinik میں ڈاکٹر
 ویرگر نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور سن کے چک اور سینڈیکل ریسرچ کونسل کی معازت سے پیش کیا جاتی ہے



ایک کچھ مزید ۱۴ دن کے بعد۔ دو بیماریات کے مقابل میں بعد بیماریات کی زائد بحیثیت صحت جو جو تھیں۔ اور ان کے زیریں سر سے کی صورت میں خاص طور پر ظاہر ہے۔ یہ کسی قسم کے روغنابری Rontgen Laboratory of the Kinderklinik برلن کے اور برگٹ ٹی ہے (Vorst Prof. Parquet) اور میں نے ایک نوید پیکر پر اس کے مضمون کی مبادیات میں پیش کی جاتی ہے۔



بازو اور ٹانگہ ایک طبی بچہ کا جو کھانا کی حرکت کا ہے۔ درمیان کی سائٹ "ان کے واضح طور پر متیرہ سر سے (معدہ میسٹ) اور پٹن بن گیا
 میں غلیظ کوئین کا ٹیچرہ ملاحظہ ہو۔ یہ یکسے تصویر دانت میں (Rontgen Laboratorium of the Kinderklinik
 میں ڈاکٹر ویمبرگر (Dr. Wimberger) نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور سن ایچ پیک اور میسٹونگ
 یہ سچ کنسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

درست قسم کی غذا ملتی ہو اپنے ہاتھ پاؤں اور جسم کی حرکات سے خود بخود کافی ورزش کرتا رہے گا۔ اسے خوب ترویج شدہ کروں میں رکھنا چاہئے اور بلاناغہ باہر تازہ ہوا میں لیجانا چاہئے اور حتی الامکان سورج کی روشنی خوب دینا چاہئے۔

علاج - تشعید زدہ آرگوسٹرول (irradiated ergosterol) "ریڈیوسٹال" ("radiostol") (روزانہ ۵ قطرے) کی صورت میں دے سکتے ہیں یہ دانتوں کی بوسیدگی کا علاج کرنے کے لئے بھی مفید ہے۔ حیاتین D کی قلت کے ہر لحاظ حیاتین الف کی قلت بھی پائی جاتی ہے۔ "ریڈیوسٹولیم" ("radiostoleum") اور "ریڈیوسٹالٹ" ("radiomalt") ایسی تیجیزات ہیں جن میں حیاتین الف اور D دونوں موجود ہیں۔ کالسیورائیل، سادہ یا متحلب کی شکل میں دوسری مفید دوا ہے۔ یہ روزانہ تین بار غذا کے بعد دیا جاسکتا ہے۔ سادہ تیل کی مقدار خوراک چھ ماہ کے شیرخوار بچہ کے لئے ۵ قطرے، بارہ ماہ کی عمر تک ۲۰ قطرے، اٹھارہ ماہ یا دو سال کی عمر تک پُر ذراں اور اس سے زیادہ عمر کے بچوں کے لئے ایک ذراں ہے۔ علاج کا دوسرا طریقہ سورج کی روشنی میں تشعید کرنا ہے جو ظاہر ہے کہ (بالستشنا رعیر) علاج امواتوں کے، کم تشعید بخشش ہے، کیونکہ اس کی مقدار نسبتاً غیر معین ہے۔ اگر سورج کی روشنی موجود نہ ہو تو ماورائے بعضی روشنی کے مصنوعی ذرائع میں تشعید کرنا چاہئے، مثلاً ایسے کے بخار کے کوآرٹز لمپ (mercury vapor quartz lamp) ٹنگسٹن کے قوسی لمپ (Tungsten arc lamp) وغیرہ میں۔ تازہ جوابہ افراط دینی چاہئے۔ کسمت سے شفا یابی کے بعد جوارح کے جو تشوہات باقی رہ جائیں، اگر وہ انتہائی درجہ کے ہوں تو ان کا جراحی علاج کرنا چاہئے۔

کلوی کسمحت (کلوی قزمیت renal dwarfism)۔ کم عمر لوگوں میں کلوی وٹینہ کے شدید نقص کے ہمراہ خون میں بلند فاسفورس یا فیہا پایا جاتا ہے کیلیم کا معدا اختلاف پذیر ہے، لیکن پختہ فاسفورس کے وہ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلیم ہڈیوں سے منتقل ہو جاتا ہے، اور خون میں کے نقص کی تلافی کرتا ہے۔ نشوونما کے زوائد میں ہڈیوں کے برنامی سرے سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔

شعاعیاتی منظر (۵) کے لحاظ سے تین قسمیں پائی جاتی ہیں:— (۱) ذلولی

(atrophic) قسم جس میں پوری ہڈی بشمول قشرہ کے، ناقص نکلیں ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ موجود ہوں۔ (۲) سرھری (florid) قسم میں کساحتی بنامیہ بکھتی ہے۔ (۳) سرھری ذرا نقطہ داس یا شہل کے چھتے کی سی قسم جس میں بعد ناسیہ اس سے گہرا ہوتا ہے کہ جتنا معمولی کساحت میں ہوتا ہے اور نکال کر کے والا غروف زیادہ بے قاعدہ اور پٹھا ہوا ہوتا ہے۔ مجمر کا منظر بسا اوقات پیٹ (Paget) کے مرض کی یاد دلاتا ہے۔

نشو و نما رک جاتا ہے۔ ثانوی صنفی خصائص تاخیر سے نمایاں ہوتے ہیں۔ تشنگی اور کثرت بول نمایاں علامات ہیں۔ رنگ پھیکا ہوتا ہے۔ جھری دار چہرہ بچہ کی عمر اس کی اصل عمر سے زیادہ ظاہر کرتا ہے۔ پیشاب پھیکے رنگ کا ہوتا ہے، اس کی کثافت نوعی پست ہوتی ہے، اور اس میں البیومن کا ایک شائبہ پایا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے تغیرات خود کو شدید کساحت یا ٹانگوں کے قوس کی صورت میں ظاہر کرتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر رذوع الرکبہ (genu valgum) کی صورت میں۔ آغا ز مرض کی عام عمر پانچ سے سات سال ہے، لیکن ولادت پر واقع ہونے والی، یا نہایت دیر میں یہاں تک کہ سترھویں سال واقع ہونے والی اماتیں بیان کی گئی ہیں۔ لیکن ہے ہڈیوں میں اندمال واقع ہو جائے، لیکن یہ مرض، یوریا دوریت یا بین رو مرض سے ہمیشہ ہلکے ثابت ہوتا ہے۔ یہ راسے دی گئی ہے کہ گردوں کا مرض احتباس بول کے ساتھ بولی خطہ کے اسراع کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتیں مدح ہیں کہ جو پیدائشی دویری مرض اور دو جانبی کلوی حصوات کے ہمراہ پائی گئیں، اور تعجب نہیں کہ متع خطہ بولی پیشاب کا سیلان بڑھ جانے کا ثانوی نتیجہ ہو، جیسا کہ نوبٹس ملے ہیں۔

معمولی ضد کساحتی علاج، فاسفیٹز کے انجذاب کو بڑھا کر حالت کو اور خراب کر دیتا ہے، لہذا یہ ممنوع ہے۔

لینتہ العظام

(osteomalacia: mollities ossium)

یہ بالعموم کا، اور تقریباً خالص عورتوں کا مرض ہے، جو حیاتیاتین D (vitamin D) کی کمی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لہذا یہ کساحت سے قریبی طور پر مماثل ہے۔
بحث اسباب۔ ہندوستان کی لڑکیوں اور عورتوں میں جو ریٹکٹس میں آواز ادا نہ طور پر دوڑنے پھرنے کے بعد شادی کے بعد پردے میں بند کر دی جاتی ہیں، اصابتوں کا ایک سلسلہ بیان کیا گیا ہے جو یہ بتاتا ہے کہ کس طرح تاخیر پذیر کساحت (late rickets) جو عموماً بارہ اور سترہ سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہے، لینتہ عظام میں منتقل ہو جاتی ہے، جو بعض اوقات نہایت جلد یعنی سولہ سال کی عمر میں شروع ہو جاتی ہے لیکن ممکن ہے کہ سن یا اس کے بعد نمودار ہو جائے۔ تکرر (tetany) ان دونوں میں واقع ہو سکتا ہے اور تاخیر پذیر کساحت اور لینتہ عظام اسی وقت میں یہ ایک وقت موجود ہو سکتے ہیں (7)۔ لینتہ عظام مشائخہ میں دانسا میں بھی دیکھی گئی (8)۔ اس کے مریض روٹی اور سبزیوں پر اور ساتھ ہی آٹے اور شکر کی تھیل مقداروں اور کبھی کبھی قدرے سوڑکی چربی کی غذا پر بسر کر چکے ہوتے، اور یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اسی زمانہ میں کساحت اور تاخیر پذیر کساحت بھی دانسا کے فوجی بالعموم میں غیر معمولی طور پر عام تھی۔ لینتہ عظام عام طور پر دورانِ حمل میں ہوا کرتی ہے جب کہ حیاتیاتین D کی کوئی قلت قدرتی طور پر نہایت نمایاں اثر پیدا کر دیتی ہے، یہی وجہ ہے کہ زمانہ گذشتہ میں اس کے علاج کے لئے مریضین کا استیصال کر دینے کی سفارشات کی جاتی تھی۔

مرضی تشہیح۔ ممکن ہے کہ ہڈیاں استدر نرم ہوں کہ انہیں چاقو سے کاٹا جاسکے یا ان میں اٹھلی سے گڑھا پڑ سکے۔ تقریباً ساری ہڈی ایک نرم جڑیلے توڑے یا گودے نما مادے میں تبدیل ہو جاتی ہے، ہر استثناء شاید ٹھوس بافت کے ایک پتلے خول کے جو گردِ عظمہ کے عین نیچے ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ خود بزرگ و گردِ عظمہ کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ خردین کے نیچے یہ تغیر معلوم ہوتا ہے کہ پہلے ہڈی کی

قدرتی دقیق ساخت میں خلط ط پیدا ہو جاتا ہے۔ ہیورسی نظامات ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہو جاتے ہیں اور پھر ایک قنال کے گرد کے اندرونی ترین حلقوں سے لمحات کا انجذاب واقع ہوتا ہے، چنانچہ جرم جیلا تینی اور شفاف ہو جاتا ہے۔ جیسے جیسے یہ تغیر اس سے بھی باہر کے حلقوں میں واقع ہوتا ہے اندرونی ترین حلقے بالکل جذب ہو جاتے ہیں، حفرہ نہ بھی انہی شکل و جماعت بدل دیتے ہیں اور بالآخر ہیورسی نظامات تلف ہو جاتے ہیں۔ ہڈی آہستہ اور سادہ ہو جاتی ہے (مساہیت عظام osteoporosis) اور کلانی یافتہ لیتی فضا میں ایسے گودے سے پر ہو جاتی ہیں جو شحمی یا لف آسا ہوتا ہے اور جس میں عفرتی خلیات اور عظمی نامضات ہوتے ہیں۔ اس میں تازہ زرف ہوتے ہیں اور لون پایا جاتا ہے جو خون کے مابقی انصبابات سے پیدا ہو جاتا ہے۔ مکن ہے کہ بعض مقامات میں کتب جیلا تینی یا آبی ہو۔ ہڈیوں کے کیمیائی تجزیہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ غیر نامیاتی اجزا ۶۸ فی صدی سے گھٹ کر ۳۰ فی صدی ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی علامت درد ہے، جو خاص کر تطنی عجری خطے اور کوہلوں میں محسوس ہوتا ہے اور نیچے ٹانگوں میں ریرہ کی ہڈی میں اور پلیموں میں پھیل جاتا ہے اور کبھی کبھی جوارح بالائیں بھی لیکن ایسا نسبت کم ہوتا ہے۔ دبانے سے ہڈیاں الیم پائی جاتی ہیں اور حرکت کرنے پر بہت درد ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چال میں طور پر اکر ہی ہوئی اور بطح کی طرح ہوتی ہے اور مریضہ حتی الامکان استعمال کا استعمال زیادہ کرتی ہے تاکہ اسے حرکت کرنے میں مدد ملے۔ وہ نہ سال رہتی ہے اس کا کوئی کام کرنے کو ہی نہیں چاہتا اور عضلی کمزوری بہت ہوتی ہے۔ چلنے میں وقت جو سنے کی وجہ سے وہ صاحب فراش ہو جاتی ہے۔ مفاصل میں درد نہیں ہوتا۔ رفتہ رفتہ مریضہ کی شکل و شبابہت میں تغیر دیکھا جاتا ہے اور عمود الفقرات کے گول ہو جانے یا جوارح کے جھک جانے کی وجہ سے اس کا قد چھوٹا ہو جاتا ہے۔ پھر کسی دن بلا کسی ظاہر سبب کے یا خفیف سا زور پڑنے پر ایک ہڈی ٹوٹ جاتی ہے۔ بالعموم یہ کمر محض ناقص طور پر مندل ہوتا ہے اور بالآخر دوسری ہڈیاں ٹوٹ جاتی ہیں۔ مزید برآں لمبی ہڈیاں حیرت ناک درجہ کی خم پذیری ظاہر کرتی ہیں چنانچہ وہ نہایت

عجیب عجیب و فضوں میں خفیدہ ہو سکتی ہیں اور زیادہ اوپری ہڈیوں میں اٹھی سے گرٹھا پڑ سکتا ہے۔ ہڈیوں کی نراہٹ کی وجہ سے صدر متشوہ ہوتا ہے جس کی وجہ سے نہر واقع ہو سکتا ہے۔ شاذ اصابوں میں کموپری کی ہڈیاں نرم ہو سکتی ہیں۔ سکرز بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مرض کی رفتار مزمن ہوتی ہے اور وہ عموماً پانچ سے دس سال تک جاری رہتا ہے۔ موت اکثر اس طرح واقع ہوتی ہے کہ ہڈیوں کی نراہٹ کے باعث نفس میں وقت ہو کر تنگی پیدا ہو جاتی ہے، یا موت شبی ذات الریہ کا نتیجہ ہوتی ہے جس کے وقوع میں تشوہ مد ہوتا ہے۔ بعض اوقات موت زچگی کے دوران میں اس وجہ سے واقع ہو جاتی ہے کہ ٹیڑھے (rostrate = منقار دار) حوض میں جنین کے گزرنے میں تددو واقع ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اس وقت جب کہ ہڈیوں میں تغیرات ظاہر ہو چکے ہوں یہ مشکل نہیں ہوتی۔ اس سے پہلے کے علامات پر سرشیت کا غلط گمان ہو سکتا ہے۔ خود بخود واقع ہونے والے کور ہڈیوں کے لحمی سلعہ (sarcoma)، سرطانی سلعہ (carcinoma)، لیفی دویری مرض (fibrocystic disease) اور متعدد لبقی سلعہ (multiple myeloma) میں بھی پائے جاتے ہیں۔

علاج۔ حیاتین دینی چاہئے، اسی طرح جس طرح کہ کماحت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

حوالہ جات

583

REFERENCES

- 1 H. N. Green and E. Mellanby .. 1928 *Brit. Med. Journ.*, ii, p. 691.
- 2 H. Chick, E. J. Dal-yell, M. Hume, H. M. M. Mackay and H. Wimberger .. 1922 *Lancet*, i., p. 7.
- 3 N. Burgess and A. A. Osman .. 1924 *Lancet*, i., p. 281.
- 4 D. B. Blacklock .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1046.
- 5 K. F. Wenekebach .. 1928 *Lancet*, ii., p. 265.
- 6 L. G. Parsons .. 1927 *Arch. Dis. Child.*, 2, p. 5.
- 7 Grace Stapleton .. 1925 *Lancet*, i., p. 1119.
- 8 E. J. Dalyell and H. Chick .. 1921 *Lancet*, ii., p. 842.
- 9 E. Mellanby .. 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 515.
- M. Mellanby and C. L. Pattison .. 1928 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1079.
- 10 A. Ellis and H. Evans .. 1933 *Quart. Journ. Med.*, ii., p. 231.
- 11 T. Redman .. 1929 *Biochem. Journ.* 23, p. 256.
- 12 C. Funk .. 1912 *Journ. State Medicine*, 20, p. 341.
- 13 W. H. Wilson .. 1921 *Journ. Hygiene*, 22, p. 1.

بعض مہمن قسم

الکھلیت

(ALCOHOLISM)

حاد الکھلیت - ہستی یا مخموری کے علامات جو مکمل کی بہت زیادہ مقدار لینے سے پیدا ہو جاتے ہیں سب کو معلوم ہیں اور جب مکمل نظام جسم میں سے گزر جاتی ہے تو یہ عموماً رفع ہو جاتے ہیں۔ تاہم کبھی کبھی شراب کی بڑی مقداروں کے لینے سے ان لوگوں میں جو کہ اس کے عادی نہیں ہوتے مہلک نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے۔ اس سے پہلے کہ یہ ہوئے ہوشی طاری ہو جاتی ہے، پتلیاں ست یا غیر متحرک اور عموماً پھیلی ہوئی ہوتی ہیں، نبض صغیر، مہد سرد اور چھپی، اور تنفس شحیری ہوتا ہے اور بعض اوقات ہڈیاں یا تشنات طاری ہو جاتے ہیں۔ نہایت ادنیٰ اندرونی تشنوں کا اندراج ہو اسے گویا کہ مریض گھر سے باہر کھلا ہوا پڑا تھا۔

بعض اوقات مکمل کی مقابلہ مخموری مقداروں کے ادخال سے بالخصوص حساس اشخاص میں غیر معمولی تعاملات، مثلاً وحشیانہ جوش و خروش اور تشدد (ہڈیاں الکسکاری = mania a potu) کا ظہور ہوتا ہے۔

مے مانیا (dipsomania) ایک نوعی کثرت شراب نوشی ہے جس میں ایسے اشخاص مبتلا ہوتے ہیں جو درمیانی وقتوں میں اعتدال سے شراب پینے بلکہ اس سے قلعی محتر زہر پتے ہیں۔ بعض اوقات کثرت شراب نوشی کے متوالی حملے انیائی انخفاضی دارا تنفس (manic-depressive psychosis) کی ہیئتوں کا علامتی اظہار جوتے ہیں۔ کبھی یہ حملے صرعی واروہ (episode) کی علامت ہوتے ہیں۔ لیکن بیشتر اوقات یہ ایک غیر مستقل مزاج دارا تنفسی مریض کی عجیبیت کے آئینہ دار ہوتے ہیں

جو ناگہانی مشکلات یا کاروباری مشکلات یا اپنے ذاتی معاملات میں اور طرح کی مشکلات سے تنگ آکر وقتاً فوقتاً پینے لگتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں مریض عموماً یہ خوب جانتا ہے کہ اس نے بہت کثرت کے ساتھ شراب پی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ اس کا اعتراف کرنے سے انکار کرے، یا بہم طریقہ سے اعتراف کرے۔ اسی وجہ سے علاج مشکل ہوتا ہے۔

مزمن الکھلیت۔ اس کے اثرات بقیہ فصل میں بیان کئے گئے ہیں۔

مرضی التشریح۔ مزمن الکھلیت میں دماغ کی جھلیاں عموماً غیر شفاف اور دبیز ہوتی ہیں، اور عصبی خلیوں اور ریشوں کے ضیاع کی وجہ سے تلافیف افسردہ اور مذہبوں ہو جاتے ہیں۔ محیطی اعصاب کے التهاب (peripheral neuritis) اور کبدی کبھت (hepatic cirrhosis) وغیرہ میں جو تغیرات پائے جاتے ہیں، دوسری جگہ بیان کئے گئے ہیں۔ ہڈیاں سسکاری (delirium tremens) اور حاد الکھلیت سے ہلاکت میں دماغی استلا کے ساتھ چھوٹے قشری نزقات ہوتے ہیں۔ مزمن الکھلیت سے مختلف اعضا میں تغیر پیدا ہو سکتے ہیں، یعنی التهاب اعصاب محیطی، کورسکو (Korsakow) کا علامتیہ (ملاحظہ ہو صفحہ 653)، التهاب رما والدماغ (polioencephalitis) مزمن التهاب معدہ، کبھت جگر، عضلی قلبی مرض، صلابت الشریان اور اولی متقبض گردہ۔ یہ امراض کسی دوسری جگہ بیان کئے گئے ہیں۔

ہڈیاں سکاری

(delirium tremens)

یہ عموماً ان لوگوں میں ہوتا ہے جو عادی آزادانہ طور پر پیتے ہیں، اور بالخصوص شراب خوردی کے ایک شدید دورہ کے بعد ہوتا ہے۔ نیز اس کے علامات ان اشخاص میں جن میں طویل کثرت شراب نوشی کی وجہ سے غیر معمولی برداشت پیدا ہو چکی ہے شراب کے ناگہانی پریز سے، یا کسی ایسی چوٹ سے جیسے کہ بڑی کے کسر یا زات الریہ یا دوسرے حادثہ مرض کے حملہ سے، یا کسی دماغی صدمہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

علامات۔ ابتدائی علامات اچاٹ نیند، بے چینی، چرچہ زدن اور عدم ہشتہا

ہیں۔ اور اُچاٹ فیند کے ساتھ بُرے خواب اور کثرتِ نذیان ہوتا ہے۔ صبح کے وقت ممکن ہے کہ مریض صاف طور پر ماحولِ شناخت کر سکے، لیکن رات کے وقت اس پر نذیان کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ دوسرے دن نذیان جاری رہتا ہے اور اپنے مخصوص و ممیز خصائص ظاہر کرتا ہے۔ مریض متواتر بولتا رہتا ہے اور یا تو اپنے آس پاس کے لوگوں سے خطاب کرتا ہے یا تو ہمت کا جواب دیتا ہے۔ وہ اپنے کاروبار کے متعلق گفتگو کرتا ہے (کاروباری ہذیان = occupation delirium)۔ بار بار ایک موضوع کو بدل کر دوسرا موضوع اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک لمحے کے لئے آس کی توجہ حاصل ہو جائے لیکن وہ پھر جلد بے توجہ ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بستر سے اُٹھنے کی کوشش کرے یا بستر کے کپڑے ادھر ادھر کھینچے۔ اس کے ساتھ ہاتھوں کی نمایاں لرزش ہوتی ہے، بالخصوص حرکت کرنے پر اور جب وہ بولتا ہے تو لبِ زبان میں لرزہ ہوتا ہے۔ جوں جوں حالت خراب تر ہوتی جاتی ہے اُسے نہایت متین توہمات اور الہاسات ہوتے ہیں۔ وہ کمرے میں کی چیزوں یا دیوار کے کاغذ پر کی شکلوں کو جانور یا کیرے سمجھتا ہے۔ اسے ہیئتِ بلیاں، کتے، چوہے، چوہیاں، یا کالے بھونرے آس کے پیچھے دوڑتے ہوئے یا بستر پر ادھر ادھر ٹپکتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ وہ بستر کے نیچے یا پردوں کے پیچھے دیکھتا ہے، یا کسی پاس کھڑے ہوئے شخص کے پیچھے نمٹکی لگا کر جھانکتا ہے، اور اس کو آس پاس کے لوگوں سے تعذر پہنچنے کا شہرہتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ کسی ایسے غلط خیال سے متاثر ہو کر پاس والوں کو مار دے۔ لیکن عموماً تشدد کی کوشش نہیں موجود ہوتی۔

ذہنی اور عقلی اختلال کے ساتھ دوسرے علامات بھی ہوتے ہیں۔ چہرہ سرخ متلیا ہوا، لمحاتِ سرخ اور متدمع اور زبان پر فرکی مونی تہ ہوتی ہے اور جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے زبان خشک ہو جاتی ہے۔ نبض سریع، لیکن ابتداءً مثالی اور بعد میں ضعیف ہوتی ہے۔ تپش ۱۰۲ درجہ یا ۱۰۳ درجہ یا بلند ہو جاتی ہے اور کبھی کبھی تپ مفراطہ موجود ہوتی ہے (۱۰۶ درجہ یا زائد)۔ جلد عموماً تر ہوتی ہے بلکہ اس میں سے بافراطِ پینہ نکلتا ہے۔ البیومن بولیت موجود ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ جلد ہی عصبِ بصری کے التهاب (optic neuritis) کے علامات پیدا

ہو جائیں۔

تیسرے دن کے خاتمہ کے قریب امید افزا اماتوں میں بہت استمرار کے ساتھ مریض کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے۔ اب تک نیند بالکل نہ تھی لیکن اب مریض سو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ آٹھ یا دس گھنٹے تک سوتا رہے اور وہ بہت تازہ دم ہو کر جاگتا ہے، ہڈیاں اور لرزہ کم ہو جاتا ہے اور تدریج ہر لحاظ سے اصلاح نظر آتی ہے۔ زیادہ خطرناک اماتوں میں نبض سریع و ضعیف اور مریض متلیج ہوتا ہے۔ وہ بڑبڑاتا ہوا اور نیم قومازہ حالت میں پشت کے بل پڑا ہوا ہوتا ہے۔ موت جلدی سے قفل قلب سے (اور یہ بعض اوقات ناگہانی ہوتا ہے) یا ذراست الریہ سے واقع ہوتی ہے۔

تخصیص۔ ہڈیاں سکڑی سے عمومی شلل جانین (general paralysis of the insane) کی مشابہت ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر مرض کے بعض طبی امارات،

مثلاً حدقات آرجا کیل رابرٹسن (Argyll-Robertson pupils)، بعض اوقات مزمن انکلیت میں موجود ہوتے ہیں (ملاحظہ ہوا البتہ اب رابا والیغ (polio-encephalitis)۔ لیکن عمومی شلل مجانین کا مکمل علائقہ نہایت شاذ ہوگا۔ اور بہر حال دماغی خنثائی سیال کے امتحان سے تشخیص کا قطعی فیصلہ ہو جانا چاہئے۔

علاج۔ مریض کو ایک تاریک کمرے میں حتی الامکان خاموش رکھنا چاہئے اور وہاں ملاقاتی نہ آنے پائیں۔ اگر الکحل مقدار کثیر میں حال ہی میں لی گئی ہے تو اس کو معدی ملی کے ذریعہ نکال ڈالنا چاہئے۔ چونکہ الکحل کا اثر آکسیجن کو جسم کے خون سے بافتوں میں منتقل ہونے سے روک دیتا ہے اور اس طرح بافتوں میں آکسیجن کا دباؤ گھٹا دیتا ہے، لہذا آکسیجن کا استنشاق، نقاب یا خیمہ کے ذریعہ کرانے کی ضرورت ہے اور اس سے ہڈیاں کو موقوف کیا جاسکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ مریض کو نیند خوب آئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 23) بلکہ اوقات اس وقت جب کہ متواتر تنہا بے کار ہوتے ہیں، الکحل کی محدودی مقدار کی اجازت دینے سے نیند آجائے گی۔ آنٹوں کا فصل موثر طور پر ہونا چاہئے۔

الکحلی و ہمیت (alcoholic hallucinosis) یا تو ہڈیاں سکڑی کا نتیجہ

ہوتی ہے، یا مزمن الکھلیت کے مریض میں از خود نمودار ہو جاتی ہے۔ مریض اپنے ماحول کو اچھی طرح پہچانتا ہے اور اُس کے عقلی اور جمیع الحواسی افعال علی طور پر صحیح و سالم رہتے ہیں، لیکن زیادہ تر سمعی و ہریت ہوتی ہے، بالعموم ایذا رساں قسم کی جس میں ہم صنفیت کی آمیزش ہوتی ہے۔ دوسرے حواس کے توہمات بھی موجود ہوسکتے ہیں، بالخصوص بویں اور لہسی فسادات جس جن کی تاویل سمعی توہمات کے مافیہا کے موافق کر لی جاتی ہے۔ اکثر ان سمعی توہمات میں ماحول کی کسی حقیقی آواز کی لئے موجود ہوتی ہے، نیز اکثر مریض کو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا لوگ براہ راست خود اسکے ساتھ گفتگو نہیں کرتے، بلکہ اس کے متعلق کرتے ہیں۔ توہمات ایسی ایذا رساں نوعیت کی وجہ سے کس قدر ڈر پیدا کرتے ہیں اور اُن سے بچنے کے لئے بعض اوقات خودکشی کا اقدام کیا جاتا ہے۔

بالعموم اس حالت کا حملہ عموماً عارضی اور ہفتوں یا مہینوں کے بعد اکثر کامل شفا ہو جاتی ہے۔ اس میں شبہ ہے کہ یہ حالت کہاں تک الکھلیت کا نتیجہ ہے۔ بہت سی اصابتوں میں یہ زیادہ تر مریض کی شخصیت ہی کا نتیجہ ہوتی ہے اور اغلب ہے کہ الکھلیت اور توہمات دونوں ہی مریض کی شخصیت کا علامتی نتیجہ ہوں۔

توہماتی مافیہ کی خلاف معاشرتی نوعیت اور مریض کے رویہ پر اس کا اثر ابتدائی درجوں میں خودکشی کی ممکنہ کوششیں، نیز تحریک رساں الکحل سے پرہیز کی ضرورت، یہ جملہ امور مریض کے بیمار دواؤں کی کڑی نگرانی میں عموماً دماغی امراض کے شفاخانہ میں کئے جانے کی ضرورت ظاہر کرتے ہیں۔

مزمن الکھلیت

(chronic alcoholism)

علامات۔ عصبی نظام پر نہر کے اثرات کی پہلی ولالت عقلی لرزش ہے۔ آٹھ کانپتے ہیں اور جب زبان یا ہر نکالی جائے تو اُس میں لرزہ ہوتا ہے۔ مریض بے چین اور چڑچڑا ہوتا ہے، اُسے خند اچھی نہیں آتی اور بیدار ہونے پر تازہ دم

نہیں ہوتا اور انبساط کا احساس ہوتا ہے جس کی وجہ سے اُسے فی الفور محرکات سے کشتاہی کی ترغیب ہوتی ہے۔ اکثر اوقات اُسے جی ڈوبا جانے کی شکایت ہوتی ہے جس کو رفع کرنے کے لئے وہ سمجھتا ہے کہ اُسے اپنے مرغوب مشروب کی تازہ مقداریں لینے کی ضرورت ہے۔ جوں جوں حالت ابتر ہوتی جاتی ہے مریض کوئی مسلسل دماغی محنت کرنے کے ناقابل ہو جاتا ہے۔ سادہ ترین کاروباری معاملہ کے لئے بھی اُسے پہلے ایک گلاس پی لینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جتنی اختلالات بھی موجود ہو سکتے ہیں جیسے کہ مریض بھینھنا ہسٹ اور دینے کی آوازیں، دورانِ سر تر مرے (muscae volitantes) روشنی کی چنگاریاں، یا منتشر در و سر ممکن ہے کہ ٹانگوں میں شدید وجع العصبی درد ہوں، جو شاید التهابِ عصب کے ابتدائی امارات ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں ذہن خطرناک طور پر متاثر ہو جاتا ہے۔ قوت فیصلہ عقلی استعداد، قوت ارادی اور اخلاقی حس یہ سب کمزور پڑ جاتے ہیں۔ اپنے خاندان والوں کے متعلق بے پروائی کا اظہار حقیقی بے رحمی، متغی بد اطواری، چڑچڑاپن جو وحشیانہ انفجار پیدا کرنے کا رو باری معاملات میں ناکارہ کر دیتی اور بے ترجیحی اور اپنی حالت کا صحیح اندازہ کرنے میں غلطی یا بے پروائی، یہ سب مریض کے مریض کے نمیز خصائص ہوتے ہیں۔

رنگ و حد کے خیالات اور اپنی بیوی کی ناپاک بازی کا حقیقی اعتبار بھی عام ہوتا ہے۔ پہلی علامتوں کے وقوع کے ساتھ اکثر معدے کے افعال میں خلل پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض بستر سے اٹھتے ہی تھکے کرتا ہے، کوئی ناشتہ نہیں کر سکتا، اور اُس کی بھوک عموماً کم ہوتی ہے۔ زبان فرور اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ آنکھیں متد مع ہوتی ہیں اور ممکن ہے کہ چہرے پر زرد رنگت ہو۔ رفتہ رفتہ گالوں کی باریک وریدیں پھیل جاتی ہیں، ناک موٹی اور سرخ ہوتی ہے، اور بعض اوقات گلانی تغیر (rosacea) نمودار ہو جاتی ہے۔ چہرہ زیادہ زیادہ پھولا ہوا ہوتا جاتا ہے اور توسع وریدوں کے ساتھ کلف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔

متذکرہ بالا امراض کے علاوہ جو براہ راست الکحل سے پیدا ہو جاتے ہیں ان کا امکان ہوتا ہے کہ یہ مریض کسی حاد مرض جیسے کہ ذات الریہ یا سرخ باد سے بہت جلد ہلاکت کا نشانہ بن جائیں۔

علاج۔ عموماً مریض یہ چاہتا ہے کہ شراب کے بارے میں اس سے اعتدال کی سفارش کی جائے کہ کمال پرہیز کی۔ مگر صرف کمال پرہیز ہی وہ اصول ہے جو اسے کھلیت سے باز رہنے کا موقع دے گا۔ ایسے شفاخانہ یا تیارخانہ میں چند ماہ کا قیام کہ جہاں طبیب کو یقین ہو سکتا ہو کہ کھل میں نہیں ہو سکتی، پرہیز کی عادت شروع کرنے کا موقع پیدا کرتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی طبیب کو یہ ہے کہ اس مسئلہ پر نفسیاتی علاج کے نقطہ نظر سے بھی غور کرے۔ اس سے مریض کو یہ سکھایا جاسکتا ہے کہ اسے کھل کے بغیر انی مشکلات کا اس طرح مقابلہ کرنا چاہئے۔ اگر یہ نہ سکھایا جائے تو شراب نوشی کے معاشرتی یا دوسرے مقاصد کو محدود کر دینا اہم ہے۔ چنانچہ دیکھا گیا ہے کہ ایک مخصوص شفاخانہ میں نفسیاتی علاج کے نصاب کے بعد اس قسم کے مریض جب کام پر واپس آتے ہیں اور ان کے مشاغل بدل دئے جاتے ہیں تو وہ شراب سے محترز رہتے ہیں۔ جب مریض پر قسم کے اشتراک عمل سے انکار کر دے تو کھلیت کا علاج نامکن ہو جاتا ہے، کیونکہ یہ اشتنائے نہایت ترقی یافتہ درجوں کے مریض اس قابل ہوتا ہے کہ ملاقات کے وقت معمولی رویہ ظاہر کرے لہذا اس کے مجنون ہونے کا صداقت نامہ دینا غیر ممکن ہوتا ہے۔

۱ الکحلی جُنت کا ذب (alcoholic pseudoparanoia) عموماً ایک افشاق الذہنی (schizophrenic) وار النفس ہے جس میں الکھلیت کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔ کورسکو (Korsakow) کا علائم یہ کسی دوسری جگہ بیان کیا گیا ہے۔

تسمم کاربن مان آکسائیڈ

(CARBON MONOXIDE POISONING)

آج کل کوئلہ کی گیس (coal gas) خوردگشی کا ایک مقبول و پندہ ذریعہ ہے۔ کوئلہ کی گیس کا استنشاق کرنے کے فوری اثرات درد منہ ستلی اور تھکے ہیں جس کے بعد نظر کا پستابلا و صندلا پن اور پھر حاد و عضوی ذہنی تعامل (mental reaction) یعنی ہذیان و قوما واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے وسیع دردناک احماری قطعات موجود ہوں۔ اگر موت

ہذا واقعہ بہرہ عمر نامکمل شفا ہو جاتی ہے، لیکن بعض اوقات میں عموماً چند دنوں یا ہفتوں کی غلطی شفا یابی کے بعد ایک مہینے میں مضمونی تھلاں واقع ہوتا ہے، یعنی ماضی بڑی حد تک جاتا رہتا ہے، توجہ ناقص ہو جاتی ہے، بصیرت چلی جاتی ہے اور رویت خراب ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد ماسکی عصبیاتی علامات (focal neurological signs) اور محلیاتی علامات نمودار ہو سکتے ہیں۔ مہینے میں جیسا کہ ان آدمیوں میں ہوتا ہے جو کہ گیس کے پست ازتکازات میں لمبے مدتوں تک مکشور رہتے ہیں مثلاً انجن خانوں (garages) میں کام کرنے والوں میں خون کے ہیوگلوبن اور سرخ خلیات میں قومی فیسی زیادتی واقع ہوتی ہے۔

اہم اضریات۔ حاد درجوں میں CO- ہیوگلوبن کے ساتھ اس کا مضمونی و مزید طیف پیدا ہوتا ہے۔ دماغ میں نزقات واقع ہوتے ہیں۔ قلب، عضلہ، جگر اور دوسرے اعضا میں امتلاء، نزف کے ہمراہ یا اس کے بغیر اور خلیات کا انحطاط اور ذبول واقع ہوتا ہے، اور یہ تغیرات آکسیجن کی احتیاج کا نتیجہ ہیں۔

علاج حاد درجہ میں یہ ہے کہ آکسیجن دی جائے جس میں د فیصدی CO₂ کا آمیزہ شامل ہو یا تنہا آکسیجن دی جائے۔ اس میں شک نہیں کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کا اضافہ حقیقتاً اہم ہے۔ اگر بیمار ہو تو آکسیجنی نیمہ دینا چاہئے۔ اگر ضرورت پڑے تو مصنوعی نفس استعمال کرنا چاہئے، حتی الامکان اس آلہ کے ذریعہ جو کہ کسی دوسری جگہ بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 44)۔

رصاصی تسم

(LEAD POISONING)

رصاصیت (plumbism)

یہ ان لوگوں میں واقع ہوتا ہے جنہیں رصاص یا رصاصی عمارت سے واسطہ پڑتا ہو خواہ ان اشیاء کی تیاری میں یا ان مشینوں میں جن میں ان کا استعمال کیا جاتا ہے۔ اس قسم کی مشینیں طباعت، سیدہ کا کام (plumbing)، ٹمپ، ڈھالنا، ٹمپ جانا،

چینی کے ظروف یا ظروف گلی کی جلاکاری، گھروں کی نقاشی، اور برقی جامعات (electric accumulators) کی صنعت میں۔ نیز گھسے کے نلوں یا خزانوں سے نوشیدنی پانی میں سیسہ کی آمیزش ہو کر یہ اتفاقی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ آمیزش اس وقت ہوتی ہے جب کہ پانی سخت نہ ہو بلکہ نرم ہو۔ رصاصی تسم اس وقت بھی واقع ہو جاتا ہے جب کہ سیسہ کا استعمال ایک مسقط الحمل کے طور پر کیا جائے۔ وہ نظام جسم کے اندر تغسی مغاطی غشیہ غذائی قتال یا نہایت عام طور پر جلد کی راہ سے داخل ہوتا ہے۔ لیگل اور گوڈبی (Legge and Goadby) نے بتلوا دیا ہے کہ اول الذکر راستہ نسبت بہت زیادہ عام ہے، اور لمحات رصاص (lead salts) کا اشتقاق باریک سفوف کی صورت میں کیا جاتا ہے، مثلاً معبوروں (painters) میں اس وقت جب کہ وہ پراسے وائٹ لیڈ (white lead) کے رنگ کو کھرج ڈالنے کی ابتدائی کارروائی عمل میں لارہے ہوں۔ رصاصی تسم سے اثر پذیری بہت مختلف ہوتی ہے۔ مردوں کے نسبت عورتیں زیادہ اثر پذیر ہوتی ہیں۔ فاقہ کشی، خراب صحت، سردی میں کشف، اور کثرت شراب نوشی، سیسر نقرس، آشک، یا گردے کے مرض کی مابقی موجودگی، اس کے حملے کا امکان زیادہ کر دیتی ہے۔

امراضیات۔ سیسہ پیمپٹروں کی راہ سے جذب ہونے کے بعد خون کے اندر کولائیڈی لیڈ فاسفیٹ (colloidal lead phosphate) کی شکل میں دور و کرتا ہے۔ پیمروہ فاسفیٹ کی صورت میں ہڈیوں میں اور نسبت بہت کم مقداروں میں دوسری بانٹوں کے اندر ذخیرہ ہو جاتا ہے۔ جب وہ غذائی خطے کی راہ سے جذب ہوتا ہے تو اس کی کیمقد زیادہ مقدار ہی جگر کے اندر پائی جاتی ہے، کیونکہ یہ سیسہ وہاں باقی دوران خون کی راہ سے منتقل ہو کر پہنچتا ہے۔ سیسہ کا اخراج خاص کر غذائی خطے کی راہ سے ہوتا ہے، اور صفرا اس کا ایک اہم حامل ہوتا ہے، کیونکہ جگر سیسہ کا افزا صفرا کے اندر کرتا ہے۔ سیسہ گردوں سے بھی پیشاب کے اندر خارج ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد قسم سیسہ کی بڑی مقداروں کے ناگہانی ادخال کے

بعد واقع ہو سکتا ہے۔ اس کے علامات یہ ہوتے ہیں :- درد شکم، قے، اہمال، کمرھری اور ہبوط اور ممکن ہے کہ آٹلاف خون کی وجہ سے حاد عدم دمویت ہو۔ مزمن تقسم میں چار ابتدائی علامتیں ہوتی ہیں، یعنی ہلکا کا شوب، رصاصی خط، منقطع آسٹاں پسندی اور ثانوی عدم دمویت۔

موڑھوں پر نیلا خط یا رصاصی خط ایک خاص تشخیصی اہمیت رکھتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سیسہ نظام جسم کے اندر داخل ہو گیا ہے۔ یہ ایک سیاہ سلیٹ کے رنگ کا یا یا ایک نقطے دار خط ہے، جو دانتوں کے قریب بن جاتا ہے یا قافی الحقیقت موڑھے کی کور پر یا عین اس کے آزاد حاشیہ کے اندر لیکن یہ گال کے اس حصے میں بھی ہو سکتا ہے جو دانتوں کے مقابل ہوتا ہے۔ یہ عروق کے گرد کی بافتوں میں سلفائیڈ آف لیڈ (sulphide of lead) کے جھاؤ سے بنتا ہے۔ یہ سیسہ اور اس گندمک کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے جو کہ موڑھے کی کور پر کی البیومینی شے (جو جزوہ قمارٹر میں موجود ہوتی ہے) میں سے حاصل ہوتی ہے۔ جہاں دانت موجود نہیں ہوتے یہ نیلا خط نہیں ہوتا، نیز اس وقت بھی نہیں ہوتا جب کہ دانت غیر معمولی طور پر صاف ہوں۔ یا ممکن ہے کہ وہ موڑھے کے انہیں حصوں میں نظر آئے جو دانتوں کے درمیان اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ نیلا خط رصاصیت کی کسی دوسری علامت کے بغیر بھی موجود ہو سکتا ہے۔ نظام جسم کے اندر سیسہ کا اذخار بالکل موقوف ہونے کے بعد یہ خط آٹھ دن سے لے کر تین ماہ تک بلکہ اس سے بھی زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہتا ہے۔ رصاصی خط میں اور اس نیلی بدرنگی میں جو جو فیسٹری ری سیلان (pyorrhoza alveolaris) کے نمایاں درجہ کے ساتھ ہوا کرتی ہے، فرق کرنا چاہئے۔

منقطع آسٹاں پسندی رصاصی قسم کی ابتدائی ترین آمارات میں سے ایک آمارت ہے۔ سیسہ کی تاثیر ہوتی ہے کہ نسبتہ تو عمر جیات کے آسٹاں پسند جرم سے ضات بن جاتے ہیں۔ تمام سرخ غلیوں کی پوشی جملی میں بھی لیڈ فاسفیٹ (lead phosphate) جرم جاتا ہے اور اس سے وہ سکر جاتے ہیں اور ان کی فلوئیدی کم ہو جاتی ہے، نیز زیر نشی مالع محمولات سے ان کا تقصیف کم ہو جاتا ہے۔ باوجود اسکے

یہ جعلی اسقدر بھر پوری ہوتی ہے کہ دوران خون میں خفیف سے نثر سے خلیے زیادہ آسانی کے ساتھ ٹوٹ پھوٹ جاتے اور ثانوی عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں اور شدید عدم دمویت کی حالت میں خلوی لائساوی بوتلموں خلویت اور متعدد الوان پذیری موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ معتدل ابیض خلویت موجود جس میں منفی خلیے بڑے یک نواقی خلیے اور ایوسین پسند خلیے تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔

مرض کے کسی بھی درجہ میں حادثات یا سخی واردات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ 'تولنج شلل' مرض الدماغ (encephalopathy) اور بصری انصرار (optic lesions) اور دوسرے تغیرات جو مرض رصاصی کشم میں پائے جاتے ہیں بتدریج قائم ہو جاتے ہیں اور ان کا بیان بھی درج ذیل ہے۔

رصاصی قولنج (lead colic) - یہ سموی قولنج کی ایک شکل ہے۔ کچھ عرصہ تک خراب محنت رہنے کے بعد جس میں اکثر منلی تھکے اور ہمیشہ ہیلابمض ہوا کرتا ہے، مریض کے شکم کے زیریں حصہ میں یا ناف کے مقام پر شدید عضبی درد کا حملہ ہوتا ہے۔ مریض سرد اور شاحب اور اکثر پیمہ سے شرابور ہو جاتا ہے۔ حملہ کے دوران میں عضلات شکم سکڑ جاتے ہیں اور بہت سی اصابتوں میں زور سے دبانے سے درد میں کیتقدر تخفیف ہو جاتی ہے، لیکن اکثر شکم الیم ہوتا ہے اور عموماً باز کشیدہ ہوتا ہے۔ استمان کرنے پر آنتیں سکڑی ہوئی محسوس ہو سکتی ہیں اور وہ شکم کے مختلف حصوں میں ناہوار تودے سے بنا دیتی ہیں۔ بعض اوقات تھکے ہوتی ہے اور آنتوں میں تقریباً ہمیشہ قبض ہوتا ہے۔ درد کچھ عرصہ تک کم ہو کر بچہ ہو جاتا ہے اور ایک سے لے کر تین یا چار دن میں عموماً رفع ہو جاتا ہے۔ یہ درد اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ عضلی ریٹوں پر سید کی راست تاثیر سے آنتوں کا شبخی انقباض واقع ہوتا ہے۔

رصاصی شلل (lead paralysis) - اسے اکثر کدیر عصبی التبا کے عنوان کے تحت بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ بھی خیال کیا گیا ہے کہ یہ نخاع کے حرکتی خلیوں پر زہریلی انتخابی تاثیر پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

لیکن غالباً سید اولاً عضلات پر عمل کرتا ہے اور ممکن ہے کہ عصبی افرا ثانوی

ہوں۔ وہ بالخصوص ان عضلات کو چن لیتا ہے جن میں شلکان کا امکان ہوتا ہے۔ لیکن ایک ایسے جہان حالات میں پیدا ہوتا ہے، دوران خون کے اندر گردش کرنے والے لیڈ فاسفیٹ کو حل کر دیتا ہے جو عضلی خلیے میں مرسوب ہو جاتا ہے۔

مہینہ خاصہ شلل کی توزیع ہے چنانچہ شلل بیشتر اصابتوں میں جوارح بالائیا محدود رہتا ہے، اور گو وہ ایک بازو کو دوسرے بازو سے پہلے مآؤف کر سکتا ہے، وہ عموماً متشکل ہوتا ہے۔ پہلے عضلات جو مبتلا ہوتے ہیں، کلائیوں اور انگلیوں کے طویل باسقاط ہیں، چنانچہ جب بازوؤں کو پھیلا کر پیش بازوؤں کو کمبوب کیا جائے تو ہاتھ اور انگلیاں نیچے لٹک پڑتی ہیں۔ اس واسطے مزبور لوگ بعض اوقات اس مرض کو مبتلا ("the dangles") کہتے ہیں۔ شہادت کی انگلی اور چھنگلی، جو اپنے مزید عضلات باسقاط رکھتی ہیں، بغیر انگلی اور وسطی انگلی کے نسبت کم مبتلا ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر دونوں تنہا مبتلا ہوں۔ اگر ہاتھ کو اور وسطی سلامیات کو ہمارا دسے کر آفتی وضع میں رکھا جائے تو باقی ماندہ سلامیات کو پھیلا یا جا سکتا ہے جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ عضلات تھلیہ اور عضلات بین النظام اب بھی فعال ہیں۔ بالعموم عضلہ بطو طویل غیر مآؤف رہتا ہے۔ دیر پا کمزوری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ بعض اوقات رشتہ کی غیر ضمیمت پیچھے کے طرف ہو جاتی ہے اور کلائی کی پشت پر ایک، بھار بن جاتا ہے۔

اگرچہ یہ رصاصی شلل کی سب سے زیادہ مہیزہ و مضموم شکل ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات عضلات کے دوسرے گروہ بھی مآؤف ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے عام ترین یہ ہوتے ہیں: (۱) ہاتھوں کے دو فی عضلات (۲) نطاق الکف کے عضلات، بالخصوص عضلہ ذور اسین، عضلہ مقدم، عضلہ والیہ اور عضلہ شوکیہ اور (۳) جوارح زیریں میں متعدد قصبیتی گروہ۔

اگرچہ آغاز حمل میں عضلی ردوں کی شکایت ہو سکتی ہے، سن پن یا چھبھنا ہٹ کا کوئی محیطی احساس نہیں ہوتا اور نہ کوئی جلدی عدم حسیت۔ مآؤف عضلات میں ہیرال ہو جاتا ہے، اور برقی امتحان کرنے پر وہ تعالیٰ تھلا (reaction of degeneration) ظاہر کرتے ہیں۔

مرض الدماغ (encephalopathy) - یہ فالج نصفی یا نصفی عدم حسیت کی شکل میں ہو سکتا ہے۔ زیادہ شدید اسباب میں جو اکثر مہلک ہوتی ہیں وہ ہونی میں خنجر تشبیہات، ہڈیاں، قوا کے ساتھ شاید التهاب عصب بصری (optic neuritis) اور کیتھڈرپ کے علامات ہوتے ہیں۔ ایسی اسباب میں اکثر ایک نہایت حادثہ رکھتی ہیں اور اناتھ میں زیادہ کثیر الوقوع معلوم ہوتی ہیں (Oliver)۔ عدم دمویت پہلی علامت ہوتی ہے اور پھر قویج، درد سر، قے، دو نظری (diplopia) ہوتی ہے یا التهاب عصب بصری کی وجہ سے ناقص بصارت۔ چند روز میں مریض تشنج ہو کر قوتاً ہوجاتا ہے اور مر جاتا ہے۔ دوسری مثالوں میں کچھ ذہنی اختلال ہوتا ہے جو بے خوابی، استبدادی توہمات اور سخت جوش و خروش کی شکل میں ہوتا ہے۔

اضراسر چشم - یہ اکثر ہوتے ہیں اور ان میں پتلیوں کی عدم مساوات، دو نظری جو بعض عضلات چشم کے شلل کی وجہ سے ہوتی ہے، التهاب عصب بصری نزفات کے ساتھ یا نزفات کے بغیر عصبی شبکیاتی التهاب (neuro-retinitis) اولی اور ثانوی ذبول عصب بصری (optic atrophy) دو جب فی غطش (bilateral amblyopia) جس میں تغیرات قعر چشم بالکل نہیں ہوتے اور جو یوریا دمویتی کثرت (uræmic amaurosis) سے مشابہ ہوتا ہے، یہ سب علامات شامل ہیں۔ آخر الذکر تغیرات اکثر رصاصی التهاب گردہ کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

البیومن بولیت (albuminuria) دو یا تین طرح سے رصاصی قسم کا نتیجہ ہوتی ہے۔ وہ رصاصی قویج میں عارضی طور پر واقع ہو سکتی ہے۔ وہ شیب کی برآمدگی کی اور آڈیما کے ساتھ اکثر انجوبی التهاب گردہ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جیسے کہ مرض الدماغ (encephalopathy) کی اسبابوں میں (Oliver) یا رصاصیت کی زیادہ مزمن حالتوں میں ذاتی گردے (granular kidney) کی اسبابوں میں۔ میسہ، نفرس اور ذاتی گردے کے تعلقات نہایت قریبی ہیں۔ کم از کم انگلستان کے جنوب میں ان لوگوں میں جو کہ مزمن رصاصی قسم میں مبتلا ہوتے ہیں، نفرس عام ہے اور کہا جاتا ہے کہ اول الذکر یورک ایڈ کے اخراج کو کم کر دیتا ہے۔ اور یہ بھی دیکھا

گیا ہے کہ جو لوگ نقرس میں مبتلا ہوتے ہیں وہ سید سے نہایت جلد متاثر ہو جاتے ہیں۔
جگہ کے تغیرات شمعی درخت کی، امسلا اور ہیموڈیرین (haemosiderin) کا ہواؤ ہیں۔ وائڈ نیرگ کا امتحان عموماً مثبت ہوتا ہے اور بعض اوقات صرک یرقان (jaundice) ہوتا ہے (1)۔

رمصاصی قسم، سیض اور جل دونوں وظائف پر اثر ڈالتا ہے۔ کثرت طمث (menorrhagia) نہایت عام ہے، لیکن کبھی کبھی بے طمثیت (amenorrhoea) یا عسر الطمث (dysmenorrhoea) ہوتا ہے۔ حاملہ عورتوں میں المامات (miscarriages) اور مردہ ولادتوں (still-birth) کا تناسب زیادہ ہوتا ہے۔ اور جو بچے زندہ پیدا ہوتے ہیں ان میں سے بہت سے طبی وزن سے کم ہوتے ہیں اور بہت سے ایک سال کے اندر مر جاتے ہیں۔ جو زندہ رہتے ہیں ان میں تشنجات، سفافت اور ایلہی کا تناسب اوسط سے زائد ہوتا ہے۔
تشخیص۔ اس کا انحصار زیادہ تر رمصاصی قسم کی سرگزشت پر، موڑموں پر رمصاصی خط کی موجودگی پر اور ابرازات میں سیسے لپٹے پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ سرگزشت مرض کی تحقیقات نہایت غور و احتیاط کے ساتھ کرنی چئے کیونکہ سیدہ نظام جسم کے اندر نہایت غیر متوقع ذرائع سے داخل ہو سکتا ہے۔ اگر علل شلل موجود ہیں تو اکثر توجیع کی سرگزشت پائی جاتی ہے، اور تقریباً تمام مریضوں میں رمصاصی خط موجود ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ نہایت صاف اور ستھرے رہنے والے اشخاص میں رمصاصی خط صرف دانتوں کے درمیان پایا جاسے یا ممکن ہے کہ بالکل نہ پایا جائے۔ رمصاصی شلل کی معمولی قسم کو عضلی مغزی شلل (musculo-spiral paralysis) سے اس طرح تمیز کیا جاسکتا ہے کہ اول الذکر میں عضلہ باطنی طویل غیر متاثر رہتا ہے اور دونوں بازو ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔

پیشاب کے نسبت براز میں سیدہ زیادہ مقداروں میں موجود ہوتا ہے، لہذا جب سیدہ کے لئے امتحان کیا جا رہا ہو تو براز سے کام لینا چاہئے۔ لیکن براز کے اندر سیدہ کی موجودگی یہ ثابت نہیں کرتی کہ سیدہ نظام جسم میں موجود ہے۔ یہ ثبوت صرف پیشاب کے اندر اس کی موجودگی سے حاصل ہوتا ہے۔

انذار۔ شغایانی اگر یہ آہستہ آہستہ ہوتی ہے، تاہم متحول علاج کرنے پر وہ عموماً کامل ہوتی ہے۔ اگر علاج شروع کرنے کے بعد دو سال کے اختتام پر اب بھی کوئی کمزوری باقی رہے تو اس کے متعلق باقی رہنے کا امکان ہے۔ شدید دماغی علامتیں زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں، لیکن اگر موت واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ کامل شفا ہو جائے۔

تھرمیز۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ حرفتی رصاصیت کے اسباب کی حیثیت سے سیدھے کا گرد و غبار اور بخارات اس سے زیادہ اہم ہیں کہ جتنا سیلی انگلیوں کے ذریعہ داخل ہونا سیدھے کے گرد و غبار اور بخارات کو کم کرنے کی تدبیریں درج ذیل ہیں:۔ بروں کش ترویج (exhaust-ventilation) جو کام کرنے کی جینچوں پر یا مقامی طور پر اس نقطہ پر جہاں بخارات پیدا ہوتے ہیں (مثلاً سیدھے جلانے میں) بڑی ٹوپوں (hoods) کے ذریعہ استعمال کی جائے۔ شرا عمل (wet processes) پر اصرار کرنا چاہئے جس میں یہ امر بھی شامل ہے کہ جاسی کا زناؤ (accumulator works) میں چھپڑوں کو روزانہ چھڑے کے نلوں سے دھویا جائے وغیرہ۔ ان تمام اعمال کو جو لازماً غبار پیدا کرنے والے ہیں غبار بند کروں کے اندر انجام دینا چاہئے۔ مصوری کے پیشے میں خشک سفوفوں سے رنگوں کا ملانا اور رنگین سطحوں کا ملنا اور گھسنا دالایہ کہ ان کو روغنی رنگ بال کاغذ سے ملا جائے جو تر کر کے استعمال کیا جاتا ہے) اب خلاف قانون ہے۔ خانگی رصاصی قسم کا السدا اس طرح کرنا چاہئے کہ بعض رقبوں میں پانی کھیر سیدھے کے نلوں کے استعمال کی ممانعت کر دینی چاہئے اور سائڈر (cider) اور شراب کے لئے سیدھے اور جبت کے ظروف کے استعمال سے محترز رہنا چاہئے۔

علاج۔ مریض کو اپنا پیشہ چھوڑ دینا چاہئے، یا جس طریقہ سے ممکن نظام جسم کے اندر مزید سیدھے کا داخلہ روکنا چاہئے۔ سیدھے کو نظام جسم سے مینے ہڈیوں میں اس کی ذخیرہ کے مقام سے خارج کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو پست کیلیسی غذا دی جائے جس میں گوشت، کلیجی، آلوچاؤل، ٹائٹر، کیلے، چھلکا اُتارے ہوئے سیدھے، کافئی، شکر اور بے ٹنگ۔ "الہتسابی کلوی ردولی"

(nephritic bread) اور مکہ کی چربی (جو مکہ کو گرم پانی میں گھلا کر اور پھر اس کی سطح پر سے چربی اُتار کر تیار کی گئی ہو) شامل ہوں۔ دودھ، 'اڈسے' سبز ترکاریاں، اور بہت سے پھل غذا سے خارج کر دیے جاتے ہیں۔ اس سے ایک ترشہ سمیت پیدا ہو جاتی ہے جو لیڈ فاسفیٹ (اور کیلیم فاسفیٹ) کو ہڈیوں میں سے حل کر کے خارج کر دیتی ہے، چنانچہ اس کا اخراج ہو جاتا ہے۔ ۲۰۰ سی سی مُرقق فاسفورک ایسڈ یا ۱۰ گرام امونیم کلرائیڈ روزانہ لئے جاتے ہیں بشرطیکہ بہت سے پانی میں حل کر کے دس دس گھنٹے سے خوراکیں دی جائیں۔ ایک نسبت کم کارگر طریقہ، لیکن ایسا جو التهاب گردہ موجود ہونے کی حالت میں ضروری ہو سکتا ہے، یہ ہے کہ روزانہ ۲۰ تا ۴۰ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ بلا تخصیص غذا دیا جائے۔ پوٹاشیم ایوڈائیڈ (۱۵ تا ۲۵ گریں) بھی زیادہ کارگر نہیں۔ ایسا علاج صرف اسی وقت کرنا چاہئے جب کہ کوئی حادثہ واقع نہ ہوں، اور اس علاج کے اثر کو غور و احتیاط کے ساتھ دیکھتے رہنا چاہئے، کیونکہ یہ علاج سیسہ کو حرکت میں لاکر حادثات پیدا کر سکتا ہے۔ جب حادثات موجود ہوں تو بلند کیلیمی غذا ایسے تین پائنٹ دودھ اور کیلیم لیکیٹ ۳۰ گریں روزانہ دینا مناسب ہے (۳) تاکہ سیسہ ہڈیوں میں چلا جائے۔

قولنج عموماً فیون کی پوری معاد سے یا مارفیا (morphia) کے اثر سے رفع ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ کوئی سادہ سہل، مثلاً ازڈی کاتیل ایک اونس (کچھ آف اویم کے ۱۵ یا ۲۰ قطروں کے ساتھ) یا میگنیم سلفیٹ دینا چاہئے۔ گرم نمکدات اور شکم پر دباؤ اور متھنے آزمائے جاسکتے ہیں۔ ایسٹرین ٹائٹر و گلیسرین اور بنزول بنزوائٹ (benzyl benzoate) آزمادانہ طور پر استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ شغلی عوارض میں مناسب تجویز اولین اہمیت رکھتی ہے۔ اس میں مشمول عضلات کو ارتخانی وضع میں رکھ دینا چاہئے۔ دلک، حرکتیں، اور گلو انیت بھی مفید ہیں۔ یہ علاج ہیمینوں کرنا چاہئے۔ حادثہ دماغی حلوں کے لئے آئیور ٹائٹرائٹ آف آمیل (nitrite of amyl) کے انفشال کی اور ٹی کو کے کی سفارش کرتا ہے جس میں سیال ایک سے تین اونس تک نکالا جائے۔ آکسیجن کو

آزمایا جاسکتا ہے اس طرح جس طرح کہ الکلیت میں۔ عل مردمویت کا تدارک
لوسہ کی تجہیزات کے ذریعہ مناسب علاج سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 431)۔
خلاصہ جگر (liver extract) آزمایا جاسکتا ہے۔

پارے کامرین سسم

(CHRONIC MERCURIAL POISONING)

ندے کی ٹوپوں کی حرکت میں بالوں کا نڈا بنانے میں ایسڈ نائٹریٹ
آف مرکوری (acid nitrate of mercury) کا استعمال آج دنیا میں پارے کے
مزمین سسم کا سب سے بڑا سبب ہے۔ بہت سے کاریگر عدم دمویت، کثرت رقیق
اور التهاب الغم میں مبتلا ہو جاتے ہیں جو پارے کے دوائی استعمال میں اس کی
بیش معادوی کے مشہور و معروف نتائج ہیں۔

پارے کے سسم کے مہمیز خاصا مضم مزاج کا چڑچڑاپن (سیمانی اشتعال پذیری
"mercurial erethism") اور مہم و جوارح کے لرزشی حرکات ہیں جن کو سیمانی
لرزشیں یا "تھر تھر ہائیں" ("trembles") کہتے ہیں۔ یہ پہلے بالائی جوارح کو موقوف
کرتی ہیں اور پھر ہاتھوں اور سیم کے بقیہ عضلات میں پھیل جاتی ہیں۔ پہلے یہ حرکتیں
صرف ہیمان و اشتعال سے پیدا ہو جاتی ہیں اس کے بعد اس وقت پیدا ہوتی ہیں
جب کہ مریض کوئی عضلی کام کرتا ہے اور بالآخر دائمی ہو جاتی ہیں، بلکہ سوئے کی
حالت میں بھی کسی حد تک جاری رہتی ہیں۔ زبان میں لرزہ ہوتا ہے، اور نطق جلد بخلہ
ناگہانی اور تھکے کے ساتھ ہوتا ہے۔ خراب اصابتوں میں ہر جلد بلکہ شل تک موجد
ہو سکتا ہے اور مکن ہے کہ مریض ہمارے کے بغیر بالکل بخل سکے۔ بعض اصابتوں
میں تیز و تند حرکات یا سخت کام کے بعد پیش بازوؤں کے تخم کن عضلات میں متشی
شجاعت ہوتے ہیں۔ عدم صحت، دوران سر، زبان توہمات ہو سکتے ہیں اور جیسے جیسے
کے ساتھ ہیمان کا واقع ہونا بھی مکن ہے۔ ابتدائی درجوں میں صلابت منتشر
(disseminated sclerosis) سے کسی قدر مشابہت پائی جاتی ہے لیکن رفت

نہیں ہوتا، اور جب حرکات دائمی ہو جاتے ہیں تو کسی حد تک شلل اتھرا (paralysis agitans) کی شباهت پیدا ہو جاتی ہے۔ پارہ آجنوبی الہتساب گردہ (tubal nephritis) بھی پیدا کر دیتا ہے۔

اگر مرض بہت زیادہ نہ بڑھ گیا ہو تو شفا ہونا ممکن ہے۔

علاج - پارے کے بخارات سے ملحدگی ضروری ہے۔ دوا ارمقویا اور آیوڈائیڈ اور برومائڈ آف پوٹاشیم نہایت مفید ہیں۔ اور منکناٹ جیسے کہ افیون کلورل (chloral) اور بیلاڈونا (belladonna) مفید ہو سکتے ہیں۔

سنگھیا کا مرنیہ قسم

(CHRONIC ARSENICAL POISONING)

یہ رصاصی قسم کے نسبت کم عام ہے لیکن مندرجہ ذیل حالات کے تحت واقع ہو سکتا ہے۔ اُن اشخاص میں جو سنگھیا کے کارخانوں میں کام کرتے ہوں، اور اُن حرفوں میں جن میں سنگھیا کے رنگوں سے واسطہ پڑتا ہو۔ اُن لوگوں میں جو ایسی رنگی ہوئی اشیاء جیسے کہ دیواروں پر لگانے کے بعض رما دی اور بریز کاغذ استعمال کرتے ہوں۔ کبھی کبھی طبی علاج میں سنگھیا کی بڑی مقداریں استعمال کرنے سے۔ مشروبات میں اتفاقی طور پر سنگھیا کی آمیزش ہو جانے سے جس کی مثال محیطی اعصاب کے الہتساب (peripheral neuritis) کی وہ دبا ہے جو کہ ہانچٹر میں ثالث آمیزی کے عمل میں غیر خالص سلفیورک آئیڈ کے استعمال سے پیدا ہوتی۔ آرسینو فینرال (arseno-benzol) کے قسم کا بیان پہلے درج ہو چکا ہے۔

علامت - جب سنگھیا کے بڑا دہ یا گردہ میں یکشف ہو جو کہ نہایت خراش آوری ہو تو جلد پر اور قابل رسائی غامی اغشیہ پر اثرات ظاہر ہوتے ہیں۔ جب سنگھیا کا داخلی استعمال کیا جاتا ہے تو غذائی غشائے غامی محیطی اعصاب، اور دوران خون کے ذریعہ جلد پر اثر پڑتا ہے۔ پہلی صورت میں نمایاں خاصہ خراش جلد ہے، جن سے ایک قسم کا اکیزمیا (eczema) یا الہتساب دومہ (dermatitis)

پیدا ہو جاتا ہے، اور وہ زیادہ گرم اور زیادہ نم حصوں میں بالخصوص دیکھا جاتا ہے، مثلاً
 ہنٹوں میں، قوط اور رانوں کے درمیان، تنھنوں کی کوروں پر، اور آنکھوں میں۔ لمبتر
 کی سرخی اور آنکھوں کی جلن، خراش، حلق اور سانس کی باریک بینی کا رونا، بھی موجود ہوتے
 ہیں۔ ازاں بعد عمومی تسمم کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں، لیکن یہ اس وقت
 زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جب کہ اس زہر کا شراب تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار
 دیا ہو۔ معدی معوی خراش ہوتی ہے اور ساتھ ہی شائد متلی، اسیال اور درد و ہائے شکم۔
 اس کے ساتھ اکثر بخول کزوری، عضلی انہضیں اور جیسی درد و غلوط ہوتا ہے۔ التهابی ماحیطہ ایک متیز
 خاتمہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 851)، اور اسی طرح ہلکا ایک عارضہ بھی جس کے
 میزخصائص لونیت اور برادری کی دباوت ہوتی ہے، بالخصوص پھیلیوں اور ٹولوں
 پر جیسے قونیت کہتے ہیں۔ ہاتھ کی انگلیوں کے ناخنوں پر عریضی جود اور فحاش
 نمودار ہو جاتے ہیں۔ اور حاد اصاباتوں میں خمدار سفید خطوط (ریاض) انظفر
 (leuconychia) ظاہر ہوئے ہیں جو بتاتے ہیں کہ تسمم واقع ہونے کے وقت تغذیہ
 میں خلل واقع ہوا تھا۔

علاج یہ ہے کہ سبب دور کر دیا جائے، اور ایسا کرنے پر علامات رفع ہو جاتے ہیں۔
 دوا آریوڈ آڈ آف پوٹاسیم ہائیڈروکسائیڈ کی مقداروں میں دیا جاسکتا ہے۔ تاہم ممکن ہے
 کہ التهاب اعصاب محیط کئی ماہ تک جاری رہے۔

مینگنیس کا مزین تسمم

(CHRONIC MANGANESE POISONING)

مینگنیس کا تجارتی استعمال کلورین، پینٹ، وارنش، مینا (enamel) اور
 لینولیم (linoleum) بنانے، صابن رنگنے، اور نولاد تیار کرنے میں کیا جاتا ہے۔
 مینگنیس کے تسمم کے سرمدی خصائص شکل اہتر ازی سے مشابہت رکھتے
 ہیں، اور ان سے ظاہر ہوتا ہے کہ جسم مضطرب (corpus striatum) میں کوئی ضرر
 موجود ہے۔ جذباتی اختلالات ہوتے ہیں جن میں ناقابل ضبط ہنسی یا رونے کے

دور سے ذہنی نڈھال پن، عقلی کمرختگی اور لرزش ہوتی ہے۔ مریض پاؤں و گردن کو دگر چلتا ہے اور نیچے گرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ ہر جی خفوں کے مرض کے کوئی امارت نہیں ہوتے (2)۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 W. Blair Bell, W. R. Williams, and L. Cunningham .. 1925 *Lancet*, ii., p. 793.
- 2 J. R. Charles .. 1922-3 *J. Neurol. & Psychopathol.*, 3, p. 262.
- 3 J. C. Aub & others .. 1925 *Medicine*, 4, p. 1.

عصبی اور کلی نظام کے امراض

592

اس عنوان کے تحت ہمیں دماغ، نخاع، اور اعصاب کے اختلالات سے بحث کرنی ہے۔ یہ اختلالات خود کو حرکت، احساس، حواسِ مخصوصہ، اور عقل اور جذبات کے وظیفوں کے ذریعہ ظاہر کرتے ہیں۔

اگرچہ عصبی نظام اُن ہی امراضِ قیاتی اعمال سے متاثر ہوتا ہے کہ جن سے بقیہ جسم متاثر ہوتا ہے، تاہم وظیفہ اور ساخت کی بعض خصوصیات ایسی ہیں جو اس حصے کے مرض کے اثرات کو دوسرے تمام اشارات سے ممتاز کرتی ہیں۔

پہلا اہم نکتہ وظیفہ کی انتہائی تخصیص ہے جو کہ نظام عصبی کے بلند ترین حصوں میں اپنے درجہ کمال کو پہنچ جاتی ہے۔ یہ اسی کا نتیجہ ہے کہ ایک خفیف ماضر ایسے علامات و امارات پیدا کر سکتا ہے جن کو ہم و ثوق کے ساتھ مرض کے محل وقوع کی طرف مسوب کر سکتے ہیں۔ علامات و امارات کے ایسے گروہ کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ تجزیاتی اہمیت رکھتا ہے۔

ساخت کی تخصیص کا ایک مزید نتیجہ یہ ہے کہ بعض سموم (جرثومیاتی یا کیمیائی) ہمیشہ عصبی خلیات یا عصبی ریشوں کے بعض گروہوں کو منتخب کر لینے کا میلان رکھتے ہیں۔ اس انتخابی حمل و موثر کا انحصار یقیناً کیمیائی یا طبعی نوعیت کے اُن حصوں پر ہوتا ہے جو عصبی خلیے کے اندر مقیم رہتے ہیں اور جو اُسے بعض سموم کے لئے ہدف بناتے ہیں اور بعض کے لئے مزاحم۔ چنانچہ اکثر اوقات ایک مخصوص امارت اُسی امراضِ قیاتی عمل کے ساتھ وابستہ پائی جاتی ہے۔ لیکن ہمیں ہمیشہ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ وہ امارات اُس صنف کی مقامیت کا نتیجہ نہیں ہیں کہ اُن کے امراضِ قیاتی کا۔ مثلاً آشک کا پیچ موئی سم وسط دماغ کے اُن دقیق مرکزوں پر جو پتلیوں کی روشنی کے تعامل کی تنظیم کرتے ہیں، ایک انتخابی حدوث رکھتا ہے۔ لہذا روشنی کے صدقی تعامل کا فقدان (آرگائل رابرٹسن حدقہ: Argyll Robertson pupil) عصبی آشک کی

ایک عام ترین آمارت ہے۔ لیکن اس سے ہیں یہ نتیجہ اخذ کرنے کا حق نہیں کہ آرا گنل رابرٹ سٹی حدقہ ہمیشہ ہی آتشک کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کوئی دوسرا سبب جو اسی مقام پر عامل ہو سہی آمارت پیدا کر دے مثلاً کوئی 'رسولی' یا 'سابقی التهاب دماغ' (encephalitis lethargica) کا قشرب۔

عصبی امراض کا ایک دوسرا امتیازی خاصہ، عصبی خلیہ کے نسبت بہت زیادہ طویل ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جب کسی عصبی خلیہ کا محور یا شغرت یا جملائے مرض ہو جاتا ہے تو اس کا بعدی حصہ اپنے محیطی شاخوچ جات تک اسخطاط زدہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ عمود الفقرات کے اندر کی پہلی صدی عصبی جز کے مرکز کا نتیجہ یہ ہو گا کہ ہاتھ کے چھوٹے عضلات کو رسد پہنچانے والے عصبی ریشوں میں اسخطاط واقع ہو جائے گا جس سے بالآخر ان عضلات میں ذبول اور شلل ہو جائے گا۔ حرکی قشر کے بالائی حصے کے خلیات کا ضرر ان ہری ریشوں کا جو شخاع کے اندر نیچے کے طرف جاتے ہیں انکی قطنی کلافی تک اسخطاط واقع کر دے گا جس سے جارسہ زیرین کا شلل پیدا ہو جائے گا۔

نظام عصبی کا تیسرا نمایاں خاصہ یہ ہے کہ اس کے حصے ایک مخصوص طریقہ پر ملغوف ہوتے ہیں، گویا کہ وہ دوسری بافتوں سے مجوز ہوتے ہیں مرکزی نظام عصبی سہایا کے ذریعہ اور محیطی اعصاب اپنی عصب خلائی پوششوں کے ذریعہ۔ ہر ایک کے ساتھ کا ایک شاپدہ یہ بھی ہے کہ نظام عصبی کے اولی سلالت سہایا کو کسی متاکل نہیں کرتے (خواہ وہ ان حدود کے اندر کیسے ہی خبیث ہوں) اور نہ وہ دوسری بافتوں پر حمل آور ہوتے ہیں۔ اسی طرح دوسرے مقامات کے خبیث سلالت بھی عصبی بافت پر کبھی راست حمل نہیں کرتے (اگرچہ یقیناً وہ میکافی انضطاط سے نقصان پہنچا سکتے ہیں)۔

عصبی جرم کی ایک اور خصوصیت یہ ہے کہ دماغ اور شخاع کے اندر کوئی لینی سہارک یافت نہیں ہوتی اور اس کی جگہ عصبی سریش ہوتا ہے جو نسبت بہت زیادہ نازک شے ہے۔ اسی وجہ سے اس میں قلعیت کسی لینی روک سے محدود المقام نہیں ہوتا بلکہ گہرا پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ نرف بھی خواہ وہ حادثہ کے باعث ہو یا عروقی مرض

نتیجہ ہو، یہی رجحان رکھتا ہے۔ انصباب کا دباؤ اس کے لئے کافی ہوتا ہے کہ باریک عصب سریشی ریشوں کو یہ آسانی چیر بھاڑ کر دماغ یا شخاع کے جرم میں گڑھے بنائے۔ لیکن مزمن الہتاب کی حالتوں میں عصب سریشی غلیے تکاثر کر کے بکثرت ریشک بنا دیتے ہیں، جس سے کثافت میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ مزید برآں معلوم ہوتا ہے کہ جب عصبی ریشوں کا "تناووی انحطاط" ہو رہا ہو (مثلاً شخاع میں بہری ریشوں کا وہ انحطاط جو داخلی کیس کے کسی ممر کے بعد تناووی طور پر ہو) تو ان کے انحطاطی ماحول عصبی سریشی غلیوں میں بھی ایک مماثل تعامل کی تحریک پیدا کر دیتے ہیں، چنانچہ جب بوسیدہ ریشے کٹاں غلیوں کے ذریعہ جذب ہو جاتے ہیں تو ان کا سابقہ ممر عصبی ترش کی طرحی ہوئی کثافت کے ذریعہ فطر آسکتا ہے، جو اکثر مرنی اور جس پذیر ہوتی ہے۔

عصبی امراضیات کے ابتدائی زمانہ میں ایسے ہی مناظر کی بنا پر یہ مفروضہ قائم کر لیا گیا کہ عصبی سریش کی بیش بالیدگی ہی اولی مرنی عمل ہے اور عصبی غلیوں کا اتلاف اس کا تناووی نتیجہ ہے، اور اس میں ہونے والے امراضیاتی عمل کو "صلابت" کا نام دیا گیا۔ اب ہمارے معتقد یہ ہے کہ یہ تصور غلط تھا، اور یہ کہ قشر یا مرن کا اولی اثر عصبی غلیات کا انحطاط ہے جس کا تناووی نتیجہ عصبی سریش کی بیش بالیدگی ہوتی ہے۔

ایک مزید اہم نکتہ یہ واقعہ ہے کہ دماغ اور شخاع ایک عظمی کھف کے اندر ایک لوح ارتعاشی میں محبوس ہیں، جہاں ان کے پھیلنے کے لئے بہت ہی کم گنجائش ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہے کہ کوئی کوفتگی جو جسم میں دوسرے مقام پر مقامی ورم اور درد پیدا کر دے گی، یا کوئی غیر خبیث رسولی جو عصبی بافتوں پر حملہ آور ہو رہا ہو، انضغاط پیدا کر کے آسانی نقصان پہنچا سکتی ہے۔

راست قشر کے ذریعہ عضویوں کے پھیلنے کے علاوہ دو خاص راستے اور بھی ہیں جن کی راہ سے جراثیم یا سمیات مرکزی نظام عصبی میں داخل ہو سکتے ہیں۔ خاص راستہ جو کے خون کی راہ سے ہے۔ لیکن کم از کم دو خاص امراض لینے کے از او خنایق و بانی میں سم کا گذر مقام سرایت سے مرکز کی طرف عصبی ریشوں کے ذریعہ ہوتا ہے۔

عصبی نظام کے امراض کا منظم بیان شروع کرنے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ

اُس کی عام تشریح اور فعلیات کا اُداس کے امراض سے جو علامات پیدا ہوتی ہیں ان کی تحقیقات کے سرمدیری طریقوں کا کیتھ تذکرہ کیا جائے۔

اطلاقی تشریح اور فعلیات

(APPLIED ANATOMY AND PHYSIOLOGY)

انسان میں مرکزی عصبی نظام کی ساخت کے متعلق ہمارا علم اس کے وظیفہ کے متعلق ہمارے علم سے بہت متجاوہ ہے۔ بہت سے حصے ایسے ہیں جن کو تشریح والے خوب واضح قرار دیتا ہے، لیکن وہ سرمدیری طور پر "خاموش" ہیں۔ شاید جزوی طور پر یہی وجہ ہے کہ مرض سے پیدا شدہ امراض کی فعلیات کی زبان میں منظم طور پر تشریح نہیں کی جاسکتی۔ آئندہ صفحوں میں صرف وہی کچھ پیش کیا جائے گا جو کہ عملی اہمیت رکھتا ہے۔

زیریں جو کہ عصبیہ (lower motor neuron)۔ پیشتر سے ایک ایسے خلیے پر جو کہ نخاعی رماوی مادہ کے مقدم قرن میں یا دماغی ساق کے حرکی نواہی میں سے ایک میں واقع ہوتا ہے، اور ایک براہِ ریشے پر جو مقدم نخاعی عصبی جڑ میں سے یا حرکی نمجی اعصاب میں سے ایک میں سے گزرتا ہو، ایک حرکی منتہائی صفحہ میں ختم ہوتا ہے، جو کہ ایک مخطط عضلہ کے ساتھ متماثل ہے۔ زیریں حرکی عصبیہ کا وظیفہ مرکزی نظام عصبی سے عضلہ تک تمام عصبی صدمات کا ایصال کرنا ہے، خواہ یہ صدمات ارادی حرکت سے متعلق ہوں یا وضعی تنش سے یا سکوس فعل سے عضلہ کا تنفیذ بھی حرکی ریشے کے ذریعہ اس مطلق پر منحصر ہوتا ہے جو کہ ایک مسلم حرکی خلیہ کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر یہ مطلق منقطع ہو جائے یا اگر خلیہ کو نقصان پہنچ جائے تو عضلہ لاغر ہو جاتا ہے۔

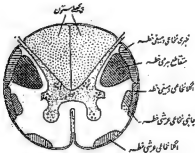
لہذا زیریں حرکی عصبیہ کے ضرر کی امارات، متاثرہ عضلہ میں قوت ارادی کا نقصان، تنش کا نقصان، سکوس فعل کا نقصان، اور لاغری ہیں۔ جب ضرر حرکی خلیات کو براہِ راست موقوف کر دے اور مرض کی رفتار سست ہو تو متاثرہ عضلات میں ریشکی عصبی کے ظاہر ہوتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں عضلی ریشوں کے چھوٹے ٹھپوں سے

[illegible]

تصویر ۶۲۔ بدل جس سے جادو یا جادو کے عملیات کی فلاحی شعیب ظاہر ہوتی ہے۔ (Bing = بنگ)

گروہوں میں تیز غیر ارادی انقباضات واقع ہوتے ہیں جو ترتیب زمانی اور توزیع میں بیکار ہوتے ہیں۔ شخاع میں حرکی نواتوں یا مقدم قرنی خلیات کی ترتیب ایسی ہے کہ ہر قلعہ (segment) متعدد عضلات کی رسم میں حصہ لیتا ہے، جب کہ براہِ زندہ سب سے ضخیم خلیات کی تکون کے ذریعہ محیطی اعصاب میں توزیع یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بالائی حرکی عصبیہ۔ حرکی قشر کے بڑے ہری خلیات یا ایٹر (Betz) کے خلیات حرکی ریشوں کا منبع ہیں۔ یہ ریشے مستقیم ہو کر ایک بٹل بناتے ہیں جو کہ اندرونی کیس کے درمیانی حصہ میں واقع ہے اور پھر وہ اسی جانب کے ساق و دماغ میں اور جسم اور لب کے بطنی حصہ میں نیچے کو گزر جاتے ہیں۔ لب اور شخاع کے اتصال



تصویر ۶۵۔ شخاع میں سریری، بیت کے خاص خطے بتائے گئے۔

دونوں نیم گروہ کے ریشوں کا آپس میں تقاطع ہوتا ہے اور شخاع میں (تقاطع میں) ہری خطہ سفید مادہ کے جانبی ستون میں مقدمی اور خلفی قروں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ہری ریشوں کا اختتام ان ذہین حرکی عصبیات کے خلیات کے ساتھ متماثل ہو کر ہوتا ہے جو کہ ساق و دماغ اور شخاع میں واقع ہیں۔ ہری ریشوں کا خاص وظیفہ یہ ہے کہ وہ ذہین حرکی عصبیات کے ذہین عضلات تک وہ صدات منتقل کرتے ہیں جو ارادی حرکت پیدا کرتے ہیں۔ لہذا ان کا اتلاف ارادی قوت کا نقصان واقع کرتا ہے۔

نیز کمزور یا مشلول جوارح میں تنش یا معکوس فعالیت کی زیادتی بھی واقع ہو جاتی ہے جس سے ہم ضروری نتیجہ نکالیں گے کہ ہر می ریشہ طبعی حالات میں بعض حرکی مراکز پر مانع اثر رکھتے ہیں جو کہ تنشی صدمات خارج کرتے ہیں۔ لہذا ایک بالائی عصبیتی ضرر کی امارت متاثرہ جوارح میں ارادی حرکت کا شلل، بڑھی ہوئی تنش اور بڑھی ہوئی معکوس فعالیت ہے۔ اس کے علاوہ جلدی معکوسات میں متلازم تغیرات (غائب شکی معکوسات) باسط انحصی جمبیت واقع ہوتے ہیں جو کہ بعد میں بیان کئے جائیں گے جسم کے ایک جانب کا شلل جو کہ مخالف جانب کے قشرہ کے ہر می خطہ کے انقطاع کا نتیجہ ہو، فیصلہ فالج کہلاتا ہے۔ جسم کے زیریں حصے کا شلل یا فالج کہلاتا ہے۔

تخارج میں بالائی حرکی عصبیتی راستہ ان تقاطع کردہ ہر می ریشوں سے بنتا ہے۔ لہذا کمزوری اور شنجیت اس جانب پائے جاتے ہیں کہ جس جانب ضرر پایا جاتا ہے۔ ایسا ضرر جو عصبی کلانی سے نیچے ہو صرف زیریں جارحہ کی کمزوری پیدا کرتا ہے ایسا ضرر جو اس کلانی سے اوپر ہو بالائی اور زیریں دونوں جوارح کی کمزوری پیدا کرتا ہے۔ ان اضرائی حالت میں جو کہ ہر می تقاطع کے اوپر ہوں کمزوری جسم کے مخالف جانب ظاہر ہوگی اور ایسا ضرر جو کہ جسہ کے لیول سے اوپر ہو جوارح کے ساتھ زبان نرم تالو اور چہرہ کی کمزوری بھی پیدا کرتا ہے۔ تاہم جوارح کی کمزوری کے مقابلہ میں ان عضلات کی کمزوری بہت خفیف ہوتی ہے جن کو مجموعی اعصاب کی رسد پہنچتی ہے، کیونکہ ان عضلات کی بالائی حرکی عصبیتی رسد دونوں دفاعی نیم کرہوں سے ماخوذ ہوتی ہے۔ جب دونوں نیم کرے مرض زدہ ہوں تو ابتلاع، نطق اور وجہی اظہار سے تعلق رکھنے والے عضلات شدت کے ساتھ ماؤف ہو جاتے ہیں لیکن عینی عضلات شاذ ہی ماؤف ہوتے ہیں۔

اندونی کیہ اور حرکی قشرہ کے درمیان ہر می ریشے پنکھے کی طرح پھیلتے ہیں اور جیسے جیسے وہ قشرہ کے قریب پہنچتے ہیں یہ زیادہ اور زیادہ مکن ہوتا جاتا ہے کہ ایک چھوٹا سا ضرر صرف ٹانگ یا بازو یا چہرہ کا شلل پیدا کرے۔ شنجیت اور کمزوری جو کہ ہر می ضرر سے پیدا ہوں ان کی توزیع غیر مساوی ہوتی ہے۔ زیریں جارح میں سب سے زیادہ باسط عضلات (انحصی خم کن، کھٹنے اور گولے کے باسطات)

کرحستگی سے متاثر ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے ان کے متضاد عضلات کمزوری سے متاثر ہوتے ہیں۔ بالائی جارحہ میں کرحستگی سب سے زیادہ انگلیوں کے خم کنوں، کلائی کے خم کنوں اور کاتبات کہنی کے خم کنوں اور شانے کے مقربات میں ہوتی ہے اور کمزوری سب سے پہلے متضاد گروہوں میں نمودار ہوتی ہے۔

اوپر جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس کے نتیجہ کے طور پر جراح حسب ذیل وضع اختیار کر لیتے ہیں۔ بالائی جارحہ شانہ پر مقرب کہنی پر خمیدہ اور کلائی پر کمبوب اور خمیدہ ہوتا ہے جس کے ساتھ انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں۔ زیریں جارحہ ساراکا سارا بطشہ ہوتا ہے جس کے ساتھ پاؤں اور اس کی انگلیاں نیچے کی طرف نوک کئے ہوتی ہیں۔

بالائی حرکی عصبتی ضرر والی کرحستگی اس وقت جب کہ مفصل آزاد ہوں، اور عضلات لیغی نہ ہو گئے ہوں، گرفت دریا تو کی قسم کی ہوتی ہے، یعنی معمول حرکت کرنے پر مزاحمت سب سے زیادہ شروع میں ہوتی ہے اور پھر جیسے جیسے حرکت بڑھاتی جاتی ہے وہ کم ہوتی جاتی ہے۔

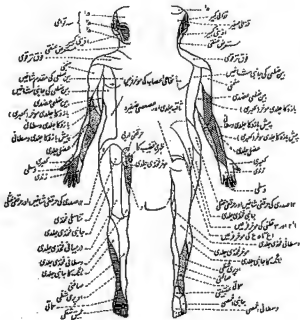
احساس۔ حسی اعصاب کے بعدی سروں پر آخذ منتہائی اعضا سے جاتے ہیں جن کا وظیفہ یہ ہے کہ مختلف قسم کے ان ترسجات کے اند کرنے اور منتقل کرنے میں آسانی پیدا کی جائے کہ جن میں جلد یا عصب ترسجاتیں تکشف ہو سکتی ہیں۔ چنانچہ لمس، حرارت، سردی، درد اور عضلی منتش کے لئے مخصوص منتہائی اعضا ہیں۔ ایک خاص رقبہ میں تمام ریشے مستحق محو کر ایک محیطی عصب کا حسی جزو بناتے ہیں جس میں وہ خفیات میں سے گذرتے ہوئے اپنے خلوی جسموں تک پہنچتے ہیں جو کہ خلئی عصبی جڑوں کے عقدات میں ہوتے ہیں۔ پھر وہ خلئی عصبی جڑوں کی راہ سے نخاع میں داخل ہو جاتے ہیں جہاں وظیفہ کے لحاظ سے ان کی دوبارہ توزیع ہوتی ہے۔ وہ ریشے جو کہ وضع اور معمول حرکت کے احساسات منتقل کرتے ہیں، بلا تقاطع کے نخاع کے خلئی ستونوں میں اوپر بڑھ جاتے ہیں۔ جیسے جیسے بالائی خلئی لیولوں کے ریشے داخل ہوتے ہیں وہ دیرین خلقتوں کے ریشوں سے اوپری اور بیرونی طریقہ واقع ہوتے ہیں۔ بالآخر خلئی ستونی ریشے ریشی اور فائے فناؤں قول میں ختم ہو جاتے ہیں۔

نازنا اور ریشی نواتوں سے ایسے عصبی ریشے نکلتے ہیں جو کئی مغز و نخاع جانب کے عصبی ریشوں کے ساتھ تقاطع کر جاتے ہیں (مصب کا تقاطع (decussation) of the fillet: اس کے بعد دونوں طرف کے وسطی مصب کے ریشے اور چڑھ کر بصری عرشہ میں مل جاتے ہیں اور وہیں ختم ہو جاتیں۔ ان حساس کو جو کہ غلطی تھروں سے ماخوذ ہوتے ہیں ریشوں کا ایک تازہ سلسلہ عرشہ سے حتیٰ قشرہ میں پہنچا کر ختم کر دیتا ہے۔ غلطی تھروں کچھ لمبی احساس بھی منتقل کرتے ہیں اور اگر وہ تلف ہو جائیں تو سطح جسم پر لگائے ہوئے سر کے دوشاخہ کے ارتعاشات محسوس کرنے کی قوت ضائع ہو جاتی ہے۔

وہ ریشے جو کہ درد، حرارت اور سردی کے احساسات منتقل کرتے ہیں، نیز بعض لمبی ریشے جن میں ہی کہ نخاع میں داخل ہوتے ہیں، غلطی قرن کی راہ سے راہی ماوے میں داخل ہوتے ہیں اور وہاں ختم ہو جاتے ہیں۔ یہاں سے بطور برید کے (relay) حسی ریشوں کا ایک نیا سلسلہ شروع ہو کر وسطی خطا کے پار چلا جاتا ہے اور نخاع کے سپید ماوے میں پہنچ کر نخاعی عرشی خطے (spino-thalamic tracts) بنا کر ان کے نام سے ظاہر ہے، یہ بصری عرشہ میں جا کر ختم ہوتے ہیں انہاں سے ریشوں کا ایک نیا سلسلہ حرارت، سردی اور درد کے احساسات کو حسی قشرہ میں لے جاتا ہے۔

بصری عرشہ بجائے خود درد، تپش اور کچھ حد تک لمس کے کیف احساسات کی شعوری وصولیاتی کا عضو معلوم ہوتا ہے۔ حسی قشرہ جس پذیر ی کے لیلیف تر پہلوؤں سے تعلق رکھتا ہے، اور بقول ہیڈ (Head) کے۔ اس میں حسب ذیل ترتیب پائی جاتی ہے وہ ریشے جو کہ فضا میں جوارح اور سطح جسم کی وضع کے متعلق احساسات منتقل کرتے ہیں، رولینڈی فشتاق (Rolandic fissure) کے قشرہ میں ختم ہوتے ہیں۔ اس کے پیچھے پس مرکزی تیزرید میں معروضات (objects) کی جماعت، شکل، وزن اور ساخت میں فرق اور مشابہت کے تاثرات جمع ہوتے ہیں۔ ان سے بھی پیچھے وہاں تک جہاں کہ فوٹانی جداری اور فوق حاشی تیزرید واقع ہیں، وہ ریشے ختم ہوتے ہیں جو کہ انفرادی تہیجات کی شدت میں فروق کا

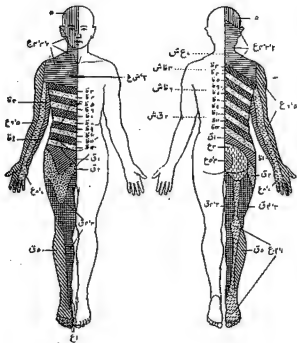
سہارن نقل کرتے ہیں، خواہ وہ تہجیات لمس کے ہوں، یا پیش کے یا درو کے۔ یہ امر ظاہر ہے کہ حسی نقصان کی عام نوعیت اور توزیع، ضرر کے لیول کے



محال سے نہایت اختلاف پذیر ہوگی۔ محلی بعضی قدر کی حالت میں، عصب کی توزیع کے اندر تمام قسم کی حس پذیریں متاثر ہو جاتی ہے۔ غلغلی بعضی جڑ کے قدر کی حالت میں بھی یہی صورت حال پائی جاتی ہے۔ لیکن نخاع کے اندر ایک جانب کے غلغلی ستون کا ضرر ہم جانب جو ارج میں وضعی جس اور ارتعاشی جس کا نقصان پیدا کرتا ہے اور احساس کی دیگر قسموں میں کوئی مداخلت واقع نہیں ہوتی۔ اگر غلغلی ستون کے صرف وسطانی ریشے متاثر ہوں تو محلی نقصان زیرین جارح تک محدود رہے گا۔ اگر قدر عینتی کلانی سے اوپر ہے اور جانبی ریشوں تک محدود ہے تو وضعی اور ارتعاشی جس کا نقصان بالائی جارح تک محدود رہے گا۔ اس کے برعکس نخاعی عرشی خط کا ضرر جسم کے دوسری جانب پر حرارت سردی اور درد کے احساس کا نقصان پیدا کر دے گا۔ چونکہ لمسی حس پذیریں جزوی طور پر غلغلی ستونوں اور جزوی طور پر نخاعی عرشی خطوں کے ذریعہ متصل ہوتی ہے لہذا لمسی احساس کا نقصان صرف اس وقت واقع ہوگا جس وقت ریشوں کے یہ دونوں سلسلے تباہ ہوں گے۔ اس قدر جو نخاع کے رادی ادہ کے مرکز میں واقع ہو نخاعی عرشی ریشوں کو ان کے تقاطع کے مقام پر اوٹ کرے گا، اور جسم کے دونوں جانب درد، حرارت اور سردی کے احساس کا نقصان پیدا کرے گا جس کی توزیع معضرت کے محل وقوع اور طولی وسعت پر منحصر ہوگی۔

معصب (allot) کے تقاطع سے اوپر ایک وسیع قدر جسم کے مخالف جانب تمام اقسام کی حس پذیریں کا نقصان واقع کر دے گا، اگرچہ چونکہ معصب کے ریشے اور نخاعی عرشی خط کے ریشے وسط و باغ کے لبوں تک ایک دوسرے سے ملے ہوئے رہتے ہیں لہذا وہ الگ الگ بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ بصری عرشہ سے اوپر کا ضرر جسم کے مخالف جانب ماکمل حس نقصان کا موجب ہوگا۔ تناسل درد، اور حرارت اور سردی کی انتہاؤں کا خفیف درجہ کا ادراک باقی رہے گا۔ حقیقت عرشہ سے اوپر کے اضرا کی حالت میں ہاتھ اور پاؤں میں احساس سب سے زیادہ متاثر ہوتا ہے اور جوارح کے قریبی حصوں اور دھڑ پر نسبت بہت کم خلل واقع ہوتا ہے۔ ضرر قشرہ کے جس قدر قریب ہوگا، اتنا ہی زیادہ احتمال ہوگا کہ حس نقصان متفرق

قسم کا ہو، جس میں احساس کی کیفیت قسمیں بہت کم متاثر ہوں گی اور جس پذیرائی کی فضا کی اور تیزی قسمیں شدت کے ساتھ مختل ہوں گی۔



تصویر ۶: جسم انسان کے ایسی حیاتیات بقا ہے۔
 (سرفوقرینر ڈاکٹر Sir Farquhar Buzzard کی تعلیل میں)۔

حسی راستہ کے کسی حصہ کے انصرار ایسے احساسات پیدا کر سکتے ہیں جن کو سن پن
جھنجھناہٹ کانٹے چھیننے کے طور پر بیان کیا جاسکتا ہے اور ان کو فسادات حسی کہتے
ہیں۔ خاص طور پر ان انصرار کی حالت میں جو کہ طبعی احساس کا جزوی نقصان واقع
کرتے ہیں بسا اوقات ساتھ ہی پیش حسیت پائی جاتی ہے، یعنی اگرچہ احساس پیدا کرنے
کیلئے مطلوبہ نتیجہ طبعی سے زیادہ ہوتا ہے، تاہم جس وقت احساس واقع ہوتا ہے تو
وہ غیر طبعی نوعیت کا غیر معمولی طور پر واضح، بالعموم دردناک ہوتا ہے اور طبعی سے
زیادہ وسیع طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ حسی اعصاب کے انصرار میں درد
ایک اختلاف پذیر مقدار ہے۔ جب محیطی شاخچہ ماؤف ہوتے ہیں تو یہ بالعموم نمایاں
خصوصیت کا نہیں ہوتا، لیکن بعضی تنوں یا ان کی شاخوں کے انصرار میں شدید ہو سکتا
ہے اور ظنی عصبی جڑوں کے مرض میں تقریباً ہمیشہ واقع ہوتا ہے۔ شخاع کے طولی
غٹوں کے انصرار بالعموم درد پیدا نہیں کرتے، اگرچہ بعض نمایاں مستثنیات موجود ہیں
(مثلاً نزال ظہری: *tabes dorsalis* میں) عرشہ بر یا عرشہ کے قریب کے انصرار
وسیع توزیع کا درد پیدا کر سکتے ہیں جس کے علاوہ حساسیت درد (*hyperalgesia*)
پائی جاتی ہے۔

مکسومی و نطیفہ۔ سادہ ترین شکل میں مکسوس فعل کی تعریف یہ
ہے:۔ ایک نافذ منتہائی عضو (عضل یا غدی غلیہ) میں فعالیت کا اظہار جو کہ ایک
آخذ منتہائی عضو کے ہیجان کی محیبت میں ہو، جب کہ یہ نتیجہ آخذ سے نافذ منتہائی
عضو تک مرکزی نظام عصبی کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ یہ فعل ارادی طور پر انجام
نہیں پاتا، اگرچہ فرد کو اس کا شعور ہوتا ہے۔ لہذا سادہ ترین مکسوسی ذہن میں
کم از کم دو عصبیات ہوتے ہیں آخذ اور نافذ بالعموم ان کے درمیان بہت سے
رابطہ یا استلافی ریشے حاکم ہوتے ہیں۔

سب سے زیادہ ابتدائی مکسوسی نظام وہ ہیں جو کہ غذائی یا ابرازی غلیوں
سے متعلق ہیں۔ ان مکسوسات کے مراکز آنت اور مثانہ کی دیواروں میں عقدی
غلیات میں واقع ہوتے ہیں۔ لہذا اس وقت بھی جب کہ شخاع برباد ہو جائے
اس قسم کی مکسوس فعالیت جاری رہتی ہے۔ تاہم طبعی حالات میں ابتدائی یا پست

مکوسمی مراکز کسی حد تک بلند تر مراکز کی فعالیت کے زیر اقتدار ہوتے ہیں۔ بعض مثالوں میں اور کسی حد تک پست مراکز ارادی اقتدار کے تحت ہوتے ہیں۔ جب مرض کے نتیجے کے طور پر بلند تر مراکز یا ارادہ کا اقتدار زائل ہو جاتا ہے تو پست مراکز کی فعلیت بڑھ جاسکتی ہے اور مثبت علامات کا موجب ہوتی ہے۔ سریری عصبیات میں سب سے زیادہ اہم وہ مکوسی و فیضیہ میں جن کا تعلق وضعی تشکیع یا توازن کو باقاعدہ رکھنے کے تحت بول اور تیز سے اور جسم کو وافر یا مضرت رساں ہیجان سے بچانے سے ہے۔ وضعی تشکیع کی باقاعدہ لگی۔ جوانی فعلیات سے ہم کو یہ علم ہے کہ بتلی میں اگر سرخ نواہ کے لیول اور آٹھویں عصب کے ادخال کے لیول کے درمیان ساقی دماغ کی عبوری تراش لی جائے تو اس کے نتیجے کے طور پر عضل تشکیع کی عام طور پر زیادتی ہوتی ہے جو ایک خاص نمونہ اختیار کرتی ہے (یعنی باسط گرد ہونے کا غلبہ) اور اس کو منزع الدماغ کر خلی کہتے ہیں۔ انسان میں جیسا کہ ہم پہلے دیکھ چکے ہیں ہر فی عضلوں کے کسی حصہ کے ضرر کے بعد متاثرہ عضلات میں تشکیع کی زیادتی ہوتی ہے اور وہ بھی ایک باقاعدہ نمونہ اختیار کرتی ہے۔ یہ دونوں منظر نہایت قریبی طرز پر مشابہ ہوتے ہیں اور یہ فرض کیا جاتا ہے کہ دونوں حالتوں میں ان کا سبب، مکوسمی تشکیع مراکز کا اقتدار سے آزاد ہونا ہے۔

اس طرحی ہوئی عضل تشکیع کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناگہانی کھینچاؤ کی مجبیت میں مکوسمی انقباض بہت ہی زیادہ ہو جاتا ہے۔ لہذا کسی عضلہ کے ویکٹر ویکٹر کے اس کو انقباض کرنا بہت زیادہ آسان ہوتا ہے۔ اور انقباض زیادہ ہوتا ہے جو کہ عضل پیریت (leverage) کے ذریعہ کسی عضلہ کو مسلسل کھینچا جائے تو تیز انقباض واقع ہوتا ہے جس کا رد عمل واقع ہو کر مزید انقباض کی پیروی کرتا ہے، دوسری علی ہذا۔ اس منظر کو رجفہ (clonus) کہتے ہیں۔

دوسری مکوسمات کی تخفیف یا فقدان ہر اس ضرر سے واقع ہو سکتا ہے جو کہ متعلقہ مکوسمی قوس میں اخلت کرے۔ اس کو قوس میں جب فیل چھینٹا لیں، لہذا اندیشہ جو عضلہ اور دوسرے آتے ہیں، استلاقی ریشے جو قبل اس کے کہ متعلقہ ترقی فعلیات

تماس کرتے کے لئے رادی ادا سے میں داخل ہوں کچھ دور تک غلطی متونوں میں دور تھے ہیں اور زیرین حرکی طبیعتی اکائیاں۔ لہذا وترتی جھٹکے، محیطی اعصاب، غلطی متونوں، شجاع کے مرکزی رادی ادا یا مقدمی قرفی خلیات کے مرض میں کم ہو جاتے ہیں یا معدوم ہو جاتے ہیں۔ خاص اہمیت کے وترتی مکوسات، مع ان کے شجاعی اور محیطی راستوں کے حسب ذیل ہیں۔

محیطی عصب	شجاعی فلک	مکوس
عصبی ملدی	عشقی ۵ اور ۶	ذوراسین کا جھٹکا
عصبی مرغولی	عشقی ۶ اور ۷	مثلاً اللہ الروس کا جھٹکا
عصبی مرغولی	عشقی ۵ اور ۶	باطح کا جھٹکا
مقدم ساقی	قطنی ۲، ۳ اور ۴	رکبی جھٹکا
نسائی	عجری ۱ اور ۲	عشج کا جھٹکا

توازن (equilibrium) - قوت جاذبہ (gravity) کے لحاظ سے جسم کی جسم کے لحاظ سے سرکی اور سر کے لحاظ سے آنکھوں کی صحیح وضع قائم رکھنا وضعی توازن کا دلیفہ ہے۔ لیکن چونکہ توازن کے اختلالات، طبیعتی علامات کا ایک اہم گروہ ہیں، لہذا توازن کی فعلیات ایک جدا گانہ تشریح کی محتاج ہے۔ توازن کا قیام خاص طور پر درآرندہ صدات پر منحصر ہوتا ہے جو کہ زمین نیوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، آنکھوں سے، تہات سے اور خود عضلات سے۔ یہ درآرندہ صدات ایسے سکوسی مراکز میں جو ساق و داغ اور زمین کے اندر واقع ہوتے ہیں، ہم آہنگ ہوتے ہیں اور مناسب عضلات کو کششی صدات کی ایک مسلسل رو بہم پہنچاتے ہیں۔ وہ صدات جو خود عضلات سے ماخوذ ہوتے ہیں نہایت ہی اہم ہوتے ہیں۔

ایک آدمی جس کے دونوں تہبات سلف جو گئے ہوں، استدارہ وضع میں قائم ہو سکتا ہے اور آنکھیں بند کر کے چل پھر سکتا ہے، اس کے برخلاف ایک مریض جس میں غلطی ستونوں کے اتلاف کی وجہ سے عضلی میں بذیری زائل ہو گئی ہو، آنکھوں اور تہبات کے صحیح و سالم ہونے کے باوجود توازن کا شدید اختلال ظاہر کرتا ہے۔ وہ صدات جو کہ آنکھوں سے ماخوذ ہوتے ہیں کمترین اہمیت رکھتے ہیں۔

انسان میں تہب کا خاص و لطیفہ سر اور آنکھوں کا توازن قائم رکھنا ہے۔ ہر طرف کا جہ سر اور آنکھوں کو درمیانی خط کی طرف دباتا ہے۔ چنانچہ بائیں تہب کے اتلافی ضرر کی حالت میں، قذال بائیں شانہ کی طرف گر پڑنے کا رجحان دکھاتا ہے۔ اور جب مریض کو اپنے انتہائی دائیں طرف دیکھنے کو کہا جائے تو دائیں تہب کے بے روک فعل کی وجہ سے آنکھیں بائیں طرف کو چلی جاتی ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے اگر مریض دائیں طرف انحراف کرنے کی کوشش جاری رکھے تو مقدمات چشم کا باقاعدہ ہتھکڑا واقع ہوتا ہے جس کو رقص القملہ (nystagmus) کہتے ہیں۔

وہ علامات جو کہ تہبات کے اتلافی ضررات سے پیدا ہوتے ہیں ضرر کی حد کے لحاظ سے بہت ہی اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ اگر تدریجی اتلاف ہو تو ہم آہنگ کرنے والے مراکز تعویض کے ذریعہ ان سے نپٹ سکتے ہیں، لہذا کوئی علامت نمودار نہیں ہوتی، لیکن ایک حاد ضرر، تند دوران سر پیدا کر سکتا ہے، بلکہ مریض کو زمین پر گرا دیتا ہے۔ انسان میں ہم آہنگ کرنے والے مراکز کا صحیح عمل وقوع معلوم ہے، لیکن ساق و داغ کے ہر اس حصہ کا ضرر جو تہب سے لے کر تیسرے بطین کے غلطی سرے کے یا دماغ کے لیول تک ہو تو توازن کا اختلال اور رقص القملہ پیدا کر سکتا ہے۔ بقول انسان میں شانہ پر اقتدار کی تحقیقات حال ہی میں ڈینی برون (Denny-brown) اور رابرٹسن (Robertson) نے کی ہے اور جن خاص

نتائج پر وہ پہنچے ہیں وہ حسب ذیل ہیں۔
شانہ اور اس کے عاصرات (اندرونی اور بیرونی) کی معی رسیدین منجوں سے ماخوذ ہوتی ہے، ان میں سب سے زیادہ اہم حوضی اعصاب کا وہ جوڑا ہے جو کہ دوسری تیسری اور چوتھی مجزی جڑوں سے نکلتا ہے۔ ان اعصاب کی تیسج نشانہ کی

دیوار عضلہ مخرج بول (detruser) کا انقباض اور اندرونی ماصرہ ہی کا ارتخا پیدا کرتی ہے۔ حیاتی اعصاب، جو کہ دوسری تیسری اور چوتھی مجزی جڑوں سے ہوا خود ہوتے ہیں، بیرونی ماصرہ کی تعصیب کرتے ہیں اور ان کی تہیج پر اس کا انقباض واقع ہوتا ہے۔ رسد کا تیسرا منبع، مثلی اعصاب کی راہ سے آتا ہے، جو کہ گیارہویں اور بارہویں صدری اور پہلی قطنی جڑوں سے اخذ ہوتے ہیں۔ ان اعصاب کی تہیج اندرونی ماصرہ کا انقباض اور عضلہ مخرج بول کا کسی قدر امتناع پیدا کرتی ہے۔ اہم ایک حیوان میں دونوں مثلی اعصاب کی تراکش قبول کا بہت کم اختلال پیدا کرتی ہے، یا بالکل نہیں کرتی۔ لہذا عصبی رسد کا یہ منبع نسبتہ کوئی اہمیت نہیں رکھتا۔ اگر ان تمام اعصاب کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے اور اس طرح مثانی ضغیرہ اکیلا رہ جائے تو شانہ اپنے مایہا کو دقتوں کے ساتھ خارج کرتا رہے گا۔

طبعی حالات میں شانہ کے اندر سیال کا اجتماع اس کی دیواروں کے لئے دار انقباضات پیدا کرتا ہے۔ یہ انقباضات ایک دفع اثر کے اقتدار میں رہتے ہیں جو بہت جموں پر تحت شعوری طور پر عمل کرتا ہے۔ قوت ارادی اس منبع اثر کو بڑھاتی یا کم کرتی ہے چنانچہ اگر شیب کرنے کا ارادہ کیا جائے تو اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انقباض کی قوت بڑھ جاتی ہے اور اندرونی ماصرہ کا متلازم ارتخا واقع ہوتا ہے اور بطنوں بیرونی ماصرہ کوئی اور قبول کا فعل واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس، اس وقت بھی جبکہ شانہ بھرا ہوا ہو، قوت ارادہ کے ذریعہ انقباض کا امتناع کیا جاسکتا ہے، اور اگر اس کے ساتھ بیرونی ماصرہ کا ارادی انقباض بھی شامل ہو تو قبول روک دیا جاتا ہے۔ جن راستوں کے ذریعہ یہ اقتدار عمل میں لایا جاتا ہے وہ ہر می خطنوں کے بالکل قریب واقع ہوتے ہیں۔

شانہ کا مجہول تعدد، بڑھتی ہوئی بے آرا می کا موجب ہوتا ہے۔ لے دار انقباضات بہت جموں پر کوئی احساس پیدا نہیں کرتے، لیکن جیسے جیسے شانہ کی دیوار متدد ہوتی جاتی ہے وہ شعور کے اندر داخل ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

تخلع یا ذئب الغرس کے ناگہانی ضرر کے بعد مخرج البول مثانی عضلہ

(detruser vesicle) کا شلل اور اندرونی عاصرو کا قنشی انقباض واقع ہوتا ہے۔
 نخاعی صدمے کی ہیئت سے صحیحابی ہو جانے کے بعد قسری تبول نمودار ہوتا ہے۔
 ذنب الفرس کے ضرر کی حالت میں پیشاب کا حجم جو کہ شانہ میں پایا جاتا ہے تھوڑا
 ہوتا ہے اور اخراج کمزور ہوتا ہے۔ نخاع کے ایسے ضرر کے بعد جس میں عجری فلقات
 اور شانہ کے ساتھ ان کے تعلقات صحیح و سالم رہیں، حشاء زیادہ تمدد کی قابلیت
 رکھتا ہے اور زیادہ زور کے ساتھ منقبض ہوتا ہے، اور دیگر معکوسات کو بروئے کار
 لا کر جو کہ نخاع کے جدا شدہ فلقات پر منحصر ہوتے ہیں، تبول کے فعل کا اقلع یا بیل
 کی جاسکتی ہے۔

تبرش (defecation) - دُستی برون اور رابرٹس نے تبر کے مصلیٰ اقدار
 پر بھی تحقیقات کی ہے، اور وہ اس نتیجے پر پہنچے ہیں کہ اس کا میکانیہ تبول کے
 میکانیہ کے ساتھ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ محاذ مستقیم اور مہرزی قنل
 (بشمول اندرونی عاصرو) کی خاص مصلیٰ رسد حوضی اعصاب سے ماخوذ ہے جو کہ
 دوسری قسری اور چوتھی عجری جڑوں سے نکلتے ہیں۔ بیرونی عاصرو کی مصلیٰ رسد
 حیاتی اعصاب سے ماخوذ ہوتی ہے جو کہ دوسری، تیسری، چوتھی عجری جڑوں
 ہی سے نکلتے ہیں۔

سہ ماہی اگر مستقیم اور مہرزی مصلیٰ رسد سے الگ ہو جائیں تو قسری تبرز واقع
 ہو سکتا ہے جو کہ ان معکوسی مراکز کے وظيفہ پر منحصر ہوتا ہے جو ان احشاک دیوار و شا
 واقع ہوتے ہیں، تقسیم کی دیواروں پر تناؤ پیدا ہونے سے عضلی انقباض واقع ہوتا ہے، اندرونی عاصرو کا
 متلازم ارتخاء واقع ہوتا ہے۔ یہ سارا عمل غیر ارادی ہوتا ہے، اگرچہ شکمی دیوار کو
 ارادی طور پر منقبض کرنے سے اس میں سہیل ہوتی ہے۔ تبرز پر ارادی اقتدار
 بیرونی عاصرو کے فعل تک محدود ہوتا ہے، جس کو حسب ارادہ کھولا اور بند کیا
 جاسکتا ہے۔ جب مستقیم کے مرکزی مصلیٰ تعلقات صحیح و سالم ہوں، تو معکوسی انقباض
 ترقی پذیر نوعیت اور بہتر استخراج ظاہر کرتے ہیں، چنانچہ نوعیت اس سے زیادہ
 ضعیف اور زیادہ کل ہوتی ہے کہ جتنی مرکزی اقتدار سے مستقیم ضعیفہ کے الگ
 ہو جانے کی حالت میں ہوتی ہے۔ نخاع یا ذنب الفرس کے ضرر کے بعد ایک

ہست ایسی آتی ہے کہ جس میں مستقیم معکوسہ کا امتناع ہوتا ہے اور اندرونی ماصہ کی تشریح بڑھ جاتی ہے۔ اس کے بعد قسری تبرقائیم ہو جاتا ہے، اور اس میں ارادی اقتدار کی عدم موجودگی بیرونی ماصہ کے شکل کو جوہر ہوتی ہے۔

محافظ اور دوسرے معکوسات۔ ان محافظ معکوسات میں سے کہ جو سریری تحقیقات میں اہمیت رکھتے ہیں، سادہ ترین قرینتی معکوسہ ہے، یعنی آنکھ کا بند ہونا ایک ایسے نتیجہ (لمسی یا دوسرے) کی محبت میں جو کہ قرینہ کو نگاہا جائے۔ معکوسی قوس میں درآئندہ طرف ثلاثی توأمی مصب شامل ہے۔ قرینتی سطح کے اکثر حصہ کو یعنی قسمت سے رسد بخشتی ہے، لیکن اس کے محیط کے زین حصہ میں ایک چھوٹا سا فلقہ ایسا ہے کہ جس کو ٹپکی سے رسد بخشتی ہے۔ برآئندہ ریشہ دچی مصب کی وہ شاخیں ہیں جو کہ عضلہ محیط الجفن کو رسد دیتی ہیں۔ قرینتی معکوسہ مذکورہ بالا درآئندہ یا برآئندہ ریشوں کے اضرار کی وجہ سے گیسریائی عطفہ توأمی شوقی مصب کی جسی جریا نواۃ یا ساتویں مصب کے نواۃ یا تنہ کے اضرار کی وجہ سے گھٹ سکتا یا زایل ہو سکتا ہے۔

حدتی معکوسہ۔ روشنی سے تپلی کا معکوس طور پر سکڑ جانا ایک مضمی میں یہ تپلی محافظ معکوسہ ہے۔ درآئندہ راستے میں شبکیہ بصری، اعصاب اور بصری خطے اور فوقانی رباعی توأمی اجسام میں کماؤلی انتہا بصری مرکز شامل ہیں۔ یہاں سے ایستلانی ریشے دونوں طرف کے ان درآئندہ راستوں کو پتلیوں کی تعصیب کرتے والے خلیات سے وابستہ کر دیتے ہیں جو کہ تیسرے مصب کے نواتوں کے اگلے حصہ میں واقع ہیں۔ چنانچہ ایک آنکھ کی تنویر کی محبت میں دونوں تیلیاں سکڑ جاتی ہیں۔ یہ معکوسہ شبکیہ بصری مصب، بصری خطوں، فوقانی رباعی توأمی اجسام تیسرے مصب کے نواتوں یا تیسرے مصب کے اضرار سے گھٹ جا سکتا یا زایل ہو سکتا ہے۔ ایک ہی مصب کے ضرر کی حالت میں اس طرف کی آنکھ کی تنویر کسی تپلی کو بھی نہیں سکڑتی، لیکن دوسری آنکھ کی تنویر دونوں تپلیوں کو ہم زمان طور پر سکڑ دے گی۔ ان حالات میں متثرہ جانب کی تپلی کے متعلق کہا جا سکتا ہے کہ وہ براہ راست تہیج کا نہیں، بلکہ ہم احساس تہیج کا رد عمل کرتی ہے۔ تپلیوں کا وہ انقباض جو کہ معنی استدقاق اور توفیق کے

ہمراہ واقع ہوتا ہے ایک ابتدائی حرکت ہے نہ کہ ایک سکوسہ۔

انحصی سکوسہ - سکوسہ بہت میری اہمیت رکھتا ہے۔ طبعی حالات میں انسان میں پاؤں کے تلوے کی تہیج (جس میں زور سے خط کھینچ کر تاس کیا جاتا ہے) انگوٹھے کی خمیدگی واقع کرتی ہے۔ اگر یہی خط کا ضرر موجود ہو تو اس حرکت کا الٹ واقع ہوتا ہے یعنی انگوٹھا اوپر کو حرکت کرتا ہے (باسط انحصی خمیت) اور اس حرکت کے ہمراہ بسا اوقات سارے کے سارے زیرین جارحہ کے خم کن عضلات سکوتے ہیں۔ نفع کے کل مرضی ضرر کی حالت میں جب نفعی صدر کی ہیئت گزر جاتی ہے تو خم کن عضلات کا انقباض صرف اس جارحہ تک محدود نہیں رہتا کہ جس کے تلوے کی تہیج کی جاتی ہے۔ لیکن ہے دونوں جوارح، ایک طاقتور خم کن شیخ رکلی سکوسہ کی صحت میں ہم زماں طور پر کھینچ آیں۔ انگوٹھے کی یہ اوپر جاتے کی حرکت اور اس کے ساتھ ایک یا دونوں زیرین جوارح کا خم کن شیخ، دوسرے رقبہ جات سے بھی حاصل ہو سکتا ہے خاص طور پر اگر استعمال کر دو تہیج ضرر بدلیم کلہور کھونچا مارنا یا پٹلی لینا۔ نفع کی مودی تارش میں قدر زیادہ کل ہوگا سکوناً منقطع آتسا ہی زیادہ وسیع ہوگا اور کل سکوسہ کا آتسا ہی زیادہ برجمان ہوگا۔ چنانچہ ایک کل ضرر کی حالت میں زیرین جوارح کے کسی بھی حصہ پر اپن کے ذریعہ خط کھینچنے سے کل سکوسہ (massive reflex) کی محرک ہو سکتی ہے۔

اس سکوسہ کی نوعیت، کہ باسط انحصی خمیت جس کا ایک حصہ ہے بتلاقی ہے کہ یہ پیچھے ہٹنے کی ایک محافظ حرکت ہے۔ سکوسی مراکز جو اس سے متعلق ہیں نفع کے زیریں حصہ میں واقع ہیں۔ طبعی حالات میں اوپر سے ان کا اتناغ ہوتا ہے اور ان کی فعالیت صرف اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مرض کی وجہ سے یہ اتناغی اثر دور ہو جائے۔

فلکی سکوسات - جب خط کھینچ کر تاس کر کے یا ہلکے سے کھرج کے فلکی دیوال کی تہیج کی جاتی ہے تو طبعی حالات میں زیر افتادہ عضلات کا زور دار انقباض واقع ہوتا ہے۔ غالباً یہ محافظ اصل رکھتا ہے اور جویوں میں اس کا مقصد کمیوں کو جھٹکنے ہے۔ جب جلد سے آنے والے درآزندہ اعصاب یا عضل کو جانے والے

سر کی اعصاب تلف ہو جاتے ہیں، نیز جب عضلات پہلے اور بے تنش ہوں جیسے کہ کثیر اولاد
محور توں یا فرہہ افراد میں، تو یہ مشکور زایل ہو جاتا ہے۔ اس سے زیادہ اہم تر واقعہ یہ ہے
کہ شکی مشکورات ہر ہی خنطوں کے مرض میں زایل ہو جاتے ہیں۔

مرکزی نظام عصبی کی دومی سلسلہ

دماغ کے شرائین۔ اس امر کے پیش نظر کہ نوز، سداوت اور
شریانی طقیت، دماغی مرض کے کثیر التوقع اسباب میں، دماغ کی شرائین کی توزیع
نہایت اہمیت رکھتی ہے۔

مقدم دماغی شریان (anterior cerebral artery) فوقانی
جہی سلفیف کو، اور نیم کرہ دماغ کی اندرونی سطح کو پیچھے قذالی جلدی شریں تک رسد پہنچاتی
ہے۔ وسطی دماغی شریان (middle cerebral artery) دماغ کی
بیرونی مدب سطح کے زیادہ تر حصے کو رسد پہنچاتی ہے، فی الحقیقت فوقانی جہی اور
قذالی تلافیف کے سوائے سب کو۔ یعنی وہ دوسری اور تیسری جہی پیش مرکزی
اور پس مرکزی جداری اور بالائی اور وسطی مدغی وندی ترارد کو رسد پہنچاتی ہے۔
موجز دماغی (posterior cerebral) شریان نشت قذالی کی بیرونی سطح
پر، اور تمام اندرونی یا غیبی سطح کو رسد پہنچاتی ہے، یعنی مقدم دماغی شریان کی
توزیع کی حد سے کہ مدغی تخت کی لوک تک (جس کو وسطی دماغی شریان سے رسد
پہنچتی ہے) فقری (vertebral) اور قاعدی (basilar) شریان
دشخ اور تیسر فارتوی کو رسد پہنچاتی ہیں۔

دماغ کے مرکزی حصے، متع بڑے تھوکے، ان شاخوں سے رسد حاصل
کرتے ہیں جو دائرہ ویکس (circle of Willis) اور تین دماغی شریان کے بندہ
سے باہر نکل کر معصبی جرم کے اندر تقصاً اعلی جاتی ہیں، اور ایک دوسرے کے ساتھ
یا قشری نظام کی شرائین کے ساتھ تقسم نہیں کرتیں۔ یہ مندرجہ ذیل گروہوں میں
منقسم ہیں: ایک گروہ جس کا نام داخلہ مخطط (internal striate) ہے
نوشہ دیکھ کے دو اندرونی حصوں کو اور کرشہ داخلی کے اگلے حصہ کو رسد پہنچاتا ہے۔

دوسرا گروہ یعنی علامتی مخطط (lenticulo-striate) 'نواشہ عدسیہ کے بیرونی حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔ اور تیسرا گروہ 'یعنی علامتی بصری (lenticulo-optic) 'عرشہ کے اگلے حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔ عدسی مخطط گروہ میں کی ایک بڑی عرق کوشارکو (Charcot) نے شریان نرفی دماغی (artery of cerebral hemorrhage) کا نام اس لیے دیا کہ اکثر اسی کا انشقاق سکته (apoplexy) کا سبب ہوتا ہے۔

بڑی شریانیں سے مرکزی عروق کے قطعات حسب ذیل ہیں :-
نواشہ ذنبیدہ اپنی دسوی رسد مقدم اور وسطی دماغی شریان سے حاصل کرتا ہے۔
نواشہ عدسیہ مقدم شریانی (anterior choroid) اور وسطی دماغی ہے۔
عرشہ بصری موخر رابطہ کی مرکزی شاخوں (posterior communicating central branches) سے اور موخر دماغی ہے۔ اجسام و باعیدہ توامیدہ اور اجسام مرکبہ موخر دماغی سے۔ داخلی کیسہ اپنے اگلے نصف میں مقدم دماغی اور وسطی دماغی سے اور پچھلے نصف میں موخر رابطہ مقدم شریانی اور وسطی دماغی شریان سے۔

سکینے کا ب (Stanley Cobb) اور دوسروں نے یہ ثابت کر دکھایا ہے کہ دماغ کی شریانیں عرق حرکی اعصاب کے اقتدار میں ہوتی ہیں۔ مضیق العروق ریشے، عنقی مشار کی نظام سے ماخوذ ہوتے ہیں، اور خاص شریان کے ہمراہ جسمہ میں داخل ہوتے ہیں۔ موسع العروق ریشے جس سے نکل کر وہی عصب کی راہ سے ترکیبی عقدوں میں پہنچ جاتے ہیں، جہاں سے ان کی توزیع دماغی عروق میں ہو جاتی ہے۔ حیوان میں عصب تانیہ (vagus) کے مرکزی کٹے ہوئے سرے کی برقی کیمج سے دماغی شریخوں کا منکوس اسراع انہی بحریات سے ہوتا ہے۔

دماغی عروق میں عرق کی مقدار کے اس دوہرے نظام کی موجودگی کے معنی یہ ہیں کہ قشرہ میں ویسے ہی عرق حرکی اختلالات ہونے کا امکان ہے، کیسے جلد میں واقع ہوتے ہیں، جیسے قتماہٹ، صموب اور آزمیہ۔

نخاع کے شریانیں - مقدم نخاعی شریان، فقری شریانوں میں سے اس جگہ جہاں وہ لیتی ہیں ایک سے ماخوذ ہے، اور دوسری فقری شریان سے بھی ایک چھوٹی سی رابطہ شاخ وصول کرتی ہے۔ یہ نخاع کے سامنے، وسطی خط میں نیچے کو جاتی ہے، اور اپنے عمر سے زاویہ قائمہ پر ناقب شاخیں دیتی ہے، جو رادی اور کے مقدم قرن کو رسد دیتی ہیں۔ خلفی نخاعی شریانیں، جو فقری شریانوں سے ہی ماخوذ ہوتی ہیں، خلفی جھری جڑوں کے نقاط ادخال کے سامنے، نیچے کو جاتی ہیں۔ یہ تین شریانیں ایک دوسرے کے ساتھ باہمی شاخوں کے ذریعے رابطہ رکھتی ہیں، جو نخاع کے گرد پے درپے زنجیریں بناتی ہیں، اور نخاع کو ناقب شاخوں کے ذریعے رسد پہنچتی ہے۔ اس شریانی نظام کو چھوٹی چھوٹی ایسی شریانیں تقویت دیتی ہیں، جو ہر میاں فقری سوراخ کی راہ سے داخل ہوتی ہیں اور نخاع کی دوی رسد کا ایک اہم منبع بناتی ہیں۔ لہذا جب کوئی بالید مثلاً واسطہ کی میاں فقری کوڑھیا کے سلسلہ پر حملہ آور ہوتی ہے، تو نخاع کی لیسٹ واقع ہو جاتی ہے۔

عنقی مشار کی ریشہ

(cervical sympathetic fibres)

سر اور گردن کو جانے والے پیش عقدی ریشہ نخاع سے دونوں جانب کی دو بالائی صدی جڑوں کے راستے سے خارج ہوتے ہیں، اور پھر ان عقدی خلیوں میں چلے جاتے ہیں جو کہ عنقی مشار کی عقود کی زنجیر میں واقع ہیں۔ اپنی رسد کے رقبہ میں عضلات منقبض العروق (vasoconstrictor muscles) اور غدد متعرق (sweat-glands) کی تقسیم کرنے کے ملاوۃ وہ آنکھ سے متعلق بعض مخصوص دھاتف رکھتے ہیں، یعنی عضلہ منکر (muscle of Muller) کو رسد پہنچاتا، جو کہ مجر کی ریشہ پر وندی فکی خضرہ کو عرض عبور کرسا اور آنکھ کو آنکھ کے طرف دھکیلتا ہے، اس عضلہ میں کے غیر محفوظ ریشوں کو رسد پہنچانا جو بالائی چوڑے کو اوپر کو اٹھاتا ہے اور پتلی کے عضلہ منوسنجیہ کو رسد پہنچاتا۔ ان دھاتف میں ہم آہنگی پیدا کر دینے کا کام ایک مرکز بنام دیتا

(ptosis) 'غور بعین (enophthalmos) پتلی کا سکر کر تنگ ہو جانا اتساع عروق اور ماؤف جانب پر تعرقی کا اتساع۔

دماغی نخاعی سیال

شیستہ ضغیرہ کے غلیات دماغی نخاعی سیال کا افزائ خون سے دماغ کے جانبی بطنوں کے اندر کرتے ہیں۔ وہاں سے یہ سیال سوراخاٹے مغزو (foramina of Monro) 'بطن سوم اور مصیف بطنوں (aqueduct of Sylvius) کی راہ سے بطن چارم کے اندر جاتا ہے اور اسی طرح سوراخ تھینڈی کی راہ سے فضائے تحت العنکوتیہ (subarachnoid space) کے اندر جہاں وہ سارے دماغ اور نخاع کو گھیرتا ہے۔ جب عروق مغزی دماغ اور نخاع کے جرم میں داخل ہوتے ہیں تو وہ اپنے آگے کے آم خونہ کو مستند کر دیتے ہیں، چنانچہ ان کے گرد و عروقی فضائیں بن جاتی ہیں جو زیر عنکبوتی فضا کے ساتھ مسلسل ہوتی ہیں اور جن کے اندر دماغی نخاعی سیال موجود ہوتا ہے۔ کچھ شہادت یہ ظاہر کرتی ہے کہ ان گرد و عروقی فضاؤں میں کاسیال خون اور بعضی غلیات کے درمیان تبادلے کے واسطے کام انجام دیتا ہے یعنی وہی کام جو کہ لطف جسم کی دوسری ساختوں میں انجام دیتا ہے، نیز یہ کہ بعضی تحول سے پیدا ہونے والے فضلات کی نسیل اسی راستہ سے دماغی نخاعی سیال کے اندر ہو جاتی ہے۔ اسی واسطے قطنی کچھ (lumbar puncture) سے حاصل کردہ سیال میں شستہ ضغیرہ کے خالص افزائ کے علاوہ یہ فضلات بھی موجود ہوں گے۔ جوئے خون کے اندر اس سیال کے جذب ہونے کا راستہ غشائے عنکبوتی کے ان دقیق انفادات کی راہ سے ہے جو دماغ کے ویدی جوخوں کی دیواروں کے اندر موجود ہوتے ہیں (عنکبوتی غلات - arachnoid villi) اور انجذاب کی شرح سمورہ افزائ کی شرح سے متوازن ہوتی ہے۔

مرض کے نتیجے کے طور پر ممکن ہے بطبعی نظام سے دماغی نخاعی سیال کا خارجی پہاؤ ترک جائے، ایسی حالت میں اس کا وہ حصہ جو تہہ د سے قریب طرف واقع ہے متہو ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو اتساع واقع ہوتا ہے درون جمی دباؤ

کی بہت بڑی زیادتی کا موجب ہوتا ہے۔

محیطی اعصاب اور عصبی جڑوں کے اضرار

محیطی اعصاب میں سے ایک کا مرکز عضلی کمزوری اور لاغری پیدا کرتا ہے نیز احساس کا نقصان جس میں احساس کی تمام قسمیں متاثر ہوتی ہیں۔ اور مسکوسی و تحیفے کا نقصان۔ تصویروں کی مدد سے ان تئیرات کی توزیع کا مطالعہ کیا جاسکتا ہے۔ منہدم یا موخر عصبی جڑوں کے اضرار علی الترتیب حرکی اور حسی علامات پیدا کرتے ہیں اور دونوں مثالوں میں مسکوسی و تحیفے کا نقصان ہوتا ہے مناسب تصاویر اور جدولوں کے ذریعہ ان کی توزیع کا مطالعہ بھی کیا جاسکتا ہے۔

شخاع کے اضرار

عرضی ضرر کے نتائج کا ظہور بالخصوص اس طرح ہوتا ہے کہ شخاع کی (الصالی قوت میں مداخلت ہو جاتی ہے۔ لیکن اگر یہ ضرر انتصا یا کچھ بھی وسیع ہو تو عصبی خلیوں پر اس کے اثرات پر بھی غور کرنا چاہئے، مثلاً بالائی اور زریں حصے دونوں متاثر ہو جاتے ہیں۔ یہ نتائج اس لحاظ سے بھی مختلف ہوتے ہیں کہ ضرر دو جانبی ہے یا ایک جانبی کیونکہ عمل شخاع میں حرکی اور حسی ریشوں کے درمیان فروق پائے جاتے ہیں۔

ایک جانبی عرضی ضرر کے نتائج اس نقطہ نظر سے کہ

وہ ایصال کو متاثر کرتا ہے (علائمہ براؤن سیکار)

ای جانبی پر کہ جس جانب ضرر ہے اور اسکے نیچے۔
ضرر کے مخالف جانب پر نیچے۔
لس اور د حرارت اور بدودت کی
عصبات کا شغل۔

حساسیت درد (hyperalgesia)۔

جوانج کی وضع کی حرکات مجہول کی بجائے

جو نوکس نگائی جائیں اس کی علامہ کی کئی

اشیا کی حساسیت کل ضنفا و قہہ کی کئی اور

فصل اور تفتیش طبعی ہوتے ہیں۔

کے دو شاخہ (tuning fork)

کے ارتعاشات کی شناخت کا نقصان۔

وتری جھٹکے پہلے کم اور پھر زیادہ ہو جاتے ہیں۔

اخصی ہیکو سہ باسط (plantar)

(reflex extensor ہوتا ہے)

اور ہیکو سہ غائب ہو گئے ہیں (بشکلیہ)

ضرر اتنا کافی بلند ہو کر ان کو باؤف کر رہا ہے۔

و عا ح رک شل اور ارتفاع پیش۔

جس لمس نیز در و حرارت اور بردت کی

جس اور نقد یہ مصلات اور ان کے

برقی تعاملات باقی رہتے ہیں۔

دو جانبی عرضی ضرر کے نتائج اس نقطہ نظر سے

کہ ولا ایصال کو متاثر کرتا ہے

ضرر کے لیول سے نیچے عدم حیثیت۔

ضرر کے لیول سے نیچے تمام عضلات کا شل۔ لاغری نہیں ہوتی۔

برقی تعاملات متحیر نہیں ہوتے۔ شکلی تعاملات غیر موجود ہوتے ہیں۔ وتری جھٹکے

زیادہ ہو جاتے ہیں۔ اخصی جیمینٹیں باسط ہوتی ہیں۔

ماصری اقتدار کا نقصان۔

یہ علامات بعض حالات کے ساتھ حسب ذیل اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔

اگر ضرر کا آغاز حاد ہے تو ابتداءً نفعی صدمے کے زمانے میں

مشلول عضلات کا کامل ارتخا ہوتا ہے اور ساتھ ہی وتری جھٹکے اور اخصی

جیمینٹیں زائل ہو جاتی ہیں۔ چند ہفتوں کے بعد اگر ضرر سہنا مکمل ہے تو

مشلولی جوارح ببط شدگی کی حالت میں شکنجی ہو جاتے ہیں اور ساتھ ہی وتری

جھٹکے زیادہ اور اخصیات باسط ہو جاتے ہیں۔ اگر ضرر کامل ہے تو

مشلول عضلات مرنجی رہتے ہیں لیکن جوارح زیرین میں غمکن عضلات کے

غیر ارادی شنج ہوتے ہیں جن کا نتیجہ نقیض ہو سکتا ہے۔ وتری جھٹکے عود کر آتے ہیں۔ انھیں محبتیں باسط ہوتی ہیں۔

ہر ایک اصابت میں ان علامات پر ان علامات کا اضافہ ہو سکتا ہے جو مخصوص ماؤف فلقہ کے عصبی خلیات کی نقصان رسیدگی سے پیدا ہو جاتے ہیں نیز ان حرکی اور حسی ریشوں کی نقصان رسیدگی سے جو اگلی اور پچھلی عصبی جڑوں کے ذریعہ اس کے ساتھ براہ راست ملحق ہوتے ہیں۔ یہ علامات قدنی طور پر ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔

بالائی عنقی خطے کا دو جابہی ضرر چاروں جوارح کا شنجی شکل اور ساتھ ہی ماؤف لیول سے نیچے حسی نقصان پیدا کر دے گا۔ اگلے قرن کے خلیوں کا مقامی اتلاف اس پر قطعی عملی عضلات اور عضلات مرجع منحرفہ کی لاغری اور کمزوری متزاہد کر دے گا۔ صرف وہی مریض زندہ رہتے ہیں جن میں اس لیول کا ضرر جزئی ہوتا ہے۔ کل ضرر ڈایا فرام کا شکل پیدا کر دیتا ہے۔

عنقی کلائی کا ضرر ماؤف فلقہ سے رسد حاصل کرنے والے عضلات کی لاغری اور کمزوری پیدا کر دے گا، مثلاً پانچویں عنقی فلقہ کی حالت میں عضلات ذالہ عضلات شوکیہ اور ذورائین کی جب کہ ذورائین کے وتری جھٹکے کا نقصان ہو گا (ملاحظہ ہو ڈایا فرام صفحہ 594)۔ ضرر کے لیول سے نیچے شنجی شکل اور حسی نقصان ہو گا۔

مزید برآں تمام اضرار جو پہلے صدری فلقہ سے اوپر ہوتے اور اس کو مشمول رکھتے ہیں، عنقی مشار کی ریشوں کا شنجی پیدا کریں گے، یا تو لب میں ان کے نیچے کی طرف کے مریں یا اس نقطہ پر جہاں وہ پہلی صدری جڑیں سے باہر نکلتے ہیں (ملاحظہ ہو تصویر ۹ صفحہ 608)۔

صل مری خطے کے اضرار عنقی امارات بہت کم پیدا کرتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ جس کرنے پر بعض اوقات ان میں الاضلاع عضلات کی لاغری اور کمزوری معلوم ہو جن کو ماؤف فلقہ سے رسد پہنچی ہے۔ جب ضرر ذالہوں صدری فلقہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے تو مشکی عضلات مستقیمہ کے بالائی نصف صیح جاتیں۔

اسی واسطے بالائی قطنی مسکوسات محفوظ رہتے ہیں۔ اور جب مریض اپنے سر کو اوپر اٹھانے کی کوشش کرتا ہے تو عضلات متعقیمہ کے بالائی نصفوں کے بے روک فعل سے ناف اور کمر کو پیچ آتی ہے۔ پہلے کی طرح اب بھی ضرر کے لیول سے نیچے جسی نقصان اور ششبی شکل ہوگا۔

قطنی کلانی کے اضلاع ان کے لیولوں کے لحاظ سے حسب ذیل سرری طور پر تقسیم کیے جاسکتے ہیں:-

تیسرے اور چوتھے قطنی قلعے:- کو لمبے کی خمیدگی باقی رہتی ہے۔ اس کے علاوہ جوارح زیرین مشلول ہو جاتے ہیں۔ ارباعہ الرؤوس عضلات اور عضلات مقتر بہ کا ذبول۔ ریکی جھگون کا نقصان۔ ٹخنے کے جھٹکے تیز اور انحصی جمبیتیں باسط ہوتی ہیں۔ پہلے اور دوسرے عجری قلعے:- کو لمبے کی خمیدگی ٹران کی تقریب گھٹنے کی بسط شدگی اور پاؤں کی تلہری خمیدگی۔ سب باقی رہتے ہیں۔ پنڈلی کے عضلات اور پاؤں کے درونی عضلات کا ذبول۔ گھٹنے کی خمیدگی اور کو لمبے کی بسط شدگی جمید اور بیرونی گردش یا کمزوری۔ ریکی جھٹکے موجود رہتے ہیں اور ٹخنے کے جھٹکے اور انحصی جمبیتیں غیر موجود۔

تیسرے اور چوتھے عجری قلعے، بڑی آنت اور مثانہ کا شلل۔ سرری مسکوسہ فاجب ہو جاتا ہے۔

صفحہ 599 پر جو قطنی حسی جدول ہے اس سے ہر اس بات میں حسی نقصان کی وسعت ظاہر ہوگی۔

ذنب الفرس (cauda equina) کے اضلاع جب یہ کامل ہوں تو یہ اوپر پہلی قطنی حرروں سے لے کر نیچے تک تمام عصبی حرروں کو خواہ وہ حرکی ہوں یا حسی، ماؤٹ کر سکتے ہیں، اور اس کا نتیجہ ان سے رسد پانے والے تمام عضلات کا شلل اور ذبول حسی نقصان، اور تمام مسکوسوں کا نقصان ہوتا ہے۔ قطنی کلانی کے ضرر اور ذنب الفرس کے ضرر کے درمیان تفویقی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ ایک حادثہ رکی حالت میں نخاعی مدہ کے دوران میں ممکن ہے کہ ان کے درمیان تفریق کا کوئی ذریعہ نہ ہو۔ ازاں بعد دیگر بعضی جدول اور مسکوسوں

مستقل نقصان ذنب الفرس کے ضرر کو تیز کرنے میں مدد ہوتا ہے۔
 فحاشی فلقوں کا تعلق عمود الفقرات کے شوکی
 زائندوں سے۔

نخاع نیچے پہلے قطنی فقرے کے زیرین کنارے کے لیول پر ختم ہو جاتی ہے۔
 یہ اس خط سے متناظر ہے جو پشت پر عرضاً پہلے قطنی شوک سے ذرا اوپر کھینچا جائے۔
 عجربی فلقات نیچے اس خط کے اوپر اور بارہویں صدری شوک کے لیول کے
 درمیان واقع ہیں۔ قطنی فلقات اس نقطے کے اور اس افقی خط کے درمیان واقع
 ہیں جو دہویں صدری شوک کے ذرا اوپر ہوتا ہے۔

نسبتاً بلند تر فلقات کا تعلق شوکی زائندوں سے اس طرح بیان کیا جاسکتا
 ہے کہ متناظر عدد کے شوک سے اوپر کے کسی قطنی کا فاصلہ زیرین چھ صدری فلقوں
 کے لیے سرسری طور پر چار فقروں کے عمق کے مساوی ہوتا ہے۔ بالائی چھ صدری
 فلقوں کے لیے تین فقروں کے زیرین منحنی فلقوں کے لئے دو فقروں کے اور بالائی
 حقیقی فلقوں کے لیے ایک فقرے کے۔

وماغ کے اضرار

حرکی قشرہ اور ہرہی خطے۔ قشرہ کے وہ رتبے جن کی برقی تہیج
 جسم کے مخالف جانب کے حرکات کی تحریک کی جاسکتی ہے، بشرطاً سابلونڈین
 شرینگٹن (Sherrington) اور لیٹن (Leyton) نے ترسیم کئے ہیں۔ انسانی
 قشرہ کی تہیج سے اس وقت جب کہ اس کو علیہ کے لیے شکستہ کیا گیا ہے، عمائل
 نتائج حاصل ہوئے ہیں مرض کے نتیجے کے طور پر عمائل حرکات واقع ہو سکتی ہیں، اور
 بالعموم کم و بیش مقامی شینج کی شکل اختیار کرتی ہیں، جس کو اسکی صراحت کہتے ہیں۔
 مثالی سطح میں، جس کو اس کے دریافت کنندہ کے نام کی مناسبت سے جیکسونی
 کہا جاسکتا ہے، پہلے ایک خاص حصے کا رشتہ انگوٹھے کا (یعنی جھٹکا ہوتا ہے) جو
 پاس کے حصوں میں بتدریج اسی ترتیب سے پھیل جاتا ہے کہ جن ترتیب سے
 پیش مرکزی تیزید میں ان کی نمایندگی ہوتی ہے۔ چنانچہ کہ شینج تھے جسے کو متاثر

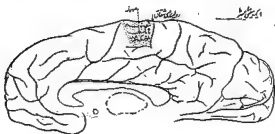
کرتے ہیں وہ پرانے حصے میں موقوف ہو جاتے ہیں چنانچہ ایک باقاعدہ ترتیب زمانی یا رفتار (march) پائی جاتی ہے۔ ظاہر کی یہ قسم بالعموم نہایت ہی اچھی اضرار کے ہمراہ پائی جاتی ہے مثلاً ایک سفائی مسلحہ کے ہمراہ جو کہ قشرہ پر و باؤ ڈال رہا ہو۔ بعض شاخوں میں رجعتی شبنجات ایک پورے جارحہ کے عضلی نظام کو تعمیر یا ہمزماں طور پر متاثر کرتے ہیں۔ مقامی قنشی شبنج بھی واقع ہو سکتا ہے اور بالعموم زیادہ عمیق الوقوع قشری یا تحت القشری اضرار کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔

جبھی قشرہ کے اس حصے کے اضرار جو کہ پیش مرکزی تیزید کے وجہی رقبہ سے آگے کو ہے یہ نتیجہ پیدا کرتے ہیں کہ آنکھیں مخالف جانب کی طرف حرکت کھاتی ہیں۔ اس سے ذرا اوپر کے رقبے کے اضرار سر اور آنکھوں کی مزوج حرکت کا باعث ہوتے ہیں۔ آنکھوں کی حرکت ایسے اضرار کے ہمراہ بھی پائی جاتی ہے جو کہ قذالی تختہ کے مقدم حصہ میں واقع ہوتے ہیں لیکن اس حالت میں وہ استبصاری توہم کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے۔

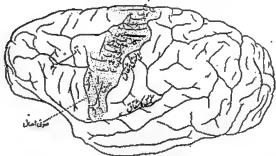
حرکت قشرہ کے اطلاقی اضرار ان حصوں میں کہ جن کی وہ نمایندگی کرتا ہے شکل واقع کرتے ہیں۔ تحت القشری اضرار جو کہ ہر ہی خطوں کو متاثر کرتے ہیں، کمزوری یا شل پیدا کرتے ہیں جو تدریج میں چہرہ، بازو یا مانگ تک محدود ہو سکتا ہے۔ ضرورتاً زیادہ گہرا ہو گا پورا ہر ہی بنڈل متاثر ہونے کا اور فالج نصفی پیدا ہونے کا انتہائی زیادہ احتمال ہو گا۔

فالج نصفی میں جو کہ حاد ضرر سے پیدا ہو پہلے پہل مخالف جانب کے جواج کار خصل واقع ہوتا ہے۔ تاہم وتری جھکے بالعموم ابتدا سے ہی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ شکی مسکوسات مفقود ہوتے ہیں اور اخصی معیبت باسطا ہوتی ہے۔ آنکھیں اور سر ضرر کے جانب کی سمت میں جھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ چہرہ متاثر جانب پر بے تنش ہوتا ہے اور کالی تنفس پر اندر اور باہر کو حرکت کرتے ہیں۔ نصویت کیلئے پر نرم تالو ضرر کی جانب کو اوپر کو کھینچ جاتا ہے اور زبان فالج نصفی جانب کو بروز کیے ہوئے ہوتی ہے۔ ضرر کی جانب کی سمت میں سر اور آنکھوں کا جکواؤ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ چہرے میں کسی قدر قوت ٹوٹ آتی ہے

اور شلول جو ارج بتدریج شنج زدہ ہو جاتے ہیں بالائی جارحہ اشد پر مقرب



دائیں نیم کرہ کی بیرونی سطح



بائیں نیم کرہ کی بیرونی سطح

تصویر ۶۹۔ گریٹ (Gurella) کا تحریک پذیر حرکتی شروہ جس کو قیٹن اور شرجین نے برقی تھپج کے ذریعہ دریافت کیا ہے (۱۹۱۰ء)۔

کہنہ پر خمیدہ اور کلائی پر خمیدہ اور کبکوب ہو جاتا ہے اور انگلیاں خمیدہ ہو جاتی ہیں۔
ذیرین جارحہ بطن شدگی کی حالت اختیار کرتا ہے جس میں پاؤں اور انگلیوں کے

احساس کی شکل اختیار کرتا ہے جو ایک حصہ (بالعموم ایک چارہ) میں نمودار ہوتا ہے اور بسرعت پھیل کر پاس کے حصوں کو متاثر کر دیتا ہے، اس طرح جس طرح کہ حرکی حلوں کی حالت میں ممکن ہے کہ اس سے پہلے جوشی ہو یا نہ ہو۔ بعض اوقات یہ احساس متاثرہ چارہ میں حرکت ہونے کا احساس ہوتا ہے۔ ایسے صر کی حالت میں جو کہ نیم کرے کے فوقانی حاشیہ پر واقع ہو، ٹانگ سب سے پہلے متاثر ہوتی ہے جب ضرر اس سے پست ٹریول پر سلویائی شقاق کے قریب واقع ہو تو احساس چہرہ یا اٹھ میں شروع ہوتا ہے۔

حسی تشہرہ کے اطلاقی اثر اور ذیل کی قسم کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔
وضعی حس کا نقصان۔ معروضات کی شکل، جسامت اور ساخت شناخت کرنے کی قوت کا نقصان (لمسی شکل ناشناسی = astereognosis)۔ اور لمسی حرارتی اور دردناک پہنچ کے مختلف درجوں کی شدت کے درمیان امتیاز کرنے کی قوت کا نقصان۔ ایک تحت القشری صر، مثال نوعیت کا حسی نقصان واقع کر دیتا ہے۔ یہ ضرر بصری عرشہ سے جس قدر زیادہ قریب ہوگا، جلدی جس پذیر کی کے اختلال کا درجہ اور وسعت اسی قدر زیادہ ہوگی۔ ایسا ضرر جو خود بصری عرشہ کے لیول پر ہی ہو، نصف فالجی توزیع کا درد پیدا کر سکتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، بسا اوقات شدید ہوتا ہے، اور ایک انوکھی نوزشی باتھن صفت رکھتا ہے۔ یہ چارح میں سب سے زیادہ شدت کے ساتھ محسوس ہوتا ہے۔ اس کے ہمراہ کسی قدر حسی نقصان اسی قسم کا پایا جاسکتا ہے جو کہ اوپر بیان ہوا ہے، اور ساتھ ہی ہر ایسے پہنچ کے لئے جو کہ شناخت ہو جائے ایک دردناک جیس ردل پایا جاتا ہے۔ مثلاً اتنے درجے کی حرارت یا سردی جو طبعی جانب کے لئے قابل برداشت ہو، متاثرہ جانب کے لئے دردناک ہوتی ہے، بلکہ خط کشی کر تماس کرنے سے بھی مریض پیچھے ہٹ جاتا ہے۔

اندرونی کیس۔ یہاں حرکی ہم حسی اور استہصاری راستوں کے ریشے قریبی طور پر مجتمع ہوتے ہیں۔ لہذا ایک جھوٹا سا ضرر بھی کل نصفی فالج پیدا کر دیتا ہے۔ اندرونی کیس کے مقدم حصے کا ضرر، چہرہ اور بازو کو اس لئے

زیادہ متاثر کرتا ہے کہ جتنا ٹانگہ کو اور اس سے پیچھے کا ہضہ زیریں چارہ کو متاثر کرنے کا اور حتیٰ احتمال واقع کرنے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ اور بھی پیچھے کا ہضہ صمی نقصان اور نیم بصری واقع کرتا ہے جس کے ہمراہ بہت کم کمزوری پائی جاتی ہے یا بالکل نہیں پائی جاتی۔ اندرونی کیسہ کے اضطرار بسا اوقات اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ فالج نقصانی حتیٰ نقصان اور نیم بصری بیک وقت پیدا کر دیتے ہیں۔
شہمی آئہ۔ ایک صمی بعد کا ہضہ بالعموم کوئی موضوعی علامت نہیں پیدا کرتا بلکہ نقصان صرف امتحان کرنے پر دریافت ہوتا ہے۔ لیکن ایک دو جانبی ہضہ جو میں یا متر سے شناخت کرنے یا تیز کرنے کی قوت کا نقصان واقع کرتا ہے۔ لہذا مریض چکھنے اور سونگھنے دونوں طرح کی قوت کے نقصان کی شکایت کرتا ہے۔

دونوں میں سے کسی جانب کی ہک نما تیزید کا ہضہ صمی حلوں کا باعث ہو سکتا ہے جو کہ ایک ناگوار مزہ یا تو سے شروع ہوتے ہیں۔ موضوعی تجربہ نگہانی اور ایک لمحہ کے لیے ہوتا ہے اور ممکن ہے بڑھ کر بے ہوشی کا موجب ہو یا نہ ہو۔
استنبصاری آئہ۔ ایک بصری عصب کا ہضہ اس آنکھ میں انص بصریت یا اندھے پن کا موجب ہوتا ہے۔ بصری تعالّب، خطوں اور اشاعات کے اور غذائی قشر کے اضطرار کے اثرات صرف تصویرات کے ذریعہ طبعی طور پر سمجھ میں آ سکتے ہیں۔

تعالّب کا ایک ہضہ اگر مرکزی طور پر واقع ہوا تو وہ ہر شبکیہ کے انصی نصف سے آنے والے ریشوں کو نقصان پہنچاتا ہے لہذا ایک دو صدغی نیم بصری واقع ہوتی ہے مگر ایسا ہضہ ذرا ایک طرف کو وسعت پذیر ہو تو یہ اس طرف کی آنکھ میں اندھا پن اور دوسری آنکھ میں صدغی میدان کا نقصان واقع کرتا ہے۔ تعالّب میں ریشوں کا محل وقوع ایسا ہے کہ سب سے نیچے کے ریشے وہ ہوتے ہیں جو کہ استنبصاری میدانوں کے سب سے بالائی حصوں کی نمائندگی کرتے ہیں اور سب سے اوپر کے وہ جو اس کے برعکس نمائندگی کرتے ہیں۔ لہذا ایک ایسے ہضہ کی حالت میں جو کہ تعالّب کو نیچے سے دبا رہا ہو بالائی صدغی رُہبات

سب سے پہلے متاثر ہوں گے۔ تعصالب کے پیچھے، بھری خطے یا اشعاع کا یا قدرتی
قشر کا ضرر دوسری طرف کے متناظر نصف میدانوں میں بصارت کا نقصان واقع
کرتا ہے، یعنی دائیں طرف کا ضرر، بائیں طرف کی ہم آئین نیم بھری پیدا کرتا ہے،
اور بائیں طرف کا ضرر دائیں طرف کی۔

اگر ضررِ بصری خطے میں ہو تو درختی
کی ایسی شمع جو پتلی میں اندھے نصف
میدان سے ڈالی جائے اپتلیوں کا کوئی
انقباض نہیں پیدا کرتی (دور تک)

Wernicke: کانیم بصری حدیقتی
لیکن اب تک ایسا کوئی طریقہ ایجاد
ہو نہیں کیا گیا کہ جس سے یہ کارروائی بہتر
اور موثر طور پر انجام دیا جاسکے۔ ایسا ضرر
جواولی استعماری مراکز سے اور واقع
ہو، لازماً، حدیقتی فوری سکودہ پر کوئی اثر
ہو نہیں ڈالے گا۔ بصری اشعار بھیجے کو
ایک چیکے نما مقرر اختیار کر کے قدالی تختے
تک چلا جاتا ہے، لیکن پہلے ذرا نیچے کو
اور سامنے کو صد غنی تختے کے پھلے سرے
میں ڈوٹا ہے۔ اس میں ایک تختانی اور

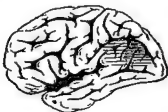


تصور ہے۔- استخباری ایشیوں کا مرکز و معلقا
خاکہ کرنے کے لئے (ہنگ کی تعلیم میں)۔

تفصلاً چوتھا ہے۔ قدالی تختے میں استنبصاری تشریف، مہمازی شقائق کو مضمون کرتا ہے، اور بظاہر اس طرح مرتب ہوتا ہے کہ میدان کے مرکزی حصہ کی نمائندگی، قدالی قطب کی پچھلی نوک کے خیالات کرتے ہیں اور لفظ سے لے کر محیط تک شکیب کے سلسلہ پر مرکز نقطوں کی نمائندگی

اسی ترتیب سے پیچھے سے سامنے کو ہوتی ہے۔ لہذا دونوں غذائی قوتوں کی پہلی ٹوکوں کا ضرر (مثلاً قشر سے) دو جانبی مرکزی اندھا بین پیدا کر دیتا ہے۔ ایک ہی غذائی تختہ کا وسیع ضرر لازماً ہم آئین نیم بصری پیدا کر دے گا۔ غذائی قشر کے کے اضرار دوسری جملہ ہی پیدا کر سکتے ہیں جو کہ مخالف جانب کے نصف میدان میں تو ہم کے ساتھ شروع ہوتے ہیں۔ یہ تو ہم ایک بے ڈھب شکل اختیار کر سکتا ہے (درگین کرے یا چمکا رہے)۔ یہ آگاہی اور ایک لمحہ کے لئے ہوتا ہے اور اس کے بعد بے ہوشی ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ استیصالی تو بہت صد فی لحظہ کے اضرار کے ہمراہ بھی واقع ہو سکتے ہیں، اور اکثر ان کے ہمراہ ایک خمی رکنا (uncinate) نسہ بھی پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں تو ہم پیچیدہ قسم کا ہوتا ہے، جگہوں یا اشخاص کی رویت، بعض اوقات یہ مخالف جانب کے نصف میدان کی طرف منسوب کی جاتی ہے، بعض اوقات یہ عام توزیع رکھتی ہے۔

جسہ یا فساد الافعال (apraxia) میدا کسرفے والے اضرار۔ نطق کے اختلالات کا تجزیہ فعلیات یا نفسیات کے نقطہ نگاہ سے کرنے کی بہت کوششیں کی گئی ہیں اور خاص طور پر ہیڈ (Head) کی تھیم



تعمیر ۷۲۔ - لفظ کوری پیدا کرنے والے خبر کا من وقوع (مشار کو
Charcot = بوتساوڈ، Bouchard اور بریساوڈ = Brissaud
کی تعلید میں)۔

نے ہیں منسلک کے اس پہلو کو سمجھنے میں بہت مدد دی ہے۔ تاہم طالب علم طب کے لئے مرضی تشریح کے خاص حقائق سے جو مشاہدہ کردہ سرگیری اتکال کی قسم کے ساتھ ناجسدا ممکن ملتا ہے کر لیتے گئے ہوں ایک مشکل مضمون کی محفوظ ترین تہید حاصل ہوتی ہے۔ ایمن اشخاص میں نطق کے مراکز دماغ کے بائیں نصف میں اور ایسر اشخاص میں دماغ کے دائیں نصف میں واقع ہوتے ہیں۔ وہ رشتے جو استبصاری اشارات (الفاظ، تصاویر، اشیاء) کے تاثرات منتقل کرتے ہیں قذالی تشوہ کے قرب و جوار میں زاویہ وار تیزید کے قلم پر اتمام پذیر ہوتے ہیں: اس نقطہ پر کا کوئی ضرر جو کافی چھوٹا ہو، لفظ کو سہی (word-blindness)



تصویر، پہلی بائیں صدغی تلیف میں مندرکامل وقوع جس سے عقلی صمدید ہو جاتا ہے۔
(شکر کو، ہوش اور برساؤ کی تعلیم میں)

پیدا کر سکتا ہے (تصویر، ۱)۔ اشخاص سمی کے ریشے جو سمی اشارات (الفاظ، نغمے) منتقل کرتے ہیں، نوکائی صدغی تلیف کے پچھلے حصہ میں ختم ہو جاتے ہیں، اور اس مقام کا ضرر لغظی صمم (word-deafness) پیدا کر دے گا تصویر، ۲۔
ایسے وکیں اکثر نہایت شاذ ہی واقع ہوتے ہیں جو گمان دونوں رقبوں کے درمیان کا وسطی خطہ تاؤف ہو کر رہتا ہے، اور اس حالت میں ان تمام ابتدائی تعلیمات کا کم یا زیادہ رجسک نقصان ہوتا ہے جو نطق اور سمی

اور استبدادی اشارات کے حافظے سے متعلق ہوتے ہیں۔ ایسی واسطے اگر اس مرتبے میں زیادہ وسیع پیدا ہوا ضرورتاً وقوع ہو جائے تو اس سے انسان کا دیگر کڑا ایک ذہن حیوان کے لیول سے کسی قدر نیچے ہی آجائے گا کیونکہ انسان کی حالت یہ ہو گئی ہے کہ ذہن زندگی کے بسر کرنے کے لئے اب اسے تقریباً بالکل فطری اشارات



تصویر ۲۰۰: عصبی حسی حالت میں ضرر کا نقل و قوع۔ جبکہ صاعدہ جہتی تلفیف جبکہ تیسری جہتی تلفیف بعد۔ صاعدہ جداری تلفیف۔ (شمار کو) بوشاڈ اور ہرمسڈ کی تفصیل میں)۔



تصویر ۲۰۱: ناکافی حالت میں ضرر کا نقل و قوع۔ (شمار کو) بوشاڈ اور ہرمسڈ کی تفصیل میں)۔

کے استعمال کا محتاج ہوتا پڑتا ہے۔ اگر مرنر نسبتاً چھوٹا ہے تو عقل کی کمی نسبتاً کم درجہ کی ہوگی، اور اس کے ساتھ ہی اگر مرنر صدیقی لغت کے نواح میں واقع ہے تو بولے ہوئے الفاظ کو بھول جاتے اور ان کے مفہوم کو نہ سمجھنے کا رجحان ہوگا اور اگر مرنر استبصاری مرکز سے قریب ہے تو مریض لکھے ہوئے الفاظ کو کامل طور پر سمجھ سیکے گا یہ حسہ (sensory aphasia) کی قسمیں ہیں۔

مسی جسہ میں نقص سمجھ تک محدود نہیں ہوتا۔ مریض اگرچہ لکھو اور تحریر میں الفاظ پیدا کر سکتا ہے اس کو صحیح الفاظ دریافت کرنے اور ان کو صحیح طور پر مرتب کرنے میں وقت ہوتی ہے لہذا اس کی لکھو اور تحریر سمجھ میں نہیں آسکتی۔

رقبہ جڑوٹکا (Broca's area) یعنی تحتانی جہی ملکیف کے پچھلے حصے

کے مرنر سے وہ چیز پیدا ہو جاتی ہے جسے خالص حواس کی جسہ (motor aphasia) کہتے ہیں (تصویر ۷۴)۔ اس میں سمعی یا استبصاری اشارات کی سمجھ کا فقدان یا عقل کی کمی نہیں ہوتی، پیدا کش نطق سے تعلق رکھنے والے عضلات میں سے کسی عضلہ کا شل ہونا اس وقت نہیں ہوتا جب کہ وہ دوسرے اغراض کے لیے کام میں لائے جاتے ہوں مثلاً زبان کھانے کے لیے، لیکن ان عضلات کو نطق کے خاص کام کے لیے استعمال کرنے کی قابلیت جاتی رہتی ہے۔ تشلی طور پر حرکتی جسہ والا شخص یہ جانتا ہے کہ وہ کیا کہنا چاہتا ہے، مگر اسے کہہ نہیں سکتا۔

حرکی جسہ کے ساتھ عموماً ناکابتی (agraphia) موجود ہوتی ہے، یعنی مریض اس کے ساتھ ہی اپنے خیالات کا اظہار تحریر میں نہیں کر سکتا اور بعض شاذ مثالوں میں ناکابتی کی موجودگی جسہ سے ملحدہ درجہ کی گھٹی ہے جب کہ وہ دوسری جہی ملکیف کے اضرار کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔

حسہ کے تعلق میں حواس کی فساد افعال (motor apraxia)

پر بھی غور کیا جاسکتا ہے۔ یہ ایک ایسی حالت ہے جس میں قوت، حس پذیری یا ہم آہنگی کے نقصان کے بغیر بعض غائی حرکات (جیسے کہ دانتوں میں برش یا سواک کرنا، یا سلائی جلانا) کو انجام دینے کی قابلیت جاتی رہتی ہے۔ یہ منظر بالائی بائیں جہی ملکیف کے بائیں جداری لغت کے بالائی جسہ کے، اور جسم نکلنے کے اضرار کے بعد مشاہدہ میں آیا ہے اور حرکتی جسہ اور ناکابتی سے قریبی طور پر

متماثل ہے، جنھیں شاید فساد الافعال کی خاص قسمیں سمجھا جاسکتا ہے۔
 جبھی لختہ - یہ پہلے بتایا جا چکا ہے کہ جبھی قشرہ کے پچھلے حصے
 میں ایسے مراکز واقع ہیں کہ جن سے سر اور آنکھیں مخالفت جانب گردش کر جاتی
 ہیں۔ لہذا ایک قشری ضرر ایسے صری ملے پیدا کر سکتا ہے جن کی امتیازی خصوصیت
 قشری مزدوج انحراف ہے۔ بائیں طرف ایک ایسا ضرر جو بہت پیچھے اور نیچے
 واقع ہو، جسے پیدا کر سکتا ہے، جبھی لختہ کے بالائی اور پچھلے حصے کے اضرار میں
 ایک مخصوص علامت دیکھنے میں آتی ہے جس کو چری گزٹ (forced grasping)

انتشی تعصیب کہتے ہیں۔ جب مریض کو بھی بند کرنے کو یا کسی چیز کو زور سے کرا
 رکھنے کو کہا جاتا ہے تو پھر وہ کچھ دیر کے لیے اپنی ٹٹھی نہیں کھول سکتا۔ اس ناقابل
 کی وجہ تعصیب کردہ عضلات کا انقباض جاری رہتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ
 علامت اگر وہ شاذ ہی پائی جاتی ہے (تقریباً تمامیت کے لئے ہمیشہ مفید ہوتی ہے۔
 اس کی تلاش کرتے وقت اس امر کا اطمینان کر لینا ضروری ہے کہ کہنے پر مریض
 کا ٹٹھی کھول نہ سکا، محض گھبراہٹ کی وجہ سے نہیں ہے۔

جبھی خطہ کے بقید حصے نسبت خاموش ہوتے ہیں بالفاظ دیگر ان کو
 متاثر کرنے والے اثر کوئی میٹر علامت پیدا نہیں کرتے۔

جداری لختہ - بائیں طرف، جیسا کہ ہم دیکھ چکے ہیں، جداری لختہ
 نطق سے تعلق رکھتا ہے اور دونوں طرف اس میں قشری لختوں کا اختتام ہوتا ہے۔
 اس کے زیرین حصہ میں سے بصری اشعاع گزرتا ہے۔ لہذا جداری لختہ کے ضرر سے
 جن علامات کے پیدا ہونے کا امکان ہے وہ یہ ہیں، جسے انتقال مخالفت جانب
 کے استبصاری میدان میں ہم آئین نقص اور بائیں طرف جسٹہ - تاہم جداری لختہ
 کا موخر فو قاتی حصہ نسبت خاموش ہوتا ہے۔

صلب غنی لختہ - بالائی تکلیف میں سماعت کا مرکز موجود ہوتا ہے،
 لیکن اس کے متعلق اضرار سے بہرہ اپن نہیں پیدا ہوتا کیونکہ ہر جانب کا زیرین سمعی
 مرکز و ماخ کی دونوں جانبوں کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ بائیں طرف کا ضرر (نطقی
 رتجے میں داخلیت کر سکتا ہے، اور ناعی طور پر اشیاء کا نام بتانے میں وقت پیدا کر سکتا ہے۔

بک نامصرمی طے کاشتی منظر اس سے پیشتر بیان کیا جا چکا ہے اور یہ واقعہ بھی بیان کیا جا چکا ہے کہ بصری شعلہ اپنے سفر کے ایک حصہ میں صدغی نختہ کے پھیلے حصے میں سے گزرتا ہے چنانچہ ہم آئین میدانی نقائص صدغی نختوں کے انحصار کی علاقیات میں حصہ لے سکتے ہیں۔ اس کے باوجود صدغی نختے کے درمیانی حصہ کا متدبر ضرر خاص کردائیں جانب کا خاموش ہو سکتا ہے۔

قدالی نختے۔ قدالی نختہ کے اضرا را تبصاری علامات پیدا کرتے ہیں جن کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔

خاموش رقبے۔ دماغ میں بہت سے ایسے حصے ہیں کہ جو مرض سے تلف ہو جانے یا نقصان رسیدہ ہو جانے کے باوجود کوئی ایسی علامت پیدا نہیں کرتے جو تینین نظام کے لئے اہمیت رکھتی ہو۔ حقیقت میں بعض اصابہ کی محدود کھرا توجیب ہوتا ہے کہ دماغ کا بہت بڑا حصہ بے فعل ہونے کے باوجود کوئی علامت پیدا نہیں کرتا۔

تشری اضرا جو مذکورہ بالا تخصیص یافتہ حصہ کے سو کسی دوسری جگہ واقع ہوں منیر یا کبیر عمومی نوعیت کے صرعی طے واقع کرتے ہیں۔ سپید مادہ کا کوئی وسیع ضرر بلند ترین وظیفوں کا تنزل پیدا کرنے کا امکان رکھتا ہے، مثلاً حافظہ کا کمزور ہو جانا خاص طور پر حالیہ واقعات کے لیے اور کردار اور طبیعت میں بگاڑ پیدا ہو جانا۔ ان علامات کی پیدائش میں تلف شدہ دماغی جرم کی مقدار اس کے مل و توجع کی یہ نسبت زیادہ اہم نظر آتی ہے۔

قاعدی عقدات۔ قاعدی عقدات کے اضرا کے ہمراہ زیادہ تر حرکی اختلالات مثلاً کرختگی اور غیر ارادی حرکات پائے جاتے ہیں۔ جسم مخطط، بالخصوص عدسی نواتوں کا مرض، علامات کا ایک گروہ پیدا کرتا ہے جن کو شروع میں پارکینسن (Parkinson) نے شلل اہتریزی (paralysis agitans) میں بیان کیا تھا، لہذا اس کو بسا اوقات پارکینسی (Parkinsonian) کہا جاتا ہے۔

ہمراہ و جملہ اور جوارح کی کرختگی پائی باقی ہے جو ہر ہی خطوں کے مرض میں دیکھی جانے والی کرختگی سے مختلف صفت کی ہوتی ہے۔ عضلات مجہول حرکت

کے سامنے بتدریج ڈھیلے پڑ جاتے ہیں (سیسہ کی ٹی کی سی کرنگی) یا چھوٹے چھوٹے جھٹکوں کے ساتھ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں (دھڑکیاں کرنگی)۔ کرنگی کے علاوہ، حرکت سست ہوتی ہے، اور غیر ارادی حرکات پائی جاتی ہیں جو باقاعدہ دے وار دھڑکیاں کی شکل اختیار کرتی ہیں، جو جوارح میں اعظم ہوتا ہے۔ علامات کلمہ ہی گروہ جسرہ اسود کے اضرار سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

صحت العرشی نواۃ یا لائٹہ (Laya) کے نواۃ کا ضرر جسم کے مخالف جانب کی، جس میں چہرہ، دھڑ اور جوارح شامل ہوتے ہیں، غیر ارادی حرکات کا موجب ہوتا ہے، جو زفنی شکل کی قسم کی ہوتی ہیں۔ عضلات کے مختلف گروہوں میں جھٹکے دار، بے غایت، انقباضات ہوتے ہیں جن میں کوئی باقاعدہ نظام یا ترتیب زمانی نہیں ہوتی۔

غیر ارادی حرکت کی دوسری قسمیں جن کو قاعدی معتلات کے مرض کی طرف اتنے یقین کے ساتھ منسوب نہیں کیا جاسکتا، وہ ہیں جو کرنگ (athetosis) اور شیخ تلوی (torsion spasm) میں پائی جاتی ہیں۔ اول الذکر حالت میں سست، بے گناہ حرکات ہوتی ہیں، جو چہرہ اور جوارح میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ ان کے ہمراہ بالعموم ہر قسم اور توزیع والی کسی قدر کرنگی پائی جاتی ہے۔ شیخ تلوی میں حرکات سست اور گہری (massive) ہوتی ہیں اور دھڑ اور جوارح کو باقاعدہ ترتیب زمانی کے ساتھ متاثر کرتی ہیں، جس سے نام جسم میں نہایت ہی تند مروڑ پڑ جاتے ہیں۔

حسی اختلالات جو بصری عرشہ کے یا اس کے پاس کے ضرر سے پیدا ہوتے ہیں، پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس جگہ کے اضرار کے ہمراہ اکثر زفنی شکل یا کرنگ قسم کی حرکات پائی جاتی ہیں۔

صحت العرشیہ - اس تشریحی اصطلاح میں وہ ساختیں شامل

ہیں جو عرشہ بصری کے بطنی جانب کو یعنی اس کے اور جسم بخامی کے درمیان واقع ہیں اور جو بطن سویم کے فرش، قع اور درز رادی پر مشتمل ہیں جاقول پر تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ اس مقام کے اضرار کثرت بول فریبی اور

اور اضیاتی غنودگی پیدا کر سکتے ہیں، اور اس رقبہ کو ماؤف کرنے والے سلمات کی حالت میں بھی ایسے ہی اثرات دیکھے جاتے ہیں۔

اجسامہ رباعیہ۔ ان اجسام کے مندرجہ ذیل دوران منہر چال کی تاہم، چٹکی و مینفی قسم کی، اور دہرا فالج امین پیدا ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر نواتی قسم کا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ابتداءً استرخا کا تجنن اور آنکھوں کے اوپر حرکات کی شکل تک محدود رہے جس کے ساتھ اقتباس الحدقہ اور پتلیوں کی عدم فعالیت بھی ہو سکتی ہے۔ سمجھانی اجسام رباعیہ تو امیہ کی ماؤفیت سے قسم بھی ہو سکتا ہے۔

مساقی دماغ۔ مخالف جانب پر جوارح کا شغل اور اسی جانب پر تیسرے جمعی (چشمی حرکی) عصب کا شغل، مساقی دماغ کے اندرونی اور پچھلے حصے کے منہر کے لیے غیر علامت میں سے علامت و غیر (Syndrome of Weber) کا نام دیا گیا ہے۔ مخالف جانب کے جوارح کا ریشہ اور اسی جانب کا چشمی حرکی کا شغل را علامتہ بینی ٹوگٹ (Benedikt's syndrome) بھی مساقی دماغ کے منہر کے باعث ہوتا ہے۔ گارڈن ہولمز (Gordon Holmes) نوٹ کرتا ہے کہ درمیانہ دماغ زخم میں اجسام رباعیہ تو امیہ اور باقی دماغ کے ساتھ جرم امود اور نواتہ امر شامل ہیں) کے امراض کے ساتھ جوارح کے واضح لیکن سست ریشے پائے جاتے ہیں۔

جسیر فارولنی (pons Varolii)۔ دماغ کے اس حصے میں ہری خطے، اور پانچویں، چھٹے، اور ساتویں اعصاب کے نوات شامل ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ دو خطے خط وسطی کے قریب ہوتے ہیں، لہذا اثر سے مرکزی امراض چاروں جوارح کا شغل پیدا کر سکتے ہیں۔ باقی حصے میں ایک جانبی منہر ہو تو اس سے جسم کی مخالف جانب پر معمولی قسم کا نصفی فالج پیدا ہو جاتا ہے لیکن زیرین حصے کا منہر اگرچہ بازو اور ٹانگوں کے انھیں ہری ریشوں کو ماؤف کرتا ہے تاہم مخالف جانب کو چالنے والے وجہی ریشوں کے نیچے واقع ہوتا ہے اور خود اپنی جانب کے عصب وجہی کی جڑوں کو تلف کر دیتا ہے۔ اس سے

نصفی فالج کی وہ قسم پیدا ہو جاتی ہے جس کو تقاطع کردہ فالج نصفی (crossed hemiplegia) کہتے ہیں، یعنی چہرہ و تھڑ کی جانب شلول ہوتا ہے، لیکن بازو اور ٹانگیں مخالف جانب کے۔ ایک ایسا ضرر جو ایک جانب پر عصب ششم کے نوات کو مآؤف کر دے نہ صرف اس جانب پر خارجی شقیہ کا شکل پیدا کر دے گا، بلکہ مخالف جانب کی آنکھ کے داخلی شقیہ کا شکل بھی اس وقت جب کہ دونوں آنکھیں مضر کی جانب مزدوج انحراف کی کوشش کرتی ہیں۔

تنبہ۔ اس جگہ کسی وسیع مرض کی حالت میں زندگی قائم رہنا ایک ناممکن امر ہے، کیونکہ جیوی مراکز مآؤف ہو جاتے ہیں۔ ایک ایک جانبی ضرر جسم کی اسی جانب پر زبان اور تالو کی کمزوری اور مخالف جانب پر حرکی اور حسی نقصان پیدا کر دے گا۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ہی دینی حلقوں کی مآؤفیت کے باعث ضرر کی جانب پر حرکی ناہم آہنگی اور عینی مشار کی مرکز کی مآؤفیت کے باعث اسی جانب پر انقباض حدوقہ اور غور العین بھی موجود ہو (لاحظہ ہو صفحہ 606)۔

دماغ میں آنے والے خاص و آراءندہ راستے یہ ہیں: دہلیزی اور بطنی نخاعی دینی خلیے، جو عضلات اور مفاصل سے صدات منتقل کرتے ہیں۔ دہلیزی نواتوں سے آنے والے ریشے جو تیہات (labyrinth) سے صدات منتقل کرتے ہیں۔ اور ہر نصف کرہ سے آنے والے بہت سے ریشے، جو وسط دماغ کے تناظر جانب میں، ہری ریشوں کے ایک طرف آتے (جیہی حسری اور صدغی جبری خلیے) اور جبری نواتوں میں ختم ہوتے ہیں، اور وہاں سے مخالف جانب کے دینی تختہ کے قشرہ سے تعلق قائم کرتے ہیں۔ دماغ کے ہر تختہ سے خاص و آراءندہ راستہ وہ ہے جو کہ فوقانی دینی ساچچہ میں سے گزرتا ہے، جو وسطی خط کو عبور کرتا ہو، مخالف جانب کے نواتہ امر میں ختم ہوتا ہے۔ نواتہ امر سے سرخ نواتی نخاعی خلیے نکلتے ہیں، جو اپنے منبع سے نکلنے کے ذریعہ تقاطع کرتے ہیں، اور نخاع کے مقدم قری غلیات

سے تعلق قائم کر کے ختم ہوتے ہیں۔ لہذا برآزندہ طرف، دیمین کا ہر جانبی لختہ، اس دہرے متاع کے ذریعے، جسم کے اسی طرف کے حرکی عضلیات کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ یہ اپنی ہی جانب کے عضلات سے، اور مخالف جانب کے نیم کرے سے صد مات وصول کرتا ہے۔ وہ صد مات جو کہ تیہات سے اخذ ہوتے ہیں، زیادہ تر وسطی دیمینی لختہ کے لیے مقرر ہوتے ہیں۔

انسان میں دیمین کے اضراء ارادی حرکات کی ناہم آہنگی، وضع اور چال کے اختلالات اور نقص المنقط پیدا کرتے ہیں۔ ایک جانبی لختہ کے ضرر کی سب سے زیادہ اہم علامت، اسی طرف کے جوارح کی ناہم آہنگی ہے۔ اگرچہ طاقت کا یا حرکت شروع کرنے کی قابلیت کا کوئی نقصان نہیں پایا جاتا، تاہم مختلف عضلی گروہوں کا باہم مل کر کام کرنا (تعاون = synergy) ناقص ہوتا ہے، اس کے نتیجے کے طور پر ارادی حرکتوں کی ابتدا، ترقی اور

اختتام میں اختلال پایا جاتا ہے، خاص طور پر ان حرکتوں میں کہ جن میں بہت سے عضلات متاثر ہوتے ہیں، یا جن میں متخالف عضلات میں سرعہ تبادل کی ضرورت ہوتی ہے۔ وظیفہ کا اختلال، بالائی جوارح میں، زیرین کی نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جب مریض کو یہ کہا جاتا ہے کہ وہ اپنی ناک اپنی انتہائی شہادت کی نوک سے چھوئے، پھر مشاہد کی انگلی کو چھوئے، اور اس تبادل کو حتی الاسکان سرعت سے جاری رکھے، تو وہ حرکت کے خط سے ایک ٹیڑھا میٹرھا انحراف ظاہر کرے، خاص طور پر جب کہ انگلی شانہ کے قریب پہنچتی ہے، اور نشانے سے پیچھے رہ جائے یا آگے بڑھ جائے، کارجمان پایا جاتا ہے، جوارح، اس جانب کہ جس جانب ضرر ہوتا ہے، بسا اوقات زیر نشی ہوتے ہیں۔ قذال، جیسا کہ تیہی اضراء میں ہوتا ہے، شانہ پر اسی جانب گرنے کا رجحان رکھتا ہے کہ جس جانب ضرر ہوتا ہے، اور چلنے میں مریض اسی جانب انحراف کرتا یا لڑکھڑاتا ہے۔ آنکھوں کے ڈھیلے، وسطی خط کے دوری طرف پھر جانے کا رجحان رکھتے ہیں، چنانچہ اس وقت جب کہ مریض کو ضرر کی جانب کو دیکھنے کو کہا جائے، نقص المنقط حاصل ہوتا ہے۔

ان اضرار میں جو درد منیع کے وسطی لختہ تک ہوتے ہیں، ممکن ہے متذکرہ علامات تمام علامات منقود ہوں۔ نمایاں سریری خصوصیت ایک لڑکھڑائی ہوئی نکلانی ہوئی چال ہے جس میں ایک طرف یا دوسری طرف انحراف کرنے یا چکرانے کا کوئی خاص رجحان نہیں پایا جاتا۔

عصبی نظام کا سریری امتحان

عصبی نظام کے امتحان کے لئے سہولت بخش طریقہ یہ ہے کہ ایک باقاعدہ اسکیم کی پابندی کی جائے جس سے مشاہد مرضی حالت پر ایک سریع اور اجمالی نظر ڈال سکتا ہے۔ اس طرح کی اجمالی نظر کے دوران میں بعض امور ایسے بھی معلوم ہوں گے جن سے خاص خاص وظائف کے زیادہ تفصیلی امتحان کی ضرورت ظاہر ہوگی۔ ایسے امتحان کے طریقے مناسب عنوانوں کے تحت متن میں بیان کئے جائیں گے۔ مندرجہ ذیل اسکیم کو دستور العملی امتحان کے لیے ایک عملی رہنما قرار دیا جاتا ہے۔ خطہ ضمنی میں جو نکات ظاہر کئے گئے ہیں وہ ضروری قرار نہیں دیئے جاتے، البتہ کہ ان کے استعمال کے لئے خاص دوائی موجود ہوں۔

عصبی نظام کے دستور العملی امتحان کے لیے اسکیم

۱۔ دماغی وظیفہ۔

فہم و فراست

مزاج

گویائی

۲۔ مخصوص حواس۔

الف) بینائی

تیزی

میدان نظر
تواریخین

(ب) سماعت

(ج) شامہ

(د) زائتہ

۳۔ جھجھی اعصاب -

۴۔ خشی و خلائف -

نرم روی کی جس پذیری

الین چھونے کی جس پذیری

تپش کی جس پذیری

حس وضع

ارتعاش کی جس پذیری

اسی شکل شناسی

۵۔ حرکی نظام -

غیر ارادی حرکات

ژول یا بیش پرورش

تنش

لاقت

ہم آہنگی

برقی تعلقات

۶۔ مسکوسات -

۷۔ عضلات ماحصرہ پر اقتدار (مجرى البولى اور مبرزى)۔

۸۔ پرورشی تغیرات -

۹۔ وضع اور چال -

۱۰۔ دائمی نظامی سیال -

۱۔ دماغی وظیفہ

فہم و فراست - مریض، اپنی بیماری کی سرگذشت جس طریقہ سے سناتا، اہم اس سے اس کی سمجھ کے متعلق اکثر خاصہ اندازہ ہو سکتا ہے۔ اگر اس کے عقلی وظائف میں کوئی نقص معلوم ہو تو مزید امتحان کرنا چاہئے۔ ماضی بعید کے واقعات کے متعلق حافظہ کی قوتوں کا اندازہ کرتے ہیں، یہ امر اہم ہے کہ مریض نے اپنی زندگی کے حالات کے متعلق جو بیان پیش کیا ہے اس کا مقابلہ اس بیان سے کیا جائے جو اس کے دوستوں اور رشتہ داروں نے دیا ہو۔ ماضی قریب کے واقعات کے متعلق حافظہ کا امتحان کرنے کے لئے مریض سے گزشتہ چوبیس گھنٹے کے حالات دریافت کرنے چاہئیں، اور اس امر کا اطمینان کر لینا بھی اہم ہے کہ تاریخ، مقام اور اشخاص کے متعلق وہ صحیح ماحول شناسی رکھتا ہے۔

مزاج - طبی حالت سے ایسے اختلافات پائے جاسکتے ہیں جو پستی یا فرحت کی غلبہ یا ب مزاجی کیفیتوں یا جذباتی تون کی شکل میں ظاہر ہوں۔ ایسے اختلافات نہایت عام طور پر وظیفی عصبی مرض (functional nervous disease) کی اصابتوں میں پائے جاتے ہیں، جن میں مزید سوالات کے ذریعے مخصوص افکار یا تکالیف کے متعلق تحقیقات کرنی چاہئے، اور یہ بھی دریافت کر لینا چاہئے کہ آیا کوئی خیالی تصورات، عدم الکفا کے احساسات، احتضارات یا مجبوری کے احساسات تو موجود نہیں۔

گویائی (speech) - بین اضرار سے ماؤف ہو سکتی ہے وہ ایک بلند یا ایک پست لیول پر واقع ہو سکتے ہیں اور ان سے جو وظیفی اختلالات پیدا ہوتے ہیں انھیں علی الترتیب جبکہ (aphasia) اور عسر الکلام (dysarthria) کہتے ہیں جس سے مراد الفاظ کے ذریعہ ادا کردہ خیالات کو سمجھنے کی یا الفاظ کے ذریعے مفہوم ادا کرنے کی قابلیت کا جزوی یا کُل نقصان ہے۔ عسر الکلام سے مراد عقلی نقص کا وہ نقص ہے جو ماؤف مضامین کی کمزوری یا عدم ہم آہنگی کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ جبکہ کی موجودگی مریض کی سرگذشت حاصل کرنے کے دوران میں معلوم ہو جائے گی، اور اس کے متعلق مزید تحقیقات۔ مندرجہ ذیل اصول پر

کرنی چاہئے۔

۱۔ کیا مریض ولے ہوئے الفاظ کو سمجھ سکتا ہے؟ ابتداءً اسے سادہ احکام دینے چاہئیں، مثلاً "اپنی زبان باہر نکالو" پھر بتدریج زیادہ پیچیدہ ہدایتیں کرنی چاہئیں، مثلاً "اپنے پائیں ہاتھ کی پچلی انگلی سے اپنا سیدھا کان چھوؤ"۔

۲۔ کیا وہ نکلے ہوئے الفاظ کو سمجھ سکتا ہے؟ مثال احکام تحریراً دیئے جائیں جو پہلے چھاپے کے بڑے حروف (block capitals) میں ہوں اور پھر معمولی خط میں۔

۳۔ کیا وہ خود بخود ایسے الفاظ بول سکتا ہے جو سمجھ میں آتے ہیں؟

۴۔ کیا وہ خود بخود کچھ سکتا ہے؟

اگر صرف پہلے امتحان میں ناکامی ظاہر ہو تو اس سے خالص لفظی صمم (word-deafness) ظاہر ہوگا اور اگر صرف دوسرے امتحان میں ناکامی رہے تو خالص لفظ کوری (word-blindness) ظاہر ہوگی۔ ہر دو حالتیں شاذ طور پر مرکز گویائی کے طرف آنے والے سمعی یا استبصاری راستوں کے دقیق اضرار کے نتیجے کے طور پر ملتی ہیں۔ زیادہ عام طور پر دونوں امتحانوں میں ناکامی پائی جاتی ہے جو عمومی حسی جیسے کا ایک جزو ہوتی ہے۔

اگر صرف تیسرے امتحان میں ناکامی ہو تو خالص حرکی جیسے اور چوتھے امتحان کی ناکامی سے خالص ناکاتی ظاہر ہوتی ہے۔ یہ دونوں تخلیف اکثر اوقات بیک وقت زائل ہو جاتے ہیں۔

وہ مریض جو حتمی جیسے تخلیف کئے پائین کے صر کی وجہ سے حرکی جیسے کی شکایت رکھتا ہو، لکھا ہوا اور پڑھا ہوا سمجھ سکتا ہے، اور اسی وجہ سے اس کا فہم بھی صحیح و سالم ہوتا ہے۔ وہ شاذ ہی گونگا ہوتا ہے، لیکن اس کا ذخیرہ الفاظ بہت کم اور بعض اوقات چند ایسے سادہ الفاظ تک محدود ہوتا ہے جیسے کہ "ہاں" اور "نہیں" خواہ وہ اظہار خیالات کی کوشش تفسیراً کرے یا تحریراً۔ البتہ وہ اپنی ناقابلیت اور اس کی نوعیت سے آگاہ ہو سکتا ہے۔

وہ مریض جو جتنی جتنے کی شکایت رکھتا ہے، علاوہ فہم کی عدم موجودگی کے،
ادائے الفاظ میں غلطیاں ظاہر کرتا ہے، کیونکہ لفظ کوری اور لفظی ضمیم کی وجہ
سے وہ اس قابل نہیں رہتا کہ جن الفاظ کو وہ لکھ یا بول رہا ہے، ان کی اصحت
کی شناخت کر سکے، حالانکہ صحت الفاظ کی شناخت ادائے کلمات کے میکانیہ
کے لئے ضرورتاً ایک اصلی اور ضروری عمل ہے۔ ممکن ہے کہ وہ کافی روانی کے
ساتھ گفتگو کر سکے، مگر الفاظ اور ارکان (syllables) کو غلط لٹا کر دینے
کا رجحان رکھتا ہے، اور اس سے ممکن ہے کہ اس کی گفتگو ایسی گڑبڑ (jargon)
جو جس کا سمجھنا مشکل ہو جائے۔ لکھنے میں بھی ایسے ہی عیب ظاہر ہوتے ہیں۔
وہ بلند آواز سے پڑھنے میں یا دوسرے شخص بول کر لکھو اُسے تو اس کی اطلاع
میں یا سننے ہوئے الفاظ کو خود دہراتے ہیں قدرتی طور پر غلطیاں کرے گا۔
معلوم ہوتا ہے کہ لختہ ضد غمی کے پھیلے حصے کے اثر میں محض
اشخاص و اشیاء کے نام بھول جائے گا، اور دیکھی ہوئی اشیاء کے
نام بتلانے کی ناقابلت کا خاص رجحان ہوتا ہے۔

جسے کی حالت میں اس امر کا رد یا فقت کرنا اہم ہے کہ آیا وہ مریض
ایسر ہے، اور اگر نہیں ہے تو کیا ایسریت اس کے خاندان میں ایک موروثی
خاصہ ہے۔ مین اشخاص میں جسے دماغ کی بائیں جانب کے اثر میں پایا
جاتا ہے، اور ایسر اشخاص میں دماغ کے دائیں جانب کے اثر میں دایاں
تالے نصفی اگر شدید ہے تو اس کے ساتھ تقریباً ہمیشہ جسے ہوتا ہے، بجاؤ کے
شکل کے درجہ کی زیادتی کے ساتھ زیادہ ہوتا ہے۔
(دلیلہ گوانی کے مقام کی تعین کے متعلق تفصیلات دیکھنی ہوں تو ملاحظہ ہو)

لے فاسٹر کینڈی (Porter Kennedy) نے بتلوا دیا ہے کہ ایسریت کا قوی
رجحان رکھنے والے خاندان کے ایک مین شخص میں ممکن ہے کہ مرکز گویائی بائیں نیم کرہ
میں واقع ہوں۔ ایسا ایسریت کا قوی رجحان رکھنے والے خاندان کے ایک ایسر شخص میں
ممکن ہے یہ بائیں نیم کرہ میں واقع ہوں۔

۲۔ مخصوص حواس

بصارت - تیزی (acuity)۔ باقاعدہ استثنائی حروف کی عدم موجودگی میں تیزخی نظری کی سرسری شناخت اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض کو کہا جائے کہ وہ باری باری سے ہر آنکھ کو بند کر کے باریک چھپے ہوئے حروف بلند آواز سے پڑھے۔ اگر تیزخی نظریست درجہ کی ہوگا اور مریض کے پاس عینک ہو تو وہ اسے لگائے دیں اگر عینک صحیح ہے اور صرف اعطاف میں غلطی ہے تو عینک لگانے پر مریض کی تیزخی نظریطبیعی ہونی چاہئے۔

میدان نظر (visual fields)۔ ہر آنکھ کے میدان نظر کا مہرہ امتحان حسب ذیل طریقہ سے کیا جاسکتا ہے۔ مریض ایک ہاتھ اپنی دائیں آنکھ پر رکھ کر دوسری آنکھ سے مشاہد کی دائیں آنکھ کی تیلی پر نظر دیتا ہے۔ خود مشاہد اپنی بائیں آنکھ کو بند کر کے مریض کی بائیں آنکھ پر توجہ دیتا ہے۔ پھر وہ ایک دستہ پر لگی ہوئی کوئی چھوٹی سی سپید شے لے کر دائیں کے لئے ٹوپی میں دکھائی دینے والی معمولی این نہایت سہولت بخش ہوتی ہے اور اسے خود اپنے اور مریض کے درمیان بچوں بیچ رکھ کر بند بچ محیط سے میدان نظر کے مرکز کی طرف لاتا ہے اور مریض کو ہدایت کرتا ہے کہ جب وہ شے اسے نظر آئے گا تو کہے کہ "ہاں اب" اس طرح سے مشاہد مریض کی دونوں آنکھوں کے میدان نظر کا مقابلہ خود اپنے میدان نظر کے ساتھ کر کے متعدد درجات کے تقاضے درمیان کر سکتا ہے۔ میدان نظر کا امتحان ایک نہایت اہم کارروائی ہے اور اس سے نہایت قیمتی انکشافات ہو سکتے ہیں بالخصوص ان اضلاع کی حالت میں جو بصری خطوں کو ناف کرتے ہوں (مثلاً سلسلہ خفایہ) یا بصری اشاعات کو ناف کرتے ہوں (مثلاً داخلی کیسہ کے پچھلے سرے پر ایک عروقی ضرر) (ملاحظہ ہو صفحہ 611)۔

قعر العین (fundus oculi)۔ طبیب کے لئے آنکھ داغ کا وسیع ہے اور برقی چشم بین سے قرص بصری (optio disc) کا امتحان اس قدر

آسان ہو گیا ہے کہ ہر اس اعصاب میں جس میں عصبی مرض کا شبہ ہو اسے ضرور کرنا چاہئے۔ خاص تغیرات جن کی تلاش قرص بصری میں کرنی چاہئے آؤں اور ذبول ہیں۔

آؤں کے قرص بصری (papilloedema) عموماً دروں جمعی و باؤ کی زیادتی کا نتیجہ ہوتا ہے اور اس کی پیدائش کے میکانیزم کے متعلق آئندہ بحث کی جائے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 634)۔ اس مرض کی تشبیلی ابتدائی اعصاب میں مرکزی وریڈ فکشن ہوتی ہے، فعلیاتی کا سر رشحہ سے پر ہوتا ہے اور قرص کی کوریں بجائے واضح الحدود ہونے کے وسندلی ہوتی ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ آؤں یا ایسا ہو جائے کہ جس سے قرص کی شکل "گل داؤدی" (chrysanthemum head) جیسی ہو جائے اور قرص کے گرد کے شبکیہ میں رشحہ کی چکیاں اور ترخات ہوتے ہیں۔

ذبول قرص بصری (optic atrophy) میں قرص معمول کے نسبت زیادہ ہلکے پلے رنگ کا نظر آتا ہے اور ذبول کے ترقی یافتہ درجہ میں یہ گرد و پیش کے گلابی شبکیہ کے مقابلہ میں بالکل سفید رنگ کا اور ابھرا ہوا نظر آتا ہے۔ ذبول کے وقتی مناظر تہذیب کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں اور ان پر آئندہ بحث کی جائے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 635)۔

اس حقیقت کو ذہن نشین کر لینا اہم ہے کہ درآں خالیک ذبول قرص بصری کے ساتھ ہمیشہ تیزی بصارت میں کچھ نقص پایا جاتا ہے ترقی یافتہ آؤں کے قرص بصری کی موجودگی کے ساتھ طبی بصارت صحیح و سالم باقی رہ سکتی ہے اور جب تک کہ درم کارفع ہونا شروع نہ ہو جائے اور مرضی حالت ثانوی ذبول کے درجہ میں نہ پہنچ جائے تیزی نظر میں کمی نہیں واقع ہوتی۔ دماغی مرض کی بعض اصابتوں میں دوسرے تہذیبی شبکیہ شریان سے حاصل ہو سکتا ہے اور ان شرائین کی حالت دماغی شریات کی حالت کا بہترین آئینہ ہے۔ دماغی شریاتی صلایت (cerebral arteriosclerosis) کی اصابتوں میں شبکیہ شریان اکثر پیچ دار ہوتی ہیں اور ان کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں اور دریوں کو اس جگہ چنک دے

ان کو عبور کرتی ہیں بھیج دیتی ہیں۔ نیز شریانوں دیواروں میں بھمت اور شبکیہ کی زخافات نظر آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 302)۔
دوسرے قیمتی زخافات آنکھی الاصل منتشر التهاب شبکیہ و شبکیہ (disseminated choroido-retinitis) یا البیومین بولی التهاب شبکیہ (albuminuric retinitis) ہیں۔

سماعت۔ اس کا امتحان سرسری طور پر یہ کیا جاسکتا ہے کہ مریض کا دایاں کان بند کر کے ایک جھبی گھڑی بتدریج اس کے بائیں کان کے طرف لائیں حتیٰ کہ وہ گھڑی کے چلنے کی ٹپ ٹپ آواز کو سن سکے۔ یہی عمل دوسرے کان کے لیے کر کر کیا جاتا ہے، اور اس امتحان کے نتائج کو جہاں گھڑی سنائی گئی تھی اس فاصلہ کی صورت میں ظاہر کیا جاتا ہے، جس کی سرسری تخمینہ انجوں میں کر لی جاتی ہے۔ اگر سمعی تیری ایک یا دونوں جانبوں پر بہت کم ہو گئی ہے، تو ریخی کا امتحان (Rinne's test) عمل میں لانا چاہیے۔ وہ یہ ہے کہ ایک چھوٹا ارتعاشی سر کا دو شاخہ اس طرح رکھ دیا جاتا ہے کہ اس کا قاعدہ ایک زائدہ حلسیہ پر ہو۔ مریض کو ہدایت کر دی جاتی ہے کہ جب وہ ارتعاش کو محسوس کرنا موقوف کر دے تو وہ اشارہ کر کے بتا دے، اور پھر دو شاخہ کو ایک ایسے نقطہ پر منتقل کر دیا جاتا ہے جو سمعی منفذ کے بالکل بیرونی جانب ہو اور اب مریض کو اسے پھر سننا چاہیے۔ اگر وہ نہ سنے تو کہتے ہیں کہ امتحان ریخی منفی ہے اور اس کے یہی معنی ہیں کہ بہرین اور میانہ گوش میں سے آواز کے عدم ایصال کے باعث ہے۔ اگر بہرے پن کی موجودگی میں امتحان ریخی مثبت ہے تو اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ خرابی خود عصب سمعی میں ہے (عصبی صمم = nerve deafness)۔

شامہ۔ اس کے امتحان کا یہ طریقہ ہے کہ مریض اپنے ہر نفعے کو بار بار سے اپنی انگلی سے دبا کر بند کرے، پھر اسے مختلف چیزیں ٹھکانی جائیں اور وہ ان کے نام بتانے کی کوشش کرے نہایت موزوں امتحانی چیزیں یہ ہیں۔
رینگ لوبنگ کاتیل، کافور، کیو کالپٹس (eucalyptus)، اور پودینہ۔ بہت سے اوقات اس حالت میں جب کہ جھبی لختے کی رسولی شمی خطے کو دوبارہ ہولیک جانی

عدم اشتراک (unilateral anosmia) کی امارت مقام مرض کی تعیین میں مدد دیتی ہے۔ ایسی دروں انفی حالتوں کا جن سے حس پذیری میں کمی واقع ہو جاتے کا امکان ہے اس امتحان میں لحاظ کرنا ضروری ہے۔

ذائقہ۔ ذائقہ کے احساس کے امتحانات شاذ ہی سر پر ہی اہمیت رکھتے ہیں اور انھیں دستور العملی امتحان میں شامل کرنے کی ضرورت نہیں زبان کے اگلے دو ٹمٹ کے لیے ذائقہ ریشے پہلے عصب لیانی میں اور پھر جبل لمبی میں مادہ پر صمد کرتے ہیں، اور لسانی بلعمومی عصب زبان کے پچھلے ٹمٹ کو رسد پہنچاتا ہے۔

۴۔ جمجمی اعصاب

آنکھیں۔ پہلے جنسی روزنوں کی چوڑائی دیکھی جاتی ہے تاکہ استرخا الجفن (ptosis) غور العین (enophthalmos) یا جھوننا العین (exophthalmos) کی موجودگی معلوم ہو جائے۔ اس کے بعد پتلیوں کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ سمونا وہ جسامت میں مساوی اور گول ہوتی ہیں اور قرعہ کے مرکز میں واقع ہوتی ہیں۔ پھر باری باری سے ہر پتلی کا باہر تعامل دیکھنے کے لیے پتلی کے اندر ایک برقی شعل (electrical torch) کی روشنی ڈالی جاتی ہے اور دونوں پتلیوں کا توفیق کے ساتھ تعامل دیکھنے کے لئے مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ پہلے دور حاصل کر دیکھے اور پھر اپنی نظر کو کسی ایسی شے پر جٹائے جو اس کی ناک کے سامنے ۶ یا ۸ انچ فاصلہ پر تمام رکھی گئی ہو۔

استرخاء الجفن (ptosis) (یعنی اوپر کے پوٹے کا ٹک پڑنا) جو ایک چابی ہو یا دو چابی، نہایت عام طور پر ایک یا دونوں اعصاب سومیم کے شعل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ نیز یہ عنتی مشارکی کے شعل کے باعث ہو سکتا ہے یا خود عضلات رافہ کی کمزوری کے باعث، جیسے کہ مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis) میں۔

پتلیوں کی نامواری ان اسباب سے پیدا ہو سکتی ہے، عنتی مشارکی شعل

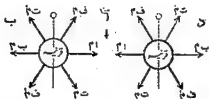
جس کا نتیجہ انقباضِ حدقہ ہوتا ہے، یا اعصابِ بصریہ میں سے ایک عصب کا مضرہ جو ماؤف جانب پرشلی اتساع حدقہ پیدا کرتا ہے۔ لیکن یہ نہایت عام طور پر مرکزی عصبی نظام کی منہجی آشک (parenchymatous syphilis) میں ان دوسری غیر طبیعی حالتوں کے ساتھ دیکھی جاتی ہے، جن کو حدقاتِ آرگنائل رابرٹ سن (Argyll Robertson pupils) کے عنوان کے تحت جمع کیا گیا ہے۔ اس حالت میں بالعموم تیلیاں نامہوار یا غیر مساوی ہوتی ہیں (بڑی ہونے کے نسبت اکثر اوقات چوٹی)۔ ان کے حدود بے قاعدہ یا غیر منظم (اکثر بیض نما) اور ان کا مقل وقوع منحرف المرکز ہوتا ہے۔ تمثیلی حالت میں وہ توفیق میں تیز تعال کرتی ہیں، لیکن روشنی کے ساتھ تعال مطلق نہیں ظاہر کرتیں۔ بعد کے درجہ میں ممکن ہے کہ توفیق میں کا تعال بھی مفقود ہو جائے۔ سبباتی التهابِ دماغ (encephalitis lethargica) میں بعض اوقات تیلیوں کی ایک ایسی حالت شاید میا آتی ہے جو آرگنائل رابرٹ سن کی بیان کردہ حالت کے برعکس ہوتی ہے، یعنی وہ روشنی سے تو تعال ظاہر کرتی ہیں، لیکن توفیق میں تعال نہیں ظاہر کرتیں۔ مگر سبباتی التهابِ دماغ (encephalitis lethargica) کے نتیجے کے طور پر حقیقی حدقاتِ آرگنائل رابرٹ سن بھی دیکھنے میں آسکتی ہیں۔ فوقانی اجسامِ رباعیہ تو اُمیہ کے ضررات بھی غیر متحرک تیلیوں کی پیدائش کا سبب ہو سکتے ہیں۔

ایک چشمی کوری (monocular blindness) کی ان اصاباتوں میں جو

622 عصبِ بصری کے ضررات کے باعث ہوں، ماؤف آنکھ کی پتلی منسحب ہوتی ہے۔ اور راست تصویر سے تعال نہیں ظاہر کرتی، لیکن اگر دوسری آنکھ کو روشنی سے متہب کیا جائے تو قرصیہ کی دو جانبی تعصب کے باعث یہ اس آنکھ کی پتلی کے ساتھ ہنزاں طور پر منقبض ہوتی ہے۔ اس حالت میں کہا جاتا ہے کہ پتلی ہم احساسِ تصویر سے تعال ظاہر کرتی ہے نہ کہ تصویر بلا واسطہ سے۔

حکوکاتِ چشم تیسرے پوتے اور چھٹے عصب کے ذریعہ سے عمل میں آتے ہیں۔ ان میں سے ایک یا زائد اعصاب کا شل اگر کال ہے تو سائر سے

بہ آسانی پہچانا جاسکتا ہے۔ تیسرے عصب کے شغل میں کامل استرخاء لہجن ہوتا ہے، اڈوف آنکھ کی تپلی شمع ہوتی ہے اور روشنی یا فاصلہ سے تعادل نہیں ظاہر کرتی، اور آرام کی حالت میں یہ آنکھ خارجی عضلہ متعقید کے بے روک فعل سے باہر کی طرف پھری ہوئی ہوتی ہے۔ باقی جو حرکات رو جاتی ہیں ان میں سے صرف ایک تو باہر کی طرف حرکت ہے جس کی تعصیب چھٹے عصب سے ہوتی ہے، اور دوسری کسی تقدیر سے کی طرف حرکت جو فوقانی مور پر عضلہ کی وساطت سے عمل میں آتی ہے، جس کی تعصیب چوتھے



تصویر ۶، شب حرکت کا نقشہ جس سے دراصل چشم کے حرکات اور (۲) شغل کی حالت میں کا فاعل خیال کے محل وقوع کی خبر ہوتے ہیں۔

(۱)۔ (۱) شغل کی حالت میں اس سمت میں ہے کہ جس میں پر عضلہ آنکھ کو پھیلا دیتا ہے (ب) گردش ایک دایاں لائی کا سراور کہ کہ اس کو جس نقطہ اور خط پر رکھو کہ جو انتصابی نقطہ (meridian) کو ظاہر کرتا ہے، آنکھ کو اندر کی طرف گھمائے، اے عضلات نورانی کے مرکز تک کی طرف پھیر دیتے ہیں فوقانی متعقید اور فوقانی اور یہ اس کو باہر کی طرف گھمائے والے عضلات دایاں کو مخالف سمت میں پھیر دیتے ہیں (دسمانی صمد اور دسمانی متعقید)۔ (۲) دایاں لائی تصور پر پھیر کو دایاں صادق خیال کا نمائندگی کرتی ہے۔ چار شاخیں جو کہ فوقانی متعقید دسمانی متعقید اور فوقانی صمد اور دسمانی صمد کے محور نشان زد ہیں اس کا ذب خیال کا اضافی عمل وقوع دسمانی اس جابجی غیر وضاحت اور جھکاؤ بتاتی ہیں جو کان عضلات میں سے ہر ایک کے شغل سے ظہور میں آتا ہے اندسلی یا بیرونی سمت کے شغل میں کا ذب خیال تمام تر کے سروں سے انتصابی طور پر گذر سکتا ہے۔ (سمویر پریس سٹوڈنٹس)۔

معصب سے ہوتی ہے۔ پھٹے معصب کے شکل میں داخلی عضلہ مستقیم کے غیر متوازن فعل سے آنکھ اندر کی طرف پھری ہوئی ہوتی ہے۔ چوتھے معصب کا متفرق شکل جب تک کہ آنکھیں آرام کی حالت میں ہیں کوئی تول نہیں پیدا کرتا (فیوض ملاحظہ ہو صفحہ 634)۔

حرکات چشم کی جولانی کے مزید امتحان کے لیے مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ اپنی نظر کو شاہد کی انگلی کے ساتھ ساتھ لے جائے۔ اس طرح اسے باری باری سے اوپر نیچے اور دونوں طرف دیکھنے کو کہا جاتا ہے۔ اس ذریعہ سے خفیف درجوں کی کمزوری شناخت کی جاسکتی ہے۔ چوتھے معصب کا فعل آنکھ کو نیچے اور باہر کے طرف پھرانے کا ہے۔ اگر کسی کا اکثر اتفاق ہوتا ہے، طبعیہ حرکات چشم کی جولانی کا امتحان کسی ایسے مریض میں کرنا چاہیے، جو بالکل نابینا ہو، تو اس کو چاہئے کہ وہ خود مریض کی انگلیوں کو مطلوبہ مقامات پر رکھ کر دیکھے اور اس کو ان کے طرف نظر لیجانے کی ہدایت کرے۔

ہدایت نازک درجوں کی کمزوری، موضوعی، ڈبہری بنیائی یا اندرواج النظر پیدا کر سکتی ہے، بغیر اس کے کہ چشمی عورول کی موازات کا کوئی معروضی نقصان ہو۔

اسی واسطے لازم ہے کہ حرکات چشم کے امتحان کے دوران میں مریض کو ہدایت کر دی جائے کہ اگر آنکھوں کی کسی وضع میں اسے بجائے ایک کے دو خیال (images) نظر آنے کا شعور ہو تو بتلا دے۔ پھر آنکھوں کو بدستور اسی وضع میں رکھ کر ایک آنکھ بند کر دی جاتی ہے، اور اسے یہ بتلانے کو کہا جاتا ہے کہ دو خیالوں میں کون سا خیال غائب ہو جاتا ہے، دائیں ہاتھ کی طرف کا یا بائیں ہاتھ کی طرف کا؟

اندرواج نظر میں وہ کاذب خیال جو ماؤف آنکھ کو نظر آتا ہے شلول عضلہ کے جز کی سمت میں ہٹ جاتا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ آنکھ کو اندر کی طرف پھرانے والے عضلات میں سے کسی ایک عضلہ کے شل میں وہ خیال جو دونوں آنکھوں کو نظر آتے ہیں تقاطع کر دے ہوں گے، یعنی اگر دائیں آنکھ بند کر لی جائے تو بائیں ہاتھ کی طرف کا خیال غائب ہو جائے گا، اور اگر بائیں آنکھ بند کی جائے تو دائیں ہاتھ کی طرف کا خیال غائب ہو گا۔ لیکن آنکھ کو باہر کی طرف حرکت دینے والے عضلات کے شل میں خیال غیر تقاطع کر دے ہوں گے، یعنی اگر دائیں

آنکھ بند کی جائے تو دائیں آنکھ کی طرف کا خیال غائب ہو جائے گا۔ آنکھ کو ترجیحی حرکت دینے والے عضلات کی حالت میں کاذب خیال حقیقی خیال کے ساتھ ایک زاویہ پر جھکا ہوا بھی نظر آئے گا، اور اس زاویہ کا انحصار اس عضلہ پر ہوگا جو موقوف ہوا ہے (شکل ۷۶)۔

بشپ ہرٹن (Bishop Herman) کے ریکارڈ کردہ نقشہ سے جو اوپر درج ہے، (۱) عضلات چشم کے حرکات اور (۲) شکل میں کاذب خیال کا عمل وقوع ظاہر ہوگا۔ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض امراض مثلاً منتشر صلابت (disseminated sclerosis) اور عصبی نظام کی آئسک میں ایسے چشمی شکل واقع ہو سکتے ہیں جو نہایت قصیر المدت ہوتے ہیں۔ لہذا کسی عصبی مرض کی حرکت حالات کے اندراج کے وقت یہ ضروری ہے کہ ماضی از وواج النظر کے متعلق دریافت کیا جائے۔

حرکات چشم کا امتحان کرتے وقت متحین کو چاہئے کہ رقص مقلد (nystagmus) کی موجودگی یا غیر موجودگی کو دیکھے۔ یہ وہ حالت ہے جس میں آنکھوں کے مزدوج حرکات میں چنداں استقامت نہیں پائی جاتی اور مسلسل انحراف کے بجائے ہم جھپکے وراثہ نزات کا تواتر دیکھتے ہیں۔ یہ آہستہ آہستہ یا تیز کرنت یا نازک، جابئی یا گردشی ہو سکتے ہیں۔

یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے اشخاص میں جو بڑھاپے یا بڑھتی مرض کی وجہ سے کمزور ہوں آنکھوں کا ایک ہی سمت میں اطال پذیر انحراف، عضلات چشم کی تکان آسانی پیدا کر دیتا ہے اور اس طرح ایسے ارتعازی حرکات پیدا کر دیتا ہے جو رقص مقلد کے ارتعازی حرکات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں۔

پانچواں یا توامی ثلاثی عصب (The fifth or trigeminal nerve) اس عصب کی جتنی قسمت کی تین شاخوں کی تزییع جو جلد میں ہوتی ہے تصویر ۶۶ میں دکھائی گئی ہے۔

اس رقبہ پر نرم رونی، اپن کے چمپے، اور حرارت و بحدت کی حس پذیری کا امتحان کیا جاسکتا ہے اسی طریقے پر جیسا کہ ابھی دوسرے جلدی رقبوں کے

تعلق میں بیان کیا جائے گا۔ ہر عصب متناظر جانب کی خدی اور انہی اغشیہ مغلیہ کو بھی رسد دیتا ہے۔ لیکن تہی جڑ یا اس کے معنی حصے کے اضداد میں ابتدائی ترین معروضی امارات اوٹ جانب پر قریہ کے معکوس کا کمر باغائب ہو جاتا ہے۔ اس کو طریقہ ذیل پر تلاش کیا جاسکتا ہے۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ وہ اپنی نظر کسی ایسی شے پر جمائے جس کے انتہائی بائیں طرف ہو، شاہد مریض کی دائیں جانب اس سے قدرے پیچھے کھڑا ہوتا ہے اور ایک معمولی اپن کے گول سرے کو مریض کے دائیں قریہ کے ساتھ اس طریقے سے لگے سے متاس کرتا ہے کہ وہ اسے اسی وقت نظر آتی ہے جب کہ محسوس ہو سکتی ہے یہی عمل بائیں قریہ کے لیے کر کیا جاتا ہے اور اس طرح دونوں جانبوں پر ریشی معکوس (blinking reflex) کے لئے جو درپیش ہے اس کا مقابلہ کر لیا جاتا ہے۔

پانچویں عصب کی حرکی شاخ تمام عضلات متغصع کو رسد پہنچاتی ہے۔ اس شاخ کے متعل میں اس وقت جب کہ مریض کے دانت زور سے بند کئے ہوئے ہوں یا اپنے انگوٹھے دونوں عضلات متغصع کے اگلے کناروں کے مقابل رکھ کر اوٹ جانب پر کمزوری معلوم کر سکتا ہے نیز جب منہ چڑا کھول دیا گیا ہو تو جڑے کی نوک مشغول جانب کو ہٹتی ہوئی نظر آتی ہے۔

اس عصب کے اضداد میں معروضی مظاہر پیدا ہونے سے قبل ممکن ہے جڑ سے جن رقبوں کو رسد پہنچتی ہے ان میں سے ایک یا زائد رقبوں میں سن پن بجھنا یا درد کے موضوعی احساسات پیدا ہو جائیں۔

ساتواں یا وچہی عصب (the seventh or facial-nerve)

اس عصب کے شکل کالی میں چہرے کی اوٹ جانب نقاب نما (mask-like) غیر متحرک اور بے اظہار ہوتی ہے۔ انہی شعوی دہراؤ مثلاً کرم صاف ہو جاتا ہے پیشانی سے ممکن غائب ہو جاتے ہیں۔ آنکھ تندرست جانب پر کی آنکھ کی نسبت زیادہ چوڑی کھلی ہوتی ہوئی ہے۔ اور گوشہ دہن پیچھے کو ٹٹک پڑتا ہے۔

مکن ہے مریض اوٹ جانب پر متحہ چشم کی خراش کی شکایت کرے عضل میلہ جینیہ کے متعل کے باعث معکوس ریشی کا نقصان ہو جانے کی وجہ سے

نیز ممکن ہے وہ بولنے میں بے ڈھنگی پن کی شکایت کرے۔ کمزوری کے نسبتہ خفیف درجوں کی شناخت کے لئے مریض کو کہا جائے کہ اپنی آنکھیں زور سے بند کر کے ساتھ ہی اپنے وائٹ دکھلائے۔ اس طریقے سے اگر کوئی عدم تشاکل موجود ہو تو وہ عموماً ظاہر ہو جاتا ہے۔ مریض سے اس کا منہ بھی چڑا کھلایا جاتا ہے جس سے انہی شعوی میزب نایاں ہو جاتے ہیں اور پھر ان کا مقابلہ کیا جاسکتا ہے۔

آنکھوں کا عصب۔ اس عصب کے سمی وظائف کا امتحان اس سے پہلے جو اس خصوص کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوران سر کی یا عصبی ہیرے پن کی امصابتوں میں وھینٹری (vestibular) وظائف کی تحقیقات کے لیے ایک سادہ طریقہ حسب ذیل ہے، مریض کو کھڑا کر کے اسے پانچ بار بہ سرعت گھمایا جاتا ہے پہلے گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں اور تھوڑے آرام کے بعد گھڑی کی سوئیوں کی مخالف سمت میں۔ گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں دھنسی بائیں طرف سے لے کر دائیں طرف کو آخری پکر کے بعد مریض اپنے انتہائی بائیں جانب کے ایک نقطہ پر نظر جاتا ہے اور مخالف سمت میں گھومنے کے بعد اپنے انتہائی دائیں جانب کے ایک نقطہ پر ان میں سے ہر ایک حالت میں عارضی یا سرع الزلزلہ رقص متعلقہ کو دیکھنا چاہئے اور اگر دونوں وھینٹروں کا وظیفہ طبعی ہے تو آنکھوں کے حرکت کی تیزی اور ان کی مدت خواہ مریض کو گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں گھمایا جائے یا اس کے خلاف سمت میں دونوں حالتوں میں مماثل ہوگی۔

نواں یا السانی بلعوی عصب (the ninth or glossopharyngeal nerve)۔ یہ عصب زبان کے پچھلے ثلث اور نرم تالو کو حبسی ریشے دیتا ہے اور بلعوم کو حرکی شاخیں ایک سلاخی کے سرے پر شکی بھر دئی چپکا کر اس سے حبسی وظیفہ کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔

دسواں عصب یا تائیہ (the tenth nerve or vagus)۔ عصب تائیہ کے لیے سادہ ترین طریقہ امتحان یہ ہے کہ مریض سے "آ" کہنے کو کہیں اور اس کے تالو کو غور سے دیکھیں۔ معمولی حالت میں ہیں نرم تالو کی وسطی سیون سیدی لاہر کو اٹھتی نظر آئیگی، لیکن اگر اس کی ایک جانب شلول ہو گئی ہے،

تو صرف تندرست جانب اور کو کھینچ جاتی ہے اور یوں تندرست جانب کی طرف منحرف ہو کر ایک میٹر جا بک بنا دیتی ہے۔

(مزید علامات کے لیے ملاحظہ ہو صفحہ 640)۔

گیارہواں یا نچاخی معین عصب (eleventh or spinal accessory nerve) اعصاب کے اس جوڑے کا رجوع العا حرکتی ہے (امتحان کرنے کے لئے ہم مریض کو کہتے ہیں کہ اپنے شائے ٹکیڑے 'جو کہ عضلہ مربعہ منحرفہ (trapezius) کے ذریعہ انجام دیا جاتا ہے اور پھر مزاحمت کے مقابلے میں اپنی گردن کو جھکائے' جب کہ دونوں قصبی علی عضلات (sternomastoids) اس طرح فعل کرنے لگتے ہیں کہ دونوں عضلات کے انقباضات کا بہ آسانی مقابلہ کیا جاسکتا ہے۔

بارہواں یا تحت اللسانی عصب (twelfth or hypoglossal nerve) یہ عصب بھی فعال حرکتی و ذلیف رکھتا ہے اور زبان کو اور عظم لامی سے چسپیدہ بیشتر عضلات کو رسید پہنچاتا ہے۔ اس کا ذلیف معلوم کرانے کے لیے ہم مریض سے کہتے ہیں کہ اپنی زبان باہر نکالے۔ دو جانبی غفلت میں کوئی حرکت نہیں ہوتی۔ ایک جانبی غفلت کی اصابتوں میں دوسری جانب کے تندرست عضلات زبان کی نوک کو مشلول جانب کی طرف ہٹا دیتے ہیں۔ اگر غفلت ایک اسفل حرکتی عصب کے ضرر (یعنی تحت اللسانی عصب کے نواتوں یا ریشوں کے ضرر) کے باعث ہے تو ماؤف جانب کے عضلات کا ذبول موجود ہوگا اور براختل و خائے مغالہ میں جھریاں پڑی ہوئی ہوں گی۔

۴۔ حسی وظائف

ہلکے سے چھونے کی جس پذیری۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ چٹکی پھر نرم روئی یا اونٹ کے بالوں کے برش کا پتھر ناجب جب وہ شناخت کرے وہ ہر "ہاں" کہے۔ شاید پہلے جگہ کے اکثر رقبوں پر چند بار پتھر تا ہے جن کے عدم لمس ہونے کا شبہ نہیں ہے اور اگر دوسرے سطحوں میں پتھر تا محسوس نہ ہو تو وہ دھکا دھکا

طبعی رقبوں پر پھر نتیجہ نکال کر اس کا اظہار کرتا ہے کہ آیا جمیعت کا فقدان محض عدم توجہ کی وجہ سے تو نہیں ہے۔

پہلے جوارح کی حساسیت کا استقصاء ہر ہاتھ اور پاؤں پر چند بار چھو کر کر لیا جاتا ہے۔ پھر اس جستجو کو طولاً ہر چارہ کے اوپر تک لیجا یا جاتا ہے اور بالآخر ایک یا دو لیوٹوں پر چارہ کے محیط کا تعاقب کرتے ہوئے ہستجات کا ایک سلسلہ لگایا جاتا ہے اس سے یہ اظہار ہو جائے گا کہ قطعی عدم حسیت کا کوئی چھوٹا رقبہ چھوٹے نہیں پایا۔ اسی طریقے پر دھڑکے جلدی رقبہ کے متعلق تحقیق کر لی جاتی ہے۔ اگر کوئی یا نقطہ دریافت ہو جائے جس میں حس غائب یا گند معلوم ہو تو اس کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے اور عدم حسیت کا جو رقبہ حاصل ہو اس کے حدود کا خاکہ حلقہ پر منسلک سے بنا دینا چاہئے، جہاں سے اس کی نقل ایک قرطاس (chart) پر کی جاسکتی ہے۔

محقق کو چاہئے کہ محض معروضی اظہار پر اکتفا نہ کرے، بلکہ مریض کو ہدایت کر دے کہ اگر کسی نقطہ پر نتیجہ اس سے نسبتاً کم واضح معلوم ہو کہ جتنا طبعی رقبوں پر ہوتا ہے تو وہ اس سے مطلع کر دے۔ یہ بھی خاص طور پر دریافت کرنا چاہیے کہ آیا چھوٹے کا احساس جسم کی دونوں جانبوں پر برابر ہوتا ہے۔

درود کی حس پذیر ی بھی ایسے ہی اصول پر کرنی چاہئے اور اس میں نتیجہ کے لیے ایک معمولی آئین کی نوک کام میں لائی جاتی ہے۔ یہاں بھی مریض سے تحقیق کر لینا نہایت ضروری ہے کہ جس میں کوئی کئی تضعیف تو نہیں پائی جاتی۔ تپش کی حس پذیر ی۔ چونکہ حرارت اور بروٹ کے صدات کو متسل

کرنے والے ریشوں کے راستے درود والے راستوں سے قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں، لہذا معمولی دستوراً عملی عصبیاتی امتحان میں آخر الذکر کے متعلق تحقیق کر لینا کافی ہے۔ لیکن بعض اصابتوں (نخاع جو فیٹ = syringomyelia)

سلسلہ نخاع میں درود اور تپش کی حس پذیر ی کا جدا جدا امتحان ضروری ہے۔ تپش کے امتحان کے لئے دو امتحانی تلیاں کام میں لائی جاتی ہیں۔ جن میں سے ایک کے اندر ٹھنڈا پانی (برف کے ٹکڑے زیادہ بہتر ہیں) بھرا ہوا ہوتا ہے اور

دوسری میں ایسا پانی جس کی تپش ہاتھ سہ سکے۔ متذکرہ بالا طریقے برطدیی رقبوں کا تفصیل کیا جاتا ہے، اور مریض کو ہدایت کر دی جاتی ہے کہ ہر پہنچنے کے متعلق ”گرم!“ یا ”سرد!“ کہہ کر جواب دے۔

اگر غلط جواب مندرج ہونے لگیں تو مشاہد کو اس امر کا اطمینان کر لینا چاہئے کہ آیا جب دونوں نمایاں خود اس کے جسم کو لگائی جائیں، تو ان کی پیمائشیں اسب بھی احساس میں ایک معقول فرق پہنچاتی ہیں۔

وضع اور مجہول حرکت کی حالتیں ہیش ایک ساتھ آؤت ہوتی ہیں۔ آخر الذکر کا حسب ذیل طریقہ بر نہایت آسانی سے امتحان کیا جاسکتا ہے۔ مشاہد امتحان طلب انگلی یا چارہ کو مقبوضی کے ساتھ گرفت کر کے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اوپر یا نیچے کو حرکت دیتا ہے۔ مریض کو جس کی نگاہ بند ہوتی ہے، ہدایت کی جاتی ہے کہ جیسے ہی کہ اسے کسی حرکت کا شعور ہو ”اوپر!“ یا ”نیچے!“ کہہ کر بتلا دے۔ طبعی اشخاص پر تجربہ کرنے سے طالب علم کو جلد ہی معلوم ہو جائے گا کہ اس وقت جب کہ جس پذیر ی کی یہ قسم غیر آؤت ہو مریض سے صحیح جوابات کا سلسلہ حاصل کرنے کے لیے حرکت کا درجہ اور سرعت کتنی ہونی چاہئے۔ اس قسم کے احساس کی مزید پیمائشیں اس طرح کی جاتی ہے کہ مریض کے جوارح زیرین کو حرکت دے کر مختلف اوضاع میں لایا جائے اور اس سے کہا جائے کہ وہ آنکھیں بند رکھ کر ٹپٹی ہوئی انگلی یا پا انگلی کی طرف اشارہ کرے۔

حس ارتعاش۔ اس امتحان کے لیے مشاہد ایک بڑا ارتعاشی مٹر کا دو شاخہ استعمال کرتا ہے جس کا دستہ باری باری سے مختلف غلطی اوجھاروں پر لگایا جاتا ہے اور مریض سے کہا جاتا ہے کہ اپنے احساسات بیان کرے۔ مشاہد کو خود اپنے بدن پر کے تقابلی مشاہدات سے طبعی حس پذیر ی کا سیار حاصل ہو سکتا ہے۔ پچھلے استوانہ کے ریشوں کی مضرت کی حالت میں جس کی شناخت کے لیے یہ طریقہ امتحان بہت مفید ہے اس قسم کا احساس جوارح زیرین میں جلد ہی کم یا غائب ہو جاتا ہے۔

لمسی شکل شناسی (stereognosis)۔ بصارت استعمال کیے بغیر ہاتھ میں

رکھی ہوئی اشیاء کی شکل، جسامت اور بناوٹ کی شناخت کرنے کی قوت اس اصطلاح سے مراد ہے۔ ان مریضوں کو جن میں یہ قوت مفقود ہو گئی ہو، یہ کہا جائے گا کہ وہ کسی شکل ناشناسی (astereognosis) میں مبتلا ہیں۔ جب ہاتھ کی انگلیوں میں جلدی جس بذریعہ شدت کے ساتھ ماؤف ہو تو قدرتی طور پر یہ حالت موجود ہوگی۔ یہ ناقص وضعی حس سے بھی پیدا ہو سکتی ہے، خواہ جلدی جس بذریعہ کامل ہی کیوں نہ ہو۔

۵۔ حرکی نظام

غیر ارادی حرکات یا حرکی معیوں کی فراش سے پیدا ہو سکتے ہیں، یا ان معیوں کے اتلاف سے جو کہ تکلیبی طور پر نیچے کے مرکزوں پر ایک اتنا ہی اثر مرتب کرتے ہیں۔

تشنجات (convulsions) کا بیان جو دماغی مبداء رکھتے ہیں اور مقامی یا عمومی ہوتے ہیں، صرع (epilepsy) اور سلسلہ دماغ کے عنوانوں کے تحت درج ہے۔

رعشے (tremors) عضلات کے گروہوں اور ان کے متضاد عضل عضلات کے لئے دار تباہی حرکات پر مشتمل ہوتے ہیں، اور ان کی جماعت بندی حرکات کی شرح اور سمت اور ماؤف شدہ عضلات کے لحاظ سے کی جاتی ہے۔ تیز اور باریک رعشے کی مثال کے طور پر وہ رعشہ بیان کیا جاسکتا ہے جو مرض گریو (Grave's disease) میں انگلیوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن وہ رعشہ جو تشلل اتھرنازی (paralysis agitans) میں دیکھا جاتا ہے نسبتاً آہستہ اور موٹا ہے۔

داع الرقص (choreiform movements) جیسی کہ تشلی لہر نام نہاد ریشتی دام الرقص (rheumatic chorea) میں دیکھے جاتے ہیں، ان کا بلاناہ نام ان کی بے نظمی اور عدم توازن ہے۔

کنع (athetosis) کے حرکات ان سے مختلف ہوتے ہیں اور نہایت عام طور پر کہ نہ نانی انسانی کے تنہی علاج میں دیکھے جاتے ہیں یہ عموماً بالائی بارہ میں محدود ہوتے ہیں اور

آہستہ آہستہ اور بل کھانے کے حرکات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو انگلیوں اور کلائیوں میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں لیکن شدید اعضا بتوں میں بازو کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں۔

عضلی رجفہ (myoclonus) کے نام سے موسوم حالت کا مختصر خاصہ مختلف عضلات کے ناگہانی صدمہ نما انقباضات ہیں جو شرح اور توازن میں غیر منتظم ہوتے، اور دوروں کی شکل میں ظاہر ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور ان میں سے ہر دورہ چند ثانیوں یا دقیقوں تک جاری رہتا ہے۔

عقلی رجفہ کی قسم کے غیر ارادی حرکات بارہا باقی التهاب دماغ (encephalitis lethargica) میں مشاہدے میں آئے ہیں اور ایک منفرد منظر کے طور پر خاندانی مرض کی بعض شاخاں میں دیکھے گئے ہیں۔

ارتشکی رجشے (fibrillary tremors) یا ہلکے عضلات کے منفرد حصوں یا ریشکوں کے سرعہ انقباضات ہیں جو جلد کے نیچے ذرا ہی نظر آ سکتے ہیں اور صرف کبھی کبھی مفاصل کو حرکت میں لاتے ہیں۔ یہ بالخصوص ان عضلات میں واقع ہوتے جن کی راسد اگلے قرن کے غلطوں سے پہنچتی ہے اور جن میں آہستہ انحطاط واقع ہو رہا ہو مثلاً حرکی عصبیتی مرض میں ذہن کا خلط ہو صغیر

(762) - عضلہ کا ذبول اس اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر سے پیدا ہو سکتا ہے جو

اسے رسد پہنچاتا ہے (مقدم التهاب راد انخلاع = anterior poliomyelitis)

حرکات عصبیتی مرض = motor neuron disease، سمیٹی عصبی التهاب

(peripheral neuritis) یا خود عضلی ریشوں کے اندر انحطاطی نوعیت

کے تغیرات ہونے کے باعث ہوتا ہے (عضلی سوکھندہ = muscular)

dystrophy = مقامی عضلی ہزال کے نسبتہ کمزور جہ ان جو ارج میں واقع

ہوتے ہیں جن کے اسفل حرکی عصبیہ تو صحیح و سالم ہوں مگر وہ قول و عصب تک

استمال میں نہ لائے گئے ہوں، مثلاً بالائی حرکی عصبیہ کے شلل کہہ کر ان کے

میں اور ہسٹریائی شلل ہیں۔ عمومی عضلی ذبول مزمن نقص تغذیہ کی حالتوں

(مثلاً سِل ریلوی، ذیابیطس، یا مرض خبیث) کا ایک نمایاں خاصہ ہو سکتا ہے۔

امراضیاتی پیش پردہ صرف مصلیٰ ثوبہ تغذیہ کی شاذ اصابہ توں میں دیکھی جاتی ہے (لاحظہ ہو تصویر ۹۲ صفحہ ۷۵۷)۔

عضلی تنش (muscular tone) کی حالت کی تخمین اس بنا پر کی جاتی ہے کہ مختلف مناسل کے حرکات مجہول کس آسانی سے عمل میں لائے جاسکتے ہیں۔ شدید نقصان تنش کی حالتوں مثلاً ہزال شخلع (tabes) اور سپیداشی مد تم تنش عضلہ (amyotonia congenita) میں ان حرکات کی جولانی بہت زیادہ



تصویر ۷۷۔ ایک بچے کی تصویر جو کہ کرنگ کی علامات پیش کرتا ہے۔
عضلات کا انقباض نوٹ کرنا چاہئے۔ (ٹرنر: Turner: اوس
سٹوارٹ: Stewart: کی تعلیم دہیں)۔

ہو جاتی ہے، چنانچہ کوٹھے کے جوانوں کی خم کردگی کے ذریعہ بعض کے پاؤں کو اس کے کندھوں کے قریب لانا ممکن ہوتا ہے۔ ہر می اضرار کے باعث جو تنش کی زیادتی یا شنجیت (spasticity) دیکھی جاتی ہے وہ بالائی جارحہ میں خم کن عضلات کے گروہوں تک اور زیرین جارحہ میں باسٹ گروہوں

مکمل محدود ہوتی ہے۔ اس کا متمیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ مخالف سمت میں حرکت مجہول کرنے میں مزاحمت ہوتی ہے، اور یہ مزاحمت ابتدائے عظم ہوتی ہے لیکن ازاں بعد ڈھیلی پڑ جاتی ہے، مثل اس مزاحمت کے جو کہ ایک گرفت وار چاقو کے کھولنے میں پائی جاتی ہے۔

مشکل استرازی کی کرختگی، اس سے بھی زیادہ یکساں طور پر توزیع شدہ ہوتی ہے اور مجہول حرکت کی پوری جولانی میں قائم رہتی ہے (سیسہ کی ٹی بی کرختگی = lead-pipe rigidity)۔ تاہم بسا اوقات عضلی شنج ہموار طور پر نہیں بلکہ چھوٹے چھوٹے متوالی جھٹکوں کے ساتھ ڈھیلا پڑتا محسوس ہوتا ہے (دست پیسا کرختگی = cog-wheel rigidity)۔

627

ا مارشک کرنگ (Kernig's sign)۔ التهاب کلا (meningitis) اور بعض دوسری حالتوں میں پایا گیا ہے کہ اگر مریض کو میس ہوتی وضع میں رکھ کر یا جب مریض لیٹا ہو تو اس کی ران کو انتصافی رت میں اوپر اٹھا کر ران کو جسم کے ساتھ زاویہ قائمہ پر خمیدہ کیا جائے تو عضلات کا ذہ کے انقباض کے باعث ٹانگ کو ران پر معمولی حد تک بٹھانیں کیا جاسکتا (تصویر ۱۷۷)۔ اس حالت میں جو عضلی شنج واقع ہوتا ہے وہ بالخصوص ایک ارادی انقباض کے باعث ہوتا ہے جس کا مقصد اس درد کو روکنا ہے جو مٹھب اعصاب یا عصبی جڑوں کے تننے سے پیدا ہوتا ہے۔

ارادی قوت کی منظم تحقیقات کرنے کے لیے مریض سے کہا جاتا ہے کہ مزاحمت کے خلاف مختلف حرکات، ہاتھ کی انگلیوں، کلائیوں اور بازوؤں کی خم کردگی اور بٹھکردگی، اکباب اور بٹھ وغیرہ عمل میں لائے۔ اگر کمزوری ہنری ریشوں کے حذر کے باعث ہو تو سب سے زیادہ آؤف ہونے والے عضلات بالائی جارحہ میں باسطات ہوں گے (اس صورت میں انگلیوں کے حرکات اور کلائی کے بٹھ کرنے کی قوت کا نصفان سب سے پہلے ہوتا ہے) اور زیرین جوارح میں مخمکن عضلات (liexors) ہوں گے (اس صورت میں پاؤں کی ٹھری خم کردگی کی ماؤفیت سب سے پہلے واقع ہو جاتی ہے)۔

حرکات کی ناہم آہنگی (inco-ordination) جو کمزوری کی غیر موجودگی میں ہو، وضع اور حرکت مجہول کی جس کے نقصان کے باعث ہو سکتی ہے۔ اس کو دینی مرض سے پیدا ہونے والی ناہم آہنگی سے تمیز کرنے کے لیے عدم اتساق کہا جاتا ہے، اگرچہ بعض اوقات اول الذکر کو بھی دینی عدم اتساق کہا جاتا ہے۔ ہم آہنگی کے امتحان کے لئے بہت سے طریقے ایجاد کئے گئے ہیں جن میں سے سادہ ترین اور بہترین ذیل میں درج ہیں:-

اصبع انف اصبعی امتحان (finger-nose-finger test)۔ شاہ اپنی دائیں انگشت شہادت مریض کے سامنے رکھتا ہے اتنی دور کہ مریض اسے چھو سکے۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ اپنی دائیں انگشت شہادت کی نوک سے پہلے خود اپنی ناک کے سرے کو، اور پھر شاہ کی انگلی کی نوک کو چھوئے، اور جس قدر جلد اور جس قدر صفائی کے ساتھ ممکن ہو ان حرکات کو باقاعدہ دہرائے۔ اس اثنا میں شاہ تھامسوں کے درمیان اپنے انگلی کے اس محل وقوع کو جو کہ مریض کے لحاظ سے ہے بدلتا رہتا ہے۔

ناہم آہنگی حسب ذیل امور سے ظاہر ہوتی ہے: خط حرکت سے انحراف اور حرکت میں بیدارنگاری اور نشانے پر پہنچنے میں تاخیر نیز یا تو نشانے تک پہنچنے سے پہلے ہی ٹھہر جانا یا اس سے آگے تک نکل جاتے کارجمان نقص یا تلاش قائلہ (dysmetria)۔

تواتر حرکات امتحان (diadochokinesis test)۔ مریض اپنے بالائی جوارح کو نیم خم کردہ حالت میں اس طرح رکھتا ہے کہ کہنیاں جسم کے پہلوؤں سے لگی ہوئی، اور انگلیاں مڑی ہوئی ہوں۔ پھر وہ دونوں پیش بازوؤں سے ہنرمان طور پر اور جس قدر جلد ممکن ہو اکباب اور تعلق کے متبادل حرکات عمل میں لاتا ہے۔ ناہم آہنگی عسر تواتر حرکات (dyadiadochokinesis) سے ظاہر ہوتی ہے۔ ماؤف جارحہ اپنے رفیق جارحہ سے پیچھے رہ جاتا ہے۔ اس کی حرکت بیدارنگاری اور غیر متوازن ہوتی ہے جس کو کہنی اور شانے پر کے بے عزت حرکات اور بھی نمایاں کر دیتے ہیں۔

ایٹری گھٹنا امتحان (heel-knee test)۔ مریض لیٹی ہوئی وضع میں ایک ایٹری کو ہوا میں اونچا اٹھاتا ہے اور اسے آہستہ سے مخالف جانب کے گھٹنے پر رکھ کر قصبہ کے اگلے کنارے پر سے برابر نیچے پھسلاتا ہوا ٹخنہ تک لاتا ہے۔ طبی حالت میں یہ سلسلہ حرکات سلاست اور سادگی کے ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے تاہم آہستگی عدم استقامت اور بے قاعدگی سے ظاہر ہوتی ہے۔

برقی تعلقات۔ عضلہ برقی تسبیح پر جس محیرت کا اظہار کرتا ہے، بعض اوقات اس کی نوعیت کی بنا پر شکل کے مختلف اسباب میں تغیر کی جاسکتی ہے اور یہ دریافت کیا جاسکتا ہے کہ اسفل حرکی عصبیہ کے ایک ضرر کے بعد شفا یابی کس لمحہ شروع ہوتی ہے۔

ہم یہاں فرض کر لیتے ہیں کہ طالب علم عضلہ اور عصب کی تسبیح کے لیے برقی رد کے فعلیاتی استعمال کے طریقوں سے واقف ہے جو فعلیات کی درسی کتب میں مل سکتے ہیں۔

فردی رد اعصاب اور عصبی نتہاؤں کے لیے ایک کافی تسبیح ہے اور طبی عضلات میں حالت صحت میں لگائی جائے تو یہ ایک تیز اور دیرپا انقباض پیدا کرتی ہے۔ یہ انقباض اس وقت بالخصوص نمایاں ہوتا ہے جب کہ برقی رد اس نقطہ پر رکھ دیا جائے جہاں حرکی عصب عضلہ میں داخل ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیہ کے کال ضرر کی حالت میں فردی تسبیح مؤثر عصب یا عضلہ دونوں میں کوئی معیبت پیدا نہیں کرتا۔ نامکمل انفرادی حالت میں ممکن ہے کہ معیبت کی کمی تخفیف واقع ہو جائے۔

گیلوانی رد سے عضلی انقباض صحت اسی وقت حاصل ہوتا ہے جب کہ دور کو جاری کیا جاتا یا متقطع کیا جاتا ہے۔ رد کے مسلسل نیلان کے دوران میں کوئی انقباض نہیں دیکھا جاتا۔ چونکہ قطب دو ہوتے ہیں، لہذا انقباضات کے چار سلسلے دیکھے جاسکتے ہیں، یعنی دو دور کو جاری اور منقطع کرنے پر اس وقت جب کہ تسبیح برقیہ کھوڑا زیر برقیہ ہو اور دو دور کو جاری اور منقطع کرنے پر اس وقت جب کہ اینوڈ (زبر برقیہ) تسبیح نقطہ کے طور پر استعمال کیا گیا ہو۔

انہیں عموماً حروف کی صورت میں حسب ذیل طریقے سے ظاہر

کیا جاتا ہے :-

K.C.C. = کیتھوڈی اجسرائی انقباض

A.C.C. = اینوڈی اجسرائی انقباض

A.O.C. = اینوڈی انقطاعی انقباض

K.O.C. = کیتھوڈی انقطاعی انقباض

حالت صحت میں گیلوانی تھپج کارگر ہوتا ہے، خواہ اسے عضلہ پر خواہ
عصب پر لگایا جائے، اور اس کا نتیجہ ایک مختصر تیز انقباض ہوتا ہے۔ اگر رُو
کی طاقت مستقل اور مستدل ہو تو یہ پایا گیا ہے کہ K.C.C. (کیتھوڈی اجسرائی انقباض)
A.C.C. (اینوڈی اجسرائی انقباض) کے نسبت بڑا ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیہ سے اضرار کی حالت میں گیلوانی ہیجان سے عصب میں
کوئی جمعیت نہیں واقع ہوتی، لیکن عضلہ اپنی جمعیت میں بعض تغیرات
ظاہر کرتا ہے جنہیں تساہل انحطاط (reaction of degeneration) کے نام سے
بیان کیا جاتا ہے۔

کیفیی طور پر اس میں گیلوانیت سے واقع ہونے والی جمعیت یکساں
مختصر اور تیز ہونے کے بجائے انمواد رست ہوتی ہے، اور کئی طور پر یہ پایا گیا
ہے کہ رُو کی مستقل طاقت کے ساتھ A.C.C. (اینوڈی اجسرائی انقباض)
K.O.C. (کیتھوڈی اجسرائی انقباض) کے برابر یا اس سے زائد ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر کے بعد شفا یابی کی سب سے پہلی
آمارت عموماً یہ ہوتی ہے کہ عضلہ میں فراوی تحریک پذیری واپس آجاتی ہے۔

بعض امراض، مرض تمعاسین (Thomsen's disease) اور مترقی
عضلی نہاکت (myasthenia gravis) میں برقی تحریک پذیری کے مینر
تغیرات پائے جاتے ہیں، جو ان عنوانوں کے تحت بیان کئے گئے
ہیں۔

۶۔ معکوسات

معکوسات کی تقسیم اوپری، عمیق اور حسائی میں کی گئی ہے۔ ان کی موجودگی کا انحصار ان جسمی اور حرکتی مشینہائی آلات اور درآئندہ اور برآئندہ رشتوں کی سلامتی پر ہوتا ہے جو معکوسی قوس میں مضمر ہیں۔ ان کی ترمیم ان بلند تر مرکبوں کے مختلف اہزار سے بھی ہو سکتی ہے جو ان پر ایک اقتدار یا امتناعی اثر رکھتے ہیں۔

معکوسات ذیل سریری امتحان میں خاص قدر قیمت رکھتے ہیں۔

اوپری معکوسے (superficial reflexes) محدثی (pupillary)‘

قرنی (corneal) اور بھومی (pharyngeal) معکوسوں کا بیان جمعی اصاب کے تحت درج کیا گیا ہے۔ شکلی معکوسے (abdominal reflexes) جلد کو آہستہ سے سہلانے (light stroking) سے جس کا نتیجہ زیر افادہ عضلی نظام کا انقباض ہوتا ہے، حاصل ہوتے ہیں۔ ہر جانب پر ایک شرابی، وسطی اور زیریں شکلی معکوسہ میسر ہو سکتا ہے۔ یہ تندرست بالغوں کی بہت غالب تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور دونوں جانبوں پر برابر ہوتے ہیں۔ لیکن دیوار شکم کی ڈھیلی اور لٹکی ہوئی حالت میں جیسے کہ کثیرالولادت عورتوں میں، دروں شکلی مرض کی اصاباتوں (جیسے کہ انفایڈ) میں، اور اس وقت جب کہ مریض غیر معمولی طور پر سرد ہوئے بغیر موجود ہو سکتے ہیں۔

جب یہ اسباب موجود نہ ہوں تو ان معکوسوں کی غیر موجودگی سے ہر رشتوں کا مرض ظاہر ہوتا ہے۔ جب ضرر ہر می تقاطع سے اوپر کو ہوتا ہے تو یہ جسم کی متقابل جانب پر غائب ہوتے ہیں، اور جب ضرر تقاطع کے نیچے ہوتا ہے تو اسی جانب غائب ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات ان معکوسوں کی عدم موجودگی ہر ماؤنٹ کی ایک ابتدائی آمدت ہوتی ہے، اور ان اصاباتوں میں جہاں ان کی مکمل عدم موجودگی نہ ہو جسم کی دونوں جانبوں پر حاصل شدہ مصیبتوں کے درمیان ایک مستقل اکثر فرق تشخیص میں مفید ہوتا ہے۔ معکوسہ حلقی (cremasteric reflex) ران کی اندرونی سطح پر کی جلد کو سہلانے سے حاصل ہوتا ہے۔ یہ مصیبت یہ ہے کہ

خصمیا اور چرٹھ جاتا ہے۔ ہر می ضرر کی حالتوں میں ماؤف جانب پر شکمی معکوسوں کے ساتھ یہ معکوس بھی غیر موجود ہوتا ہے۔

انحصی معکوسہ (plantar reflex)۔ تند رستی کی حالت میں تلوے کے بیرونی حاشیہ کو سہلانے سے بعد ہمارے قی سلامی مفصل پر چھوٹی یا انگلیوں اور پاؤں کے ٹخنے کی خمیدگی واقع ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ دو جس اشخاص میں ڈر کی وجہ سے پیچھے ہٹنے کی ارادی حرکتیں یا کرنگلی اس مجبیت کو سبب دہ بنائیں۔ اس کا شفق کو ظاہر کرنے کے لیے بہترین طریقہ یہ ہے کہ جارجہ زیرین کو تجھول ٹوپر بسط شدہ رکھا جائے۔ جلد گرم اور خشک ہونی چاہئے۔ اسب ہیچ کا انحصار ہر انفرادی حالت میں متدد و تغیر پذیر عموال پر ہوتا ہے۔ عموماً یہ کافی ہوتا ہے کہ انگوٹھے کے ناخن کو اس کے ذریعہ دباؤ ڈالتے ہوئے تلوے کے بیرونی کنارے کے برابر ایڑی سے انگلیوں تک آہستہ سے پھینچا جائے یا کوئی کند نوک والا اوزار استعمال کیا جاسکتا ہے۔ یہ معکوس مجبیت متدد و تغیر پذیر حالتوں میں غائب ہو جاتی ہے۔ پہلے عجزی قطعہ کی معکوسی قوس کے اضرائیں۔ توامیں۔ آن جسی اختلالات کے ساتھ جو نزال نخاع (tabes) میں تلوے کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ پاؤں کے عضلات کے شلل کے ساتھ مثلاً حاد التهاب راد والنخاع (acute poliomyelitis) میں۔ اور اس وقت جب کہ پاؤں ٹھنڈے ہوں۔ ہر می ریشوں کے ضرر کی موجودگی میں متناظر جانب پر مجبیت کے بجائے آمارست۔ بینتسکی (Babinaki's sign) ظاہر ہوتی ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ پاؤں کا انگوٹھا اوپر کے طرف حرکت کرتا ہے اور دوسری انگلیاں تبعد ہو کر پنکھے کی طرح پھیل جاتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی عضلات کا ذہ کا انقباض ہوتا ہے۔ نخاع کے کل عرضی ضرر کی اصابتوں میں پہلے انحصی مجبیتوں کا نقصان ہوتا ہے لیکن جب نخاعی صدمہ سے شفا یابی ہو جاتی ہے تو کسی ایک پاؤں کی ہیچ کی مجبیت میں دونوں جوں کے پیچھے ہٹنے کی ایک کلی حرکت نمایاں ہوتی ہے۔

عمیق معکوسہ۔ یہ حقیقی معکوسہ ہے اور ان کی فعالیت عضلی تنش

کی حالت کی آئینہ دار ہوتی ہے، اور ان کی موجودگی متعلقہ مٹکوسی قوسوں اور مٹھائی اعضا کی سلامتی پر منحصر ہوتی ہے۔

ان کے امتحان کا طریقہ یہ ہے کہ جارج کو ایسی وضع میں رکھا جائے جس میں وہ عضلہ جس کا وتر تری جھٹکا (tendon jerk) ظاہر کرنا مقصود ہے، ڈھیلا پڑ جائے۔ پھر شاید اس عضلہ کو خفیف سے تناؤ کی حالت میں رکھ کر اس کے وتر پر ایک قریبی تھوڑے سے ایک تیز تھپکی لگائی جائے۔ جمیعیت یہ ہے کہ عضلہ کا انقباض ہو کر اس حصہ کی حرکت ہوتی ہے۔ مندرجہ ذیل عمیق مٹکوسے سب سے زیادہ سرری اہمیت رکھتے ہیں:-

مثلت السرویس کا جھٹکا (triceps jerk)۔ اس کے حاصل کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ بازو کو کہنی پر نیم خمیدہ کیا جاتا ہے اور وتر پر اس جگہ سے ذرا اوپر کہ جہاں وہ تریج میں ختم ہوتا ہے ضرب لگائی جاتی ہے۔

ذورا سین کا جھٹکا (biceps jerk) اس طرح حاصل ہوتا ہے کہ کہنی کے جوڑ کو خمیدہ کیا جائے، ذورا سین کے وتر پر اس کی مٹھائے کے من اور ہی انگوٹھا رکھا جائے، اور عضلہ کو خفیف طور پر تانا جائے۔ پھر انگوٹھے پر ضرب لگائی جاتی ہے جس سے ذورا سین منقبض ہو جاتا ہے۔

باطحہ کا جھٹکا (supinator jerk)۔ اس کو حاصل کرنے کے لئے شاید مریض کے ہاتھ کو ڈھیلا پکڑے رکھتا ہے، اس طرح کہ ہاں کی کہنی نیم خمیدہ اور پیش بازو نیم کجوب ہو، اور پھر ابری شکل زاوہ سے بائیل اوپر ہی کبری ہڈی کے بیرونی کنارے پر ضرب لگاتا ہے۔ جمیعیت یہ ہوتی ہے کہ عضلہ باطحہ طویل عضلہ مضدی کبری (brachio-radialis) منقبض ہو کر کہنی کو خمیدہ کر دیتا ہے۔

رکبی جھٹکا (knee-jerk)۔ جب مریض پشت پر لیٹا ہوا ہو تو شاید اس کے گھٹنے کو خفیف خمیدگی کی حالت میں سہارا دے کر باطراحی کو ایک تھوڑے سے تیز ضرب لگاتا ہے۔ اس کا نتیجہ ذورا بیت السرویس فخذی عضلہ کا پھرتلا انقباض ہے۔ رکبی جھٹکے اس وقت بھی لیتے سکتے ہیں

مریض ایک کرسی پر بیٹھا ہوا ہو اور اس کی ایک ٹانگ دوسری کے وار پار پڑی ہوئی ہو۔ یہ امر اہم ہے کہ جارج پورے طور پر مرنی ہو۔ اگر ممکن ہو پھر بھی ظاہر ہو تو مریض کی توجہ کو اس طرف سے ہٹانا چاہئے، مثلاً اس طرح کہ ایک ہاتھ کی انگلیاں دوسرے ہاتھ کی انگلیوں میں پکڑوائی جائیں اور جب وہ اپنے ہاتھوں کو منہج رہا ہو تو اسے پھت کی طرف دیکھنے کو کہا جائے (تقویت جینڈل را سسیکی - (Jendrassiki's reinforcement =

و تواجیلی کا یا کجی جھٹکا (tendo achillis or ankle jerk)۔ اسے حاصل کرنے کے لیے پنڈلی کے عضلات کو خفیف سا تھاپو رکھ کر وحشیلی پر غب مزہ لگائی جاتی ہے جس کی محبت یہ ہوتی ہے کہ ان عضلات کا پھرتی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے۔

کجی رجفہ (ankle clonus)۔ کجی رجفہ، یا رجفہ القدم ایک مثال نظر ہے جو بعض نغامی اور دیگر امراض میں واقع ہوتا ہے، لیکن کجی جھٹکے کی طرح یہ تندی میں نہیں موجود ہوتا، یا صرف ایک ترمیم شدہ شکل میں موجود ہوتا ہے۔ اسے ظاہر کرنے کے لئے مریض کو میٹھا یا لیٹا ہوا ہونا چاہئے۔ گھٹنے کے نیچے بایاں ہاتھ رکھ کر ٹانگ اٹھالی جاتی ہے جس سے گھٹنا خفیف سا خمیدہ ہوتا ہے اور پاؤں کیوں کو دائیں ہاتھ میں مضبوط پکڑ کر پاؤں کو تیزی کے ساتھ گھٹنے کی سمت میں خمیدہ کیا جاتا ہے۔ پنڈلی کے عضلات فی الفور منقبض ہوتے ہیں، لیکن چونکہ پاؤں پر دباؤ بدستور قائم رکھا جاتا ہے لہذا وہ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ پھر منقبض ہوتے ہیں اور اس طرح ایک تقریباً غیر معین زمانے تک متبادل منقبض اور ڈھیلے ہوتے رہتے ہیں اور نام نہاد رجفہ (clonus) بناتے ہیں۔ یہ انقباضات فی ثانیہ تقریباً سات کی شرح سے واقع ہوتے ہیں۔ اس نملر کی ترمیم جو تندہی میں واقع ہوتی ہے، تیز متبادل حرکات کا سلسلہ ہے جو اس وقت جب کوئی جی ہوئی وضع میں پاؤں زمین پر صرف انگلیوں کے بل پر ہی رکھا ہوا ہو مسلسل اور بلاکوش کے جاری رکھا جاسکتا ہے۔

رجی رجفہ (knee clonus) مبض ادوات یا تو اس وقت حاصل ہو سکتا ہے

جب رکی جھکا حاصل کرنے کے لئے قرع کیا جائے، یا اس وقت جب کہ انگ ایک کچ پر ربط شدہ ہو اور رفقہ کو نیچے تقصید کی طرف دیکھلا جائے۔
 ہری ازار کا تیرہواں کھینچ کر نکال دیا جائے تو اس میں اور کبھی رفقہ پایا جاتا ہے اور ساتھ ہی عکلی مکو سے غیر موجود ہوتے ہیں اور امارت۔ بینسکی پاٹی جاتی ہے۔ عضلات، محیطی اعصاب، اگلی اور پچھلی جڑوں، یا اگلے قرن کے خلیات کے مرض سے وتری جھکوں کا نقصان واقع ہو جاتا ہے۔

وتری جھکوں کے کئی تغیرات اس وقت کا رابد ثابت ہوتے ہیں جبکہ ان کی شدت یا قوت میں نمایاں فرق موجود ہو۔ مثلاً رکی جھکوں اور کبھی جھکوں کے درمیان، یا جسم کی دونوں جانبوں پر کی حاصل شدہ جھکیتوں کے درمیان۔ لیکن عام طور پر عیسوی مکو سوں کی حالت متعدد حالتوں سے متاثر ہو سکتی ہے مثلاً جند باقی ہیجان، تشکان، پیش اور قسم سے۔

۷۔ عضلات عاصروں پر اقتدار

(sphincter control)

مشانہ۔ صریح احتباس بول یا سلس البول (incontinence of urine) کے علاوہ مرض سے اس امر کے متعلق سوال کرنا چاہئے کہ آیا بول شروع کرنے میں وقت، یا ایک بار پیشاب کرنے کی ضرورت کا احساس ہونے پر اس میں تاخیر کرنے کی قابلیت کے علم نشیں (retention) بول مجل = precipitate micturition کی سرگزشت تو نہیں ہے۔

معام مستقیم۔ اس حصے کو باؤف کرنے والے شغل کے ابتدائی علامات یہ ہوتے ہیں:۔ قبض، یا زیادہ صبح الفاظ میں عسر تبرز (dyschezia) ملاحظہ ہو صفحہ 357، اور جب سہلکات استعمال کیے جائیں تو دستوں کو روکنے میں وقت، اور کبھی کبھی پاخانہ خطا ہو جانا۔

۸۔ تغیرات پر روشنی

عصبی نظام کے بعض امراض میں بافتوں کا تغذیہ نہایت متاثر ہو جاتا ہے مگر جداگانہ پریشی اعصاب یا عصبوں کا کوئی ثبوت موجود نہیں۔ نہایت نمایاں اثرات عصبی منوں اور ان کے مرکوزوں کے امراض میں دیکھے جاتے ہیں، یعنی ان امراض میں جو حرکی اور حسی افعال عصبیوں کو متضرر کر دیتے ہیں۔ مثلاً اگلے قرن کے امراض (حاد التهاب رادو النخاع = acute poliomyelitis) یا اعصاب کے امراض (تضرر عصبی التهاب) کے ساتھ عضلات کا نمایاں ہزال ہوتا ہے جو دائمی افعال کے ان امراض میں جو صرف اعلیٰ عصبیوں کو موقوف کرتے ہیں انہیں موجود ہوتا۔ عضلات کا ہزال پہلے ان کے ڈھیلے پڑنے سے ہو بعد میں ان کی جسامت کی حقیقی تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کی مقدار کا اندازہ پیمائش کے ذریعہ سے کیا جاسکتا ہے، لیکن یاد رکھنا چاہئے کہ تحت الجلد شحم ہزال کو جہاں تک کہ حجم کا تعلق ہے بالکل چھپا سکتی ہے۔ عضلات کے علاوہ دوسرے اجزاء بھی اکثر موقوف ہو جاتے ہیں۔ بعض مزمن امراض میں جلد پتلی، سرخ اور چمکدار ہو جاتی ہے (ریجیکٹ کی جگہ راجلہ = "glossy skin" of Paget)۔ اس پر امراری، آبدار اور حویلی ثورات (مثلاً نلہ لٹاق = zona) اذیس، وائیس (whitlow) اور جلدی تفرج واقع ہوتے ہیں۔ زیر جلدی یافت کے ہزال کے باعث انگلیوں کے ناخن ٹھٹھڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ بالوں اور ناخنوں کی بالیدگی نسبت پڑ جاتی ہے اور ناخن بھر بھر ہوتا ہیں مگر بے گڈیوں کے تغذیہ میں کمی آجائے اور وہ بھر بھر ہو جائیں یا باستانی ٹوٹ جائیں۔ اگر شلل اوائل عمری میں واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ سارے جلد کی بالیدگی نسبت پڑ جائے جس سے وہ بالآخر اپنے رفیق کے مقابل میں ۱۲ تا ۲۱ انچ چھوٹا ہو جاتا ہے۔ حاد امراض میں جلد کی پیش بلند ہو جاتی ہے عروق شمع ہو جاتے ہیں، حویلات یا چھالے بن جاتے ہیں، اور خفیف ترین خراش یا دباؤ سے قروح الفرائش (bed-sores) پیدا ہو جاتے ہیں۔

۹۔ وضع اور چال

اگر مریض صاحب فراش نہیں ہے تو اسے اپنے معمولی طریقے سے کھڑے میں اور دھڑکھڑانا چاہئے اور اگر اس کی نقل و حرکت اور چال میں کوئی مخصوص امر نظر آئے تو اسے نوٹ کرنا چاہئے۔ مختلف اضرار کے مہینہ تیز رفتاری سے عنوانوں کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

یہاں یہ ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ کالبدی تشوہات اور امراض مناسبات کا لحاظ کرنا ضروری ہے اور مزید برآں یہ کہ عضلات کے بعض گروہوں (مثلاً کاڈہ اور ایوی عضلات) کی کمزوری نہ صرف چال کی غیر طبعی حالتیں پیدا کر سکتی ہے بلکہ اس کی وجہ سے مریض بعض ایسے اوضاع اختیار کر لیتا ہے جن کا مقصد مرکز جاذبہ کو مناسب مقام پر قائم رکھنا ہے۔

۱۰۔ دماغی نخاعی سیال

حالت مرض میں دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے اکثر ایسے معلومات حاصل ہوتے ہیں جو تشخيص کے لئے نہایت مفید ہوتے ہیں۔ یہ سیال جیسا کہ قطعی کچھ کے سے حاصل ہوتا ہے، طبعی حالت میں صاف اور بے رنگ ہوتا ہے اور اس میں شکر کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے جو محلول فہلنگ کی ترجیع کے لیے کافی ہوتی ہے۔

دباؤ۔ اس سیال کے دباؤ کی زیادتی سکایا میں حادثات یا تغیرات کے باعث ہو سکتی ہے کہ جن میں زیر مکتبہ قیضا کے اندر رشححات خارج ہوتے ہیں یا دروں جمی دباؤ کی زیادتی کے باعث ہو سکتی ہے جیسے کہ دماغی سلسلہ کی اصابتوں میں۔ دروں جمی دباؤ کے اختلاقات طبعی حالات میں نخاع کو گھیرنے والے سیال کے ذریعہ قطعی کچھ کے محل وقوع تک منتقل ہو جاسکتے ہیں اور اگر کچھ کے کی موٹی سے ایک فشاریما (manometer) لگا دیا جائے تو یہ اختلاقات ناپے جاسکتے ہیں۔ طبعی دباؤ جب کہ مریض لیٹی ہوئی وضع میں ہو،

۶۰ سے لے کر ۱۵۰ ملی میٹر پانی تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ۲۰۰ ملی میٹر سے اوپر کا دباؤ دروں جمجمی دباؤ کی امراض یا قی زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ ایک طبی شخص میں دواہمی و ریدوں کو انگلی سے دبانے سے دماغی نخاعی سیال کے دباؤ میں ایک فوری زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی زیادتی کا فقدان نخاعی زیرِ عنقبوقی فضا کے تسدو پر دلالت کرتا ہے اور بعض اوقات یہ رسولی یا التهاب سے نخاع کے انضغاط کے ثبوت میں ایک کارآمد نکتہ ہوتا ہے۔

خون۔ امتحان کے لیے لیے ہوئے نخاعی سیال میں کا خون کسی دید سے آسکتا ہے جو ممکن ہے کہ قطعی کچھ کہ دیتے وقت اتفاقاً زخمی ہو گئی ہو۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ زیرِ عنقبوقی فضا کے اندر نزف کی دلالت ہو۔ ایک مفید امتیازی نکتہ یہ ہے کہ اگر اتفاقی منبع سے حاصل شدہ خون کو رکھا رہنے دیا جائے تو وہ امتحانی نلی کے اندر منجمد ہو جائے گا اور اس کی سطح سے اوپر کاسٹیل بے رنگ رہ جائے گا۔ سابق الوجود زیرِ عنقبوقی انصباب کی حالت میں غالباً نزف کے مقام پر پہلے ہی سے انجماد خون واقع ہو چکا ہوگا، اور کسی قدر دم یا شیدگی بھی واقع ہو چکی ہوگی۔ اگر خون آلود سیال کو رکھا رہنے دیا جائے تو سرخ غلیظ نلی میں تہ نشین ہو جاتے ہیں بغیر اس کے کہ خون کا تھکا بنے اور ان کے اوپر کاسٹیل تبدیل شدہ خون کے لون کی موجودگی کے باعث زرد یا بھورے رنگ کا ہو جائے۔

جراثیمیات۔ طاعونیت رساں التهاب (acute infective meningitis) کی اصابتوں میں سیمی عضویہ اکثر آلودوں میں دیکھا جاسکتا ہے اور تقریباً ہمیشہ کاشتوں سے اکایا جاسکتا ہے۔ جب تدرنی التهاب سمایا کاشب ہو تو مصیبت کی متجو کرنی چاہئے جو اکثر مل جاتا ہے یا سیال کا اشراب ایک گینی بک (ارنب مصری) میں کیا جاسکتا ہے۔

خلوی مافیتہ۔ فی کتب فی میٹر فلیٹوں کی تعداد کا جاننا نہایت ضروری ہے طبی قدر ۳ سے کم ہوتی ہے اس عدد سے اوپر کوئی زیادتی ہو تو اسے امراضی سمجھنا چاہئے اور یہ عموماً سمایا میں احادیات من التهابی تغیرات واقع ہونے کا

ثبوت ہوتا ہے۔

حادثہ التهاب سحایا کی ان اصابتوں میں جو بقتہ سحائیہ (meningococcus) ،
بقتہ ریویہ (pneumococcus) ، بقتہ سیمہ (streptococcus) وغیرہ کے باعث
ہوں، یہ زیادتی کثیر الاشکال نواتی پیدا غلیوں میں ہوتی ہے، جو اکثر اس قدر کافی
کثیر التعداد ہوتے ہیں کہ سہیل میں تکثر پیدا ہو جاتا ہے۔
تدرفی التهاب سحایا میں غلیوں کی غالب تعداد لغنی غلیوں کی ہوتی ہے،
جو اہم بڑی تعداد میں ہوتے ہیں۔

حادثہ التهاب راد النخاع (acute poliomyelitis) میں علامت کے
پہلے ہفتہ میں لغنی غلیوں کی تعداد میں زیادتی ہو کر وہ فی مئرب ملی میٹر ہوتا ہے۔
ہو جاتے ہیں، اور سبب قی التهاب و ماغ (encephalitis lethargica) میں
بھی بظاہر ایسی ہی زیادتی ان اصابتوں کی اکثریت میں واقع ہو جاتی ہے۔

دماغی نخاعی آشک (cerebro-spinal syphilis) کی مختلف شکلوں
میں لغنی غلیوں کی تعداد میں تقریباً ہمیشہ زیادتی پائی جاتی ہے، جس کی جولانی
طبعی اعداد سے ذرا ہی اوپر سے لے کر ۲۰۰ یا ۳۰۰ فی مئرب ملی میٹر تک ہو سکتی
ہے، اور اس تعداد کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ مرض کی فعالیت کا کونسا
مرحلہ ہے اور سحایا کس درجہ تک ماؤف ہیں۔

لغنی غلیوں کی زیادتی کبھی کبھی دماغ یا نخاع کی رسولی کے ہمراہ پائی جاتی
ہے۔

چکر شیمی مافیہہ کہتی بیانہ براس کی سرسری تخمین اس طرح کی جاسکتی
ہے کہ ۲ سی سی دماغی نخاعی سہیل کو ۳ فیصدی ثنائی کلورائیٹک ایسڈ
(trichloroacetic acid) کے ۳ سی سی کے ساتھ جوش دے کر البیون
کی ترسیب کرنی جائے، اور رو بہ کی کثافت کا مقابلہ ایسی معیاری غلیوں کی کثافت
کے ساتھ کیا جائے جن میں اسی طریقے سے ترسیب کردہ البیون کی معلوم
فیصدی مقدار میں موجود ہوں۔ طبعی مافیہہ ۰.۲۵ ہوتا ہے۔ یہ حادثہ سرایت
رسال التهاب سحایا کے مرلغیوں سے نکالے ہوئے سہیل میں ہوتا ہے تقریباً

۱۳۔ فیصدی تک بڑھ جاتا ہے اور بعض اوقات اس سے بھی زیادہ ہوتا ہے۔
 دماغی نخاعی آشک میں تقریباً ہمیشہ ایک زیادتی ہو جاتی ہے اگرچہ بالعموم اس کا
 عدد ۱۰۔۱۵ فیصدی سے زائد نہیں ہوتا۔ دوسرے بیان کردہ امراض میں بھی
 جن میں بلند خلوی شمار پائے گئے ہیں ایک مستدل زیادتی موجود ہوتی ہے پریشانی
 مافیہا کی زیادتی دماغی تلوی کی بعض اصابتوں اور التهاب اعصاب عیدیں بھی پائی جاتی ہے
 لیکن پروٹین کی بلند ترین مقداریں ضغوطہ نخاع (compression of the

spinal cord) میں پائی جاتی ہیں۔ اگر کسی سبب سے زیرِ عنکبوتی فضا، کامل
 طور پر مسدود ہو جائے ایک ایسے لیول پر جو کفنی کچھ دینے کے لیول سے اوپر ہو
 تو نیچے والے علیحدہ شدہ تاج سے حاصل کردہ سشیال میں بعض متین خاصائص موجود
 ہوتے ہیں۔ وہ صاف ہوتا ہے اور اس کا رنگ نہری زرد ہوتا ہے اس میں الیٹرین کی زیادتی بہ افراتہ ہوتی
 رہے فیصدی تک) اور فائبرین کی بھی چٹانچہ اس میں خود بخود کئی تروسیب واقع ہو جاتی
 ہے۔ اسے علامتیہ فروان (Froin's syndrome) کہتے ہیں۔ علامتیہ
 فروان کے ظہور سے پہلے یا اس کے تقریباً ایک درجہ کے طور پر البیوس من کی
 سادہ زیادتی پائی جاتی ہے جو مقدار میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی دوسری
 حالتوں میں اور جس کے ساتھ نہری رنگ یا فائبرین موجود نہیں ہوتی۔

زیرِ عنکبوتی فضا کا اندلہ اسباب ذیل کی وجہ سے واقع ہو سکتا ہے۔
 فقرات کا مرض (پوسیدگی یا بالیدگی)۔ سہا کے فائبرین یا مافیہا کی انضمامات، مثلاً وہ جو
 حادثہ التهاب سہا یا کے بعد یا آشک میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسو کی بالیدگی جو
 سہا یا میں سے کسی ایک جھلی سے یا نخاع کے اندر ہو جائے۔ اندلہ او کے
 لیول کے اوپر سے حاصل کردہ دماغی نخاعی سشیال ہر اصابت میں نسبتاً طبعی
 نظر آتا ہے اور اس کا البیوسینی مافیہہ بھی نسبتاً طبعی ہوتا ہے۔ جس فروان میں
 پیرافین ویکس (paraffin wax) کے پیرجانی انضمامات (subdural injections)
 کے ذریعہ نخاع کا مصنوعی انضمام واقع کر کے علامتیہ فروان تجربی طور پر پیدا
 کیا جاسکتا ہے۔

علامتیہ فروان میں خلوی شمار سبب ضاغطہ کی مراضیاتی نوعیت پر

منحصر ہوتا ہے، چنانچہ یہ آشکاک کی حالت میں بلند اور دوسری تمام حالتوں میں پست ہوتا ہے۔

کلورائیڈز (chlorides) - طبیعی و دماغی نغای سیال میں کلورائیڈز کی فیصدی مقدار تقریباً ۰.۷ اور ۱.۷ فیصدی (NaCl) کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ حاد عمومی سرایتوں میں کسی قدر کم ہو سکتی ہے، لیکن بالعموم ۰.۶۸ فیصدی سے نیچے کا عدد التهاب سمجھایا ظاہر کرتا ہے۔ پست ترین فیصدی مقدار میں مددنی التهاب سمجھایا میں پائی جاتی ہیں، جس میں ۰.۶۰ فیصدی یا اس سے کم کا عدد عام ہوتا ہے۔ لہذا یہ نکتہ تقریباً فی شخص میں بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ کلورائیڈز کی تخمینہ معیاری سلور اسٹنڈرٹ (standard silver nitrate) کے ساتھ متاثر کر کے کی جاتی ہے، اور پوٹاشیم کرومیٹ بطور منظر استعمال کیا جاتا ہے۔ اس امتحان کے لیے دو ٹکعبینٹنی میسرٹر دماغی نغای سیال کی ضرورت ہوتی ہے۔

تعالیٰ و اسکرمان - یہ عصبیت شلی (dementia paralytica) کی ہر اسابت میں ابتدائی درجہ ہی میں، اور فعال ہزال نخل کے مرلیتوں کی اکثریت میں دماغی نغای سیال کے اندر مثبت ہوتا ہے۔

جہاں تک کہ سمائی عروقی آشکاک (meningo-vascular syphilis) کی سریری شہادت ظاہر کرنے والی اصابتوں کا تعلق ہے، ان اصابتوں میں جن میں نخل ماؤف ہے اکثر میں یہ تعالیٰ مثبت ہوتا ہے، لیکن جب مرض دماغ میں محدود ہو تو چنداں مستمر طور پر نہیں ظاہر ہوتا۔

کولائیڈی تعاللات - یہ پایا گیا ہے کہ بعض امراض میں دماغی نغای سیال کے اندر ایسی اشیاء (غالباً غریب پروٹینز) موجود رہتی ہیں، کہ اگر ان کو ایک کولائیڈی تعلیق میں آمیز کر دیا جائے تو وہ ترسیب پیدا کر دیتی ہیں۔ لانگو (Lango) نے کولورائیڈ کی تعلیق سے کام لے کر تقریباً فی شخص میں مدد حاصل کرنے کے لیے سب سے پہلے اس علم کا اطلاق کیا، اور کولائیڈی گولڈ والا کاشفہ جواب عام طور پر متعلق ہے، اسی کے نام سے منسوب ہے۔ پایا گیا ہے کہ دماغی ایک طبی تعاللات

میں ترسیب نہیں ہوتی، دماغ یا نخاع کے آتشکی مرض میں کچھ درجہ کی ترسیب تقریباً ہمیشہ واقع ہوا کرتی ہے۔ یہ کاشفہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ ۱۹۔ سی سی طبی ایلج میں ۱۰ سی سی نکائی سیال شامل کر کے اس سے نیکے بعد دیگرے ۲۰ میں ۱۰ سی سی میں ۱ اور اسی طرح اور زیادہ کمزور ترقیقوں کا ایک سلسلہ بارہ ٹیوں کا تیار کر لیا جاتا ہے۔ ان میں سے پہلی میں ۲۰ سی سی کو لائٹل گولڈ شامل کر دیا جاتا ہے۔ اس کاشفہ کے نتائج یا تو ایک ترسیم کی صورت میں یا اعداد میں ظاہر کئے جاتے ہیں، جس میں کال ترسیب کو ۵ مان لیا جاتا ہے اور عدم ترسیب کو صفر (۰)۔ عمومی شکل مجانین (general paralysis of the insane) رآتشکی التهاب دماغ (syphilitic encephalitis) میں اعظم ترسیب اس سلسلہ کی پہلی ٹیوں میں ہوتی ہے، اور ایک تمثیلی نتیجہ کا مقدر وہ ۵۵ ۵۵ ۵۵ ۵۵ ۱۲۲۲۲۲۲۲ ہو گا۔ یہ آسترخانی تعامل ("paretic" reaction) کے نام سے مشہور ہے۔ عصبی آتشک کی دوسری شکلوں میں یہ رجحان ہوتا ہے کہ اعظم ترسیب اس سلسلہ کے وسطی نقطہ میں ہو۔ ۳۰ ۵۵ ۵۵ ۵۵ ۱۲۲۲۲۲۲۲۔ اس قسم کے نتیجہ کو آتشکی ("luetic") کہتے ہیں یہ بھی پایا گیا ہے کہ ایک غیر طبی ذہنی صلابت منتشرہ (disseminated sclerosis) کی بہت سی اصابتوں میں واقع ہو سکتا ہے۔ یہاں بھی یہ ہے کہ اگر اسے دوسرے کاشفات کے ساتھ ساتھ لیا جائے تو وہ کسی قدر طبی منفعت رکھتا ہے۔ ایک غیر طبی منفی جو شبہت و آسرامان کے ساتھ ہو، آتشک کا ثبوت ہے۔ اگر ایک منفی و آسرامان کے ساتھ لیا جائے تو یہ بذاتہ صلابت منتشرہ کی طسرف اشارہ کرتا ہے۔

ایک ایسا دماغی نخاعی سیال جس میں پروٹین کی افراط ہو، خواہ کسی سبب سے ہو، غیر طبی کولائڈی منفی دے سکتا ہے۔

امراض اعصاب

جسمی اور محلی اعصاب کے اضرار بعض امور میں مرکزی عصبی نظام کے اضرار سے مختلف ہوتے ہیں، بالخصوص اس امر میں کہ ان میں کس وجہ کی تنگیابی ایک ہزر کے بعد واقع ہو سکتی ہے جو تشریکی اور فعلیاتی لحاظ سے کامل ہو۔ اس کا انحصار بلاشبہ اس امر پر ہوتا ہے کہ سارے محلی عصبی نظام میں کہ جس میں جسمی اعصاب بھی شامل ہیں، ایک عصبی غلاف موجود ہوتا ہے جو عصب کے عرضی قطع کے بعد بھی اسکے مرکزی کٹے ہوئے سرے کے نیچے کے طرف بڑھ آنے سے اس کی کامل بازپیدائش کا امکان پیدا کرتا ہے نیز چونکہ جسمی اور محلی اعصاب متقابلہ غیر عروقی ساختیں ہیں، لہذا وہ باؤٹلا مرین التهاب یا فوالبہ کے دباؤ کے اثرات کی اس سے زیادہ مداخلت کرتی ہیں کہ جتنا دماغ اور نخاع کی باقیات۔

اگرچہ التهاب العصب (neuritis) کی اصطلاح سے دراصل التهاب مراد ہے، لیکن سریری مفہوم میں اس کا استعمال بہت وسیع طور پر کیا جاتا ہے، ایسی علامات بیان کرنے کے لئے جو محلی اعصاب اور عصبی جڑوں کے ہر قسم کے امراض سے پیدا ہوتی ہیں، جن میں ایسے مختلف اسباب بھی شامل ہیں جیسے کہ سرایت، کسم اور ضرب۔ ان میں سے ضرر جلد (جو خواہ ایک ہی شدید چوٹ سے ہو یا تواتر چھوٹے نقصانات سے یا تھنناؤ سے) ایک مقامی اثر پیدا کرے گا، اور یہ عصبی غلاف کی مضرت رسیدگی اور عصبی ریشوں کی کم و بیش مضرت رسیدگی ہوگی۔ عصبی ریشے کا مقامی تغیر جو انسان ہو کہ اس کو تلف کر دئے و طبعہ کا ایک عارضی اختلال یا نقصان پیدا کر دیتا ہے جس کے بعد شفا جلد ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس مقامی اختلاف حقیقہ ثانوی انحطاط نازل (secondary descending degeneration) پیدا کر دیتا ہے، جس کے بعد نئے ریشے اوپر سے نیچے کے طرف بڑھ آتے ہیں اور اس عمل کے لئے لازماً ایک طویل عرصہ درکار ہوتا ہے جس کی مدت اس فاصلے کے

لحاظ سے مختلف ہوتی ہے کہ جو نئے ریشوں کو تضرر کے مقام سے محیط تک لے کر نا
ہے۔

دوسرے حصوں کی نوبالید میں اکثر اوقات اسے قرب و جوار کے
اعصاب کا انضغاط پیدا کر دیتی ہیں، اور بعض اوقات ان میں درریش کرتی ہیں
اور علاوہ ازیں بعض سلمات ایسے بھی ہیں جو خود اعصاب میں سے پیدا ہو جاتے
ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ عام اور سب سے زیادہ اہم عصبی یعنی سلعہ
(neurofibroma) ہے، جو مجموعی یا محیطی اعصاب کے غلاف سے اُگ سکتا ہے
چنانچہ عصب سمعی ایسے سلعہ کا ایک پسندیدہ مقام ہے۔ اکثر اوقات یہ
سلمات متعدد اور قانریک نگہاؤسین کے مرض (von Recklinghausen's
disease) (ملاحظہ ہو صفحہ ۹۸۰) کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں۔ صغیرہ شکل
عصبی سلمات (plexiform neuromas) اسی امر اضافی قسم کے ہوتے ہیں
جن قسم کے عصبی یعنی سلمات، لیکن نسبتاً نرم اور زیادہ منتشر ہوتے ہیں۔ وہ
عموماً جسم کے ایک ہی رقبے میں محدود ہو کر وہاں گتھواں احوال کا ایک
گرگی تو وہ بنا دیتے ہیں۔ عصبی غلافوں سے پیدا ہونے والے غیر سلمات
عموماً لحمی سلمات (sarcomas) ہوتے ہیں، جو کنگہ ناخلیات والے یا
گول خلیات والے ہوتے ہیں۔

عصب کی مقامی حسرایت زندگی متصلہ ساختوں (ہڈی، عضلہ،
رداء وغیرہ) کا التهاب براہ راست پھیل جانے سے پیدا ہو سکتی ہے۔

مقامی مسرت رسیدگی کی ایسی مثالوں میں عصب اپنی پوری دباوت
میں ماؤف ہو جاتا ہے، اور چونکہ اس تضرر کا بوجھ زیادہ تر ان اتصالی بافت کے
عناصر کو ہی اٹھانا پڑتا ہے کہ جو عصبی غلاف بناتے ہیں، لہذا اس عمل کو بعض اوقات
دختکی التهاب عصب (interstitial neuritis) کہتے ہیں، تاکہ اس کو
ان اصابتوں سے تمیز کیا جاسکے جن میں عصبی ریشک کسی انتخالی قسم سے براہ راست
تضرر ہو گئے ہوں۔ اس آخر الذکر قسم کو سنجیتی التهاب عصب (parenchymatous

(neuritis) کہتے ہیں۔
جراثیمی یا کیمیائی سموم جو اعصاب پر انتہائی اثر رکھتے ہیں، بالعموم وہاں جوئے خون کے ذریعے منتقل ہوتے ہیں۔ لہذا غمو، ان کی تاثیر تشاکل اور اکثر اوقات متعدد ہوتی ہے۔

لیکن بعض اصابتوں میں سرایت رساں ماسک سے نکلنے والے جراثیمی سموم گرد و عصبی لبنی غلافوں کی راہ سے اور سفر طے کرتے ہیں، اور اس نقطہ پر جہاں پچھلی عصبی جڑ غشاء میں داخل ہوتی ہے عصبی عناصر کے اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ اس تعلق میں آر (Orr) اور رورز (Rowe) کی تحقیقات کا بیان پہلے درج ہو چکا ہے اور اس قیاس کا ثبوت بھی ہے کہ خناق و بانی کا ابتدائی عصبی التهاب اس قسم کے لیف زائوسم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ہیں اس کی دوسری مشائیں بھی متنی ہیں جیسے کہ عصب زندی (ulnar nerve) یا عصب دلی کا وہ التهاب جو عفونت زدہ انگلی کے بعد نمایاں ہو جاتا ہے۔

عصبی ریشوں کی مضرت ریدگی، خواہ وہ تضرر کی وجہ سے ہو یا مرض سے جس عضلی قوت اور حجم، اور وما حرکی اقدار میں اختلال پیدا کر دیتی ہے۔ اس فعل حرکی عصبیہ کے تضرر سے ان عضلات میں جن کو اس سے رسد پہنچتی ہے، نزال کمزوری اور ڈھیلپن پیدا ہو جاتا ہے۔ تنفس کے نقصان، اور متعلقہ معکوسہ قوسوں کی مضرت ریدگی کے باعث ماؤف عضلات کے وتری جھٹکے کو ماننا ب ہو جاتے ہیں۔ جن کا اختلال پہلے عصب کی حسی توزیع میں ناگوار جھنجھٹا ہٹ (اشتیکاک) کی شکل اختیار کرتا ہے اور اس کے بعد عدم حسیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں عضلات میں اینٹھن جیسے درد بھی ہو سکتے ہیں۔ پرورشنی انفرات اور وما حرکی تاخیرات کے متعلق پہلے تذکرہ کیا گیا ہے جس کی توزیع میں ان علامات کے علاوہ مقامی مضرت رسدگی کی حالتوں میں مقام مرض میں درد، الیمیت اور بعض اوقات ورم بھی ہوتا ہے۔ حرکی اعصاب کے شدید اضرار میں برقی تقاطعات تبدیل ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 627)۔

عصب کے تفر سے شفا یابی میں، یا ایک کٹے ہوئے عصب کے پھر جڑ جانے کے بعد عودِ وظیفہ کے امارات میں ماہ کے اندر ظاہر ہونے چاہئیں جب حس پذیری واپس آتی ہے تو الپن کی چیمچ اور حرارت اور بروڈت کے انتہائی درجوں کا احساس ہوتا ہے قبل اس کے کہ نرم روئی چھونے کا احساس ہو۔ عموماً جب تک کہ پہلے مشلول حصہ میں توست واپس نہ آئے برقی تعاملات میں کوئی قطعی اصلاح واقع نہیں ہوتی۔ شدیداً ضراریں جن میں عضلہ کا وسیع و بول ہو، فعال انحطاط (R.D.) کچھ عرصہ تک باقی رہتا ہے، لیکن چند ہفتوں کے بعد گیلو انیت کے لئے عضلہ کی خراشیں پذیری بھی محسوس ہوتی اور بالآخر بالکل ناپسید ہو جاتی ہے۔

عصب شامہ

(olfactory nerve)

حس شامہ کی کمی یا فقدان (anosmia = عدم الشامہ) انفی خنائے حماطی کی حالت کے تغیرات سے ہوتا ہے، شامہ شدید بخگی یا زکام سے اور کوری کے قاعدے کے ان عوارض میں ہر تارے جو شیمی بصلات کو ماؤف کر دیں، مثلاً تھڑا رسولیاں، ہڈی کی بوسیدگی اور التهاب سمجھا یا بعض اوقات یہ ہزال نخاع میں واقع ہو جاتا ہے اور ہسٹریا میں ہسٹریائی نقصی عدم حسیت (hemi-anesthesia) کے جزو کے طور پر غیر عام نہیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ شامہ کے فقدان سے لذیذ خوشبوئیں شناخت کرنے کی قوت متاثر ہوتی ہے جس کے لئے دراصل حس ذائقہ اور پچھلے انفی خنائے کی راہ ہے حس شامہ دونوں کے مجموعی فعل کی ضرورت ہوتی ہے۔

شامہ کے مرضی موضوعی احساسات مجازین میں واقع ہوتے ہیں اور بعض اوقات صرع میں نسہ کے طور پر۔ اگر ممکن ہو تو ان تعاملات کے اولی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔

عصب بصری

(optic neuritis)

اس عصب سے تعلق رکھنے والے تشریحی اہمیت کے خاص نکات اور اس عصب کے وظائف کی تحقیقات کے طریقے پہلے بیان ہو چکے ہیں (صفحات 612 اور 621) تصویر (۷۱)۔

عصب بصری کے عوارض۔ آلہ چشم بین کی مدد سے التهاب عصب بصری (optic neuritis) اور اذیماء حلیہ (papilledema) کے درمیان فرق کرنا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ دو حالتیں باوجود ایک دوسری سے مشابہ ہوتے کے بالکل مختلف امراضیاتی اعمال کا نتیجہ ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۰)۔

اذیماء حلیہ (papilledema) کی اصطلاح عصب کے سر (ماحلیہ) کے درم کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو ایسے مکانی حالات سے پیدا ہوتا ہے جو دروں حجمی فشار کی زیادتی سے پیدا ہوتے ہیں، خواہ وہ کسی سبب سے بھی ہو۔ یہ بڑھا ہوا دباؤ رeticular فضا میں کے دماغی نغاصی سیال کے راستہ سے اعصاب بصری کے غلافوں تک منتقل ہو جاتا ہے جہاں وہ وریڈوں کا انضغاط پیدا کر دیتا ہے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سب سے کم مزاحمت کے نقطہ پر (جو عصبی سر ہوتا ہے) عروقی دیوار میں سے عبور ارتشاح ہوتا ہے۔ اسی عوال ان رتھوں میں روک پیدا کر دیتے ہیں جن کی راہ سے یہ عبور رشحہ قدرتی طور پر جذب ہو سکتا تھا، چنانچہ یہ حالت ترقی کرتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اذیماء حلیہ یہاں تک بڑھے کہ عصبی سر کا بلند ترین نقطہ عام شبکیہ کے آگے ۲ یا ۳ ملی میٹر باہر نکلا ہوا ہو۔

التهاب عصب بصری (optic neuritis)، جب کہ اس اصطلاح

کے مفہوم سے ظاہر ہے، عصب کی ایک التهابی حالت ہے، جو مختلف سرایت رساں ایسی ماطات سے پیدا ہو سکتی ہے یہ ایک متقابلہ غیر عام حالت ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں عصبی سرائون ہو یا نہ ہو۔ جب عصبی سرائون ہوتا ہے تو چشم میں

امتحان کرنے پر مہو ہو وہی نظر آتا ہے جو اذیمائے عظیمہ میں دیکھنے میں آتا ہے، لہذا اسے دراصل التهاب حلیہ (papillitis) کہنا چاہئے۔ اگر بعضی سرائف نہ تو اس حالت کو خلف المقلہ التهاب عصب (retrobulbar neuritis) کہتے ہیں اور اس میں کوئی ایسے تغیرات نہیں پیدا ہوتے جو چشم میں سے قابل شناخت ہوں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ کچھ عرصہ بعد اس وقت جب کہ عصبی ریشوں کا انحطاط پھیل جاتا ہے اور اس کی جگہ یعنی بافت لے لیتی ہے ذہول عصبی کی وجہ سے خوب نظر آئے۔ اذیمائے حلیہ کے اسباب وہ ہیں جو درون جمعی تناؤ کو زیادہ کر دیتے ہیں جن میں دماغی سلسلہ عام ترین ہے۔ التهاب حلیہ کے اسباب بہت تھوڑے ہیں۔ یہ کئی مرض میں نیز صلابت منتشر (disseminated sclerosis) میں جب کہ مرض کی ایک چمکی عصبی سر کو متاثر کرتی ہے اور شاید طور پر دوسری ساری یا سبھی حالتوں میں مل سکتا ہے۔ خلف المقلہ التهاب العصب (retrobulbar neuritis) کا عام سبب منتشر صلابت ہے۔ متھل الکحل (methyl alcohol) کا تسم یا ایٹھل الکحل (ethyl alcohol) اور کوئین کا غلط تسم گنا ہے۔ اس کا سبب ہوتا ہے۔ ذہول عصبی (optic atrophy)۔ مختلف اعمال کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے جن میں سے اہم ترین درج ذیل ہیں:-

- ۱۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو آتشک کی مصیبت کے نتیجہ کے طور پر ہو۔
- ۲۔ قرض ایک مادی شغب ظاہر کرتا ہے اور اس کی کوریں صاف کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ اکثر نزال نخاع اور صلابت قلعی (dementia paralytica) میں دیکھا جاتا ہے۔
- ۳۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو خلف المقلہ التهاب عصب (retrobulbar neuritis) کے بعد ثانوی طور پر ہو۔ یہ نہایت عام طور پر صلابت منتشر (disseminated sclerosis) میں دیکھا جاتا ہے جس میں قرض ایک پھیکا سپید شغب ظاہر کرتا ہے جو صدی جانب بہترین طور پر نمایاں ہوتا ہے۔
- ۴۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو عصب بصری یا خطہ بصری پر دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہو۔ اس حالت میں قرض ایک حیرتناک شغب ظاہر کرتا ہے اور ان کی کوریں نہایت صاف کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔

۴۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو اذیمائے حلیہ یا التهاب حلیہ کے بعد ثانوی طور پر جو کہ جس میں رشحہ شعلی ہو جائے عصب کا سرکہ کا سپید ہوتا ہے لیکن اب بھی ممکن ہے کہ کچھ ورم ظاہر کرے۔ اس کی کوریں غیر واضح ہوتی ہیں، غلیظاتی کا اس بھرا ہوا ہوتا ہے اور عروقی کے عمر کے ساتھ ساتھ رشحہ کی سپیدی مائل دھاریاں ہوتی ہیں۔

مندرجہ بالا میں سے پہلی تین قسموں کے بول لہری کو اکثر اوتی ذبول عصب بصری (primary optic atrophy) کہتے ہیں، تاکہ وہ ثانوی ذبول عصب بصری (secondary optic atrophy) سے متفرق کیا جاسکے جو قرص بصری کے اس ورم سے پیدا ہوتا ہے جو کہ اذیمایا التهاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ذبول عصب بصری میں بینائی بہت کم ہو جاتی یا جاتی رہتی ہے۔

تیسرے، چوتھے اور چھٹے اعصاب

شکل چشم پیدا کر دینے والے اضرار سے مندرجہ ذیل ماؤف ہو سکتے ہیں:۔
۱۔ اعصاب کے تنے۔ یہاں اضرار یہ ہیں:۔ آتشکی اور نام نہاد ریشی التهابات اور تسمی التهاب عصب۔ عجزی یا دروں جمعی یا تیدوں کا، یا انور ساؤں کا دیاؤ، اور شاؤ طور پر خود اعصاب کے تنوں کی رسولیاں۔ راستہ تنصر۔ التهاب یا قطع جو درمیانی گوشت سے پھیل آئے۔

۲۔ دماغ کے وہ عصبی ریشے جو عصبی تنوں کو نواتوں کے ساتھ ملحق کرتے ہیں۔ ان کو ماؤف کر دینے والے خاص اسباب نرف، لیت، رسولیاں، اور صلابت غنہ (disseminated sclerosis) ہیں۔

۳۔ عصبی نوافذ ذاتی شکل اسی قسم کے ماسکی اضرار سے پیدا ہو سکتے ہیں جیسے کہ امی بیان کئے گئے ہیں، یا یہ خود نواتوں پر بعض سموم کے انتخابی عمل کے سبب سے ہو سکتے ہیں، جیسا کہ نزال نخساع میں۔ ایک ماسکی ضرر غواؤلی نواتی مرض سے اس طرح تیز کیا جاسکتا ہے کہ اول الذکر میں تھصلہ ساختیں بھی ماؤف ہو کر رقبے مقلد یا حرکتی اور حسی احتمال کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں چوتھے عصب

اور چٹھے عصب کی حالت میں تو ممکن ہے کہ نوائے اور عصبی تنز کے ضرر کے درمیان فرق کرنا مشکل ہو جائے۔ لیکن تیسرا عصب نیکی اور باؤنی جنن اور آنکھ کو گردش دینے والے کئی عضلات کو رسد پہنچاتا ہے۔ اس کے تنے کے ضرر میں یہ تمام افعال ایک ساتھ ہی آؤٹ ہو جاتے ہیں، لیکن نوائے ضرر میں ممکن ہے کہ یہ وظائف علیحدہ علیحدہ طور پر آؤٹ ہو جائیں۔ نوائے کے آنکھ کے حصے کے ضرر سے ممکن ہے کہ استرخاؤ، جنن، اور عضلاتی تشلل (pupillary paralysis) اور گرفت چشم کی اوپر وار حرکت میں تشلل پیدا ہو جائے، لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضلات کا کوئی عارضہ نہ ہو۔ یاد رکھنا چاہئے کہ متحرک، یعنی اعصاب کے مرض کے علاوہ، خطرناک عضلی تہاکت (myasthenia gravis) بھی تشلل چشم کا ایک عام سبب ہوتا ہے۔

تشلل چشم کا علاج اگر سبب دریافت ہو سکے تو علاج کا انحصار اسی پر ہونا چاہئے۔ تشللی اعتبارات کا علاج (اور ان کی تعداد بہت زیادہ پائی جاتی ہے) سالورسان (salvarsan) اور پوٹاسیم آیوڈائیڈ اور پارہ سے کرنا چاہئے۔ انتہائی نوعیت کی امیابوں کے لئے خراش معالی پیدا کر کے لئے کان کے پیچھے ایک آبلہ پیدا کر دیں یا کینٹی میں جوکس لگائی جائیں۔ اگر سردی میں کشف ہوتے کے بعد تشلل کا ظاہر ہونا معلوم ہو جائے تو گرم کمبیات کا استعمال کرنا چاہئے اور داخلی طور پر پیلیس (salicylates) کا استعمال کیا جائے۔ لیکن نام نہاد روشنی، اصابتیں بلا علاج اچھی ہو جائے کارحمان رکھتی ہیں غشع کا ازالہ ایک مشور (prism) کے استعمال سے کیا جاسکتا ہے، مگر مشور کی قوت اتنی زیادہ نہ ہو کہ خیالوں کو متحد کر دے بلکہ صرف اتنی ہو کہ ان کو ایک دوسرے سے قریب تر کر دے تاکہ عضلی کوششوں کی ترغیب ہو۔

عصب پنجم

(fifth nerve)

عصب پنجم کو اس کے ممبر کے کسی بھی حصے میں مضرت پہنچ سکتی ہے جس میں اس کا مبدأ اسلعات یا نرن سے آؤٹ ہو سکتا ہے۔ اس کا تعلق قاعدہ و دماغ میں اسلعات یا انتہاب سمایا (meningitis) سے آؤٹ ہو سکتا ہے۔ قعدہ و دماغ کے ساتھ اس کی

پہلی قسمت پر اینوزیم سلطہ یا التهاب سحاب سے دباؤ پڑنے کا امکان ہوتا ہے دوسری اور تیسری قسمیں ایسی بالیدوں سے متغیر ہو سکتی ہیں جو ناک یا مہوم میں پیدا ہوں۔ لیکن ادناک کے تضادات دوسری اور تیسری قسموں کی مختلف شاخوں کو ماؤف کر سکتے ہیں۔ اور قرب و جار کے التهابات سے ان شاخوں کا عصبی التهاب پیدا ہو سکتا ہے۔

علامات۔ ان کا انحصار ضرر کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔ اگر حقیقی ریشے ماؤف ہوتے ہیں تو اس کا نتیجہ چہرے کی عدم حسیت ہے جو اس عصب کی توزیع سے متاثر ہوتی ہے۔ نقصان جس سے پہلے اکثر تھنہضارٹ اور سن پین یا وجع العصبی درد ہوتے ہیں۔ ملتہمات چشم اور انفی اور خدی غشائے مخاطی بھی بلاشبہ اسی طرح ماؤف ہو جاتے ہیں جس طرح کہ جلد اگر عقدہ کی حسی جڑ یا اس کی مینی قسمت ماؤف ہوں تو قدرتی منکوسہ جلدی زائل ہو جاتا ہے اور جب قدرتی عدم حسیت مکمل ہو تو اجسام غریب کی خراشیں کی پروانہ کرنے کے باعث التهاب (عصبی شبلی التهاب فرنیہ) واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ آنکھ بالآخر ضائع ہو جائے۔ جب تیسری قسمت ماؤف ہو تو دہن ایک جانب پر بے حس ہونے کی وجہ سے اس جانب غذا نہیں چائی جاتی، اور موضع کا صاف کن عمل نہ ہونے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ زبان پر موٹی فرو جمع ہو جاتی ہے۔

منطقی غلہ (herpes zoster) بالخصوص پہلی قسمت کے تعلق میں ہوتا ہے (چشمی منطقی غلہ = herpes zoster ophthalmicus) اور معلوم ہوتا ہے کہ وہ عقدہ گاسر کے التهاب سے پیدا ہو جاتا ہے۔

اگر عصب پنجم کا حرکتی حصہ ماؤف ہو جائے جو کہ صرف ان اضرار سے ممکن ہے جو عصب کے مبداء کے قریب واقع ہوں تو مدغنی، مضغنی اور چنچی عضلات شلول ہو جاتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد مدغنی اور مضغنی عضلات کا ذبول شناخت کیا جاسکتا ہے۔

عقدہ اور جس کے درمیان جیسی جڑ کے اضرار عموماً ترقی پذیر ترسین اور عدم حسیت پیدا کر دیتے ہیں مگر بلا درد کے۔ خود عقدہ اور شاخوں کے اضرار کی حالت میں عدم حسیت سے پہلے یا اس کے ساتھ درد ہوتا ہے۔ دوری ثلاثی توامی وجع العصب (paroxysmal trigeminal neuralgia) کا بیان صفحہ ۷۵۴ پر درج ہے۔

تشخیص۔ شدید درد کی موجودگی سے کچھ عرصہ تک وجع العصب کی شاہیت

پیدا ہو سکتی ہے، مگر عدم حسیّت، مسکوسہ قریبہ کا کم یا غیر موجود ہونا، یا ان عضلات کا ہزال جن کو حرکی جڑ سے رسد پہنچتی ہے، یہ سب ایک عضوی ابتدا، ثابت کرتے ہیں۔ اگر صرف ایک یا دوسری شاخ ماؤف ہے تو ضرر عقدہ گلاس کے آگے ہو گا۔ اگر سب شاخیں ماؤف ہیں تو ضرر مبدا کے قریب ہو گا۔ جب دوسرے عصبی شلل، مثلاً اعصاب چشم کے یا حرکی غٹھے کے شلل ساتھ موجود ہوں تو اس سے بھی ضرر کے مقام کی تعین میں مدد ملے گی۔

علاج جہاں ممکن ہو سبب مرض کا تدارک کرنا چاہئے اور اس کے علاوہ عقدہ گلاس یا اس کی شاخوں میں اکل کا خراب کرنے سے درد میں افادہ حاصل ہو سکتا ہے۔

عصب ہفتم یا عصب وجہی

(seventh or facial nerve)

عصب ہفتم کی ارضیاتی اہمیت بالخصوص اس کے حرکی ریشوں میں مرکوز ہے، اور یہ عصب بوجہ اپنے پرمیج مرکب جو سرد رخ سے شروع ہو کر ایک غٹھی قنال میں سے ہوتا ہوا چہرہ پر اس کی توزیع تک پہنچتا ہے، التهاب و انقباض کا خاص طور پر امکان رکھتا ہے۔ ساتویں نوائے کو ماؤف کرنے والا ماسکی ضرر تقریباً ہمیشہ دوسرے علامات بھی پیدا کر دیتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کے ساتھ قرب و جوار کی شاخیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں، بالخصوص عصب چشم۔ عصب ہفتم دو یعنی جسری زاویہ (cerebello-pontine angle) میں سے گزرتے وقت پانچویں غٹھے اور آٹھویں اعصاب کے ساتھ قریبی طور پر وابستہ ہوتا ہے، چنانچہ اس مقام کے مرض میں عموماً ان میں سے ایک یا زائد اعصاب ماؤف ہو جاتے ہیں یہ اپنی غٹھی قنال کے پہلے حصہ میں عصب ہفتم کے ساتھ قریبی طور پر تناس ہوتا ہے۔ لہذا عصب ہفتم کا ضرر دیا بعد اگانہ مرض نہایت عام طور پر ایسے ضرر کی وجہ سے ہوتا ہے جو وجہی قنال کے حصہ زیریں میں یا باری علمی پورخ سے اس کے باہر نکل آنے کے بعد واقع ہو۔ نوائی شلل التهاب یا بالید کی وجہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ عصب اپنے درون بھی عمر میں اکثر اوقات دوسری جسری زاویہ میں رسولی ہے، یا آنشکی التهاب سمایا سے ماؤف ہو جاتا ہے، اپنے غٹھی نمر کے بالائی حصے میں یہ عموماً درمیانی گوش کے مرض کے اس سمت میں پھیل جانے سے ماؤف ہو جاتا ہے۔

لیکن وجہی شلل کی عام ترین قسم وہ ہے جس میں تنہا ہی مصیب ایسے التهاب سے ماؤف ہو جاتا ہے جو غالباً ساری یا تہی نوعیت کا ہوتا ہے۔ اس حالت کو عام طور پر شلل بیل (Bell's palsy) کہتے ہیں۔

مثلاً بیل (Bell's palsy) یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے اور دونوں صنفوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے۔ اس کے اسباب نامعلوم ہیں لیکن معلوم ہوتا ہے کہ سردی میں تکشف بعض اصاباتوں کی تسبب میں حصہ لیتا ہے۔ اس کا حملہ عموماً عام ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے آغاز سے پہلے اپریلی مطلق سورج کے مقام کے آس پاس دلوں کی شکایت ہو۔ خود بعض کو چہرے کے عضلات میں طاقت کا فقدان محسوس ہوتا ہے اور اکثر وہ شکایت کرتا ہے کہ چہرہ مخالف جانب کے طرف اوپر کو کھینچ گیا ہے۔ چائے اور نفی میں مداخلت ہوتی ہے۔ اور بوٹوں کی ناکافی مسدودی کے باعث آشوب چشم ہو جاتا۔ آغاز طے سے جو بس ٹھنڈوں کے اندر مرض کا ترقی پذیر درجہ ختم ہو جاتا ہے۔ اب درجہ شلل کا اندازہ کرنا ممکن ہوتا ہے۔ معتدل طور پر شدید اصابات میں چہرے کے تمام عضلات شلول پائے جائیں گے، یہ اشتناے عضلہ محیطیہ الجفنیہ کے جس کی طاقت شاذ ہی بالکل غائب ہوتی ہے۔ مختلف مہرصہ کے بعد طاقت بتدریج عود کرتی ہے۔ یہ عود عضلہ محیطیہ الجفنیہ سے شروع ہوتا ہے، اور اصاباتوں کی اکثریت میں آغاز حملہ سے دو ہفتوں کے اندر کامل شفا ہو جاتی ہے۔

انذار کے متعلق اندازہ کرنے میں برقی تعاملات بہت کار آمد ہوتے ہیں۔ ان کا امتحان کرنے سے پندرہ دن گزر جانے دینا چاہئے۔ اگر آغاز طے کے بعد اس نتائج کو دیکھی اشتنا فردیت کی بحیثیت ظاہر کریں تو انذار اچھا ہے۔ انحطاطی تعامل (R.D.) ظاہر کرنے والی اصابات میں کامل شفا یابی کا امکان نہیں ہوتا۔

جزئی شفا یابی کے بعد اکثر شلول عضلات کا تقبض واقع ہو جاتا ہے۔ کیسی قدر چھوٹے ہو جاتے ہیں، آنکھ تھوڑی بند رہتی ہے، اور وجہی عضلات زاویہ دہن کو کسی قدر اوپر کھینچ لیتے ہیں۔ اور اگر تندرست جانب کے عضلات حالت آرام میں ہوں تو پہلے ہی دھوکا ہوتا ہے کہ شلول جانب فعال حالت میں ہے اور تندرست جانب شلول ہو گئی ہے۔ لیکن جب مدفن بوتیا یا مسکرانا یا آنکھیں بند کرنے کی کوشش کرتا ہے تو اس خیال کی

فوراََ صحیح ہو جاتی ہے۔ شقیض جانب میں مزید انقباض بہت کم ہو سکتا ہے، لیکن تندرست جانب کی حرکت وسیع جولانی رکھتی ہے۔ اس حالت میں ماؤف عضلات علیحدہ علیحدہ نہیں ہلائے جاسکتے چنانچہ آنکھ بند کرنے میں زاویہ وہن اور آنکھ جاتا ہے، اسکرانے میں آنکھ جڑو بند ہو جاتی ہے۔ اس کو ثانوی خرابی فعل کہتے ہیں۔ بچوں میں دچی شلل اتنا واضح نہیں ہوتا جتنا کہ بالغوں میں، کیونکہ بچوں کے چہرے کے آثار چڑھاؤ میں چھدار یافت نسبت زیادہ صاف دیتی ہے، اور اس حالیکہ زیادہ عمر والے اشخاص میں اس امر میں عضلات زیادہ اہم ہوتے ہیں۔ تشخص - دچی شلل کا یہ ماننا زیادہ مشکل نہیں شلل بیل (Bell's palsy) کہتی حد تک اس کی مام ترین قسم ہے، اور اس کی شناخت اس کے ناگہانی ملنے اور دوسرے علامات کی عدم موجودگی سے ہو سکتی ہے۔ ماؤف جانب پر درمیانی گوش کے مرض کی موجودگی کی چشمہ جستجو کرنی چاہئے۔ بالعموم بالائی عصبیہ کے ضرر کی وجہ سے پیدا ہونے والی دچی کمزوری بہ آسانی شناخت کی جاسکتی ہے اس بنا پر کہ اس میں بالائی دچی عضلات کے نسبت ذریعہ دچی عضلات بہت زیادہ ماؤف ہوتے ہیں اور اس کے ساتھ ہی اکثر تالو اور زبان کی کمزوری موجود ہوتی ہے۔ برقی تعاملات بھی طبعی ہوتے ہیں۔

638

انذار - یہ سبب کے لحاظ سے مختلف ہوگا۔ شلل بیل کے انذار کے متعلق اوپر بحث کی گئی ہے۔

علاج - جہاں سبب دریافت ہو سکے وہاں سبب کا علاج کرنا چاہئے جس سے قطع نظر اس امر کے طرف توجہ ضروری ہے کہ کمزور شدہ عضلات کے وظائف کو مضون رکھا جائے۔ اس وقت تک جب تک کہ عضلات کو ارادہ سے ورزش نہ دی جاسکے، برقی علاج کا جاری رکھنا مفید ہے۔ اگر عضلات فراڈیت سے معیبت ظاہر کریں تو برقی علاج باسانی عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ اگر معیبت ظاہر نہ کریں تو گیلوفانی روکام میں لانی چاہئے۔ مریض کو یہ ترغیب بھی دی جائے کہ روزانہ آئینہ سامنے رکھ کر اپنے چہرے کے عضلات کے استعمال کی مشق کرے، دھک بھی مفید ہو سکتی ہے، ایک خدیہ احابت میں مشکل جانب کے ڈھیلے عضلات کو ہمدرد سے کرا آرام کی وضع میں رکھنے کے لئے تانے کے تار کا ایک ٹکڑا جس پر ربڑ کی ٹی کاغذات چڑھا ہوا ہو اور جس کے دونوں سرے ملٹے ہوئے ہوں، اس طرح استعمال کرنا چاہئے کہ ان میں کا ایک سر اکافی کے اوپر لگا ہوا ہو اور دوسرا سر

زاویہ دہن کے اندر ہگ کی طرح اٹکا دیا گیا ہو۔

عصب ہشتم

(eighth nerve)

مختلف دماغی اعصاب اس عصب کے نوائوں کو جس میں یا اس کے اعصابی تر تعلقات کو دماغ میں آؤں کر سکتے ہیں۔ خود عصب التهاب سما یا (meningitis)، اور سناؤں یا سلمات سے متضرر ہو سکتا ہے۔ اذنیہ کے اندر عصب کے پھیلاؤ کو حادث یا نرسن التهاب آتشکی مرض یا انحطاطی تغیرات سے معضرت پہنچ سکتی ہے۔ ان اعصاب کے نتائج میں ہر بھرا اپن، دو دان قشر اور مختلف موضوعی آوازیں بالخصوص طنین الاذن۔

اُس بھرا ہے مین کو جو مندرجہ بالا سبب کے باعث ہو ”عصبی“ صمم (nerve deafness) کہتے ہیں اور اسے اس فقدان سماعت سے متفرق کرنا چاہئے جو درمیانی گوش اور بیرونی سمعی منفذ کے اندر سے آواز کے ایصال میں مداخلت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 621)۔

جب ایصال لمبی پایا جائے تو صمم ضرور یا تو عصب کے ضرر یا نتیجہ کے مندر کے باعث ہے۔ اس امر کی تعیین کہ ان میں سے کس میں خرابی موجود ہونے کا امکان زیادہ ہے، سلازم ملاحظات پر سے کرنی چاہئے۔ بعض اوقات یہ دونوں بھی مندر کا ایسا کرتی ہیں۔ لیکن حقیقتہً دماغی اعصابوں میں صمم زیادہ عام نہیں ہوتا، تاہم قلیل عصب سمعی کا تنہ ایک رسولی سے براہ راست مضبوط ہو گیا ہو۔

طنین الاذن (tinnitus aurium)۔ اس اصطلاح کے مفہوم میں آواز کے وہ مختلف موضوعی احساسات شامل ہیں جو عموماً سکاری لینے بیٹھنے، جھنکار اور گر بننے کی نوعیت کے ہوتے ہیں جن سے ان کے خفیف ترین درجوں میں بھی تقریباً ہر شخص واقف ہے۔ یہ صرف عصب سمعی کے ریشوں کی خوش سے پیدا ہوتا ہے اور کان کے تقریباً ہر قسم کے مرض میں پیدا ہو سکتا ہے خواہ یہ مرض بیرونی منفذ گوش یا درمیانی گوش یا قبیہ یا عصب یا عصبی مرکوزوں کا ہو۔ مثلاً یہ بیرونی منفذ گوش

میں دماغ الاذن سے پیدا ہو سکتا ہے، درمیان کی گوش کے مادہ اور مرنس التہابات میں اس کا موجود ہونا شاذ نہیں، اور ان اصابتوں میں یہ ایک نمایاں علامت ہوتا ہے جن میں اندرونی سمعی منفذ اور جس کے درمیان عصب ہشتم ایک رسولی سے ماؤف ہو۔ لیکن طنین کا عام ترین سبب علزوفی آ ل کی عصبی تہاؤں کا مرض ہے۔ یہ تہائیں بعض ادویہ بالخصوص کوئین اور سیلیسیلٹس (salicylates) کی نائثر سے یا ناقص دوی رسد کی وجہ سے، مثلاً اس ثانوی عدم دمویت میں جو شدید غزف کے بعد ہو جائے، عارضی طور پر ماؤف ہو سکتی ہیں بشرط اوقات طنین مٹتی صمم کی سمیت میں پایا جاتا ہے اور عصبی ریشوں کی اس خراش کے باعث ہوتا ہے جو ان کے اتلاف کا مقدمہ ہوتی ہے۔ ایسی اصابتوں میں اس کا سبب یہ ہو سکتا ہے، علزوفہ کے غلطی کسے کا مرض غلطی صلابت (osteosclerosis)، شرابوں میں اخطا ملی کنیزات جو بالآخر متشکل ناقص دوی رسد پیدا کر دیں، یا خود عصبی ریشوں کے اولی اخطا ملی تغیرات جیسے کہ ملائیمہ مینیئر (Menier's syndrome) کی سمونی شکل میں ہوتے ہیں، جس کا سبب نامعلوم ہے، اور جس کو بعض اوقات مینیئر کا مرض کہتے ہیں۔ آخری صورت میں عصب دہیزی کی تہائیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں، جس کا نتیجہ دوار کے حملے ہوتے ہیں۔

علاج۔ پہلے طنین کے سبب کے متعلق غور کرنا چاہئے بیرونی یا درمیانی گوش کے امراض کا علاج براہ راست کرنا چاہئے۔ ان اصابتوں میں جن میں اس کا سبب مبہم یا غیر واضح ہو، نکان اور بالخصوص ذہنی قسم کی نکان سے پرہیز کرنے پر اس حالات میں تخفیف پیدا کی جا سکتی ہے، نیز شککات تجویز کرنے سے، جیسے کہ برومائیڈ (bromide) اور تھوڑی مقداروں میں لیوینال (luminol) کا لانا فو استعمال۔

دو اس (vertigo)۔ دوران سر کی شکایت ایک عام شکایت ہے، اور تشفیں میں یہ امر ایک نہایت اہمیت رکھتا ہے کہ مریض کے وہ اصلی احساسات دریافت کئے جائیں کہ جن کا مفہوم ادا کرنے کے لئے وہ یہ نقطہ استعمال کرتا ہے۔ دہیزی عصبی تہاؤں یا ان کے مرکزی تعلقات کا مرض یا اختلال مینر ملا مات

پیدا کر دیتا ہے اور دوار کی اصطلاح انہی کے لئے محفوظ رکھنی چاہئے۔ یہ تاگہانی اور ماضی حلوں کی یاد زیادہ مسلسل احساس کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ اول الذکر مثال میں مریض کو گرد و پیش کے اشیاء کی اپنی یادوں کی حرکت کا ایک کاذب احساس ہوتا ہے۔ حرکت کسی بھی سمت میں ہو سکتی ہے اور اکثر گردش ہی ہوتی ہے۔ گرد و پیش کے اشیاء گھڑائی کی سوئیوں کی سمت میں یا اس کے خلاف سمت میں گھومتی نظر آتی ہیں زمین مریض کی آنکھوں کی طرف آتی ہوئی یا پھٹ گرتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ یا پھر ممکن ہے وہ اپنے آپ کو ایک یا دوسری سمت میں لٹو کی مانند گھومتا ہوا یا گرتا ہوا محسوس کرے۔ ایک شدید حملے میں وہ گری جاتا ہے۔ ایسے حملے کے اثرات البعد اس کی شدت کے لحاظ سے منٹوں، گھنٹوں یا دنوں تک قائم رہتے ہیں اور اس زمانے میں مریض کو حرکت کرنے پر دوار کے احساسات ہوتے ہیں، بالخصوص سر کی کسی سرخی حرکت کرنے پر حملہ کی انتہا میں تھے ایک عام علامت ہے اور ممکن ہے وہ شدید اور اطالت پذیر ہو۔

خفیف درجہ کے دوار کی احساسات انداء حملہ ہوئے بغیر بھی واقع ہو سکتے ہیں اور مریض لڑکھڑاہٹ کی ایک مسلسل حالت کی شکایت کرتا ہے جو آنکھوں یا سر کی حرکت سے زیادہ شدید ہو جاتی ہے۔

دوار کے اسباب یہ ہیں: ۱۔ جلیغی بخار کی دو طرفوں پر دباؤ کا غیر مساوی ہونا مثلاً سفد میں و سنج کی ڈاٹ ہے یا سرد دیوینکیانی انوبہ سے۔ حادث یا مزمن انتہاب اذن وسطی۔ مزمن انحطاطی مرض جو درمیانی اور اندرونی کان کو متاثر کرے۔ آخر الذکر کا تشکی اور تشربیانی مرض۔ سلعہ یا آتشک جو آنکھوں میں عصب کو ماؤف کرے۔ اور عروقی اضطراب آتشک، سلعہ یا منتشر ملائت جو ساق و مانغ یا دینغ میں دہلیری عصب کے مرکزی تعلقات کو ماؤف کرے۔ دوار ایک ایسے صرعی حملے کے تسلسل کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے جو دماغی تشرد کے مرض کے باعث ہو۔

دوار سے دوچار ہونے پر سب سے پہلا سوال جو پوچھنا چاہئے یہ ہے کہ آیا اس کے ساتھ ہیراپن یا لٹین موجود ہے، اگر ایسا ہو تو ضرور تقریباً یقینی طور پر

درمیانی یا اندرونی کان یا آغوی مصب میں ہے۔ آخر الذکر کے عوارض کے ساتھ دوسرے جسمی اعصاب بھی ماؤف پائے جاتے ہیں، بالخصوص یاغجواں، جھٹا اور سفلوں عصب۔ لہذا عمل طرد کے ذریعہ کان میں مرض کا عمل وقوع مستبط کیا جاسکتا ہے جب کہ وہ موجود ہو۔

ساق و لہخ یا دیمخ کے اضرار کے ساتھ بہر اس یا طنین ہونا لازم نہیں لیکن ان سے دیگر علامات اور امارات (ناہم، آہنگی، شغل، عدم حسیّت) پیدا ہوتی ہیں جو کہ تعین مقام کے لئے مفید ہیں۔ صریحہ کی حسیّت سے دوار ہونے کے بعد شعور تحمل یا زائل ہو جاتا ہے۔ یہی نسیم ایک مابعد حملہ ہوئے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن وہ مختصر ہوتا ہے اور اس کے بعد دوا ری احساسات کی صورت میں کوئی خراب اثر باقی نہیں رہتا۔

اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں دوار اندرونی کان کو ماؤف کرنے والے انحطاط کی اس شکل کا نتیجہ ہوتا ہے جس کا سبب نامعلوم ہے اور جس کو بعض ادوات منکیز (Meniere) کا مرض کہتے ہیں۔

علاج جدید وار کو ایک مرض سمجھنے کے بجائے ایک علامت سمجھا جائے اور اسی واسطے جب اس کا بنیادی سبب معلوم ہو جائے تو اسی کے پیش نظر اس کا علاج کرنا چاہئے۔ ان اصابتوں میں جو درمیانی گوش کے عزمین التهاب (otitis media) کے باعث ہوں جراحی علاج کی ضرورت ہے۔ بعض مثالوں میں شغل التهاب النینہ (destructive labyrinthitis) کا سبب آتشک ہوتی ہے اور اس کا علاج مناسب ادویہ کے ذریعے سے کرنا چاہئے۔ ان اصابتوں میں بھی امراضیات غیر واضح ہو پوناسیم بر دماؤ حلوں کے تو اثر اور شدت کو کم کر لیتے ہیں مفید معلوم ہوتا ہے، اور اسے ۱۵ تا ۲۰ گرین کی متادوں میں روزانہ تین بار دینا چاہئے۔ لیوینال (luminol) ۱/۲ گرین کی متادوں میں روزانہ تین بار یا شبت کو اور صبح کو ایک گرین، شاید اس سے بھی زیادہ مفید ہے جب اس کے سبب کویتین کے ساتھ تیہ (labyrinth) میں محدود قرار دیا جاسکے اور مرض یک جابھی ہو، تو علیہ کے ذریعہ نکلیں دی جاسکتی ہے۔ یہ تو نسیم و حسیّت

کر کے اگلے کے اشرب کے ذریعہ بر باد کر دیا جاتا ہے، یا آٹھویں عصب کو مجھ کے اندر ہی کاٹ دیا جاتا ہے۔ ایسی کارروائیوں کو ان ہی مریضوں کے لئے محدود رکھنا چاہئے جن میں طے شدید اور بیکار کرنے والے ہوں، تاہم اس وقت ان پر غور کرنا بالکل غیر مناسب ہے کیونکہ وہ مستقل تسکین کا واحد ذریعہ ہم پہنچاتی ہیں۔

علائقہ مینیئر (Meniere's syndrome) اور مرض مینیئر (Meniere's disease)۔ پہلے بتلایا گیا ہے کہ طینن اور دواروں کا

عام ترین سبب عیہ کا مرض ہے خواہ وہ کسی سبب سے ہو اور اس وقت ان دونوں علامات کے ساتھ صمم پایا جاتا ہے۔ ان تین علامات کے مجموعہ کو اس فرانسیسی طبیب کے نام کی ہدایت سے جس نے اسے سب سے پہلے بیان کیا اور اس کا تہیسی ناخدا صحیح طور پر تصدیق کیا، علائقہ مینیئر کہتے ہیں۔ مینیئر کے مشاہدہ کردہ ابتدائی مریضوں میں سے ایک مریض میں علامات کا طور پر پیدا ہوا تھا۔ مریض مر گیا اور مناظر قہیہ کے اندر زنف کا ایک کونے تھے۔ گمان غالب ہے کہ یہ مادہ بھی ختی سرایت کی احصاء تھی۔ اسی احصاء میں نہا۔ شاذ ہیں۔ تہی مریض کے عام تر اسباب نرمن التهاب اذن وسطیٰ شریانی صلابت، سر کا تفر اور آتشک ہیں۔ یہ امر بھی یاد رکھنا چاہئے کہ مینیئر کے علائقہ سے وہ مرض مشاہد ہو سکتا ہے جو کہ آٹھویں عصب کو ماف کرے، بالخصوص نام نہاد سمعی عصبی یعنی سلمہ (acoustic neurofibroma)۔

لیکن مینیئر کا علائقہ پیش کرنے والے مریضوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں ان میں سے کوئی سبب بھی نہیں پایا جاتا۔ عام سرگزشت طینن اور صمم کے نہایت تدریجی حل کی ہوتی ہے، جو ایک کان میں شروع ہوتا ہے، اور بہت عرصہ عموماً سالہا سال کے عرصہ کے بعد دوسرے کان کو بھی ماف کر دیتا ہے اور اس سارے زمانے میں دوار کے حملے بار بار وفتوں کے ساتھ ہوتے رہتے ہیں، مریض کے عمر میں طویل فترات واقع ہو سکتے ہیں، اور سماعت کی حالت وقتاً فوقتاً تغیر ظاہر کرتی رہتی ہے۔ عصبی ہیرا میں ہلشہ موجود ہوتا ہے لیکن ممکن ہے اس کے ہمراہ دریا فی کان کا ہیرا میں موجود ہو۔ غیر یقینی سبب رکھنے والے اس بڑے گروہ کے لئے مینجند (Mygind) اور ڈیڈرنگ (Dederding) نے مینیئر کے مرض کا نام

تجزیہ کیا ہے، اور اس کی وہ یہ تعریف کرتے ہیں، "ایک ایسا مرض بلعوجاں تک کہ کان کا تعلق ہے سمعی اور قیامی دونوں حصوں کے تغیر پذیر و طبیعی کی ضرورت میں ظاہر ہوتا ہے" اور جس کے متعلق ہر نوعی نسیب خارج از بحث کرنا ممکن ہوا ہے۔ "ان مضمون میں سینتیر کے مرض" کا لفظ استعمال کرنے میں فائدہ ہے بشرطیکہ اس میں نادر یافت شدہ سبب کا مفہوم بھی یاد رکھا جائے۔ راکم الحروف نے سینتیر کے مرض کے مریضوں کے ایک سلسلے میں یہ مشاہدہ کیا کہ ۹ فیصد فی حقیقت (migraine) کے مثالی حلوں میں بھی مبتلا تھے (ملاحظہ ہو صفحہ 747)۔

عصب نہم یا لسانی بلعومی عصب

(ninth or glosso-pharyngeal nerve)

یہ عصب شاذ ہی تنہا ماؤف ہوتا ہے لیکن مجملہ کے قاعدے پر کے سلطات میں یہ دیگر اعصاب کے ہمراہ ماؤف ہو جاتا ہے، جو کہ وادی مورخ میں سے گزرتے ہیں۔ اس کا اتلاف تو زری خطہ کو ڈھانکنے والی غشاء مخاطی کی، اور متاثرہ جانب زبان کے موخر حصہ اور نرم تالو کی عدم حسیت پیدا کرتا ہے۔ لسانی بلعومی عصب میں دسویں عصب بھی نمودار ہو سکتا ہے اور درد کو رہا بالاحصوں اور اذنی طبل کے خطہ اور رینگیالی ابوہر کی طرف حمل کیا جاتا ہے۔ درد کی تحریک معلقوم یا زبان کی حرکت یا ان حصوں سے غذا کے تماس سے ہوتی ہے، وہ ترقی پذیر تو اثر اور شدت کے دوروں کی صورت میں ہوتا ہے، اور اسے صرف عصب کا قطع کر دینا ہی تسکین دے سکتا ہے۔

عصب دہم یا عصب تائیہ

(tenth or vagus nerve)

عصب تائیہ کے حرکی نواہ جو کہ صدری اور شکمی احشا کے عضلہ انس کی ایک معتد بہ وسعت کی تعصیب کے لئے ذمہ دار ہیں، تالوہ بلعوم اور جنوہ کے ارادی عضلہ کو حرکی ریشے ہم بخاتے ہیں۔ حسی نواہ صرف مثالی احساس سے تعلق رکھتا ہے۔ نتائج متخلیل میں تائیہی نواہ، طقیقت، نزف، نوبالید، غمازی جوت

التهاب رءواذ نخاع، یا انحطاطی تغیر (ترقی بصلی شلل = progressive bulbar palsy) سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ جبکہ کے قاعدے پر عصب جمہ یا سسما یا کی نوبالید یا مرض التهاب (آتشکی اندرنی یا تقصی) سے مضبوط ہو سکتا ہے۔ گردن اور سینے میں عصب کا تہ یا اس کی بازگرد شاخ بسا اذنان ای نورزم، نوبالید یا کلانی یا تہ غد سے مادہ ہو سکتی ہے۔

تلمیہ کے ضرر میں جن علامات کی تلاش کرنے کی ضرورت ہے وہ تالو، بلعوم اور جل صوتی کے شلل سے پیدا ہوتے ہیں۔

متاثرہ جانب کا تالو تقویت کرنے پر اٹھنے نہیں پاتا، اور ہماۃ غیر متاثرہ جانب کو کھینچ آتا ہے۔ متاثرہ جانب پر بلعوم کی پھیلی دیوار تقویت کرنے پر غیر متاثرہ جانب کو جانی طور پر کھینچ آتی ہے (بلعوم کی بروہ نام حرکت)۔

جل صوتی ایک ایسے ضرر کے بعد جو کہ نواۃ اور بازگرد جھری عصب کے دریا کسی مقام پر ہو، مکمل طور پر شل ہو جاتی ہے اور جینی وضع میں دافع ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ کسی قدر بھرائی ہوتی آواز اور کھانسنے میں دقت ہوتی ہے۔ بازگرد عصب کا ضرر صرف بعد شلل پیدا کرتا ہے اور تقویت اور کھانسنے متاثر نہیں ہے۔ نئے ایسے قاعدہ تنفس اور سمت شرح بغض جو کہ بڑھے ہوئے دروں جچی دباؤ کے باعث پیدا ہوتے ہیں غالباً نامی نواۃ پر دباؤ کے اثرات ہی کا نتیجہ ہیں (بیزر ملاحظہ ہو صفحہ 208)۔

علاج ان ہی اصولوں پر ہونا چاہئے جو کہ دوسرے اعصاب کی حالت میں بتائے گئے ہیں (بیزر ملاحظہ ہو جھرو کے امراض)۔

عصب یازوہم یا نخاعی معین عصب

(eleventh or spinal accessory nerve)

اس عصب کا بیرونی حصہ جڑوں کے ایک سلسلہ کے ذریعے سے نخاع کے غنقی حصے سے نکلتا ہے اور دراصل ایک حرکی نخاعی عصب ہے جو اگلے قرن سے براہ راست تعلق رکھتا ہے۔ اس کی توزیع فقید علیہ اور مرتبہ متحرک عضلات میں ہوتی ہے۔

دماغی اور دونوں جمعی اضرار کے علاوہ جیسے کہ عصب تائیڈ کو ماؤن کر سکتے ہیں
 نچاچی معین عصب عقی شوق کی بوسیدگی گردن کے بڑھے ہوئے غدود یا پھوڑوں
 یا چوٹوں اور کشیدگی سے متضرر ہو سکتا ہے اگر ضرر پچھلے شلٹ میں ہے تو قصیہ علیہ
 عضلہ ضرور محفوظ رہے گا۔ قصیہ علیہ عضلہ کاشل اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ اس عضلہ
 کا انقباض کوئی انجھار نہیں پیدا کرتا۔ نیز مقابل جانب کو سر کو گھمانے کی قوت کم
 ہوتی ہے۔ مُرتبۂ منخرقہ عضلہ کے شل میں گردن اور شانے کے درمیان کی قدرتی ڈھال
 ایک گہرا گڑھا بن جاتا ہے جو شانے کو اوپر اٹھانے پر (جو کہ رافضی زاویہ کتف عضلات
 کے فعل سے اب بھی ممکن ہے) اور زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ شانے کی ٹوک طبعی حالت
 کی نسبت زیادہ نیچے رہتی ہے اور عظم الکتف کا پچھلا کنارہ نیچے سے اوپر کو اور باہر کی
 طرف میلان رکھتا ہے لیکن ہاتھ کو سر سے اوپر اٹھانا مشکل یا ناممکن ہوتا ہے کیونکہ
 مُرتبۂ منخرقہ عضلہ عظم الکتف کو دایہ عضلہ کے استعمال کے لئے مثبت نہیں رکھتا
 اور نہ وہ اس گردش میں مدد ہوتا ہے جس کے لئے منشاریہ کبیرہ عضلہ بالخصوص
 کام میں لایا جاتا ہے ایک قائم رہنے والے ضرر کی حالت میں قدرتی نتیجہ ذبول اور برقی
 تغیرات ہیں۔

علاج۔ یہاں جب ممکن ہو میں تیسبی ضرر کا تدارک کرنا چاہئے، اور عضلی
 فعل کا علاج برقی پیمان اور شاید لک سے کرنا چاہئے۔

عصب دوازدهم یا تحت اللسانی عصب

(twelfth or hypoglossal nerve)

عضلی ضرر کا عام ترین سبب حرکی عصبی مرض دترقی الصغریٰ (progressive
 bulbar palsy) ہے جب کہ دونوں نواۃ مجموعی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ دروں اُلٹی
 مرض عصبی ریشوں کا ایک جانبی اطلاق موخر تحتانی و مینگی شریان کے اندام میں
 واقع ہوتا ہے۔ دماغ کے قاعدے پر عصب نو بالید یا تشکی الہباب سجایا ہے
 اور جبہ کے باہر خیش غذا الہباب اور نقصر سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ جب زبان کی
 ایک جانب مشلول ہو تو عضو بروز کرتے پر متاثرہ جانب کو دھکیلا جاتا ہے۔ جب شل دو

ہو تو زبان منہ میں سب سے حرکت پڑی تھی چاروں ابتلاع اور لفظ (articulation) تشویشناک طور پر متاثر ہو جاتے ہیں۔ عضلات کی لاغری غشاء مخاطی کا جھری دار منظر پیدا کرتی ہے جو اس وقت خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے جب کہ مارتھ ایک جانچی ہو۔ بالعموم ریشمی انقباض لاغر مچنے والے عضلات میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ بھی آسانی سے اسی وقت پہچانا جاتا ہے جب کہ شلل ایک جانچی ہو، لیکن دو جانچی شلل میں یہ اس باریک بے قاعدہ رشتہ سے غلط ملط ہو سکتا ہے جو کہ ایک طبی شخص کی بردہ کردہ زبان میں دیکھا جاتا ہے۔ ایسی اصاباتوں میں اس کی تلاش اس وقت کرنی چاہئے جب کہ زبان کھلے ہوئے منہ میں ساکن پڑی ہوئی ہو۔

علاج تنبیہی دلائلوں کے مطابق ہونا چاہئے۔

نخاعی اور محیطی اعصاب کے اضرار

نخاعی اعصاب جڑوں کے مقام پر ضعیفہ میں یا ان کے آگے کے عصبی تنوں میں متضرر یا مرضی ہو سکتے ہیں۔

عصبی جڑوں کے اضرار نخاع یا عمود شوکی کے امراض، چوٹوں اور یوٹوں کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں، اور ان کے علامات مرکزی عارضہ کے علامات کے ساتھ مجتمع ہو سکتے ہیں مثلاً ام جافیہ سے آگئے والے سلسلہ آتشکی التهاب سمایا یا تدرنی بوسیدگی کی اصابات میں نخاعی اعصاب کے تنوں کے اضرار زیادہ تر عمود شوکی میں کی یا اس کے قریب کی نو بالیدوں اور سائوں اور یوٹوں سے پیدا ہو جاتے ہیں عصبی جڑیں اس جگہ جہاں وہ فقری سوراخوں سے نکلتی ہیں، ریشمی التهاب یعنی راتھاب اصلہ (radiculitis) کے دوران میں بھی متاثر ہو سکتی ہیں۔

مقابلہ خفیف ضربہ، یا دافر کھیناؤ سے بھی بالخصوص جب کہ یہ بار بار اور کر رہ ہو عصبی غلافوں کے اندر انقباض پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات عصبی غلافوں کا التهاب ان سموم سے پیدا ہو جاتا ہے جو جوئے خون سے داخل ہو جاتے ہیں، اور یہ سموم یا تو جراثیمی مبدار کے ہو سکتے ہیں یا ناقص تحول کے منمنی حاصلات۔ عضدی اور نسائی ضعیفوں کے عصبی پٹے غالباً تغلیوہ کلمہ محل وقوع اور کھینچاؤ کی زیادہ قابلیت کے باعث ان اسباب سے خاص طور پر

تاثیر ہوتے ہیں۔

چونکہ نخاعی اعصاب میں حرکی اور حسی دونوں قسم کے ریشے موجود ہوتے ہیں، لہذا ان کے اضرار کے علامات عضلی قوت کا نقصان اور عدم حقیقت دونوں میں ہوتا ہے۔ ان کے عصبی ریشوں کی اس توزیع سے مطابقت کرتے ہیں جو عضلات اور جلد میں علی الترتیب ہوتی ہے۔ اگر یہ ضرر قائم رہے تو عضلات کا ذبول واقع ہو جائے گا اور ان کے برقی تعاملات متغیر ہو جائیں گے (ملاحظہ ہو صفحہ 627) اور شاید جلد میں پرورشی تغیرات واقع ہو جائیں گے۔

علاج ان اضرار کے وہ نتائج جن کے علاج کی ضرورت ہوتی ہے، ایک طرف تو شلل اور عضلی ذبول ہیں اور دوسری طرف درد یا جسی علامات۔ دونوں صورتوں میں اگر سبب مرض قابل ازالہ ہے (جیسے کہ بھوڑے یا رسولی کی وجہ سے دباؤ) تو حتی الامکان اس کا مذاک کرنا چاہئے۔ یا اگر شمی انہاب عصب کو سبب مرض سمجھا جائے تو جسم کے اندر سرایت یا جسم کے تمام ممکن شعبوں کو تلاش کر کے حتی الامکان ان کا علاج کرنا چاہئے مثلاً جو فیزی سلان رییم (pyorrhea alveolaris)، عفونی لوزنیں، غذائی خصل کی نرسن سرایتیں جن امباتوں کے تقریبی الاصل ہوئے، کاشبہ ہوان میں ایٹوفان (atophan) اور اسپیرین (aspirin) کا داخلی استعمال کرنا چاہئے اور غذا میں اصلاح تجویز کرنی چاہئے۔ قفل کے علاج کے لئے داک بڑی پیچ اور ورز شیں کار آمد ہیں۔ درد کے لئے حرارت یا نواح (belladonna) پچھٹاک (aconite)، تار من، وغیرہ کے مروجات کا مقامی استعمال مفید ہو سکتا ہے۔ شفا و حامل کے لئے آراہ بھی ضروری ہے۔ بازو کو ایک آؤٹک کے اندر رکھنا چاہئے۔ اگر لانا ایک ماؤف ہے تو مریض کو بستریوں لٹا کر رکھنا چاہئے اور جب ضرورت ہو تو شللول عضلات کو آرام کی وضع میں رکھنے کے لئے مخصوص جبار کام میں لانی چاہئیں۔ ذیل میں نخاعی عصب کے بعض زیادہ اہم اور کثیر الوقوع اضرار کا مختصر بیان دیج کیا جائے

بالائی معنقی اعصاب

یہ شوک کے بالائی حصے کے امراض میں ماؤف ہو سکتے ہیں، بالخصوص فہر یا محورہ

کے درجہ میں بچھلے فرغات اکثر ضربی یا سہی سدا کے عصبی التهاب سے آؤں ہوتے ہیں۔ گردن کو مام جھکا لگنا ("crick") خفیف تھڑکی ایسی مثال ہے جسے سب جانتے ہیں اور ان اشخاص میں جن میں عصبی التهاب کی مابین امتداد ہوتی ہے معلوم ہوتا ہے کہ سردی مثلاً سرد ہوا کے جھونکے میں بیٹھا) حملہ سدا کر کے کا فیصلہ کن مال ہوتی ہے۔ اگر یہ تکلیف دوسرے عصبی عصب کی شاخوں تک محدود ہے تو درد قدانی اور زیر قدانی خطوں میں محسوس ہوتا ہے اور اکثر اس کی شکایت درد سر کے طور پر کی جاتی ہے۔ درد کے دوروں کے وقت جلد الراس پر اور بڑے قدالی اعصاب کے باہر نکلنے کے نقطوں پر الیمیت موجود ہوتی ہے جو ان اصابتوں کو دروں جمعی مرض کی اصابتوں سے تمیز کرنے میں کام آتی ہے۔

643 علاج عصبی التهاب کی دوسری اصابتوں کی طرح سبب مرض کا کرنا چاہئے۔ آرام گرمی اور ایسپرین (aspirin) علامات کی تسکین کے لئے مفید ہیں۔

عصب حجابی

(phrenic nerve)

عصب حجابی کے ریٹے نخاع کے عصبی حصے کے مرض مثلاً حاد التهاب نخاع (acute myelitis) میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔ لگتا ہے یہ عصب گردن کے زخموں سے متضرر ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ گردن اور صدر کے سلعات سے دب جائے۔ خناق وبائی انگلیت، اور بری بری کے شلل میں اور کثیر عصبی التهاب کی بعض دوسری اصابتوں میں اس کا ماؤف ہو جانا شاذ نہیں، نیز ممکن ہے کہ یہ رصاصی ستم (lead-poisoning) میں ماؤف ہو جائے اس کے دو جانی ضرر کی ممتنع علامت ڈائفرام شلل ہے۔ تنفس صرف ذہن الاضلاع عضلات اور معین شہقی عضلات کے فعل سے انجام پاتا ہے۔ دیوار شکم دوران شہق میں آگے بڑھنے کے بجائے، باز کشیدہ ہو جاتی ہے اور دوران زہق میں باہر بھج آتی ہے۔ جب مرض مزید گہرا ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ بہر خفیف سا ہو لیکن حرکت کرنے سے وقت تنفس میں زیادتی ہو جاتی ہے اور پھر صدی دیواروں کا فرط فعل بالخصوص نمایاں ہو جاتا ہے۔

نسبت کم درجہ کے شلل میں معلوم ہوتا ہے کہ ڈایا فرام شمعیتی وضع میں ٹڑا رہتا ہے اور وہ بائیں ہیکل میں منقبض نہیں ہوتا، لیکن وہ سینہ کے اندر اور پر کھینچ آنے کی ممانعت کرتا ہے، چنانچہ دوکارت شلک دور ان تنفس میں زیادہ ساکن رہتی ہے۔ خراب اعصاب میں کامل تنفس غیر ممکن ہوتا ہے، سینہ کو بڑھ کر کرنے کی ناقابلیت کی وجہ سے کھانسی دقت طلب رومی، یا بل آواز ہو جاتی ہے، اور آواز تقریباً ناپید ہو جاتی ہے۔ اس سے دو نتیجے مترتب ہو سکتے ہیں۔ ایک تو یہ کہ اکثر شلک کے ایک یا دو زیرین ٹھٹھوں (زیرینہ) زیادہ اکثر بائیں لٹے، اس وسیع ہبوط (کلی بھوٹ = Pasterur massive collapse) واقع ہو جاتا ہے جس کے ساتھ احمیت ہوتی ہے اور تنفس یا تو غائب ہو جاتا ہے یا خفیف سا بھی ہو جاتا ہے۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زیرین ٹھٹھوں میں دوران خون میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ چنانچہ ان میں مخاط یا ازیمائی سیال جمع ہو جاتا ہے جسے مرض علاج کرنے کی قابلیت نہیں رکھتا۔ اس سے جو خطرہ لاحق ہوتا ہے وہ بلاشبہ شعلی التهاب ہے اور زیادہ ہو جاتا ہے۔ ڈایا فرامی شلک (اگرچہ بعض اوقات یہ اگلی اور خناق و بانی کے شلل میں ایک ضرب کاری (coup de grace) پہنچاتا ہے) لازمی طور پر ہلک نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہ چند دنوں یا ہفتوں تک جاری رہے اور پھر بتدریج زائل ہو جائے۔

مؤخر صدری عصب

(posterior thoracic nerve)

بعض اوقات یہ عصب اس جگہ جہاں یہ گردن کے پچھلے شلک میں واقع ہے کندھے پر بوجھ لچانے سے زخمی ہو جاتا ہے۔ اس طرح یہ ضرر تماموں وغیرہ میں عام ہے، اور عورتوں کے نسبت مردوں میں نوگنا زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس سے عضلہ خشار (serratus magnus) کا شلل پیدا ہو جاتا ہے جو عضلہ الکف کے محل وقوع کے باعث شلاغت میں آتا ہے عضلات معینہ اور ارفع زوائہ الکف سے فعل کی مخالفت نہ ہونے سے زاویہ زیرین خوک کے قریب آ جاتا ہے۔ بازو آٹھنی سے اوپر شلک سے اٹھایا جاتا ہے، کیوں کہ متعدد تہی میں کامل ارتقاع بڑی حد تک اس طرح

انجسام پاتا ہے کہ عضلہ منشا ریہ کبر و عظم الکنتف کے زیرین زاویہ کو آگے کی طرف گھمادیتا ہے جب بازو کو افقی وضع میں آگے کی طرف حرکت دی جاتی ہے تو زاویہ عظم الکنتف سینہ سے باہر ابھرتا ہے اس طرح کہ انگلیاں اس کے نیچے رکھی جا سکتی ہیں اور ساتھ ہی وہ شوکہ کے قریب آ جاتا ہے (جناحی کتف = alar scapula)۔ بالعموم جلدی عدم حرکت غیر موجود ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ آغاز حمل کے ساتھ وجع العصبی درد موجود ہوں۔ ممکن ہے کہ بحسن کے نیچے عضلہ کی انگشتیاں صریحاً اس سے زیادہ مذبول یا غیر فعال ہوں کہ جتنی دوسری جانب کی انگشتیاں ہوتی ہیں۔

عصب منحنی

(circumflex nerve)

شانہ کا خلیع نشانے کے بل گرنا یا شانے پر چوٹ لگنا اور عکازہ کا دباؤ یہ سب اس عصب کے ضرر کے خاص اسباب ہیں۔ خاص علامت عضلہ والیہ کا شلل ہے، چنانچہ ہاتھ اٹھائی وضع میں نہیں اٹھایا جاسکتا اگر ایسا کرنے کی کوشش کی جائے تو عضلہ مربوطہ منخود اور عضلہ منشا ریہ کے فعل سے شانہ کا ارتفاع ہو جاتا ہے اور بازو اتصافاً لٹک پڑتا ہے۔ پرانی امباتوں میں ذبول اور انحطاطی تعامل ظاہری ہو جاتا ہے۔ جلدی عدم حرکت اکثر غیر موجود ہوتی ہے، اور عضلہ مدبجہ صغیرہ کا شلل اس عضلہ کو بھی عصب منحنی سے رسد پہنچتی ہے (عموماً شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ یاد رکھنا چاہیے کہ شانہ کے فعل کی جوارہ بھی بازو کو اسی وضع میں ثبت کر دیتی اور اس عضلہ کا ذبول پیدا کر دیتی ہے حرکت مجہول کے ذریعہ ان دونوں حالتوں کے درمیان تفریق کی جاسکتی ہے۔

عصب عضلی مرغولی

(musculo-spiral nerve)

یہ عصب اس جگہ جہاں یہ عضلہ کے گرد چکر کاٹتا ہے اپنے کھلے ہوئے محل وقوع کے باعث دیرپا دباؤ عکازہ کے استعمال یا سونے میں کرسی کی پشت پر سے بازو کے نیچے میں یا بازو پر بدن کا سارا فٹن رکھ کر سونے میں متضرر ہو سکتا ہے۔

نیز وہ کسور اور خلعات سے اور شاذ صورتوں میں عضلہ مثلث الرئوس کے زوردار فعل سے متقدر ہو سکتا ہے۔ زیادہ بلند ضرر سے مشلول ہونے والے عضلات کہنوں اور کلائیوں کے عضلات باسط، انگلی اور انگوٹھے کے لیے عضلات باسط اور عضلات باطنی ہوتے ہیں لیکن زیادہ عام ضررات میں جو کہنی سے قدرے اوپر یوں ایک یا زیادہ عضلات بچ جاتے ہیں، خاص کر مثلث الرئوس اور باطنی طویل۔ مثلث الرئوس کے مثلثی حالت میں پیش بازو کو بازو پر بسط کرتے کی ناقابلیت باقی جاتی ہے اس کا امتحان بازو کو اٹھا ہوا رکھ کر کرنا چاہئے تاکہ پیش بازو کو بسط کرنے

میں جاذبہ (gravity) کا فعل نہ ہونے پائے۔ کلائی اور انگلیوں کا مثلث باسطات سقوط الرشح ("wrist drop") یا سقوط السید ("dropped hand") سے ظاہر ہوتا



تصویر ۷۔ عضلی مرضی اعصاب کی کمبری اور بیرونی جلدی شاخوں کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان نکل بے حسئی درد کے رقبہ جات سیاہ رنگ کے چمڑے اور ہلکے چمڑے پر عدم حمایت کے رقبہ جات مسلسل خطوط کے اندر گھسے ہوئے ہیں۔ (رہنہ: Head: کی تقلیدیں)۔

ہے۔ اگر پیش بازو کو اکباب کی حالت میں بسط رکھا جائے تو ہاتھ اٹھایا نکلے رہتا ہے اور اسے اوپر نہیں اٹھایا جاسکتا، اور نہ اٹھایا یا اگوٹھا اپنی ٹکلی ہوئی وضع سے اوپر اٹھائے جاسکتے ہیں۔ اگر ہاتھ اٹھایا جائے اور پہلی سلامیات کو سہارا دے کر رکھا جائے تو پہلی اور نہائی سلامیات کو بین السطام عضلات اور عضلات تقلین کے فعل سے بسط کیا جاسکتا ہے۔ مثلث باطنی لال اکباب کی وضع سے حرکت کو روکتا ہے لیکن اگر پیش بازو خمیدہ کیل جائے

تو عضلہ زور اس میں سے بطور کامل انجام دیا جاسکتا ہے۔ عضلہ باطنی طویل کی غیر موجودگی کی وجہ سے نیم اکباب کی حالت میں خمیدگی کمزور ہو جاتی ہے اور اس عضلہ کا وہ پتھر ابھار خمیدگی کے حرکات میں پیدا ہو جاتا ہے غیر موجود ہونے سے عضلات کے سروں کے جموں اقرباب سے انگلیوں کی خمیدگی بہت کمزور پڑ جاتی ہے اور کلائی کی پشت پر ایک آئندہ بن جاتا ہے

جو ناتو تری غلافوں کی دمازت کی وجہ سے ہوتا ہے یا زللابی تاجوں اور مریخی ہڈیوں کے پچھے کو ابھر آنے سے کیونکہ ان کو باسطات کے اڈنار کا سہارا نہیں ملتا۔ اگر جلدی عدم غصیت موجود ہوتی ہے تو وہ ہاتھ کی پشت کی بیرونی جانب انگوٹھے کی پشت اور شہادت کی انگلی اور بیچ کی انگلی کی پہلی سلامیات کی پشت کو ماؤف کرتی ہے۔

عصب زندگی

(ulnar nerve)

اس عصب کو بازو میں اور کلائی کے قریب زخموں اور تضررات کا اور نشانے اور کہنی کے طعانت سے اور پیش بازو کے کسور سے نظر کا خطرہ ہوتا ہے۔ کہنی کا تضرر گتے کے عرصہ دراز کے بعد زندگی تضررات کی وجہ سے التهاب عصب کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ مقام مضرت پر ایک ٹنکڑ نما درم یا عصبی تلحہ (neuroma) ہو سکتا ہے۔ ایسا عصبی تلحہ نہایت عام طور پر کہنی کی پشت پر کے میزاب میں پایا جاتا ہے جہاں عصب کو ضرب کا سب سے زیادہ خطرہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ متواتر خفیف تضررات کے مجموعی اثر سے پیدا ہو جائے۔ ایسا ہی نتیجہ اس خطے میں عصب کے اپنے عظمی مہارے پر بروقت رگڑ کھانے سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسے کہ پیشہ ور وائیولین بجانے والے (violinist) یا آہنگریں جن حرکات پر اثر پڑتا ہے وہ یہ ہیں۔

زندگی جانب کو کلائی کی خمیدگی، انگلیوں کی خمیدگی یا مخصوص پہلی سلامیات کا اور اس کے ساتھ دوسری اور تیسری سلامیات کی بڑھتی ہوئی انگوٹھے کی تقریب اور مین النظام عضلات سے انگلیوں کے جانی حرکات۔ پرانی اصابوں میں عضلات باسطہ کے فعل کی عدم مخالفت کے باعث پہلی سلامیات کی بیش بڑھتی ہوئی اور دوسری اور تیسری سلامیات کی خمیدگی واقع ہو کر منہجہ حلقب نما ہو جاتا ہے۔



تصویر ۷۹۔ زندگی عصب کے تضرر کے بعد احساس کا فقدان۔ اس کی توجیہ کے لئے تصویر ۷۸ اور خطہ ہڈیہ Head کی تعلیق۔

درست منجلی = main en griffe) عدم حسیّت مختلف ہوتی ہے، اس کے حدود درہم ہوتے ہیں کہ ہاتھ کے زندگی حصہ میں سامنے ڈیڑھ انگلی اور پیچھے ڈیڑھ (یاد دہ) انگلی عظیم احسن ہوتی ہے (لاحظہ ہو تصویر ۷۹)۔

ضرر فی عصبی سلحہ کی اصابتوں میں بالخصوص ان میں جن میں عظمیٰ منڈی غیر معمولی طور پر غیر عیسق اور عصب غیر محفوظ ہو مجراحی کارروائی یعنی علاج ثابت ہوتی ہے عصب کو اس تکتے انضمام سے جھڑا کر کہنی کے سامنے منتقل کر دیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ خیف تر اصابتوں میں صرف آرام کافی ہو۔

عصب وسطی

(median nerve)

یہ زیادہ تر تقررات سے اور گاہ گاہ عصبی التهاب سے ماؤں ہوتا ہے۔



تصویر ۸۱۔ زندگی اور وسطی اعصاب کے
ضرر کے بعد احساس کا فقدان تیسرے کے لئے
تصویر ۸۲۔ وخط ہو۔ (حسّی کی تقلید میں)

تصویر ۸۳۔ وسطی عصب کے ضرر کے بعد
احساس کا فقدان تیسرے کے لئے تصویر
۸۴۔ وخط ہو۔ (حسّی کی تقلید میں)

جب ریشول ہو جائے تو پیش بازو کا کباب آدمی دور سے نام نہیں کیا جاسکتا ٹھوکی کی خمیدگی زندگی
جانب کو واقع ہوتی ہے، انگوٹھے کو خمیدہ یا بسند نہیں کیا جاسکتا انگلیوں کی دوسری شکایات کو پہلی شکایت
پر خمیدہ نہیں کیا جاسکتا اور تیسری شکایات کو دوسری شکایات پر اتالی تیسری اور چوتھی انگلیوں کی
حالت میں جن میں خمیدگی عیسق تخم کن عضلہ کے زندگی نصف سے انجام کو نہ پہنچتی ہے عدم حسیّت اگر ہوتی ہے

تو وہ تھیلی کے کعبری نصف کو انگوٹھے شہادت کی انگلی بیچ کی انگلی اور انگشت خاتمہ کی کعبری جانب کے اگلے رُخ کو اور انگوٹھے اور انھیں تین انگلیوں (یا بعض اشیاء میں صرف شہادت کی انگلی اور بیچ کی انگلی) کی ٹھری سطحوں کو پہلے جڑ سے آگے اُون کرتی ہے (ملاحظہ ہوں تصاویر ۸، ۸۱)۔

عضدی ضغیر

(brachial plexus)

اس ضغیر کو بنانے والے اعصاب تضرر بالمیدوں یا شدید التهاب کے باعث کم و بیش ماؤن ہو سکتے ہیں۔ اس سے ہاتھ بازو اور شانہ کے تمام عضلات کا شل ہونا اور ہاتھ پیش بازو اور بالائی بازو کی بیرونی جانب کی عدم حسی پیدا ہو جاتی ہے، مگر اندرونی جانب محفوظ رہتی ہے کیونکہ اس کی تعصیب جزو من الاضلاع اعصاب سے ہوتی ہے۔ یہ شکایت نہایت عام طور پر مندرجہ ذیل دو محکموں میں سے ایک محکم میں دیکھی جاتی ہے، مگر اس امر میں کہ کون سے عضلات ماؤن ہوتے ہیں خفیف اختلافات پائے جاتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ بعضی جڑیں ضغیر بناتے وقت اپنے غرض اختلاف میں اختلافات ظاہر کرتی ہیں۔

بالائی بازو والی قسم یا شلل آرب (Erb's paralysis) - عضلات

ذیل شل ہوتے ہیں: عضلہ ال ذور امین، عضلہ تغمدہ، باطلو طویلہ اور شاید باطلو قصیرہ، عضلہ فوق الشوک اور تحت الشوک اور کلائی کے کعبری باسطات۔ بازو کا انفعال اور پیش بازو کی تھیدگی اور بطع غیر ممکن ہوتے ہیں۔ عصب منہنی اور عضلیہ جلدیہ اعصاب کے رقبہ میں حسی علامات مختلف ہوتے ہیں۔

زیرین بازو والی قسم یا شلل کلنکی (Klumpke's paralysis) - 646

معلوم ہوتا ہے کہ یہ آٹھویں متقی اور پہلے ٹھری اعصاب کے ضرر کے باعث ہوتا ہے۔ ہاتھوں کے چھوٹے عضلات اور انگلیوں کے خم کن عضلات خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں اور بازو کی اندرونی جانب کہنی تک عدم حسی ہوتی ہے۔ علاوہ ازین چشمی حدیقی علامات ہوتے ہیں، یعنی اسی جانب کی پٹلی کا انقباض اور شقی جفنی کی تحلیل جس کی

یہ ہے کہ مفتی مشار کی ریٹے اس مقام پر جہاں وہ پہلی ٹھہری جڑ کے اندر نٹخا سے باہر نکلنے میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔

عصب عضلہ کا التهاب (brachial neuritis) - یہ ایک مقامی تیسعی عمل کے راست پھیلاؤ سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لیکن زیادہ عام طور پر خفیف نقصان اور معمولی خون بہتیاں (جراثیمی اور کیمیائی) کے مجموعی اثرات کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ سردی کا کشف بھی اس کی تیسب میں حصہ لیتا ہے۔ شکایت بالخصوص درد کی ہوتی ہے جو مستمر یا جلن کی نوعیت کا ہوتا ہے اور گاہ بگاہ شدید دوروں کے ساتھ کم و بیش دائمی ہوتا ہے۔ خفیفے کی نٹخا کی جڑیں اکثر ماؤف ہو جاتی ہیں، خلیجہ پھٹکی فرعوں کی ماؤفیت سے عظم الکف کے مجھے درد معلوم ہوتا ہے اس طرح جس طرح کہ بازو کے طول میں اور انگلیوں کے اندر۔ جو بعض عصبی حسوں کے رقبہ میں موضعی شش بن اور محض موجود ہو سکتی ہے تاہم عدم حقیقت کے کسی واضح بند کا نشانہ ہے۔ شوکہ اور عظم الکف کے درمیان پھیلے فرعوں کے باہر نکلنے کے نقطوں پر اکثر دبانے سے اتھائی اہمیت کے نقطے پائے جاتے ہیں اور جب فوق السرتوہ حفرے میں غنی جڑوں کو دبایا جائے تو وہ اہم ہوتی ہیں۔ محدود المقام عضلی ذبول عام نہیں ہوتا لیکن اگر طالت زیادہ طویل ہو تو عدم استعمال کے باعث جارح کے سارے عضلی نظام میں لاسری پیدا ہو جاتی ہے۔ متاثرہ جارح میں وتری جھیکے کم ہو جاتے یا ضائع ہو جاتے ہیں لیکن اکثر وہ باقی رہتے ہیں خواہ درد کیسا ہی شدید اور اطالت پذیر کیوں نہ ہو۔

مہم مختلف ہوتا ہے۔ بالعموم یہ شکایت کئی ہفتوں تک جاری رہتی ہے، اور کھینچاؤ یا نقصان کے باعث عود کرنے کا رجحان رکھتی ہے۔ علاج یہ ہے کہ اگر صعب دریافت ہو سکے تو اس کا تدارک کیا جائے۔ اگر دانتوں یا نوڈلین میں عفونت کے اسکاٹ بلاشبہ موجود ہوں تو ان کا اتصال کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ غذا میں اصلاح کی ضرورت ہو اور ایٹوفان (atophan) اور اسپیرین (aspirin) تجویز کرنا پڑے۔ حاد و حرج میں آرام ضروری ہے۔ بازو کو دن کے وقت ایک آونگ میں رکھنا اور رات کے وقت

ایک نکتہ کا سہارا دے کر رکھنا چاہئے، جوڑوں میں انفجانات روکنے کے لئے روزانہ ٹکے جھول حرکات، عمل میں لائے جائیں۔ مقامی طور پر حرارت کا استعمال مفید ہے، جو گرم پانی کی بوتلوں یا ایک دھاتی مسکاس میں آہک اعلیٰ طاقت والے برقی لمپ کی شعاعوں یا برقی طور پر گرم کئے ہوئے گدے کی شکل میں ہو۔ مزمن امصابتوں میں برقی حرارت رسائی مفید ہے۔ ادویہ میں ایسپرین (aspirin) نہایت کارآمد ہے۔ درد کے بتدریج موقوف ہونے کے ساتھ ڈاک تجویز کرنی چاہئے تاکہ کمزور شدہ عضلات کو بحال کیا جائے، اور فعال حرکت بتدریج اختیار کی جاسکتی ہے۔

التهاب اصلید (radiculitis)۔ عصبی ضغیر سے اوپر کے نخاعی اعصاب بعض اوقات التهاب سے متاثر ہو جاتے ہیں، جو غالباً یعنی التهابی قسم کا ہوتا ہے۔ ہانچوال اور جھٹھا عصبی سبب سے زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ یہ مارکنہ بعض اوقات دو جانتی ہوتا ہے۔ اس کا آغاز بالعموم حادثہ ہوتا ہے جس کے ساتھ متقدمہ درد لیکن بہت کم حسی فقدان ہوتا ہے۔ حس کی علامات بسا اوقات شدید ہوتے ہیں، جو مرض کی عام ترین مثال میں شوکیات والیہ ذوراسین، عضدیہ اور باطلو طویل کے خلل اور لاغری کی کھل اختیار کرتے ہیں۔ صحت پانی آہستہ ہوتی ہے لیکن بالعموم کامل ہوتی ہے۔ کمزور شدہ والیہ کا کھنڈاؤ روکنے کے لیے ایک تبعدی جبیرہ کی ضرورت ہے، اور دلک اور برقی علاج اپنے اپنے فوائد رکھتے ہیں۔

مصلی شلل (serum paralysis)۔ مصلی اعصاب یا عصبی جڑیں

بعض اوقات مصلی بیماری کے دوران میں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ ہانچوں مصلی جڑ سبب سے زیادہ اکثر ماؤف ہوتی ہے۔ اس کا آغاز بالعموم شری طغی کے پہلے ہل نمودار ہونے سے ۲ تا ۵ دن بعد ہوتا ہے اور اس کے ساتھ شالنے کے خطہ میں درد واقع ہوتے ہیں۔ بعد ازاں والیہ کی کمزوری اور لاغری پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات دوسرے عضلات، بالخصوص شوکیات کی بھی۔ چھوٹے اور الین میچو نے پراسانی حسی نقص بالعموم ہانچوں جڑ کی توزیع میں طما ہے۔ ان امصابتوں میں سے کہ جن کی اطلاق دی گئی ہے، تقریباً نصف میں دونوں جوارح

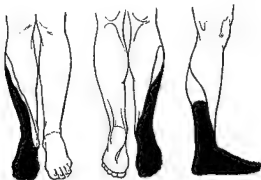
ماؤف تھے، لیکن مارضہ تشکل نہیں ہوتا اور ایک بار جب دوسرے بار جب سے زیادہ متاثر ہو سکتا ہے۔ شلل سے شنایابی میں کئی مہینے لگتے ہیں، لیکن وہ بالعموم مکمل ہوتی ہے۔ اس کا علاج اس وقت جب کہ دالیہ کی کمزوری شدید ہو جیسے و لگا کر اور دلک اور برقی کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔

647

عنقی بلیاں (cervical ribs) - کبھی کبھی ساتویں عنقی فقرہ میں مقدم عرضی زائیدے کے ثویب ہونے سے ایک پہلی بن جاتی ہے اور اس سے ایسی علامات کا پیدا ہو جانا ممکن ہے جو آنکھوں، عنقی اور پہلی ٹھری جڑوں پر دباؤ پڑنے پر معمول کی جاکتی ہیں۔ یہ زندگی کے تقریباً سب زمانے میں ظاہر ہو سکتی ہیں، لیکن نہایت عام طور پر زمانہ بلوغ میں یا ادھیڑ عمر میں دیکھی جاتی ہیں۔ کثیر التعداد مریضوں میں ان کا آغاز ایسے عوامل کی وجہ سے ہوتا ہے جو کہ شلل سے تعلق رکھتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ مریض پہلے پہل ان کو اس وقت دیکھے جبکہ وہ والولن بچانا، گولف کھیلنا یا کھوڑے کی سواری شروع کرے یا شادی شدہ ہوں، اس وقت دیکھی جاتی ہیں جبکہ وہ اپنے بچوں کو گود میں لچکا لگتی ہیں۔ مریض عموماً ہاتھ کی کمزوری کی شکایت کرتا ہے اور اس کے ساتھ درد، جھنجھٹ اور سن پن کی، بالخصوص پیش بازو کے زندگی کنارے کے برابر برابر اس کمزوری کے ساتھ ہاتھ کے چھوٹے عضلات کی لاغری ہوتی ہے، جو دو قسموں میں سے ایک کے ساتھ مطابقت کرتی ہے۔ پہلی قسم میں جو نہایت مینر ہے یہ لاغری راتھی فرار کے دو خاص عضلات تک محدود ہوتی ہے، یعنی مینر ایہام الید اور متابل ایہام الید عضلات میں اس طرح متعرب ایہام الید کا کجری کنڈا بھرا آتا ہے، اور ایہامی تودہ کے بیرونی حصے کا جس کرنے پر بعد کچھی ہڈی بہ آسانی محسوس ہوتی ہے جو حرکات ماؤف ہوتے ہیں وہ انگوٹھے کی تنجید و جو اس ستویں میں واقع ہوتی ہے جو کہ پھیلی سے زاویہ قائمہ پر واقع ہے) اور اس کا مقابلہ ہے۔ دوسری قسم میں ہاتھ کے تمام عضلات مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں، چنانچہ اس حالت کو میٹرٹی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy) یا تنخ می جو فیست

(syringomyelia) اور شلل عصب زندگی (ulnar nerve palsy) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ پیش بازو کے زندگی کنڈے کے

برابر ہر جہز پذیری میں کچھ کمی موجود ہو۔ لیکن یہ کمی ہمیشہ نہیں ہوتی۔ ۳۵ فیصدی امصابتوں میں عروقی علامات بھی واقع ہوتی ہیں۔ لیکن یہ ہے کہ یہ نفع کبریٰ کی تخفیف یا اطلاق



تصویر ۸۲۔ مصب فائی کے حرکے بعد احساس کا فقدان۔ مکمل
بے حسٹی درد کے رقبہ جات سیاہ رنگ کے ہیں اور ہلکے چھوٹے پر
عدم حسیت کے رقبہ جات مسلسل خطوط کے اندر گھومے ہوئے ہیں۔
(Head: اور شریٹ: Sherren کی
تقلید میں)۔

کی شکل اختیار کریں اور زیر تر قوی شریان پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے ہوں۔ یا ممکن ہے یہ
مشار کی ریشوں کی ماؤفیت کی وجہ سے پیدا ہوں اور ایسے دما حر کی تغیرات کے طور پر
ظاہر ہوں جیسے کہ ہاتھ کی تمنا ہسٹ، حرارت یا درم مبتعد امصابتوں میں شریان
کعبری کی علیقت کا مونا مندرج ہے، جو اوپر جارح میں زیر تر قوی شریان تک پھیل چکی
۵۵ فیصدی امصابتوں میں مسلسل یا عدم حسیت کی علامات کے بغیر عروقی تغیرات کا ہونا
مندرج ہے۔ عقی مشار کی کے ریشوں پر دباؤ پڑنے سے چٹنی حدقی علامات بھی پیدا

ہو سکتی ہیں۔

اگر فیزیکی سلی بڑی ہے تو وہ جس ہو سکتی ہے اور اس کی موجودگی عموماً شعل سے ظاہر ہو جاتی ہے۔ لاشعاع سے یہ حالت اکثر اوقات دو جانبی ظاہر ہوتی ہے خواہ علامات ایک ہی جانب پر محدود ہوں۔ یہ جاننا اہم ہے کہ سلی کی جسامت جیسی کہ لاشعاع سے ظاہر ہوتی ہے، علامات کی شدت کے ساتھ کوئی نسبت نہیں رکھتی اور علامات اس یعنی بند کے دباؤ کے باعث ہو سکتی ہیں جو ساتویں عینقی فقرہ پر کے کلاں شدہ مقدم درد سے نکل کر ہلی سلی کے ساتھ چسپیدہ ہونے کے لئے جاتا ہے۔ کبھی کبھی زیر تر قوی شریان گردن میں اتنی بلندی ہوتی ہے کہ تر قوہ سے اوپر ایک نابض درم پیدا کر دیتی ہے، جس پر ایک اور سما کا دھوکا لگ سکتا ہے۔ شعلات پتھری تجربے سے ظاہر ہوا ہے کہ عینقی سلیاں ایسے امیٹھاں میں عام ہیں جن میں کوئی بھی علامات ایسی نہیں ہوتیں جو ان کی موجودگی سے خوب کی جائیں۔ لہذا تشخیص میں دوسرے امکانات کو خارج از بحث کرنے کا خیال رکھنا چاہئے۔

علاج چلی کا اتصال کرنا ہے، یا آرام لینا اور شعل کا بدل دینا۔

عصب نسائی

(sciatic nerve)

جادہ زیرین میں نہایت عام شلل وہ ہے جو جزو یا کلاً عصب نسائی کے مرض کے باعث ہوتا ہے۔ شلل عرض میں رسیوں یا مرض زدہ ہڈی کو ٹھکے جوڑنے کے خلع، یارن میں زخموں رسیوں یا عصبی سلعہ کے باعث ہو سکتا ہے۔ عصبی التهاب نسبت عام ہوتا ہے اور عوق النساء (sciatica) کی تمام نہیں تو بیشتر اصابتیں ہی منسوب کی جاتی ہیں۔ ران کی بالائی تہائی سے اوپر عصب نسائی کے تڑکے مرضی علاوہ ان عضلات کے جو کہ بعض شاخوں کے ذریعہ ماؤٹ ہوتے ہیں، مانگ کو ران پر غیدہ کرنے والے عضلات ماؤٹ ہوتے ہیں۔

بیرونی بابضی (ششلی) عصب

[external popliteal (peroneal) nerve]

جس طرح کہ کہنی کے قریب عصب زخمی کھلا ہوا محل وقوع رکھتا ہے، اسی طرح گھٹنے کے قریب یہ عصب بھی کھلا ہوا محل وقوع رکھتا ہے۔ اس کے اضرار عضلہ قصبہ منقذہ عضلات ششلیہ، پاؤں کی انگلیوں کے باسطات طویلہ اور پاؤں کی پشت پر کے باسطات قصبہ کا تشلل پیدا کر دیتے ہیں۔ جب پاؤں کو زمین سے اٹھایا جائے تو وہ نیچے لٹک پڑتا ہے (سقوط القدم : foot-drop) اور جب مریض بستر پر ہوتا ہے تو پاؤں بسط شدہ رہتا ہے۔ پاؤں اور انگلیوں کی ظہری خمیدگی اور پاؤں کی تہید اور اس کے بیرونی کنارے کا ارتقاع ناقص یا ناگن



تصویر ۸۳۔ بیرونی بابضی عصب کے زخمی ہونے کے بعد اس کا تشلل۔
(خمیدگی کی تعلیل میں)۔

ہوتا ہے۔ منقذہ قصبی عضلات اور باسطات قصبہ کی لاغری دوسری ٹانگ کے ساتھ

مقابلہ کرنے سے شناخت ہو سکتی ہے۔ برانی اعصابوں میں بالخصوص جاذبہ کے اثر سے خاص کر جب کہ مریض شتر میں لیٹا ہوا پاؤں کی مستقل بٹ شدگی (کچ پاٹی = talipes) پیدا ہو جاتی ہے۔ عدم حیثیت ٹانگ کے بیرونی نصف اور پاؤں کی پشت کو موٹ کر دیتی ہے۔ (ملاحظہ ہو تصویر ۸۳)۔

اندرونی مابضی عصب

(internal popliteal nerve)

649

پاؤں کی بٹ شدگی (داخلی خمیدگی) اور انگلیوں کی خمیدگی عمل میں نہیں لائی جاسکتی۔ مریض خود کو اپنی انگلیوں پر اٹھا نہیں سکتا اور نہ پاؤں کی تقریباً عمل میں لاسکتا ہے۔ برانی اعصابوں میں ممکن ہے کہ عقبی کچ پاٹی (talipes calcaeus) اور فرقی سلامیات کی بیش بٹ شدگی اور دوسری اور تیسری سلامیات کی خمیدگی کے باعث ایک قسم کا مٹلی قدم (elaw-foot) نمودار ہو جائے۔ عدم حیثیت ٹلوے اور اس کے بیرونی کنارے پر بیرونی ٹخنے تک ہوتی ہے (تصویر ۸۴)۔

عرق النساء

(sciatica)

التهاب عصب نسائی (عرق النساء)۔ عصب نسائی قطعی عجزی خفیہ میں اس کا مبراہ اور اس سے اوپر چوتھی اور پانچویں قطعی اور پہلی عجزی جڑیں کہ جن سے وہ ماخوذ ہے، التهاب العصب سے نہایت اکثر متاثر ہو جاتی ہیں۔ برحالت میں علامات ایک سی ہوتی ہیں جن کو بالعموم فقط عرق النساء سے تعبیر کیا جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ عرق النساء کی تسبیب کے متعلق کسی قدر اختلاف رہا ہے۔ بالعموم یہ امر تسلیم کیا جاتا ہے کہ عارضہ کی نوعیت التهابی یعنی یا شرمی ہے، لیکن بایں حصہ اکثر اعصابوں میں سبب غیر واضح ہوتا ہے۔ یہ نوجوانوں کی نسبت ادھیڑ عمر کے اور معمر اشخاص کو متاثر کرنے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے، اور بحیثیت مجموعی

ان لوگوں میں عام تر ہے جن کے پیٹے میں جھکنا اور موسم میں مکشف ضروری ہے، مثلاً باخنانوں میں جیسا کہ انتہائی یعنی عوارض میں عام طور پر ہوتا ہے جراثیمی اور تھوکی موسم



تصویر ۸۴ - پچھلے قصبیتی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان۔
(رقبت کی تقلید میں)۔

بھی اتنے ہی قصور و ارتقار دے گئے ہیں۔ بعض مثالوں میں عصب کا ناگہانی کھنچاؤ، جیسا کہ جھکنے اور بیماری وزن اٹھانے میں پیدا ہو سکتا ہے، واحد سبب معلوم ہوتا ہے۔ چونکہ التهاب عصب نسانی ایک سلیم مرض ہے، لہذا بعد الموت تحقیق کے لئے بہت کم مواقع ہیں، لیکن بعض امواتوں میں جن میں عصب کا معائنہ دوران زندگی میں کیا گیا ہے یہ سرخ اور متورم نظر آیا ہے، اور ایک اہم بات میں جس کی اطلاع ڈینی برون (Denny-Brown) نے حال ہی میں دی ہے، خوردبینی امتحان سے عصبی ریشوں کے درمیان اور عصبی غلاف کے اندر کی فضائیں ششوں سے بھری ہوتی ہیں۔

عرق النساء کے کئی ایک مریضوں میں زمانہ ماضی میں درد کمر قطنی التهاب یعنی

(lumbar fibrositis) کے مکرر حملوں کی سرگزشت حاصل ہوئی ہے، اور عرق الناسا کے حملے سے ذرا پہلے درد مکرر کا حکم ہونا غیر عام نہیں ہے۔

علامات۔ عرق الناسا کی خاص علامت درد ہے، جو عصب کے تسنے یا اس کی شاخوں میں محول ہوتا ہے۔ اعظم درد کے مقامات بالعموم نسانی گٹاؤ کا قرب وجوار مان کی پشت اور پیٹھ کی ہے۔ درد مستمر، سوزشی یا قارض نوعیت کا ہوتا ہے۔ بالعموم یہ ہمیشہ موجود رہتا ہے، لیکن اشتدادات کے ساتھ جن کو درد کی لہروں کے طور پر بیان کیا جاتا ہے اور جو بسا اوقات رات کے وقت اپنی انتہا پر ہوتے ہیں، درد ہر اس چیز سے بڑھ جاتا ہے جو عصب پر کھینچا یا دباؤ پڑنے کا موجب ہو، اور حرکت سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ تاہم بعض اوقات یہ اس وقت جب کہ مریض ادھر ادھر چلتا پھرتا رہا ہو کہ ہو جاتا ہے، اور آرام کے بعد حرکت کرنے پر اپنی انتہا پر ہوتا ہے۔ جینھنا ہیٹ کی شکل میں نساوات جسی ہمیشہ نہیں پائے جاتے، اور جب وہ پائے جاتے ہیں تو وہ بالعموم شقی عصب کی توزیع تک محدود ہوتے ہیں۔

ایسیت کے نقاط عام طور پر نسانی گٹاؤ پر، شقیہ کی گردن پر اور پیٹھ کی میں پائے جاتے ہیں۔

حرکی وظائف شاذ ہی شدت کے ساتھ متاثر ہوتے ہیں۔ بالعموم ولیات اور پیٹھ کی خفیف طور پر لاغر ہوتے ہیں، اور بعض اوقات آخر الذکر میں رسمی انقباض پایا جاتا ہے۔ شاذ طور پر ان عضلات کا کہ جن کو شقی یا موخر قصبی اعصاب سے رسد ہوتی ہے شلل پایا جاتا ہے۔ اکثر امیاتوں میں کمی جھٹکا کم ہو جاتا یا زائل ہو جاتا ہے، لیکن ایک شدید انتہا عصب نسانی میں بھی ممکن ہے وہ باقی رہے۔ بعض اوقات عصب نسانی کے ساتھ ساتھ متعدد میخوڑی عصب یا اس کی حر میں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں اور قصبہ درد اسی توزیع میں پھیل جاتا ہے، اور کبھی جھٹکا کم ہو جاتا ہے (Lasegue) کی امارت جو کہ بسا اوقات نسانی انتہا عصب کے لئے بطور ایک کاشفہ کے استعمال کی جاتی ہے، اس طرح ظاہر ہوتی ہے کہ جب گھٹنے کو بڑا کر کے کر نوصی مفصل کو مجہول طور پر خمیدہ کیا جائے تو عصب کے ممر میں درد کی شکایت کی جاتی ہے۔ اس کاشفہ کو

اقتصاد کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے، کیونکہ اس سے درد کا سخت اشتداد و دفع ہونے کا امکان ہے۔

تشخیص عصب یا اس کی جڑوں پر قرب وجوار کے مرض کا دباؤ مثلاً فذیر، نوصی، مفعل، حوض یا تقریاً عموماً کا التهاب یا نوبالیدیں عصب یا قطنی عجزی عصب کے سلمات، ذنب الفرس کو متاثر کرنے والے سلمات یا آتشکی التهاب نسائی عصب کے مرض میں درد پیدا کر سکتے ہیں۔ لہذا تا وقتیکہ مریض کا مختلطہ سیرری امتحان مجموعی طور پر نہ کیا جائے کہ جس میں تنقیبی امتحان بھی شامل ہے، عرق النساء کی تشخیص کا فیصلہ نہیں کیا جاسکتا۔ ایک ایسے مریض میں کہ جس کو کسی حصہ میں عجیت یا لیدر ہو چکی ہے، نسائی درد کے ہمیشہ ہی معنی ہوں گے کہ شوکر یا حوض میں اب وہ عود کر رہی ہے، خواہ لاشعاع میں اس کو پہلے پہل نہ بھی تکلیف کر سکیں عصب یا اس کی جڑوں پر دباؤ پڑنے کی حالت میں بالعموم درد کے ساتھ متناظر توزیع میں جسمی فقدان بھی واقع ہوتا ہے، اور عرق النساء سے تیز کرنے میں یہ ایک مفید نکتہ ہے۔ ذنب الفرس کے اضداد کے نتیجہ کے طور پر دو جانبی توزیع میں درد، جسمی نقص اور کبھی جھٹکوں کا نقصان، اور اس کے ساتھ عاصمی اقتدار کی کمی پائی جاتی ہے جب ایسے ضرر کا شک گزرے تو قطنی کچھ کا عمل میں لانا چاہئے۔ ایک آتشکی اعصاب میں سال میں خلیات کی تعداد میں زیادتی پروٹین میں بقعدی، اور وازرین مثبت پایا جاتا ہے۔ ذنب الفرس کے سلمہ کی حالت میں سلمہ سے نیچے کا سیال ہمیشہ پروٹین کی بڑی افراط پر مشتمل ہوتا ہے۔

انذار۔ عرق النساء کا آغاز آہستہ یا حاد ہوتا ہے، اور اس کا مریض تغیر پذیر ہے۔ ایک خفیف حمل مناسب علاج کرنے پر دو تین ہفتے میں فرو ہو جاتا ہے، اور ایک شدید حمل چھ یا نو ماہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ صحیفیاتی ہونا عام ہے، لیکن اسی جانب یا مخالفت جانب محدود ہونا غیر عام نہیں۔

علاج کا اہم ترین جزو آرام ہے، اور سب سے خفیف ترین اعصابوں کے نام لیسٹون میں بستر پر آرام کرنا مناسب ہے حرکت رہ پائی کے بہت سے طریقوں کی آزمائش کی گئی ہے مثلاً پلاسٹر آف پیرس کی ٹیپی (plaster of Paris bandage) الطول ٹیپی جیرہ (long Liston splint)۔ تاہم عام طور پر بہترین یہی ہے کہ مریض کو اپنے پیٹہ دو تین

معلوم کرنے کا موقع دیا جائے کہ جس سے اس کو زیادہ سے زیادہ تسکین حاصل ہوتی ہے اور یہ یعنی کوفات درد اور سکناات کے ذریعہ قابو میں لایا جائیے۔ اس مقصد کے لیے ایک آمیزہ جس میں ۱۰-۵ گریں پوٹاسیم برومائیڈ اور ۸ منم تخم جلیسا می (tr. gelsemii) شامل ہوں میں تین مرتبہ دینا چاہئے شدید درد کی تسکین کے لئے ایک برشام جس میں اسپیرین (aspirin) فینٹین (phenacetin) اور پیرامیڈان (pyramidon) کے پانچ پانچ گریں شامل ہوں عند الضرورت دیا جاسکتا ہے اور درد کے انتہائی درجوں کے لئے اس کی ٹیکل ایک برشام سے کرنی چاہئے جس میں اسپیرین اور فینٹین کی وہی خوراک ہو اور اس کے ساتھ ہروئن ہائیڈروکلورائیڈ کا ۱/۲ گریں موجود ہو۔ آخر الذکر کو بالعموم ۴ گھنٹے میں ایک مرتبہ سے زیادہ نہ دینا چاہئے اور اس کو بیماری کی شدید حیثیت کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے گاہے گاہے ماریفیک کے زیر جلدی اشرب کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

حرارت ایسی شکلوں میں کہ جن کا استعمال مریض کے آرام میں خلل ڈالے بغیر کیا جاسکے نہایت مفید ہے مثلاً گرم پانی کی بوتلیں یا برقی طور پر گرم کیا ہو گا گدا جو درد ناک مقامات پر منسل رکھا جائے۔

651

مخدش مقابل کے طور پر رانی کا پتہ جو درد کے مقام پر اس طرح لگایا جائے کہ اس کے اوپر جلد کے درمیان تین چار تہیں رومال کی ہوں بسا اوقات مفید ہوتا ہے۔ اس طرح کے استعمال پر اگر اس کو چھ یا آٹھ گھنٹے تک اسی جگہ پڑا رہنے دیا جائے تو بھی آبلہ پیدا نہیں ہوتا اور چونکہ جلد کی حالت اس کی اجازت دے اسے اسے الساق کا تکرار کیا جاسکتا ہے۔ برقی حرارت رسانی اور گیلوانائٹ بھی تسکین اثر رکھتے ہیں۔

بالعموم مریض کو بستر سے اتر کر میت انھلا یا چوکی (commode) تک جانے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ لیکن اگر اس درجہ کے آرام کے باوجود چند دن کے بعد درد بڑھتا ہے یا جاری رہے تو مریض بستر میں منسل رکھ کر رکھی جاتی ہے۔

تنگوڈ پیرائن (liquid paraffin) کے ذریعہ اجسا تھوں کو نرم رکھنا چاہئے۔

وقتاً فوقتاً مختلف معاون طریقہ بائے علاج تجویز کئے گئے ہیں جن کا مقصد عصب یا اس کی جڑوں کو کمینہ انداز میں اس طرح انفعالات کو توڑنا ہے۔ حاد درجہ میں اس احتراز کرنا لازم ہے۔ اور آخری درجہ میں جب کہ رفتار صحت نسلی بخش ہو قدرتی طور پر ان سے اجتناب کیا جائے گا۔ تاہم بعض اصابتوں میں ایک نقطہ ایسا آتا ہے کہ مریض درد سے مبرا ہوتا ہے اور حرکت کے دوران میں یا حرکت کے بعد اللہ کسی وہ اصابتیں ہیں کہ جن میں کھنسی و مفید ہو سکتا ہے۔ جو طریقے مستعمل ہیں، وہ نسائی کٹاؤ کے نیچے عصبی تینے میں مالچ کا اشرب کرنا، عجزی عصعصی سورخ کی راہ سے بر جانی فضا (epidural space) کے اندر سٹناؤ کے تحت مالچ کا اشرب کرنا، یا عمومی عدم حیثیت کے تحت تازہ جار اور زیرین پشت کی دست درزی کرنا ہے یا قوم اولیٰ کی رائے میں آخر الذکر طریقہ سب سے زیادہ کامیاب ہوا ہے، لیکن اس کو منتخب اصابتوں کے لئے معقول رکھنا چاہئے۔

عرق النساء کے اکثر مریض آرام حرارت، مسکنات اور وافعات درد کے ذریعہ کامل طور پر صحتیاب ہو جاتے ہیں، بشرطیکہ ان کو اس علاج میں استقامت کی ترغیب دی جائے۔ آرام کو سختی کے ساتھ برقرار رکھنا چاہئے یہاں تک کہ مریض درد سے معقول طور پر مبرا ہو جائے جس کے چند دن بعد حرکت کی آزادی دینی چاہئے اور پھر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ حرکت کی وہ قسم جو اسی وقت درد پیدا نہیں کرتی ممکن ہے بعد میں درد پیدا کرے۔ لہذا نقیصت کے راستے پر احتیاط سے قدم رکھنے کی ضرورت ہے۔ کچھ وقت تک جھکنے کے حرکات سے احتراز کرنا چاہئے اور جھکنے میں دباؤ سے بچنے کے لئے ایک گڈ نڈ (cushion) یا بڑکا حلقہ استعمال کرنا چاہئے۔ نقیصت کے آخری درجہ میں جارحہ کے قلیف کو بحال کرنے اور انکس وضع کی تیسرے کرنے کے لئے دنگ اور ورزش ضروری ہیں۔

عرق النساء کی تسبیب میں مالکی غنوت کا کیا حصہ ہے، یہ امر مشکوک ہے۔ سرایت زدہ راتوں یا لوئزین سے کوئی مداخلت آٹنائے حل میں نہ کرنا چاہئے لیکن غود کو روکنے کے مقصد سے بعد ازاں ان کا تدارک کیا جاسکتا ہے اور اسی مقصد کو پیش نظر رکھ کر غذا اور نظام غذائی میں ترمیمات کا مشورہ دیا جاسکتا ہے۔

وصح الفخذ فاحسد الحس (meralgia paræsthetica) - فیفنی

ضمیہ کے بیرونی جلدی عصب کا مرض ہے جو غالباً انتہائی ہوتا ہے۔ علامات حسب ذیل ہوتے ہیں۔ ۱۔ دس دہ جو بعض اوقات چلنے سے پیدا ہو جاتا ہے اور کبھی اس وقت جبکہ مریض خاموش لیٹا ہوا یا بیٹھا ہوا ہے اور غیر طبعی احساسات جیسے کہ سُن پنا، ٹکاک، سردی کا احساس، جکڑا کا سوزشی احساس جو ران کے سامنے کے اور بیرونی حصے میں مندرجہ بالا عصب کی توزیع میں محسوس ہوتے ہیں۔ اسی رقبہ پر جس پذیری میں کچھ تریمیم موجود ہوتی ہے، یعنی پیش حسیت یا زیادہ اکثر عدم حسیت، 'بادرد'، حرارت یا برودت کے احساس میں تغیرات، پیشترہ اصابتوں میں اگلے بالائی طرفی شوک کے نیچے، جہاں عصب رداے نخذی میں سے باہر نکلتا ہے، دبانے سے اہمیت محسوس ہوتی ہے۔ یہ حالت عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثرتاً وقوع ہے، اور مختلف اصابتوں میں تغیر اور سختی اور ساری عوامل کی طرف صوب گئی گئی ہے۔ اس کے علاج کے لئے آرام، گرم غسل اور محذات متقابل آزمائے جائیں۔

مزین اصابتوں میں ممکن ہے کہ رداے نخذی میں جو فتح ہے اس کے یعنی نقصان سے عصب شفیق پایا جائے، اور اس حالت میں ایک خفیف علیہ کے ذریعے رداے نخذی میں کے مجری کو چیر کر عصب کو دباؤ سے چھڑانے سے آرام حاصل ہو جائے۔

کثیر عصبی التهاب

(multiple neuritis)

(کثیر عصبی التهاب = polyneuritis، التهاب اعصاب محیط = peripheral neuritis)

بحث اسباب - یہ مرن اصابتوں کی اقلیت ہی میں ہوتا ہے کہ سبب معین طور پر معلوم ہو سکتا ہے۔ خاص اسباب کی تفریق حسب ذیل کی جا سکتی ہے:- ۱۔ اولہ محوم جو جسم کے اندر باہر سے داخل ہو گئے ہوں۔ ان میں اگھل اور سکھیا سب سے زیادہ معلوم اسباب 652 ہیں۔ کاربن بائی سلفائیڈ، کاربن مان آکسائیڈ اور ڈائنائٹر جنز (dinitro-benzol) بھی سبب مرض ہو سکتے ہیں۔ سیدھی اکثر اسی زمرہ میں شامل کیا جاتا ہے، لیکن دوسرے بارہ تو معطلی ریشہ پر است اور اگلے قرن کے خلیوں پر اثر کرتا ہے (صفحہ 588)۔ (۲) دوسرے محوم

جو جسم کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ عام بیش شکرو موہبت سے جو
 ذیابیطس میں پیدا ہو جاتی ہے۔ اس زمرہ میں بیری بیری بھی شامل کیا جاسکتا ہے اور اسی
 طرح وہ شاذ و شایس بھی جن میں کثیر عصبی التهاب اور ہیمیٹو یارفرن ٹولیمیت
 (hematoporphyria) یکجا پائے جاتے ہیں۔ نامعلوم اصل کی متعدد امراض
 غالباً ان سمیات سے پیدا ہو جاتی ہیں جو ناقص تحول کی وجہ سے جسم کے اندر پیدا
 ہو جاتے ہیں، اور ان امراض کو بعض اوقات "نفرسی" ("gouty") یا "رثمتی"
 ("rheumatic") کہا جاتا ہے۔ (۳) براہی سمیات۔ ان کی عام مثال خناق و بائی
 ہے لیکن کثیر عصبی التهاب بہت سے دوسرے ساری سمیات کی شاذ و پیچیدگی کے
 طور پر بھی مندرج ہے۔ (۴) تضعیفی حالتوں (cachetic states) میں، جیسی کہ
 مرض خبیث اور تدرن کے ساتھ دیکھی جاتی ہیں، کثیر عصبی التهاب پیدا ہو جانے کی
 خاص استعداد معلوم ہوتی ہے۔

مرضی تشبیح۔ بیشتر تصویر یہ ہے کہ عصبی ریشوں میں انحطاطی تغیرات
 ہوتے ہیں اور عصبی غلافوں کی کوئی ماؤفیت نہیں ہوتی۔ چنانچہ رہنہ آکچہ کو کوئی غیر
 امر نہیں نظر آتا لیکن طریقہ مارتھی (Marchi method) سے خورد بینی امتحان کرنے پر
 مائیلینی غلاف کی تجزی اور شحمی انحطاط ظاہر ہوتا ہے۔ محور استوائے کٹر ماؤف ہوتے ہیں۔
 انحطاطی تغیرات محیطی عصبی شاخوں میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں اور جوں جوں اہم
 نخاع سے قریب تر جاتے ہیں یہ تغیرات خفیف تر ہو کر جاتے ہیں، اور اگلی جڑیں
 عموماً طبی ہوتی ہیں۔

علامات۔ کثیر عصبی التهاب کی سرسری تصویر کارفرما سبب کے لحاظ سے
 کسی قدر مختلف ہوتی ہے۔ ذیل کے بیان کا اطلاق امراض کی اکثریت پر ہوتا ہے۔
 آغاز مرض عموماً تدریجی ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں میں
 "جھنڈا ہٹ" یا "شاک" کی شکایت ہوتی ہے۔ یہ آہی کے یہ موضوعی احساسات بند رہج اور سب کے
 طرف پھلتے ہیں لیکن ٹھنڈوں اور کھانوں سے اور نہیں بڑھتے۔ ان کے ساتھ عموماً ناک
 اور پیش بازو کے عضلات میں کبھی کبھی دردناک زنجمن ہوتی ہے۔ بالعموم حس حرکت
 کے بعد حرکی علامات نمودار ہو جاتے ہیں۔ کمزوری بالخصوص پاؤں کے ظہری عم عضلات

کی موجود ہوتی ہے جس کی وجہ سے سقوط القدم ہوتا ہے اور چلتے میں گھٹنے اونچے اٹھائے جاتے ہیں تاکہ پاؤں کی ٹکئی ہوئی انگلیاں زمین کو نہ لگنے پائیں (زیند تسدی حال "steppage gait")۔ ہاتھ کی انگلیوں کی حرکت کمزور پڑ جاتی ہے، خاصاً پنجہ ان کی گرفت ڈھیلی پڑ جاتی ہے اور نازک حرکات کا عمل میں لانا مشکل بن جاتا ہے، غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ اگر یہ کمزوری ہاتھ میں اور اوپر بھلتی ہے تو عموماً اس کے بعد کھائی کے عضلات باسط ماؤف ہو جاتے ہیں اور سقوط رُشخ ("wrist-drop") پیدا ہو جاتا ہے۔ ماؤف جوارح میں دوران خون اکثر کمزور ہو کر وہ ٹھنڈے اور نیلے ہو جاتے ہیں۔

امتحان کرنے پر پایا جاتا ہے کہ جن رقبوں میں سن پن اور جھنجھٹا ہٹ کی شکایت ہوتی ہے ان میں جلدی حس پذیر کم ہو جاتی ہے اور بیگی جوں جوں ہم محیط سے اوپر سفر براہیں کرتے ہوئے جاتی ہے۔ عینق حس پذیر کی نسبت کم ماؤف ہوتی ہے، اور عضلات دبانے سے اکثر غیر معمولی طور پر الیم ہوتے ہیں کمزور شدہ عضلات ڈھیلے ہوتے ہیں اور اگر مرض دو یا تین ہفتوں سے زائد موجود رہا ہے تو عضلات لاعرضی ظاہر کرتے ہیں، جو ہاتھ پاؤں کے چھوٹے عضلات اور پنڈلیوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ مرض کے ابتدائی ترین درجہ میں تری جھٹکے عارضی طور پر زیادہ ہو جاتے ہیں۔ ازاں بعد وہ کم یا غائب ہو جاتے ہیں اور بالعموم سب سے پہلے ٹخنے کے جھٹکے غائب ہوتے ہیں۔ اگر اصابت شدید ہے تو اس کے بعد ٹھٹھنے کے جھٹکے غائب ہوتے ہیں اور اگر بالائی جوارح وسیع طور پر ماؤف ہوئے ہیں تو عضلات بالکل کھٹکے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

علامات عموماً متشاکل ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ ایک جوارح میں دوسرے سے پہلے شروع ہو جائیں۔ بالعموم بالائی جوارح کے نسبت زیرین جوارح زیادہ شدید طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

جھمی اعصاب غیر ماؤف ہوتے ہیں اور عارضی اقتدار کا فقدان نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اصابتوں میں گواند میں ٹھٹھکیاں زیادہ تر شامل ہوتی ہیں، سریری تصویر مختلف شکل میں نمودار ہوتی ہے۔ عینق حس پذیر میں جس میں وضع اور حرکت معمول اور ارتعاشی حس شامل ہے، وسیع طور پر ماؤف ہو جاتی ہے، اور عضلی کمزوری زیادہ وسیع اور زیادہ مساوی طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے ایسی حالت میں

مریض اپنی حرکات کی مقدار اور سمجھت کا اندازہ کرنے میں دقت محسوس کرتا ہے۔ اسی واسطے وہ اپنی چال میں لڑکھڑاتا ہے اور اپنے زیریں جوارح کو اس طرح ادھر اُدھر بھینکتا ہے کہ جس سے ہزال نخاع کی یاد تازہ ہوتی ہے۔ اس سریری قسم کو **ہتھو جلی کثیر عصبی التهاب** (ataxic polyneuritis) کہتے ہیں اور اس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ کسی اثر نخاع کے پچھلے اشواخوں تک پھیل جاتا ہے۔

کثیر عصبی التهاب کے ساتھ بعض اوقات ذہن کی ایک عجیب اور فصوص حالت پیدا ہو جاتی ہے، جو الکلی کثیر عصبی التهاب میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے، لیکن جب تک کورسا کاؤ (Korsakow) نے مشاہدہ کیا ہے، وہ اس کثیر عصبی التهاب میں بھی واقع ہوتی ہے جو دوسرے کئی اسباب (نفاسی عفونت الدم: puerperal septicaemia،

تپ محرقہ، انفولنزا) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے اس نے اسے کثیر عصبی التهابی دماغ النفس (psychosis polyneuritica) کے نام سے موسوم کیا اور وہ علائقہ کورسا کاؤ (Korsakow's syndrome) کے نام سے بھی مشہور ہے۔ مریض کو تازہ واقعات کا حافظہ نہیں رہتا، وہ اس سے لاعلم رہتا ہے کہ کہاں اور کس جگہ پر ہے، اس کی یادداشت غلط ہوتی ہے، اور ایسے واقعات بیان کرتا ہے جو کبھی ظہور میں نہیں آئے۔ مثلاً وہ اپنا نام، اپنی عمر، یہ کہ منقذہ کا کونسا دن ہے، یا وہ کہاں کا باشندہ ہے، نہیں بتا سکتا۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ واقعات کے صریحاً خلاف، وہ یہ کہے کہ میں ٹہلنے یا سوار ہو کر گیا تھا، یا میں فلاں دونوں سے ملا۔ ممکن ہے کہ ایک درجہ پر کوئی بلکہ ہڈیان کا ہو۔ لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں مریض انتہائی بے حسی اور اپنے ماحول سے قطعی بے پروائی ظاہر کرتے ہیں۔

معلوم سبب کی اصابتوں میں اس بیان سے اختلافات واقع ہوتے ہیں جو بعض مثالوں میں مخصوص و متمیز ہوتے ہیں۔ ذمہ داری اور رصاصی قسم کی اصابتیں صفحات 65 اور 588 پر بیان کی گئی ہیں۔

الکلی عصبی التهاب (alcoholic neuritis) مردوں کے نسبت

عورتوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، اور عموماً متواتر خفیف کثرت نوشی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ آج کل یہ اس ملک میں شاذ ہے مگر من الکھلیت کے دوسرے

امارات، مثلاً سوجھن اور کھیت جگر (cirrhosis of the liver)، ممکن ہے کہ موجود ہوں یا نہ ہوں۔ بالائی جوارح کے نسبت زیرین جوارح زیادہ شدت کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ تنہا ماؤف ہوں۔ پنڈلیوں میں دردناک انٹیکس کی شکایت اور دبائے سے انھیں حصوں کی اہمیت نمایاں علامات ہیں۔ پتھمی اعصاب میں عصب تائیچہ کے بعض اوقات ماؤف ہونے سے دائمی سرعت قلب اور لاشا ذعابتوں میں جھری شلل پیدا ہو جاتا ہے۔ اکثر کرات چشم کے رقص المقلہ نما جھلکے رناتباہر کی اعصاب کی حیف کمزوری کی وجہ سے) موجود ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وہی عضلات بھی ماؤف ہوں۔

سم افقاری عصبی التهاب (arsenical neuritis)۔ یہ بعض اوقات تھیمزات سم افقاری کی سبیل پوری ہوتا دھل کے دواء استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنہ ۱۹۰۰ء میں منچسٹر اور شتالی انگلستان کے بعض دوسرے شہروں میں عصبی التهاب کی متعدد اصابتیں، جو ابتداءً انگل کی وجہ سے ہونا سمجھی گئی تھیں، بیر (beer) بناتے وقت سٹکھیا کی انفاقی آئیرشس کے باعث واقع ہونا ثابت ہوئیں۔ جی اور حرکی علامات کی توزیع اور صفات، بیشتر وہی ہوتے ہیں جو الکحل عصبی التهاب میں ہوتے ہیں، لیکن سم افقاری قسم میں جلدی بیش حثیت نسبت زیادہ، وہی عضلات اور زیرین بن الاضلاع عضلات کی ماؤفیت زیادہ کثیر الوقوع، ذبول نسبتہ بلند تاہم آہستگی زیادہ کثیر الوقوع، اور ترقی مرض زیادہ سریع ہوتی ہے (Judson Bury)، اور دبائے سے عضلات کی انتہائی حساسیت (Reynolds) پائی جاتی ہے۔

ذیابیطسی عصبی التهاب (diabetic neuritis)۔ اگرچہ اس مرض میں کثیر عصبی التهاب کی پوری سرری تصویر مل سکتی ہے تاہم زیادہ عام طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ ٹخنہ اور گھٹنے کے جھٹکے کم یا غائب ہوتے ہیں اور کوئی حسی شکایت یا محدود المقام عضلی کمزوری موجود نہیں ہوتی۔ آخر الذکر حالت میں پچھلے تنوں کا انحطاط پایا گیا ہے، جیسا کہ ہزال نخاع میں پایا جاتا ہے۔

حاد جموی یا سٹی کثیر عصبی التهاب (acute febrile polyneuritis)

یہ کسی قدر شدید مرض ہے جس میں پیشی اختلال کی ابتدائی علامات کے بعد جن کے ساتھ ممکن ہے تپ ہو یا نہ ہو، جلد ہی کثیر عصبی التهاب کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں اور کوئی سبب دریافت نہیں ہو سکتا۔ جمعی اعصاب اکثر باؤف ہو جاتے ہیں، بالخصوص ساتواں عصب اور اگر جیسا کہ اکثر ہوتا ہے یہ مرض دو جانبی ہو تو ایک عجیب طور پر بے انہار چہرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اوپری جس پذیریں متاثر نہیں ہوتی اور نہ در و کوئی نمایاں علامت ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے وضع اور حرکت مجہول کے محاسن کا بہت فقدان ہو۔ کمزوری اس سے زیادہ وسیع اور زیادہ مساوی طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے کہ جتنی کثیر عصبی التهاب کی اکثر ایسی امصابتوں میں جو کہ معلوم نہروں سے پیدا ہوتی ہیں۔ بعض امصابتوں میں محیطی گردہ کے عضلات کی بجائے قریبی گردہ کے عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں، اگر عضلات بلع ماؤف ہوں تو شعبی ذات الریہ سے جان کا کچھ خطرہ رہتا ہے، لیکن دو تین ہفتوں کے بعد حالت میں برابر اصلاح ہونے لگتی ہے اور کامل شفا کی توقع کی جا سکتی ہے۔ مثلاً نرم حالتیں۔ چون کہ عصبی التهاب اکثر اوقات بیرونی نہروں جیسے کہ اکمل، سم الفار اور رصاص سے پیدا ہو جاتا ہے، لہذا اس کے علامات کے ساتھ اکثر دوسرے علامات پائے جاتے ہیں جو مخصوص متعلقہ سم کے باعث ہوتے ہیں۔ مثلاً الکلی امصابتوں میں کہبت جگر (cirrhosis of the liver) موجود ہو سکتی ہے۔ سم الفاری امصابتوں میں جلد کے مختلف انحراف یعنی لوہیت، سرحد کی قرینیت (keratosis) یا بیش پردش، احمرار (erythema) اور نسلہ منطقی (herpes zoster)۔ بیری بیری کے عصبی التهاب میں قش قلب معاذیہ کے موجود ہوتا ہے، جو کہ سم الفاری، الکلی اور ڈیفتریا کی امصابتوں میں بھی پایا جا سکتا ہے۔

تشخیص۔ کثیر عصبی التهاب کی ابتدائی علامات تحت الحاد مخلوط

انحطاط (subacute combined degeneration) کی علامات سے قریبی طور

مشابہت رکھتے ہیں۔ صلی سن پن اور کمزوری، اور ٹخنے اور گھٹنے کے عضلوں کا فقدان

دونوں حالتوں میں مشترک ہوتا ہے۔ لیکن خلوط انحطاط میں عموماً نخاع کے مرض کی علامتیں نفاقی درد، عاصری اختلال، یا باسط انحصی جمبیتوں کی شکل میں موجود ہوتی ہیں۔ نخاع کی قطنی کلافی یا ذنب الفرس (cauda equina) کے اضرار بھی جوج نرین کی کمزوری پیدا کر سکتے ہیں جس کے ساتھ وتری جھٹکے غیر موجود ہوتے ہیں، لیکن یہاں بھی عاصری اختلال اور عدم حقیقت کی نفاقی توزیع اختیازی امور ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں، بالخصوص ہرطی قسم کے کثیر عصبی التهاب کی اصابتوں کو، ہزال نخاع سے متفرق کرنا کمزوری ہے۔ لیکن آخر الذکر مرض میں عموماً آرام صاعقہ کی سرگزشت ہوتی ہے جو عصبی التهاب کی حسی شکایتوں سے مختلف ہوتی ہے، مانگوں کے ساتھ بازو و شاہی ماؤف ہوتے ہیں، اور پنڈلیوں کے عضلات الیم ہونے کے بجائے دبا لے پر غیر معمولی طور پر غیر حساس ہوتے ہیں۔ ہزال نخاع کے دوسرے امارات، بالخصوص حدقات آرگنکل رابرٹسن (Argyll Robertson pupils) بھی تفریقی تشخیص کے لئے کارآمد ہوتے ہیں۔

ایک بچہ میں حاد جموی التهاب الاعصاب کثیر آسانی سے التهاب رادال دماغ کا دھوکا لگ سکتا ہے، لیکن اول الذکر مرض میں کمزوری کی توزیع زیادہ متساوی اس کا درجہ زیادہ یکساں، اور اس کا نمو زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ غیر جموی یا سمی قسم کا خاص طور پر اس وقت جب کہ آغاز قبضہ آہستہ اور حسی اختلال خفیف ہو، حرکی امبیتی مرض (متفرق عضلی ذبول) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔

ایک نکتہ جو کہ تفریقی تشخیص میں اہمیت رکھتا ہے یہ ہے کہ کثیر عصبی التهاب کی اصابتوں میں خاص طور پر حاد یا سرعت ترقی کرنے والی شکلوں میں، دماغی نخاعی سیال میں بالعموم پروٹین کی بہت بڑی افزائش ہوتی ہے جو کہ غلیات کی تعداد میں کوئی تناظر زیادتی نہیں پائی جاتی۔

انذار۔ انکلی اصابتیں، اس وقت جب کہ سبب مرض کو فوراً دور نہیں کیا جائے ابتدائی درجوں میں ہی ہلک ہو جاتی ہیں، یا نحل، یا قروح الفیراشس، یا سئل ریوی کے باعث مہینوں کے بعد ہلک ہو سکتی ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں علامات کا نمو بہ سرعت پہلے چھ یا آٹھ ہفتوں میں ہو جاتا ہے، اور پھر ممکن ہے کہ مریض کی حالت بہت

غیر بدل رہے، یا اس میں نہایت آہستگی کے ساتھ اصلاح ہو جائے۔ ممکن ہے کہ سالہا سال کے بعد بھی شفا یابی بختری ہو لیکن اکملی اور دوسری اصاباتوں میں جہاں مرض حد سے زائد نہ بڑھا ہو اور جہاں سبب مرض کا کئی ازالہ کیا جاسکتا ہو، انذار نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے اور دو ماہ سے لے کر چھ ماہ کے عرصے میں تدریج شفا ہو جاتی ہے۔ تا معلوم اصل والی اصاباتوں میں عموماً شفا ہو جاتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ مرض پھر عود کر آئے۔ مرض کی مدت اُس کی شدت کے لحاظ سے تغیر پذیر ہوتی ہے۔ جب تحلیل وسیع طور پر پھیلنا ہوا اور شدید ہو تو شفا یابی ایک سال یا زیادہ سے پہلے عمل نہیں ہوتی۔

علاج۔ اگر کوئی بیرونی زہر (مثلاً اکمل یا سنکھیا) سبب مرض ہو تو اسے مریض سے دور رکھنا چاہئے۔ ذیابیطس کی اصاباتوں میں سبب کا علاج کرنا چاہئے۔ حاد اور شدید اصاباتوں میں بعض اوقات کامل آرام ضروری ہے، ابتداءً عقلی دردوں کی وجہ سے۔ جس قدر جلد ممکن ہو ذلک اور فعال اور معمولی حرکات شروع کر دینی چاہئیں۔ نسبت کم شدید اصاباتوں میں یہ تدبیریں شروع ہی سے اختیار کرنی چاہئیں۔ نہایت خفیف اصاباتوں میں مریض کا بستر میں رہنا ضروری نہیں، لیکن اسے متنبہ کر دینا چاہئے کہ ماؤف جوارح میں ٹکان نہ ہونے دے۔ اکثر انقباضات کو روکنے کے لئے جابر کی ضرورت ہوتی ہے۔ شدید اصاباتوں میں انھیں مسلسل لگائے رکھنا چاہئے۔ مرض کے مابعد درجے میں، یا نسبت کم شدید اصاباتوں میں، یہ بھی کافی ہوگا کہ انھیں صرف رات کے وقت لگایا جائے۔ جن عضلات کو بالارادہ ورزش دینا ممکن نہ ہو ان کو متہیج کرنے کے لئے برقی رو استعمال کرنی چاہئے۔ جہاں تک ادویہ کا تعلق ہے، ابتدائی دردوں کے لئے اسپرین (aspirin) مفید ہے؛ جن اصاباتوں میں فقر سیب کا شبہ ہو ان میں آٹوفان (atophan) دینا چاہئے؛ اور دوران نقیہیت میں اسٹریکنین (strychnine) کا آمیزہ تجویز کرنا چاہئے۔ (نیز ملاحظہ ہوا انتہاب صبی کا علاج)۔

محدود المقام عضلی شنج

(LOCALIZED MUSCULAR SPASM)

جسم کے کسی حصے کے مرض یا تفرقہ کی بحیثیت کے جزو کے طور پر عضلات کا غیر ارادی شنج واقع ہو سکتا ہے، اور یہ ایک سادہ حفاظتی مسکوسہ ہوتا ہے جس کی غایت حرکت کو روکنا اور آرام پہنچانا ہے۔ مختلف الانواع عصبی امراض میں بھی جو اس کتاب کے دوسرے حصوں میں بیان کئے گئے ہیں متنبی یا رجعی شنج پایا جاسکتا ہے لیکن بعض مثالوں میں محدود المقام عضلی شنج ایک منفرد علامت کے طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ ان میں سے دو، یعنی وجہی شنج (facial spasm) اور ہچکی (hiccup) کے متعلق یہاں بحث کی جائے گی۔

وجہی شنج (facial spasm)۔ یہ غیر واضح اصل کی ایک حالت ہے جو بعض اوقات ادیٹر مگر سے زیادہ عمر والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہے۔ شنج جو بالخصوص رجعی قسم کا ہوتا ہے، پہلے عضلہ محیطہ جفنہ (orbicularis palpebrarum) کو ماؤٹ کرتا ہے، لیکن عصب ہنتم سے رسد پانے والے دوسرے عضلات میں رفتہ رفتہ پھیل جانے کا رجحان رکھتا ہے تاہم عضلہ جیبہ اور عضلہ محیطہ فیتہ عموماً یکے رہتے ہیں۔ آرام کی حالت میں ممکن ہے کہ چہرے کی ماؤٹ جانب کا کسی قدر تشنجی فرائض ظاہر ہو، لیکن فرائض پر جب مرعض ارادی حرکت کرتا ہے تو یہ جانب کسی قدر زیادہ کمزور نظر آتی ہے۔ رجعی شنج وقفہ دار اور غیر منظم ہوتے ہیں اور نکان اور عصبی اضطراب سے زیادہ ہو جاتے ہیں۔ وہ بالکل بلا درد کے ہوتے ہیں، لیکن پریشانی و بے آرامی پیدا کر سکتے ہیں۔ ابتدائی ہیئت میں یہ حالت ہمیشہ یک جانبی ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ بالآخر دوسری جانب کو بھی ماؤٹ کر دے۔

تشخیص۔ یہ عصب ہنتم کی خواہش کے ایسے جلی اسباب سے کرتی چاہئے جیسے کہ جہمہ کے اندر رسعات یا سحانی التهاب، عظمی مرض، یا بڑھے ہوئے غدود کا دباؤ۔ ان سے حقیقی وجہی شنج کی تفریق اس کے طولانی بے درد دمر سے اور دوسری

طبعی امداد کی غیر موجودگی سے کی جاسکتی ہے۔

علاج۔ ابتدائی یا خفیف امراض میں دماغی بار سے اجتناب کرنے اور نکلنا شروع کرنا برومائیڈ (bromide) یا لیومینال (luminal) کی خفیف مقداروں کے استعمال سے اس حالت میں تسکین ہوتی ہے۔ بہت سے اشخاص اس کی پروا نہ کرتے کی عادت ڈال لیتے ہیں، گو یہ حالت شدید یا مسلسل ہو۔ ان اشخاص کے لیے جو وجہی تشنج کے بجائے وجہی شلل (facial palsy) کو گوارا کرنے پر راضی ہوں، عصب میں اس مقام پر جہاں دوا بری علمی سوراخ سے باہر نکلتا ہے، عمل کا اثر اب کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اس کا اثر تدریج کم پڑ جاتا ہے اور اشراب ہر چھٹے یا بارہویں دینے پر کرنا پڑتا ہے۔

ہچکی (hiccup)۔ یہ ڈایا فرام کے ایک تشنجی انقباض کی وجہ سے ہوتی ہے جس سے دھتکے ایک شہتق واقع ہو جاتا ہے جس کو مزمار کی ناگہانی مسدودی منقطع کر دیتی ہے۔ ہچکی عموماً کسی قابل شناخت سبب کے باعث ہوتی ہے، جو خفاقی، تھوڑا ڈایا فرام سے نیچے یا اوپر خراش کی صورت میں ہوتا ہے۔ نیز یہ عصب حیوانی کی خراش سے، اور بعض اوقات نخاع یا نخاع متیل میں عصبی مرکزوں کے مرض یا تسم سے پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ بہت منٹوں سے اور بعض اوقات بلا کسی ظاہر سبب کے بھی ہو جاتی ہے۔ شاید مثالوں میں یہ کئی کئی دن جاری رہ سکتی ہے۔ اور خود اس کے علاج کی ضرورت پیش آسکتی ہے اکثر ممکن ہے کہ یہ سانس کو روک رکھنے سے متوقف ہو جائے۔ زیادہ غیر معمولی امراض میں ممکن ہے کہ ناک میں گدگدی کر کے یا ناس یا سیاہ مچ کی ایک ہچکی جو کچھ کر، عینک لٹانے سے فائدہ ہو جائے۔ دوسری دوائیں جن کی سفارش کی گئی ہے یہ ہیں :- ایٹروپین (atropine) کا تحت الجلد اشراب، جسے ضرورت ہو تو چار گھنٹوں کے بعد کرنا چاہئے، ہیامین ہائیڈرو برومائیڈ (hyoscine hydrobromide) کا تحت الجلد اشراب، آمیل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کا خول سوکھانا، یا مورفین (morphia) کا تحت الجلد اشراب۔ ایک معدی نلی گزارنے سے، یا ہوا یا آئینہ کے ساتھ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے آمیزہ کا استنشاق کرنے سے

ایک میرا علاج ملے کو کامیابی کے ساتھ موقوف کیا جاسکتا ہے۔

امراض نخاع

امراض کے اس گروہ کو ٹھیک ٹھیک سمجھنے کے لیے فعلیات اور تشویش کے اُن اصولوں کی واقفیت ضروری ہے جن کا خلاصہ صفحہ 593 الخ پر درج ہے۔ عصبیوں کے اولی امراض - نخاع کے عصبوں کے مختلف گروہوں کے انحطاط امراض سے ماؤف ہو سکتے ہیں۔ ایسا انحطاط سمیات کا نتیجہ ہوتا ہے، یا حیویت کی پیدا نشی کی کے سبب سے واقع ہو جاتا ہے، یا اس کا سبب بالکل نامعلوم رہتا ہے۔ یہ امراض خطی امراض (tract diseases) یا نظامی امراض (system diseases) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں اور مندرجہ ذیل ان کی مثالیں ہیں:- ہزال تھری (tabes dorsalis)، جس میں پیچھے استوائے مرضی ہو جاتے ہیں۔ اولی جانبی صلابت (primary lateral sclerosis)، جس میں ہری خطے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) جس میں پیچھے استوائے اور ہری خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ مرض فریڈرک (Friedreich's disease) جس میں پیچھے استوائے، ہری خطے اور نخاعی دینی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ حرقی عضلی ذلیل (progressive muscular atrophy) جس میں اگلے قرن کے خیتے ماؤف ہوتے ہیں۔ اور عضل ذلولی جانبی صلابت (amyotrophic lateral sclerosis) جس میں اگلے قرن کے خیتے ماؤف ہوتے ہیں۔

عرضی اضرار - چونکہ نخاع ایک مستطیل شکل رکھتی ہے، وہ قدرتی طور پر ایسے اضرار سے ماؤف ہونے کا رجحان رکھتی ہے جو اس کی ساری دہارت کو متاثر کرتے ہیں، مثلاً جیسے کہ ضرباً محدود التام بیرونی دباؤ، سلعہ کی بلا امتیاز بالیدگی، التهاب کے منتشر پھیلاؤ، یا عروقی تشدد سے پیدا ہونے والی عدم حیویت سے واقع ہو سکتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں راوی مادہ اور سفید مادہ دونوں

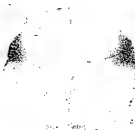
نخل کے تراشوں کی کریں مارچی (Marchi) کے طریقے سے کی جاتی ہے تاکہ دوسرے اور تیسرے صدی غلقات کے مکمل عرضیہ ذریعے
اوپر اور نیچے یعنی غلوں کا مخطط دکھایا جائے۔ اس پر مول پر نخل اس نمادی ہمارا اس سے مضبوط ہو گئی ہے جو کہ پستان کے
مسطح سے فقرات میں واقع ہونے میں مضبوط دریشوں کی کریں سبب ہوتی ہے۔



تصویر ۱۔ ساتواں عرضی غلقت۔ ضرر سے
اوپر حصہ غلوں کے ریشے مضبوط
ہو گئے ہیں۔ ہونے تو اس میں ہوتا
و قیامت یہ وہاں فضاؤں کو نکال
کرتے ہیں جنہیں نکالتی ریشے واقع ہیں
نئی روشنی کے ساتھ پرتیز نہیں ہیں



تصویر ۲۔ پانچواں عرضی غلقت۔ ضرر سے نیچے
ہاتھ غلوں کے ریشے مضبوط ہیں۔ ہونے تو
میں ہونے کا ریشے کے قیامت یہ وہاں
نکالتی ریشوں کے مخطط کو نکال کر کرتے ہیں
جو ضرر کے یہ مول کے اوپر سے تہہ ہیں۔



تصویر ۳۔ تینویں عرضی غلقتی۔ نکالتی کرہ ہری
غلوں کے ریشے مضبوط ہیں۔ دوسرے غل
غلوں کے ریشے اس پر مول پر تہہ ہو گئے ہیں۔

سادہ طور پر اؤفہ ہوتے ہیں۔

انضغاط نخاع

(compression of the spinal cord)

نخاع، بوجہ اپنی نرم کثافت کے متصل حصوں کے مرض یا تضرر کے نتیجے کے طور پر مضبوط ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ ایسے حالات میں جو امراض یا تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ مثال ہوتے ہیں خواہ حقیقی سبب کچھ بھی ہو۔ علامات جو ایک عرضی ضرر کے علامات ہوتی ہیں، قدرتی طور پر ضرر کے فیول کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ دوسرے اختلافات اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ ضاعط قوت کس سمت کے ساتھ فعل کرتی ہے اور ضاعط سبب کی حقیقی نوعیت کیا ہے۔

اسباب۔ نخاعی انضغاط کے اسباب کی تقسیم حسب ذیل کی جاسکتی ہے۔
(الف) محدود الفقرات کا مرض۔ (ب) بڑوں جانی فضا اور سحایا کا مرض۔

(الف) محدود الفقرات کا مرض۔ نخاع اکثر اوقات کسر و خلع پیدا کرنے والے تضرر کے باعث ناگہانی طور پر مضبوط ہو جاتی ہے۔ زیادہ تدریجی طور پر عمل کرنے والے اسباب میں عام ترین فقرات کی ذہنی بوسیدگی (tuberculous caries) یا نو بالیدی ہیں۔

(ب) بڑوں جانی فضا اور سحایا کا مرض قصور کا نتیجہ بعض اوقات سحایا کے اندر نرم ہو سکتا ہے جس سے بعد میں انداب ہو کر انضغاط واقع ہو سکتا ہے۔ اندابی ضیق کے زیادہ عام اسباب ایک محدود النظام آنشکی التهاب سحایا (syphilitic meningitis) یا آبسن قتیحی التهاب سحایا (suppurative meningitis) ہیں۔

مختلف الاقسام نو بالیدیوں بڑوں جانی فضا میں سحایا میں، یا عصبی جڑوں پر پیدا ہو سکتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ نخاع کا ناگہانی انضغاط جیسا کہ کسر و خلع یا کسی باریک درزینہ فقرہ کے ناگہانی بیوط سے واقع ہوتا ہے، مضبوط شدہ حصہ کا محاذ تخرر واقع

کر دیتا ہے، جو کہ دوسری رسد کے منقطع ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے اس کے ساتھ
مشقوق و ریدوں اور عروق شعریہ سے نزقات ہوتے ہیں۔ مردہ بانٹوں میں بہت
شحمی انعطاط واقع ہو کر لینت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ لینت ضرر کے لیوں سے
آگے کچھ فاصلہ تک اوپر یا نیچے کی سمت میں پھیل سکتی ہے۔
عرضی ضرر کے بعد ان عصبی ریشوں کا جو اپنے ابتدائی غلیات سے بے تعلق
ہو جاتے ہیں (لاحظہ صفحہ ۵۱۵) ثانوی انعطاط ہو جاتا ہے۔

جب انعطاط زیادہ تدریجی ہوتا ہے تو اس کا اثر ابتدائے مسکانی معلوم ہوتا
مضبوط شدہ ریشے کے وظیفہ میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر وباؤ ہٹا دیا
جائے تو وظیفہ بہ سرعت عود کرتا ہے۔ ازاں بعد دوران خون میں رکود اور
وریدوں کے انعطاط کے باعث آفریں پیدا ہو جاتا ہے اور بالآخر شرائین کے
تد سے تنخر اور لینت پیدا ہو جاتی ہے۔

نفع کے انعطاط سے، خواہ اس کا سبب کچھ بھی ہو تھک انکبوتہ فضا،
کاسہ پیدا ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ السداد
سے نیچے دماغی نفعی سیال کار کو دواقع ہوتا ہے، اور ساتھ ہی پروٹین کا
ابتلاع ہو جاتا ہے، اور اس میں بعض اوقات ایک زرد لون بھی مل جاتا ہے جو
غالباً مابدر خون سے ماخوذ ہوتا ہے۔

نقرات کی دس فی بوہیدگی (tuberculous caries) اور مختلف
طریقوں سے انعطاط نفع پیدا کر سکتی ہے۔ نسبتاً عام طریقہ وہ ہے جس میں سرایتی عمل
نقرہ کی پھلی دیوار میں سے داخل ہو کر ایک جینی خراج بنا دیتا ہے جو ہروں جانی بانٹوں
کے ذریعہ سمایا سے جدا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے خراج کے بننے میں صرف چند ہی
ہفتے درکار ہوں، اور اس کے بننے سے پہلے نہایت عام طور پر مرضی عمود الفقرات
کو تضرر لگنے کی سرگزشت پائی جاتی ہے۔

دورانی انعطاط کی دوسری شکل میں سرایتی عمل براہ راست سمایا ایک پھل کر ایک
نرمین محدود المقام سمائی القباب پیدا کر دیتا ہے، جو رفتہ رفتہ نفع کو بھیج دیتا ہے۔ یہ
عمل دوسرے عمل کی نسبت بہت آہستہ ہوتا ہے۔

فقرات کی فوبالید میں عموماً ثانوی اصل کی ہوتی ہیں، اور ان کے عام ترین منبعے عورتوں میں پستان یا رحم کا، اور مردوں میں صدی صوی خطہ اور غدہ قدسیہ کا سرطان ہوتے ہیں۔ بالید فقرہ کے شبکی حصے میں پیدا ہو جاتی ہے اور اسے کالینتی ہے یہاں تک کہ بالآخر وہ ٹھوس خول میں سے پھوٹ نکلتی ہے۔ ہڈی کی لینت بالآخر فقری کٹال کی دیواروں کا ہبوط اور ساتھ ہی نفاخ پر باؤ پیدا کر دیتی ہے۔ اکثر بیا ہوتا ہے کہ عمود الفقرات اس سے بہت زیادہ وسیع طور پر ماؤن ہوتا ہے جتنا کہ دوران زندگی میں علامات سے معلوم ہوتا ہے۔ عمود الفقرات یا اس کے گرد کی ساختیں میں کالچی سلو (sarcoma) اولی یا ثانوی ہو سکتی ہے، اور ویسے ہی تغیرات پیدا کر دیتا ہے جیسے کہ سرطانی سلو کے اثر سے ہوتے ہیں۔ فقرات میں کے لبنی سلعات (myelomas) بھی انضفاط نفاخ پیدا کر سکتے ہیں۔

شوکلہ مرض پیچٹ (Paget's disease) بھی نفاخ کا انضفاط پیدا کر سکتا ہے فقرات اور اقم جافیہ کے درمیان کی فضا کبھی کبھی سلعات کا مقل وقوع ہو سکتی ہے جو عموماً کالچی سلو کی نوعیت کے ہوتے ہیں، اور یہ فضا کبھی کبھی ڈویروں (hydatid cysts) کی آرا نگاہ ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات اس فضا پر برہنہ ایکن (Hodgkin's disease) کا یا واسط میں شروع ہونے والے لمفی لیمی سلو (lympho-sarcoma) کا حمل ہو سکتا ہے۔

مزمن آتشکی التهاب صحایا سے صحایا کی بڑی دہازت پیدا ہو سکتی ہے، جس کے درمیان نفاخ مضبوط ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات اس کے ساتھ شریان کا آتشکی مرض پایا جاتا ہے، جو تنخر کے عمل کو تیز کر دیتا ہے۔ صحایا کی فوبالیدوں میں بیشتر غیر خبیث قسم کی چھوٹی کیلہ بند رسولیاں ہوتی ہیں، جو اقم جافیہ کی (اندرونی سلح، قنکبوتیہ، یا معبی جڑوں سے نکلتی ہیں۔ ان کی تقسیم ان کے خرد بینی خطر کے لحاظ سے درملی سلو، رملی سلو، یعنی خاظمی سلو، اور معبی یعنی سلو میں کی جاتی ہے۔ یہ ایسے سلعات کا گروہ ہے جن کا جراحی استیصال بہ آسانی انجام دیا جاسکتا ہے۔ دوسری قسم کی بالید جو صحایا میں ملتی ہے منتشر لیمی سلو کی نوعیت کی ہوتی ہے

جو نیچے اور اوپر کی طرف پھیلنے کا رجحان رکھتی ہے، نصیبت قسم کی ہوتی ہے اور ناقابل استیصال ہوتی ہے۔

رقبی مصلی التهاب مسحا یا (meningitis serosa circumscripta) کا خطاب اس حالت کو دیا گیا ہے جس میں مسحا یا الجھ کر گھسا سائے ہوتے ہیں اور ان میں دُورہ نافضائیں شمول ہوتی ہیں جن میں صاف سیال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ بتصریر کا نتیجہ ہو سکتا ہے اکثر ایک طویل وقفہ خلاء کے بعد یا تقبی التهاب مسحا یا کے پہلے نتیجہ کے طور پر ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ بلا کسی صریح سبب کے پایا جائے۔

علامات۔ نخاعی انفضاط کے علامات وہی ہیں جو قبل ازیں نخاع کے عرضی ضرر کے بیان کئے گئے ہیں، اور یہ ماؤف لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔ ان پر عصبی جڑوں کے انفضاط کے علامات کا اضافہ کرنا چاہئے جبکہ وہ بھی ماؤف ہو جائیں۔

جب انفضاط ناگہانی طور پر واقع ہو جائے، جیسے کہ کسر و خلع یا ایک مرضی فقرہ کے ہبوط سے، تو جس پذیرِ قوت، اور ماضی اقتدار کے فقدان کے علاوہ ایک ابتدائی عرصہ نخاعی صدمہ کا ہوتا ہے جس میں ضرر کے لیول سے نیچے تمام مشکوکات زائل ہو جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی اکثر تپ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سریری تصویر ابتداءً حادثہ التهاب نخاع (acute myelitis) جیسی ہو۔

جب انفضاط بتدریج واقع ہوتا ہے تو ابتدائی علامات اکثر پچھلی عصبی جڑوں پر دباؤ کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ یہ درو کی شکل اختیار کر لیتی ہیں، جو عموماً شدید مستروغیت کا ہوتا ہے اور ماؤف جڑوں کی قطعی توزیع میں متحول ہوتا ہے۔ بالعموم یہ درد پہلے ایک جانب ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ بعد میں دوسری جانب پر بھی پھیل جائے۔ غرض شیدہ جڑوں سے رسد پانے والے رقبے میں بعض اوقات جلدی پیکل خصیت بھی پائی جاسکتی ہے۔ اگلی جڑوں پر دباؤ پڑنے سے عضلی ہنزل اور کمزوری بھی پیدا ہو جاتی ہے، جو عفتی یا قطنی کلائیوں کے انفضاط میں ایک اہم مستین اتقام امارت ہو سکتی ہے۔

لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ صدری خطے میں قلعہ کا انتصابی طول اتنا ہوتا ہے

کہ یہ بالکل ممکن ہے کہ نخل کا انضباط عصبی جڑوں کی ماؤنٹ کے بدوں واقع ہو جائے اور یہ کہ بہر صورت انضباطی سبب نخل کی اگلی سطح پر عمل کر سکتا ہے۔ ان اصاباتوں میں سرگزشت مرض میں بڑے کے درجہ کی متیز علامت غیر موجود ہوتی ہے۔

نخل کے اندر ان ساختوں میں سے ہری ریشے عموماً پہلے مبتلا ہوتے ہیں جس کا نتیجہ کمزوری اور سختیت، بڑھے ہوئے وٹری جھٹے، گھٹے ہوئے یا غیر موجود شکی سکوسات، اور باہر اٹھسی جھپٹیں ہیں۔ حتیٰ اختلال بالعموم کمزوری منکوس ہونے کے بعد کچھ عرصہ تک ظاہر نہیں ہوتا۔ اس کی شناخت کے لئے ابتدائے اعتدال امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایک لیول ایسا ملے گا جس کے نیچے اپن کا چھبنا نسبت کم درمید کرتا ہے، دوفی سے چھوٹے کا احساس کم مستمر طور پر ہوتا ہے، اور گرم اور سرد غلیوں کے درمیان فرق کم یقین کے ساتھ معلوم ہوتا ہے۔

شبت اور معمول حرکت کی جیسوں کا امتحان کیا جائے تو وہ کم صحیح پائی جاتی ہیں اور ممکن ہے کہ سر کے دوشانے کا احساس ایک خاص لیول سے نیچے کم شدت کے ساتھ ہو۔

جیسے جیسے مرض ترقی کرتا جاتا ہے حتیٰ فقدان زیادہ زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے یہاں تک کہ عموماً تندرست اور ماؤنٹ حقوں کے درمیان ایک یقین خطا حائل شناخت ہو سکتا ہے۔ گویہ خطا عموماً واضح طور پر یقین نہیں ہوتا، تاہم اس سے ضرر کا لیول خاصی صحت کے ساتھ ظاہر ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی نخل کے بالائی خطے کے ضرر کی حالت میں یہ پایا جاتا ہے کہ سب سے نیچے کے فلتی رقبوں سے آلے والے ریشے بالخصوص وہ جو کہ عقیق میں پذیر فی کا تاثر متحمل کرتے ہیں، بچے رہتے ہیں، چنانچہ عجری رسد پالنے والے رقبوں پر عقیق دباؤ کا احساس محفوظ رہتا ہے۔

جیسے جیسے جوائے زیرین کا شکل بڑھتا ہے مفلات ماصہ کا اقتدار بھی کم ہوتا جاتا ہے، جس سے ابتدا میں بتول مچل اور مشر تیز ہوتا ہے۔ بالآخر اگر انضباط نہ دور کیا جائے تو وہ کمال حرکی شکل اور حتیٰ فقدان اور ساتھ ہی ماصری افتد لکا ازالہ واقع کر دے گا۔

سیرری تصویر کی تفصیلات لازم ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوں گی۔

نخامی انفضا کا مزید ثبوت (۱) دماغی نخامی سیال کے امتحان سے (۲) لپائیڈل (lipidol) کے دروں غلافی اشرب کے بعد لاشعاعی امتحان سے حاصل ہو سکتا ہے۔ (۱) بالعموم انفضا ط کے لیول سے نیچے سے حاصل کردہ دماغی نخامی سیال میں پروٹین کی معمول سے زائد مقدار موجود ہوتی ہے۔ اور یہ زائد مقدار انفضا ط کے درجہ اور مدت کے لحاظ سے طبعی (۲۵۔۳۰ فیصدی) سے اوپر خفیف سی لپائیڈل سے لے کر ۳۰ فیصدی کی بلند تک اختلاف پذیر ہو سکتی ہے۔ جب پروٹینی مافیم نہایت بلند ہوتا ہے تو سیال میں اکثر فائبرنوجن موجود ہوتی ہے، اور ایسواسٹے وہ امتحانی ٹی میں مرطب ہو سکتا ہے۔ مزید برآں وہ بعض اوقات ایک سنہری زرد جھلک ظاہر کرتا ہے، جو غائب مذکور وریڈوں کی دیواروں میں سے عبور اثر شل کردہ خون کی پاشیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔

اگر سیال کے دباؤ کی تسیمیل کے لئے ایک ضابطہ پیا استعمال کیا جائے تو کوئیکن ٹیسٹ کے کاشف (Queckenstedt's test) سے کام لینا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 631)۔ طبعی حالات میں اگر ایک مددگار و داجی وریڈوں کو مضبوط کرے تو ضابطہ پیا میں دباؤ فی الفور زیادہ ہو جائے گا۔ یہ زیادتی نہ ہونا، تحت المنکبتیہ فضاء کی مسدودی کی دلیل ہے۔

(۲) بعض اوقات لپائیڈل کے اشرب کا وہ مل جو کرسکارڈ (Sicard) نے ایجاد کیا ہے نخامی انفضا ط کی سریری تشخیص کی تعدیق اور ضرر کے بالائی لیول کی تعیین کے لئے کارآمد ہوتا ہے۔ لپائیڈل آئیوڈین اور چربی کا مرکب ہے، جو لاشعاعی کے لئے غیر شفاف ہوتا ہے، جس کی کثافت نوی دماغی نخامی سیال کی کثافت نوی سے بلند تر ہوتی ہے اور جو بافتوں پر کوئی مضر اثر نہیں رکھتا۔

مریض کو بیٹھی ہوئی وضع میں رکھ کر اس شے کے ایک یا دو سی سی بر کر کر کبیر میں مشرب کئے جاتے ہیں۔ اشرب کے بعد فوراً ہی ایسی جب کہ مریض انتصابی وضع میں ہے اس پر لاشعاعیں ڈالی جاتی ہیں اور مغرورہ انفضا ط کے مقام اور قطعی تجویز شو کہ کے مقام ان دونوں لیولوں پر تصویریں لے لی جاتی ہیں۔ آدھے گھنٹے بعد لاشعاعی امتحان کر لیا جاتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو چند گھنٹوں کے وقفہ کے بعد پھر



شعلہ شگفتہ برکہ کبریا پانڈال کا اشارہ کیا کہ آؤ گھنٹہ بند۔ درمیں انتہائی رنج میں ہے۔ پانڈال غلامی آپ کے چہرے میں جمع ہو گیا ہے جس سے ثابت ہوتا ہے کہ زیر شکنجہ قیامت میں کوئی تسد نہیں ہے۔



شعلہ شگفتہ پانڈال کے مشرب کے بعد لی گئی حالت وہی ہیں جو کہ تصویر ۱ میں تھے۔ پانڈال دوسرے قطعی فقرہ کے باطنی غلام سے پرکار کر گیا ہے۔ بعد ازاں علیہ کہنے سے اس لیل پر ذہنی نفس کو مشغول کرنے والے سلیا کا یعنی لمبی مدہ شگفتہ پر اپنا کوئی چوکنجہ قیامت کو طعنے کر رہا تھا۔ ان ہاشمی صحفوں سے جو کہ سرزنش سے لاک (Lindsay Lock) اور سرگینس ریڈنگ (Mr. Magnus Redding) نے لے لیں،

کیا جاتا ہے۔ طبی حالات میں لپاٹڈال غلافی تاجہ (thecal sac) کے پیندے میں چند منٹ کے اندر ہی گر جاتا ہے، جہاں وہ لاشعاعی صحیفہ پر پہلے غجری فقرہ کے زیرین کنارے پر نظر آتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ لپاٹڈال کا خواتش اور اثر جڑوں کے دروں میں اشتداد پیدا کر سکتا ہے، بلکہ ممکن ہے کہ وہ غجری انضفاط کی امارت میں ایک ماضی زیادتی بھی پیدا کر دے۔ لہذا اس کا استعمال اسی وقت کرنا چاہئے جب کہ سریری وجوہات کی بنا پر تشخیص یا تعین مقام کا فیصلہ کافی صحت کے ساتھ نہ کیا جاسکے (ملاحظہ صفحہ ۵۲، تصویر ۱)۔ اگر سخت الفلکونیہ کہہ مسدود جیسا کہ نخاعی انضفاط کی ترقی یافتہ حالت میں ہونا چاہئے، تو لپاٹڈال اوپر رکا ہوا رہے گا۔ دکھلائی ہوئی تصویر میں (صفحہ ۲، تصویر ۲) یہ انسداد دوسرے فطنی فقرے کے بالائی کنارے پر ہے۔ ذنب الفرس (cauda equina) اس لیول سے نیچے یعنی نوعیت کے ایک بڑے سحافی سلسلہ سے مضبوط تھا۔

لپاٹڈال استعمال کرنے کا ایک زیادہ حالیہ زیادہ محفوظ اور بہتر طریقہ وہ ہے کہ جس میں ایک لاشعاعی مینر استعمال کی جاتی ہے اور اس پر مریض کو ایک اتھامی وضع میں جھکا دیا جاتا ہے جس سے اس کا سر نیچے کو ہو جاتا ہے۔ لپاٹڈال کا اشرب فطنی کچھ کے کسے ذریعہ کیا جاتا ہے اور اس کا گزر ایک پردہ پر دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقے سے جزوی رکاوٹ کا مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔

تحقیقات کے یہ مخصوص طریقے نہایت کارآمد ہیں، لیکن یہ نہیں خیال کر لینا چاہئے کہ ان سے مثبت نتائج حاصل ہوں گے، تاؤتیک انضفاط زیادہ درجہ کا نہ ہو۔ اسی واسطے ابتداء میں ایک ایسا زمانہ ہو سکتا ہے جب کہ اصابت کی نوعیت معلوم کرنے کے لئے صرف سریری سرگزشت اور ملاطمت ہی رہنمائی کرتے ہیں۔

متذکرہ بالا علامات پر جو انضفاط کی تمام اصابتوں کے لئے مشترک ہوتے ہیں، ان علامات کا اضافہ کیا جاسکتا ہے جو انضفاطی سبب سے شعلی ہیں۔

فقراتی مرض میں عام طور پر، لیکن ہمیشہ نہیں، مقامی درد کی شکایت ہوتی ہے، جس کے ساتھ ہی کرنگلی ہوتی ہے، اسیہ دورہ ایسی حالت سے بڑھ جاتا ہے

جس میں ماؤف حصوں پر زور یا دستکا پڑنے کا رجحان ہو، مثلاً جھکے، زینہ سے نیچے کودنے یا سوٹر کار میں ناہموار سڑکوں پر چکولے گرنے سے۔ بعض اوقات مرضی فقرات کی انیمیت اور تشنق موجود ہوتے ہیں۔ بالآخر لاشعاعی صغہ بالعموم ہڈی کے مرض کی موجودگی ظاہر کرنے میں مدد ہوتا ہے۔

سجایا کا مزہن التهاب بالعموم معصی جڑوں کی کئی جڑیوں کو ماؤف کرتا ہے۔ اسی واسطے عموماً جڑوں کا درد ایک نمایاں علامت ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ اکثر عضلات پشت کا معکوس شنج ہوتا ہے جس سے شوکر کی مقامی کڑختگی پیدا ہو جاتی ہے۔

بڑوں جانی فضا یا سجایا کی فوبالیدی میں ممکن ہے کہ سادہ انفضا کے علامات کے سوا اور کوئی علامتیں نہ پیدا کریں، اور ان کے ساتھ جڑوں کے درد ہوں یا نہ ہوں۔ مگر یہ بالیدی برائتا وہ فقرات کی کسی قدر انیمیت اور عضلات کا معکوس شنج پیدا کر سکتی ہیں۔

تشخیص۔ اس میں (۱) نخاعی انفضاط کی تفریق مرضی ضرر کی دوسری اصابتوں سے، اور (۲) انفضاط کے اسباب کی تفریقی تشخیص شامل ہے۔

(۱) حادث آغاز کے نخاعی انفضاط کو، جیسا کہ ایک خبیث بالید کی وجہ سے ہو سکتا ہے، حادث التهاب نخاع (acute myelitis) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ یہاں اول الذکر تشخیص کی تائید میں خاص امور یہ ہیں:۔ کسی دوسرے مقل پر خبیث مرض کی موجودگی اور وہ حتمی تغیرات جو دائمی نخاعی سیال میں پیدا ہو جاتا ہے جن کا تذکرہ پہلے کر گیا ہے۔

انفضاط کی زیادہ تدریجی اصابتوں کی تفریق دسروں یقینی سلحہ (intra-medullary tumour) 'منتشر صلابت' (disseminated

sclerosis) آتشکی التهاب نخاع (syphilitic myelitis) عضلہ

ذہولی جانبی صلابت (amyotrophic lateral sclerosis) نخاعی

جوفیت (syringomyelia) اور تحت الحاد مخلوط الخطاط

(subacute combined degeneration) سے کرنی پڑتی ہے۔

مکن ہے کہ دروں تہی سلسلہ سے تفریقی تشخیص صرف علیہ کے وقت ہو سکے۔
 منتشر صلابت میں منتشر اضرار کی موجودگی سے جو آمارات یا سرگزشت مرض سے
 ظاہر ہوتی ہے، عموماً مرض کا پتہ چل جاتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں تشخیص کا
 مسئلہ صرف درجہ برآری سے حل ہو سکتا ہے۔ آنشلی التهاب نخاع کی تشخیص اموت
 ہو جائے گی جب کہ دستوراً علی امتحان میں خون اور نخاعی سیال کے تعلقات
 و آزرمن کو بھی شامل کیا جائے۔ عضلہ ذبولی جانبی صلابت میں حتی تغیرات کی
 عدم موجودگی اور نخاعی جو قیوت اور محنت الحاد و مخلوط انحرافات میں نیز حتی اختلالات
 کی موجودگی ان حالتوں کی تشخیص میں عہد ہوتی ہے۔ بالآخر دماغی نخاعی سیال
 کا امتحان اور پائڈل کے ساتھ لاشعاعی امتحان اکثر تفریقی اہمیت رکھتا ہے۔
 (۲) انضفاط کا ٹھیک ٹھیک سبب صرف باقاعدہ امتحان سے معلوم ہو سکتا
 ہے۔ فقراتی مرض کے سریری یا لاشعاعی جموت کی غیر موجودگی میں اور خون اور نخاعی
 سیال میں منفی تعلقات و آزرمن کی حالت میں استقصائی درجہ برآری
 (exploratory laminectomy) کا علیہ کرنا چاہئے۔

660

انذار۔ خاص کر انضفاط کے سبب پر منحصر ہو مگر۔ تضرر کی اصابتوں
 میں بالعموم مگر کی وجہ سے خود نخاع اس قدر شدت کے ساتھ متضرر ہو جاتی ہے کہ
 از الانضفاط سے علامات میں کوئی اصلاح نہیں ہوتی۔

درنی بوسیدگی کی بیشتر اصابتوں میں معقول علاج کے ساتھ انذار
 اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ اور کسی جگہ فاعلی تدبیر موجود نہ ہو۔ تاہم ان اصابتوں میں
 جن میں تدریج ترقی پذیر مرض کی سرگزشت مزمن دماغی التهاب سحایا پر دلالت کرے
 مستقبل کم امید افزا ہوتا ہے۔ فقرات کی خبیث بالیدیں جہینوں یا بیروں جاری
 رہتی ہیں مگر کہ بالآخر قروح الفروش اور التهاب شانہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔
 آنشلی التهاب سحایا کی ترقی مناسب علاج سے روکنی ممکن ہے۔

رقبی صلی التهاب سحایا (meningitis serosa circumscripta) میں انفذاط
 کو کاٹ دینے سے انضفاط رفع ہو جائے، لیکن اس حالت کے کمر پیدا ہو جانے
 کا امکان ہوتا ہے۔ غیر خبیث قسم کی دروں غلافی بالیدوں کو کل طور پر دور کیا جاسکتا

ان تمام امیابتوں میں جن میں انضباط پیدا کرنے والا سبب دور کر دیا جاسکتا ہو، خواہ در فی مرض میں آرام و سکون سے خواہ عملیہ کے ذریعہ یا یہ امر کہ کس وجہ کی شفا یابی کی توقع کی جاسکتی ہے، علامات کی شدت اور مدت پر منحصر ہوتا ہے۔ جوارح زیرین میں قوت اور حرس کے کامل فقدان کے باوجود ریشہ طیکہ یہ فقدان چند مہینوں سے رائد تک نہ جاری رہا ہو، وظیفہ کی کامل بحالی ممکن ہے۔ جب ماضی اقتدار ایک بار مفقود ہو چکا ہو تو بولی عفویت کے پیچیدہ مکن عامل کی وجہ سے شفا یابی کے موقع کم ہو جاتے ہیں۔

علاج بحالاج تاجر کا مقصد انضباط کا دور کرنا ہے۔ نو بالیدوں کی حالت میں یہ مقصد صرف جراحی علاج سے حاصل ہو سکتا ہے۔ غیر خبیث سلعات تمام تر دور کئے جاسکتے ہیں، اور غریبہ مرض کی چند امیابتوں میں ازالہ ضغط سے در دین تخفیف ممکن ہے۔

درنی بوسیدگی کا بہترین علاج کامل آرام ہے جو صحتی ماحول میں دیا جائے۔ مریض کو ایک سخت بستر پر لٹایا جاتا ہے اور پاؤں اور ٹھوڑی پر جبر کر کے توسیع قائم کی جاتی ہے۔ یا اس پر ابتدا ہی سے لیٹر کا ایک جاکٹ فٹ کر دیا جاتا ہے۔ آفتی وضع میں کامل آرام کم از کم ایک سال تک قائم رکھنا چاہئے۔ از ان بعد مریض کو لیٹر کے ایک جاکٹ میں جلا کر تندریدرج انتہائی وضع اختیار کرنے دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ نحر اعی انضباط کے امارات میں اصلاح ہونے میں کئی ماہ کی تاخیر ہو جائے، لیکن بالعموم یہ امیابتیں بالآخر منبطل جاتی ہیں۔

آتشکی انتہاب سہا یا کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے انضباط کا علاج داغ آتشک ادویہ سے چھتی کے ساتھ کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸۸۸) اگر ایک کافی نصاب کے بعد اصلاح نہ پائی جائے تو تندی غریق کو قطع کرنے کی توقع سے غلیبہ کر سکتے ہیں۔ ضرب یا قلع سے پیدا ہو جانے والے سحائی انضباط کا علاج بھی اسی طریقہ پر غلیبہ سے کرنا چاہئے۔

نحر کے عرضی فرق کی امیابتوں میں خواہ وہ انضباط کی وجہ سے ہو یا دوسرے اسباب سے، تحقیقی علاج کی غایت یہ ہوتی ہے کہ مدیم الحس جلد کو

تقریح سے محفوظ رکھا جائے، شانہ کی آبیاری اور میلیت کی جائے درد اور تکلیف کو دور کیا جائے، اور شنجی عضلات کے تقبض کو روکا جائے یا اس کو درست کیا جائے۔

جلد کے تحفظ کے لئے مریض کو ایک آبی بستر پر لٹایا جاتا ہے۔ صبح اور شام اور جب کبھی گندگی واقع ہو اس کی پشت کو دھو ڈالنا چاہئے دھونے اور خشک کرنے کے بعد غلی آبھاروں اور ایڑیوں پر کی جلد کی مالش پھٹی کے ذریعہ زور سے اور دیر تک کرنا چاہئے۔ پھر چاک اور بورک ایسڈ کا سفوف چھڑک دینا چاہئے۔ پھٹی ہوئی اور شکن دار چادروں سے جن سے انساج پیدا ہونے کا امکان ہو بہ احتیاط احتراز کرنا چاہئے اور دن بھر میں مریض کی وضع کو وقتاً فوقتاً بدلتے رہنا چاہئے تاکہ بڈیوں کے انھیں آبھاروں پر لگا تار دباؤ نہ پڑنے پائے۔ مریض کو سرکانے کے لئے دوسری ضروری ہیں تاکہ اسے گھٹا کر روک دی جائے اور وہ گھٹنا نہ جائے۔

اگر قروح الفرش پیدا ہو جائیں تو ان کا کبھی مناسب وقفوں کے ساتھ کرنا چاہئے۔ مہج غسولات اور مرہم کے بعد دیگرے استعمال کرنے چاہئیں۔ اقل الذکر میں ٹوبال (ensol) (۲۰۰ میں ۱) اور غسل احمر (lotio rubra) تثنی بخش ہیں۔ مرخیات میں روغن بیدانجیر (ol. ricini) دھست کے مرہم (ung. zinci) یا روغن بیدانجیر اور صغیہ عود مرکب (tinct. benzoni co.) کے مساوی جتنے سب سے زیادہ مفید ہیں۔ اگر شانہ شلول ہو کر احتباس بول پیدا ہو جائے تو التهاب شانہ کو ہٹا لیا تاکہ زیر ہے۔ تاہم اسے مندرجہ ذیل تدابیر سے روک سکتے ہیں۔

یا تو ایک قاناطیر چھ گھنٹوں کے وقفوں سے داخل کرنا چاہئے یا اس آلہ کو اندر یا اندر دینا چاہئے اور نین یا چادروں کے وقفوں سے بدلتے رہنا چاہئے۔ قاناطیر داخل کرنے سے پہلے نہ صرف خشک القضیب کو بخوبی صاف کر لینا چاہئے، بلکہ مقدم تجوی البول کو ایک دافع عفونت محلول سے دھو دینا چاہئے۔ شانہ کی آبیاری بھی صبح و شام ایک دافع عفونت سیال سے کرنی چاہئے۔ کسی سیانائڈ آف مرکوری (oxycyanide of mercury) (۴۰۰ میں ۱) تثنی بخش ہے،

یا اگر شیبہ شدت قلوئی ہے تو بورک ایسڈ (boric acid) کا سیر شدہ محلول پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ نیز ایسی اصابتوں میں یوروٹروپین (urotropin) اور آسڈ سوڈیم فاسفیٹ براہ دہن دینا چاہئے۔

شانہ کی آبیاری میں اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ پانی کا ایشوراب صرف اس قدر ہو کہ جس سے شانہ حد سے زیادہ نہ بھول جائے۔ اس کے لئے صحیح مقدار ۶ اونس سے زائد نہیں۔ جب شانہ کا تھلہ خود بخود ہونا شروع ہو جائے تو آبیاری کے سیال کو نہایت کم دباؤ کے ساتھ داخل کرنا چاہئے اور اگر معکوسہ پیدا ہو جائے تو شانہ کو اپنے مافیہ خالی کر لینے دینے چاہئیں۔ لیکن تا وقتیکہ شانہ بلا تغلی پشاپ چھوڑے اپنے مافیہ کو کامل طور پر خالی کرنے کے قابل نہ ہو جائے، غفلت کو ترک کرنا درست نہیں (۲)۔ آنتوں کے افراغ کا انتظام حقن کے ذریعہ ہر ۱۲ تا ۱۸ گھنٹے بعد کرنا چاہئے، جس سے کپڑے کم خراب ہوتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو مناسب وقت کا احتیاط سے اندازہ کر کے شاکلی پھلیون (senna pods) کا منقح پہلے سے دیا جاسکتا ہے۔

جو ارج کے معکوس سطحی جوہر محض خود تکلیف دہ ہوتے ہیں بلکہ رگڑ کی وجہ سے قروح الفرائش پیدا کرنے کا رجحان بھی رکھتے ہیں، ایک حد تک اس طرح دور کئے جاسکتے ہیں کہ زین جارج کے اوپر ایک گہوارہ نکا دیا جائے تاکہ ان سے بستر کے کپڑے نہ چھوٹے پائیں۔ اس گہوارے کے اندر کی پیش گرم بوتلوں کے ذریعہ سے ایک مستقل لیول پر رکھنی چاہئے۔ اگر یہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو مسکنات جیسے کہ لیومینال (luminal) اگرین کی خوراکوں میں روزانہ تین بار کام میں لاسکتے ہیں، یا رات کے وقت اس سے بڑی مقدار دیا جاسکتی ہے۔

تقبض پیدا ہونے کی روک تھام کے لئے روزانہ مہول حرکتیں اور پیچیدہ کا استعمال کرنا چاہئے اس وقت تک جب تک کہ بالآخر شغایانی کی کوئی توجہ نہ برقی روکوائے عضلات کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جو اپنے

زیریں عصبیہ کی رسد کی ماؤفیت کی وجہ سے لاغر اور مشلول ہو گئے ہوں۔
 زیادہ پرانی امیبتوں میں جب خود بخود اصلاح کی کوئی امید باقی نہ رہے
 تو پچھلی عصبی جڑوں کو قطع کر کے جوارح زیریں کی شخصیت رفع کی جاسکتی ہے
 (علیہ فارستہ Forster's operation)۔ اور قسمہ برآری انجام دی جاتی
 ہے اور دوسری قطنی جڑ سے لے کر نیچے کے طرف کو متبادل جڑوں میں قطع کر دی جاتی
 ہیں۔ یہ علیہ لازمی طور پر شدید ہے اور اسے بجز مخصوص امید افزا حالات کے
 نہیں اختیار کرنا چاہئے۔ رانوں کے شنج عضلات متقرہ (adductor spasm)
 کا علاج اعصاب ساوہ کے قطع کے ساتھ ترعلیہ سے کرنا چاہئے جس سے بعض
 اوقات تکلیف میں بہت تخفیف ہو جاتی ہے۔

نخاع کے سلعات

(دسروں لبتی سلعات = intramedullary tumours)

گذشتہ صفحات میں سچایا اور عصبی جڑوں سے پیدا ہونے والے سلعات
 کے متعلق غور کیا گیا ہے کہ یہ نخاع کا انضغاط پیدا کر دیتے ہیں۔ نخاعی جرم
 کے اندر کے سلعات نسبت غیر عام ہیں۔

امراضیات - یہ دوسرے نیوٹوں کے نسبت عتقی اور قطنی عجزی
 کلائیوں میں زیادہ عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ معمولی قسم سریشی سلعہ ہے۔
 لمبی سلعہ، درنی سلعہ اور کمضیہ بھی ہو سکتا ہے۔

علامات - دروں لبتی سلعہ کے علامات نخاع کے ایک بتدریج ترقی پذیر
 عرضی ضرر کے علامات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔ نخاعی انضغاط کی
 امیبتوں کے برعکس جڑوں کے درد غیر موجود ہوتے ہیں، اور اسی واسطے
 ابتدائی علامات اطراف میں سن پنا اور کمزوری کی شکایت ہے۔ دوسرے
 علامات ضرر کے لیول کے لحاظ سے ہوتے ہیں۔ جب یہ عتقی یا قطنی کلائیوں میں
 واقع ہو تو اگلے قرن کے خلیوں کے اتلاف کی وجہ سے عضلی ذبول ایک نمایاں
 علامت ہوتی ہے۔ بعض اوقات درد کا ایصال کرنے والے ریشوں کا بخرونی اتلاف

سلحہ کے لیول سے نیچے حتیٰ قساو کی دردناک شکایت پیدا کر دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں تحت النکبوتیہ فضا غیر ماؤف رہتی ہے، واماخی نخاعی سیٹال پروٹین کی زیادتی ظاہر نہیں کرتا، اور برکہ کبیر کے اندر شراب کردہ لپائیڈ مال نہیں رہتا۔ لیکن بالآخر ممکن ہے کہ سلحہ نخاع کا اتنا درم پیدا کر دے کہ اس سے تشدید ہو جائے، اور ان امتحانات سے مثبت نتائج حاصل ہو جائیں گے۔

تشخیص۔ تفریقی تشخیص بہت کچھ وہی مسئلے پیش کرتی ہے جو نخاعی انضطاط میں پیش آتے ہیں ملاحظہ ہو صفحہ (659)۔ ممکن ہے کہ دروں ہی ملوثہ نخاعی جوہریت کے درمیان سرسری طور پر امتیاز کرنا غیر ممکن ہو جائے اور صحیح تشخیص صرف استقصائی درجہ برآری سے کی جائے۔

انذار اور علاج۔ ازالہ انضطاط سے کچھ آرام حاصل ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ بالید عموماً در زیر نوعیت کی ہوتی ہے، لہذا اسے دور کرنا ناممکن ہوتا ہے اور آخری انذار بڑا ہوتا ہے۔

جب تشخیص ٹھیک ٹھیک ہو جائے تو عمیق لاشعاعی علاج آزمانا چاہئے۔ تخفیفی علاج وہی ہے جیسا کہ عرضی ضرر کی دوسری اصابتوں کے لئے ہوتا ہے، اور پہلے نخاعی انضطاط کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

التهاب نخاع

(myelitis)

جب یہ اصطلاح استعمال کی جاتی ہے تو اس سے وہ التهابی عمل مراد لیا جاتا ہے جو نخاع کے جرم کے اندر ہو، اور حصہ ماؤف کے تمام اجزاء یعنی عروقی، مویہ، عصبی غلیات اور ریشوں، اور عصبی سریش کو متاثر کرتا ہو۔

بحث اسباب۔ یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ یہ مثال میں التهابی عمل حیاتی حالات کی وجہ سے ہوتا ہے، لیکن متعدد اصابتوں میں سیمی عضویہ غیر مشخص رہتا ہے۔ تاہم اکثر اصابتوں میں آشک کا بیج مویہ سبب مرض ہوتا ہے جیسا کہ اولیٰ صراحت کی سرگذشت سے، خون اور دماغی نخاعی سیال میں تعادل فائز رہنے سے

آخرا الذکر کے اندر لمبی غلیظوں کی زیادتی ہے، اور نخاع کے بعد المات جسمانی امتحان سے ثابت ہوتا ہے۔

آتشک کے علاوہ کئی حادثہ طبی حیات میں التهاب نخاع کے وقوع کی پیمیدگیاں واقع ہو سکتی ہیں، اور اس التهاب کے سانچہ عموماً التهاب دماغ (encephalitis) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ ان حیات میں خسرہ اور چیک اور مونیا سیٹلا (chicken-pox) نہایت اہم ہیں۔ جب درین رسائی (vaccination) کے بعد بھی التهاب نخاع مع التهاب دماغ کے واقع ہو سکتا ہے۔

اس قسم کی اصابتوں میں خیاس ہے کہ سرایت رساں عامل نخاع تک جوئے خون کی راہ سے پہنچ جاتے ہیں۔ دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ عضو یہ عفونت کے کسی محیطی اسکے سے نخاع تک گزری بھی لگائی عروق کے راستہ سے پہنچ جاتے ہوں۔

ان پر اصابتوں کے اس گروہ کا اضافہ کیا جاسکتا ہے جس میں نخاع پر خرد عضویوں کا حظ، سحایا کی ماؤفیت کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسے سبب اور اس کا کم و بیش درجہ کا التهاب نخاع اس التهاب سحایا میں واقع ہو سکتا ہے جو ذرنی عقیقہ، یا دوسرے مختلف عضویوں مثلاً بنفہ ریویہ، بنفہ سبجہ، اور بنفہ مغبیہ کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں التهابی عمل متعمد ساختوں سے براہ راست پھیل سکتا ہے، اور راستہ میں سحایا کو بھی ماؤف کر سکتا ہے، جیسے کہ ایک متفرق قرعہ الفرائش کی حالت میں۔

امراضیاتی نقطہ نظر سے حادثہ سرایتی التهاب نخاع (acute

infective myelitis) اور آتشکی التهاب نخاع (syphilitic myelitis)

کے درمیان تفریق کرنا سہولت بخش ہے۔

مرضی تشبیح حادثہ سرایتی التهاب نخاع (acute infective

myelitis) میں نخاع نرم ہو جاتی ہے اور مرضی تراش لینے پر ابھر آتی ہے،

یا ممکن ہے کہ وہ بالکل تھوہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ تراش لینے سے پہلے

محض اس جگہ کی تنیدگی کی وجہ سے جس میں متورم نخاع طغوف ہوئی ہے، سخت معلوم ہوئے۔ خالی آنکھ سے اس کی ترائش متلی نظر آتی ہے، دقیق عروق نظر آتے ہیں، بالخصوص رادی ماؤے میں، اور یہ خود معمول کے نسبت زیادہ سیاہ ہوتا ہے اور اس کے حدود غیر واضح ہوتے ہیں۔ سفید ستون میں رادی جھلک کی چمکیاں موجود ہو سکتی ہیں، یا ساری سطح خلط ملط ہوتی ہے۔ خروبین کے نیچے، ابتدائی درجوں میں، شاید شعری نزفات پائے جاتے ہیں، اور لمفائی غلافوں میں اور عروق کے گرد بغید غلیتے ہوتے ہیں۔ عصبی ریشے اپنے اکیلینی غلافوں کی شکست و پخت کی وجہ سے متاثر ہو جاتے ہیں، اور جا بجا محور استوانوں میں تکے نما کلانیاں پیدا ہو جاتی ہیں جو اپنے دبیز ترین حصے میں طبعی ریشے کے قطر سے پانچ یا چھ گنا زیادہ ہوتی ہیں۔ مگن ہے کہ یہ سیال کے انجذاب کی وجہ سے ہو۔ عصبی غلیتے متورم اور ذراتی ہو جاتے ہیں، اور شاید ان میں شحمی گلوبو پیچے ہوتے ہیں، اور بعض میں خالیے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر عصبی غلیتوں اور ریشوں دونوں میں شحمی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، اور انحطاطی حاصلات کو عصب سریشی یا عروقی سدا کے چاروب غلیتے دور کر دیتے ہیں۔ ساتھ ہی عصب سریشی غلیتوں کی بالیدگی زیادہ ہو جاتی ہے چنانچہ آخری نتیجہ ماؤف حصوں کی صلابت ہوتی ہے۔

یہ مضر چند غلیتوں تک محدود ہو سکتا ہے، عرضی التهاب نخاع = (transverse myelitis) یا بالکل منتشر ہو سکتا ہے، جس میں نخاع کا بڑا طول ماؤف ہو (و وسیع التهاب نخاع = diffuse myelitis) یا مگن ہے کہ التهابی لینیت کے متعدد درجے ہوں، جو تند و رست بافت کے رقبوں سے ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں (منتشر التهاب نخاع = disseminated myelitis =

myelitis =

آتشکی التهاب نخاع۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ نخاع مختلف طریقوں سے

۱۔ ہر نخاع تحلیل ہو جائے کی وجہ سے نرم ہو سکتی ہے، یا اگر اسے مود الفقرات سے تخریج کر کے میں پمپنگ کی جاتی ہے تو ممکن ہے کہ اس کا گودہ بن جائے۔

ماؤف ہو۔ ایک طرف تو ممکن ہے کہ عروق کا آتشکی مرض علتیت پیدا کر کے مہیبی جرم کی
لینت پیدا کر دے، اور دوسری طرف ممکن ہے کہ سحایا کی صغنی و بازت آنا خنک کا
انقطاع پیدا کر کے محصور حصہ کا انحطاط پیدا کر دے۔ بیشتر امثالہ میں دو حالت
پائی جاتی ہے کہ جس میں دونوں اعمال کا اجتماع ہوتا ہے، جسے زیادہ صحیح طور پر
آتشکی سحایا التهاب نخاع (syphilitic meningo-mylitis) کہنا
چاہئے۔ غالباً آتشکی قشب کے نوعی سمیات بھی انحطاطی تغیرات پیدا کر سکتے ہیں
حصہ لیتے ہیں۔

یہ عمل عموماً چند فلقوں تک محدود ہوتا ہے، اور اس طرح نخاع کا ایک
عرضی ضرر پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ دموئی عروق کے بیرونی غلاف میں غلوی درجہ نثرنا
اور بطن میں و بازت اتنی ہو کہ جس سے ان کا دروز مسدود ہو جائے۔ اس حالت
میں ان سے رسد پانے والے رقبہ کا کال تکسر اور امانت واقع ہو جاتی ہے۔ باہر کا
منظر ایک التهابی ضرر کے منظر سے متماثل ہو سکتا ہے۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ
التهاب بطنہ شرائین نہ ہو لیکن عروق غلوی رشحہ سے بالکل گھرے ہوئے ہوتے ہیں جو
گرد و پیش کی بانٹوں میں پھیل سکتا ہے اور اس کے ساتھ جسمی عناصر کا انحطاط ہوتا ہے
جو بظاہر مسمی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سحایا خفیف یعنی ام حنوزہ و عکبوتیہ تقریباً تمام امثالہ میں
میں ایک ذاتی غلیوں سے در رختہ ہوتے ہیں، اور بعض مثالوں میں ام جافیہ
بھی ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بہت موٹا ہو جائے، چنانچہ ساری نخاع
ایک کثیف یعنی بند سے محصور ہو جاتی ہے، اور پھر اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ باز کے
باعث عروق دموئی کی مسدودی اور اس طرح مرکزی لینت واقع ہو جاتی ہے۔
جہاں سحایا وسیع طور پر ماؤف ہوتی ہیں، عصبی جڑیں بھی التهابی تودہ میں ماؤف
ہو جاتی ہیں اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان کے ریشوں کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔

علامات۔ ان کا انحصار ضرر کی امراضیات پر نہیں بلکہ اس کی مقامیت
پر ہوتا ہے۔ تاہم مرض کی حاد اور مزمن شکل میں تفریق کرنا مفید ہے۔

حاد التهاب نخاع یا تو آتشکی یا عمومی سرایتی مبداء کا ہو سکتا ہے۔

حاد التهاب نخاع کی آتشکی قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام طور پر

اور عموماً ان نوع بالعموم میں ہوتی ہے، جن میں سابقہ چند سال سے اولیٰ آتشک کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ علامات بیشتر اصابتوں میں غالباً و بازت یافتہ عروقی کی ناگہانی سدودی کے باعث ہوتی ہیں، جس کا نتیجہ نخاع کی لینت ہوتی ہے۔ اسی واسطے حملہ کا آغاز اکثر ناگہانی ہوتا ہے، اور شکل اور عدم حسیت بلا انتخاب اور بلا درد کے واقع ہو جاتی ہے، الا اس وقت جب کہ جیسے کہ بعض اوقات ہوتا ہے (عروقی مرض کے ساتھ وسیع سحائی ماؤفیت بھی موجود ہو۔ سحائی ماؤفیت کی موجودگی کی حالت میں غالباً ماؤف پھلی جڑوں کی توزیع میں پہلے درد کی شکلیت ہوتی ہے۔ یہی احوال کم ہوتا ہے یا نہیں ہوتا۔ دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے غلطات اور البیوس کی زیادتی اور مثبت تعامل و آزر من ظاہر ہوتا ہے۔ بالعموم تعامل و زار من خون میں بھی مثبت ہوتا ہے۔

حاد سرایتی التهاب نخاع (acute infective myelitis) میں، بلا تخصیص صنف واقع ہو سکتا ہے، لیکن بیشتر اوقات نوع بالعموم میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک نسبتاً شاذ مرض ہے۔ آغاز مرض میں عموماً شبی اختلال کے ایسے علامات ہوتے ہیں، جیسے کہ درد سر، اعضا ٹھنکی، عدم اشتہا اور عام کمزوری اور ساتھ ہی مختلف درجہ کی تپ اور کبھی کبھی قشریہ بھی ہوتا ہے۔

عصبی علامات منہر کے لیول سے نیچے شکل اور عدم حسیت کے ساتھ ناگہانی طور پر نمایاں ہو سکتی ہیں، لیکن زیادہ اکثر مرض کا بحران واقع ہونے سے پہلے چند روز گزر جاتے ہیں۔ ابتدائی علامات اطراف میں سن بن اور جھنجھٹ اور خفیف درجہ کی حرکی کمزوری ہیں اور ساتھ ہی عسری اقتدار کی کمی ہو جاتی ہے، بالعموم درد محض خفیف سا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ پشت میں دھیمہ ستر درد یا سینہ اور شکم کے گرد ایک نطاقی احساس ہو مرض کے مزید نمو کے ساتھ شکل اور فقدان حس عموماً منہر کے لیول تک ملتی طور پر ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ

یہ اوپر کی سمت میں ترقی کرے (حاد صعودی التهاب نخاع acute ascending myelitis)۔ عضلات ماصہ پر اقتدار کا کامل فقدان ہو جاتا ہے، قروح الفراش

بہ سرعت پیدا ہو جاتے ہیں، تب جاری رہتی ہے، اور مرض مختلف عرصہ تک ترقی کرتا ہوا ہلکے اختتام تک پہنچ جاتا ہے یا زیادہ شاذ اصابتوں میں ٹھکن ہے کہ کسی قدر شفا ہو کر مرض رک جائے۔

حاد منتشر التهاب نخاع (acute disseminated myelitis) سرایتی شکل کی ایک نسبت شاذ اور ہلکے قسم ہے، اور اس میں ایسی علامات جو سارے دماغی نخاعی محور میں منتشر اضرار سے فلوپ کی جاسکتی ہیں، شدید نئی، انتقال کی امارت کے ہمراہ ہمزماں طور پر پیدا ہو جاتی ہیں، اور چند اصابتوں میں التهاب عصب بصری، خلف القلہ التهاب عصب یا التهاب عصب بصری بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

سرایتی التهاب نخاع کی تمام شکلوں میں دماغی نخاعی سیال کے امتحان خلیوں کی زیادتی کا ظاہر ہونا ممکن ہے۔ یہ یعنی خلیے، کثیر الاشکال خلیے، یا دونوں کا آمیزہ ہوتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ سیال غیر تناک طور پر طبعی ہوتا ہے۔ حاد التهاب نخاع کی اصابتیں طبعی امارت، قدرتی طور پر ضرر کے لیول اور اس کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔

حاد التهاب نخاع یا اینت کی اصابتوں میں موت اسباب ذیل کی وجہ سے واقع ہو سکتی ہے: (۱) ان ریوی پیپیڈ گیوں کی وجہ سے جو عضلات تنفس کے شل کے بعد دافع ہو جائیں۔ (۲) قروح الفرش سے جو خشکی کو زیادہ کر دیتے ہیں یا تسخیر الدم پیدا کر دیتے ہیں۔ (۳) شانہ کی پیپیڈ گیوں سے۔ (۴) بین رو امراض، مثلاً ذات الریہ یا شجبی التهاب سے۔ شانہ میں التهاب (cystitis) کا نہایت رجحان ہوتا ہے کچھ تو پرورش اشکال اور کچھ اختیاس بول کے باعث۔ قناتطیر کے استعمال سے عضو سے داخل ہو کر عفونی التهاب پیدا کر سکتے ہیں۔ جب التهاب شانہ پیدا ہو جائے تو پیشاب سرعت کے ساتھ تحلیل ہو کر ایونیائی ہو جاتا ہے، الا یہ کہ اس کو قناتطیر سے بار بار خارج کیا جائے۔ اس میں پیپ یا منطاطی ریم موجود ہوتا ہے اور رکھارینے پر جلد ایونیئم میگنیزیم سلفیٹ کی قلیں جمع جاتی ہیں۔ تقریباً کسی وقت بھی شانہ کی عفونی حالت مابین کے راستے سے اور گردوں تک پھیل سکتی ہے،

اور پھر کئی التهاب حوض گردہ اور التهاب گردہ پیدا ہو کر ممکن ہے کہ مریض یوریا دیسٹ کے علامات سے ہلک ہو جائے۔

جو اعصابیں ان خطرات سے محفوظ رہتی ہیں وہ عموماً ایک مزمن حالت اختیار کرتی ہیں جن کی مدت غیر معین رہتی ہے، لیکن بعض اوقات کئی مہینوں کے بعد بتدریج شفا ہو سکتی ہے مگر یہ ہے کہ ان اعصابوں کی تھوڑی تعداد نسبتاً جلد اچھی ہو جائے، اور یہ التهاب نخاع کی ان خفیف تر اعصابوں میں جو ساری امراض کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں زیادہ عام ہیں۔

آتشکی مبداء کی اعصابیں اکثر مناسب علاج سے شفا یاب ہو جاتی ہیں، لیکن عموماً کم و بیش خطرناک درجہ کا تغلی شکل موجود ہوتا ہے جس میں عضلات حاصرہ پر نامکمل اقتدار ہوتا ہے۔

مزمن التهاب نخاع تقریباً ہمیشہ آتشکی مبداء کا ہوتا ہے۔ اس عمل میں عیال کی صمغیتی دباؤت سے نخاع اور اس کے عروق کا تدریجی انضغاط واقع ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی آتشکی سم کی وجہ سے عصبی غلیتوں اور ریشوں کا کسی قدر کئی انحطاط ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے علامات ایک محدود و القام نخاعی التهاب سمایا کے ہوتے ہیں جس میں عصبی جڑوں کی ماؤفیت ہو اور ساتھ ہی انفسانہ نخاع کے علامات مستزاد ہوتے ہیں۔ ان اعصابوں کا بڑا خاصہ ان کے ابتدائی مدارج میں درد ہے جو پھیلی جڑوں کی ماؤفیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ ٹیس کی نوعیت کا ہوتا ہے اور اگر جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، ضرور وسطی ظہری خطے میں ہو تو بالعموم درد پشت میں شروع ہو کر ایک یا دونوں جانب دھڑکے گر تشعع کرتا ہے۔ اگر عنتی خطہ ماؤف ہے تو یہ درد ایک یا دونوں بازوؤں کے طول میں محسوس ہوتا ہے اور اس کے ساتھ حرکتی عصبی جڑوں کی ماؤفیت کی وجہ سے عضلی قفل اور ذبول بھی موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو داخلی التهاب سمایا سے تشبیہ = internal pachymeningitis)۔ مگر یہ کہ جڑوں کی خراش اور اتلاف کی یہ علامتیں چند ماہ موجود رہیں قبل اس کے کہ نخاع خطرناک طور پر ماؤف ہو۔ نخاع کے عرضی ضرر کے علامات بتدریج بنو دار ہوتے ہیں، اور یہ اطراف زیرین کی سریع الزوال کمزوری اور تن پنا کے ساتھ شروع ہوتے ہیں

جس کے ساتھ عضلات عاصروہ پر اقتدار رکھنے میں دقت ہوتی ہے اور چند مہینوں میں شبنجی پاقلج (spastic paraplegia) کی حالت تک ترقی کر جاتے ہیں جس میں بڑھے ہوئے وتری جھکے اور باسط انحصی ممیستیں پائی جاتی ہیں یا معموم قوت وحس پذیری کا فقدان کامل نہیں ہوتا۔

اگر ضرر قطنی عجزی کلائی میں واقع ہے تو نمایاں ترین علامات عجزی عصبی جڑوں کی توزیع میں درد اور عاصری اقتدار کا اختلال ہوتے ہیں۔

متذکرہ بالا قسموں کے حاد اور مزمن آتشکی التهاب نخاع کی اصابتوں کے درمیان سختی کے ساتھ خط فاصل قائم کرنا غیر ممکن ہے؛ عروقی دیواروں کا مرض تقریباً ایک مستقل خاصہ ہوتا ہے۔ چنانچہ ایک ایسی اصابت میں جو منجبتی التهاب سیالیا کی ملاحتوں کے ساتھ شروع ہوئی ہو ممکن ہے کہ علقیتی لینت کی وجہ سے نخاع کے ایک عرضی ضرر کے امارات نمایاں ہو جائیں۔

آتشکی التهاب نخاع کی ایک دوسری کسی قدر شاذ شکل وہ ہے جس میں نوعی سمیتات سے صرف ہری خطے ماؤف ہوتے ہیں، اس کے نتیجہ کے طور پر جواج زیرین کا بتدریج ترقی پذیر حرکی شکل پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ ہی عمیق مسکوسات کی زیادتی، باسط انحصی ممیستیں اور شبنجیت واقع ہو جاتی ہے۔ اسے آرٹ کا آتشکی پاقلج (Erb's syphilitic paraplegia) کہتے ہیں۔

ایک دوسرا شاذ اور مبہم مرض جسے سٹی التهاب نخاع (toxic myelitis) کہتے ہیں یا معموم حمل کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ اس کے علامات نخاع کے بتدریج ترقی پذیر عرضی ضرر کے ہوتے ہیں جو کہ نامکمل ہوتا ہے، اور خود بخود شفا یابی کا رجحان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت زچگی کے بعد بالکل جاتی رہے اور بعد کے حمل کے ساتھ مکرر ہوتی رہے۔

تشخیص - جب اور جنسی اختلال کی وجہ سے التهاب نخاع کی مادہ سراتی قسم کی تشخيص عموماً مشکل نہیں ہوتی لیکن اس کا اعتراف کرنا چاہیے کہ عمومی مرض کے ایسے امارات فقرات کی درنی بوسیدگی یا خبیث بالیدگی اصابتوں میں بھی موجود

ہو سکتے ہیں، جن میں بعض اوقات انقباض نخاع کے امارات کا آغاز بھی بالکل ناگہانی ہو سکتا ہے۔ بالعموم عمود الفقرات کا یہ احتیاط امتحان اور عملی کنال کے اس حصہ کی لاشعاعی تصویر جو ماؤف فلک کو محصور کرتا ہو، ان اصابوں کو متفرق کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ حاد التهاب رمارا نخاع (acute poliomyelitis) اور شلل لینڈری (Landry's paralysis) کی تشخیص حتیٰ فقدان اور عاصری ماؤفیت کی غیر موجودگی کی وجہ سے کی جاسکتی ہے۔

آتشکی التهاب نخاع کی حاد اور بالخصوص مزمن دونوں قسموں کی تفریق اس انقباض نخاع سے کرنی پڑتی ہے جو غشیہ یا فقرات کے سلعات سے، یا عمود الفقرات کی بوسیدگی کے باعث پیدا ہو جائے۔ یہاں بھی لاشعاعی صفحہ فقری مرض کو خارج از بحث کرنے میں مدد دے گا، اور آتشکی اصابوں میں دماغی نخاعی سیال ہمیشہ غلیظ اور الیومین کی زیادتی، اور مثبت تعالیٰ و آئرن ظاہر کرتا ہے۔ آخر الذکر خون میں بھی مثبت ہوتا ہے۔ بعض اوقات التهاب نخاع التهاب اعصاب محیطی سے بھی غلط ہو سکتا ہے۔ لیکن اس آخر الذکر حالت میں عاصری اقتدار میں کوئی اختلال نہیں ہوتا، کمزوری دھڑ کو ماؤف کرنے سے پہلے بالائی اور زیرین جوارح کو ماؤف کرتی ہے، اور حسی اختلال، جب موجود ہو تو محیطی عصبی توزیع رکھتا ہے۔

منتشہ صلابت کی ایک وسیع حکمتی بھی حاد التهاب نخاع کے تمام امارات پیدا کر سکتی ہے، لیکن ایسا کوئی شدید منتشی اختلال نہیں ہوتا جیسا کہ حاد مراستی اصابوں میں ہوا کرتا ہے۔ دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے آشک کے خارج از بحث کرنے میں مدد ملتی ہے۔ اور سرگزشت مرض کے یہ احتیاط تبصرہ سے اور شاید دوسرے امارات جیسے کہ نفس متزلزل کی موجودگی سے تشخیص صاف ہو جائے گی۔

انذار۔ کامل شفا یابی مستحیات ہے، بجز ان اصابوں کے جو غسرو یا چیک کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں، جن میں انذار نہایت امید افزا ہوتا ہے۔ بیشتر آتشکی اصابوں میں معقول علاج سے بہت اصلاح ہو جاتی ہے، لیکن ہمیشہ

شکل کا کچھ حصہ باقی رہ جاتا ہے جس کے ساتھ عموماً ماضی اقتدار میں کمی ہوتی ہے۔ ماضیاتی التهاب نخلع کی بیشتر اصاباتیں، یا تو ابتدائی مرض کی شدت کی وجہ سے ابتدائی درجوں میں ہی، یا بولی عفونت یا قروح الفرش کی وجہ سے بعد میں ہلاکت پر ختم ہوتی ہیں۔

علاج۔ التهاب نخلع کی اصابات کا عمومی علاج وہی ہے جو نخلع کے عرضی ضرر کی اصابات کا ہوتا ہے، اور اس کا بیان پہلے انضباطی اضرار کے عنوان کے تحت درج کیا گیا ہے (صفحہ 660)۔

آتشکی التهاب نخلع کا علاج۔ جو اصاباتیں آتشک کی وجہ سے ہوں ان میں سالتورسان (salvarsan) دینا چاہئے اور مرکبوری (پارہ) اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) کا ایک نصاب شروع کر کے عموماً دراز تک جاری رکھنا چاہئے۔ اس میں کسی قدر اختلاف رائے ہے کہ سالتورسان کی کیا مقدار کام میں لانی چاہئے۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ عصبی نظام کی آتشک کے موثر علاج کے لئے کسی دوسرے مقام کی آتشک کی حالت کے نسبت زیادہ بڑی مقدار کی ضرورت ہوتی ہے۔ اور یہ کہ مرض کی اس شکل میں مبتلا ہونے والے مریض اس دوا کی نسبت زیادہ برداشت رکھتے ہیں۔

مندرجہ ذیل نصاب کی سفارش کی جاتی ہے:۔ ایک بالغ مرد کیلئے نوواریسینوبیلون (novarsenobillon) کی ابتدائی مقدار دوں وریڈی راو سے ۵۴ گرام ہونی چاہئے، جس کے بعد ایک ہفتہ کے وقفے سے ۶ گرام دینا چاہئے اور بالآخر ایک ہفتہ کے وقفوں سے ۶ گرام کی چھ مقداریں دینی چاہئیں۔ اس کے بعد مزید نوواریسینوبیلون دینے سے پہلے آٹھ ہفتوں کا وقفہ گزر جانے دینا چاہئے تاکہ شکر کے آبل شکر کے خطرات کا حفظ مائع ہو جائے اس مدت کے دوران میں بڑھتی کی ایک ہفتہ واری مقدار شیشہ سال = stabismol کمب سمراموں عضلی اشراب کے ذریعہ دی جاتی ہے۔ اس کے بعد وریڈی اشرابات ۶ گرام کی مقدار سے پھر شروع کر دئے جاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک ایک ہفتہ کے وقفے سے ۶ گرام کی چھ اور مقداریں دی جاتی ہیں۔ علاج کے اس نصاب کے

دوران میں پارے اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ براہ دہن دینے چاہئیں۔ ایک آمیزہ جس میں ایک ڈرام لاگر ہائیڈرارجائری پرکلورائیڈ (liquor hydrarg. perchlor.) اور ۵ گریں پوٹاشیم آیوڈائیڈ ہوں میں تین مرتبہ دینا مناسب ہے۔ چونکہ یہ یا بڑھتہ استعمال کرنے والے اشخاص میں مسوڑھوں اور منہ میں عفونی حالتیں پیدا ہو جائے گا امکان ہوتا ہے، لہذا مریض کو ہلکتی کر دینی چاہئے کہ اس علاج کے دوران میں اپنے دانتوں کو صاف رکھنے کے لئے خاص اقیطاطی عمل میں لائے۔ اگر اس قسم کی علامتیں پیدا ہو جائیں تو ان ادویہ کا علاج فی الوقت ملتوی کر دینا چاہئے۔

اس نصاب کے ختم ہونے کے ایک ماہ بعد خون اور دماغی نصابی سیال میں تعامل و آزر میں کا امتحان کرنا چاہئے لیکن اگر مینشی بھی ہو تو مریض کو شفا یاب نہیں سمجھ لینا چاہئے۔ اگر یہ معلوم ہو کہ مرض کی ترقی رک گئی ہے تو مریض کو یہ علاج سردست موقوف کر دینا چاہئے، لیکن خواہ تعامل و آزر میں مثبت ہو یا منفی اسے چاہئے کہ ہر سال مزید علاج کا ایک مختصر نصاب استعمال کرے، جس میں ۵۔۶ گرام نوواریسینو بلان کے چار ہفتہ واری اشاریات، اور اس کے ساتھ پارہ اور آیوڈائیڈ کا آمیزہ جینہ بھرون میں تین مرتبہ دینا شامل ہے۔

اگر کسی اصابت میں ابتدائی نصاب کے اختتام پر علامات فاعلی طور پر ترقی پذیر معلوم ہوں تو ایک مناسب وقفہ کے بعد اسی اصول پر علاج دوبارہ شروع کرنا چاہئے، اور کہیا کہ تسم کے علامات کو اقیطاط کے ساتھ دیکھتے رہنا چاہئے۔ نوواریسینو بلان کی متذکرہ بالاستاد وہ ہے جس کی سفارش ایک تندرست بالغ مرد کے لئے کی گئی ہے۔ انفرادی اصابتوں کے علاج میں کتنی ستاد کام میں لائی جائے، اس پر مریض کی عام حالت کی مناسبت کے لحاظ سے یہ اقیطاط غور کر لینا چاہئے، اور یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اشخاص جتنی مقداروں کی سفارش کی گئی ہے اس سے بہت کم مقدار میں بھی برداشت نہیں کر سکتے۔ تسم کے ابتدائی امارات جن کو دیکھنا چاہئے حسب ذیل ہیں: ہر شراب کے بعد چوبیس گھنٹوں کے اندر بینائی اختلال مسلسل کسلندی اور معدی معوی خراش پذیریری، یرقان

اور ایسے جلدی احتمالات جیسے کہ احمراز اور تسلی التہاب جلد کسی ایسی علامت کا پیدا ہونا
گو یا تنبیہ ہے اس امر کی کہ سنگھیا کے علاج کو فی الفور موقوف کر دیا جائے (ملاحظہ
ہو صفحہ ۱۱۷)۔

نخاع کے اندر نزف

(نزف نخاعی = haematomyelia)

یہ ایک نہایت شاذ واقعہ ہے اور دماغی نزف سے حیرتناک تضاد ظاہر کرتا ہے،
جو دماغی شکل کا ایک نہایت تمام سبب ہے۔

اسباب۔ یہ تقریباً تمام امصابوں میں ایسے تضرر کا نتیجہ ہوتا ہے جو یا
تو شوک کو راست تشدد دگنے سے یا نسبت کم راست طور پر یاؤں یا ستر کے بل گرنے سے
واقع ہو۔ آخری صورت میں جب کہ یہ اگر کھاج دماغ یا کوٹنگی دماغ کے ساتھ پایا جاتا
ہے، ممکن ہے کہ یہ بآسانی نظر انداز ہو جائے۔ نخاع کا عینی خطہ دھند ہے جو کہ نہایت مدیونہ
ہوتا ہے اور یہاں نزف کو مرادی مادے میں محدود ہوتا ہے۔ بالذات نخاعی نزف کی شاذ امصابیں بھی
مترجم ہیں اور مابقی نخاعی جو فیٹ کے کھنڈ کے اندر بھی نزف واقع ہو سکتا ہے۔

ضرری امصابوں کی بہت بڑی اکثریت میں ضرر عینی کھانی کے زیریں حصہ
میں واقع ہوتا ہے اور تضرر دوسری چوٹی پر قوت لگانے اور گردن کی زور دار خمیدگی
کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اغلب یہ ہے کہ ان امصابوں میں سے اکثر میں نخاع کو اس طرح
تقصان پہنچتا ہے کہ عینی شوک کے کسری خلع سے لمبی انقباض واقع ہو جاتا ہے۔
کوٹنگی جو ایسے تضرر سے پیدا ہوتی ہے اس کا اعظم شقاقی اثر نخاع کے مرکزی
مرادی مادہ میں پڑتا ہے۔

علامات۔ شدید نخاعی نزف کی علامتیں ابتدائی درجوں میں نخاع کے
عضی ضرر کی علامتوں سے ناقابل شناخت ہوتی ہیں، کیونکہ گو نزف مرادی مادے
میں محدود ہوتا ہے تاہم وہ اس کے گرد کے طولی ریشوں کو مضبوط کر دیتا ہے۔
جب اس کے اثرات رفع ہو جاتے ہیں تو مرادی مادے کی مضرت رسیدگی کے
نتیجہ اس شکل میں ظاہر ہوتے ہیں کہ اوٹ فلقوں کے اگلے قرن کے خلیوں

سے رسد پانے والے عضلات کا ہزال اور کمزوری پائی جاتی ہے اور اس لیول سے نیچے متفرق عدم حسیت ہوتی ہے یعنی لمبی اوٹھی جو اس کے فقدان کے بدوں اور پیش کلمہ جس پذیریں متاثر ہو جاتی ہے۔

تشنج تشنج - مرضی اصابتوں میں نخاع کے انفضاطی ضرر سے تشنج کئی پڑتی اتنے درجہ کے تشوہ کی موجودگی کہ جو انفضاط پیدا کر دینے کے لئے کافی ہو، سریری اور لاشعاعی امتحان سے دریافت ہو سکتی ہے اور زیر عکبوتی مسدودی کی شہادت جو قطعی کچھ کے سے حاصل ہو، تشنج کو متیقن کر دیتی ہے۔ شاذ بالذات اصابتوں میں حملہ کا ناگہانی آغاز اس حالت کو نخاعی جو فیت (syringomyelia) کی حالت سے متفرق کرنے کے لئے اور حسی فقدان کی متفرق نوعیت عرضی التہاب نخاع سے متفرق کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔

انذار - اگر مرض ابتدائی چند گھنٹوں تک زندہ رہ جائے، تو اتنی ضرر سے موت شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ بولی عفونت یا قروح اعراض ہلاکت کا باعث ہو جائیں۔ تقریباً تمام اصابتوں میں کسی قدر شغلیابی کی توقع کی جاسکتی ہے اور ابتدائی درجوں میں اصلاح کی رفتار سے ایک حد تک آخری انذار کا اندازہ ہو سکتا ہے۔ اگر تضرر گھٹنے کے بعد ایک یا دو ہفتوں کے اندر قوت جس پذیریں اور شغلی اعتبار میں اصلاح نظر آئے تو مستقبل امید افزا نظر آتا ہے۔ اگر تین ماہ سے اختتام پر قوت محدود کر آئے تو شکل کے مستقل رہنے کا امکان ہے۔ حقیقی کلائی کو مائوف کرنیوالی تمام اصابتوں میں ہاتھوں کو ذہولی شل جو کہ اگلے قرن کے غلیتوں کے آٹلاف کا نتیجہ ہوتا ہے ممکن ہے کسی حد تک ایک مستقل انزکار رفتگی کے طور پر باقی رہ جائے۔

علاج - کامل آرام کا خیال سب سے مقدم ہونا چاہئے۔ مرضی کو چت ٹاڈینا چاہئے اور بہتر ہے کہ اسے ایک آبی تو شک پر لٹایا جائے اور سب سے زیادہ اس امر کی احتیاط چاہئے کہ مرضی کو بلا ضرورت حرکت نہ دی جائے۔ جبجینی کو برقع کرنے کے لئے ابتدائی اولیس گھنٹوں میں بار بار کا آزادانہ استعمال کرنا چاہئے بشرطیکہ وظیفہ تنفس میں خرابی نہ موجود ہو۔ دواؤں اور ورزش اور برقی علاج کی کم از کم تین ہفتوں تک ممانعت کر دینی چاہئے۔

منتشر صلابت

(disseminated sclerosis)

صلابت متعددہ = multiple sclerosis، جزیری صلابت

insular sclerosis = صلابت ارقعات منتشر (sclerose en plaques) - disseminées =

اس مرض کی تیز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں سارے دماغ اور نخاع میں صلابت کی متعدد چکیاں نمایاں ہوجاتی ہیں۔ اسباب - یہ مرض مردوں کے نسبت عورتوں میں کسی قدر زیادہ کثرت پزیر ہے۔ علامات زیادہ تر نو عمری یا ابتدائی بالغ زندگی میں دیکھی جاتی ہیں اور ۱۰۰ سالوں میں سے جو کہ راتم الحروف نے مشاہدہ کیں، ۶۶ فیصدی میں آغاز بیس اور چالیس سال کی عمر کے درمیان ہوا۔ ۸۵ فیصدی میں چودہ اور سینس کی عمر کے درمیان، اور بقیہ ۲۴ و ۵ فیصدی میں چالیس سے اوپر کی عمر میں اور انتہائی عمر پہنچتی تھی۔ اگرچہ امرضیاتی اور سرری شہادت اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ مرض کا سبب کوئی سمی یا ساری عامل ہے مہام اس کی نوعیت کے متعلق جو تجربی تحقیقات کی گئی ہے اس سے اب تک منفی نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اصلتوں کی ایک تھوڑی سی تعداد میں ایسی خاندان کے کئی ایک افراد میں مرض واقع ہوجاتا ہے جو اس امر کی دلیل ہے کہ یہی استعداد و تسبیب مرض میں حصہ لے سکتی ہے۔

امراضیات - اگرچہ مبداء مرض کے متعلق یقین کے ساتھ کچھ نہیں کہا جاسکتا یہ اغلب ہے کہ وہ عقیات جو کہ خون کے ذریعہ منتقل ہوجاتے ہیں مائٹنی خلافتوں اور بالآخر خورد استخوانوں کے انحطاط کا موجب ہوتے ہیں، اور ہمزایا طور پر یا کچھ عرصہ بعد عصبی سریش کی پیش گوین واقع ہوجاتی ہے، جس کا نتیجہ بالآخر صلابت کا وقوع ہے۔ مرضی تشریح - نخاع، نخاع مستطیل، جسم اور قاعدہ دماغ کی سطح گلابی رمدی رنگ کی متعدد بے قاعدہ چکیاں پیش کرتی ہے جو کسی قدر واضح خاکہ رکھتی ہیں اور نخاع مستطیل جسم اور ساقین کے قدرتی پسید رنگ سے تضاد ظاہر کرتی ہیں۔

تراشنے پر یہ پایا جاتا ہے کہ بدرنگی اندر کے طرف پھیلی ہوئی ہے جس سے گول یا بیضوی شکل کے جھاؤ بنے ہوئے ہیں۔ ان کی جسامت ایک ٹمٹر سے لے کر فندق کے برابر ہوتی ہے، اور وہ عموماً طبعی عصبی یافت کے نسبت زیادہ سخت، بلکہ چرمی یا غضروبی، بعض اوقات تراش کے لیول سے اوپر ابھری ہوئی اور بعض اوقات اس سے نیچے ڈوبی ہوئی ہوتی ہیں۔ نازہ چکیتیاں سیاہ رادوی، اور نسبت پرانی چکیتیاں زیادہ زرد رادوی اور نسبت کم نیم شفاف ہوتی ہیں۔ وہ رادوی مادے کے نسبت سپید مادے کو زیادہ مائل کرتی ہیں۔ چنانچہ نخاع میں قروں کا بیشتر حصہ غیر مائل ہوتا ہے اور دماغ میں وہ نیم کروں کو تراشنے پر بہترین نظر آتی ہیں جن میں رادوی رقبوں کے نقطے نظر آتے ہیں اور جانبی غلیظوں کی دیواروں پر اکثر حمل ہوتا ہے۔ مصیف سفلیوس بھی عموماً صلابت کے رقبوں سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ دماغ میں وہ زیادہ کثیر الوقوع نہیں ہوجکتے مگر ممکن ہے کہ سختی بصلوں اور نخاعی اور عجبی جڑوں پر ان کا حمل ہو۔ خالی آنکھ کے نسبت خرومین کے نیچے چکیتی یا گرہک کا خاکہ نسبت بہت کم نمایاں ہوتا ہے۔ گرہک بالخصوص یعنی یا باریک ریشکدار بافت پر مشتمل ہوتی ہے، جو عصبی سریش کی پیش بالیدگی سے نمایاں ہوجاتی ہے۔ اسی رقبے کے اندر عصبی ریشوں کی مائینی پوششیں غائب ہوجاتی ہیں، مگر بہت سے محو استوائے باقی رہ جاتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ انصرار کے ابتدائی ترین درجے میں مائین خلاؤں کا انحطاط ہوتا ہے، جو متورم ہوجاتے ہیں اور بالآخر ٹوٹ پھوٹ کر طبعی غلیظے بن جاتے ہیں۔ مائینی انحطاط کے حاصلات بطور خراش اور کے مل کرتے ہیں، قرب وجوار کے عروق متلی ہوجاتے ہیں، اور مائینی غلیظوں کثیر الاشکال نواتی اور لازمی غلیظوں کی گرد و عروقی درریش واقع ہوتی ہے۔ اگلے درجے میں بڑے ایک نواتی غلیظے پیدا ہوتے ہیں جو طبعی غلیظوں کو نگل جاتے ہیں اور انہیں دیکھ کر کون کس لگاتے ہیں۔ ساتھ ہی گرد و پیش کے سریش غلیظوں کا تسال ہوتا ہے جس کا متبادل اتصالی یافت کے غلیظوں کے اس تعامل سے کیا جاسکتا ہے جو جسم میں دوسرے مقامات پر انتہائی ماسکوں کے گرد ہوا کرتا ہے، بخور استوائے مائین کے مقابلے میں کم شدت کے ساتھ مائل ہوتے ہیں لیکن کچھ حد تک ہمیشہ متاثر ہوتے ہیں، اور وہ جو کہ متاثر ہوتے ہیں لے قاعدہ طور پر متورم ہو کر آخر کار غائب ہوجاتے ہیں۔ بالآخر جب انحطاط کے حاصلات کلی طور پر

مستطی صلابت کی دو صلابتوں سے لی ہوئی توشیریں کی کوئین اور جراثیم پال کے طریقے سے کی گئی ہے۔ شامپ، تھے، اخطا ۱۱۱۱ صلابت کے
 جزیرے ظاہر کرتے ہیں، تھوڑے سے پیشوں کا رنگ سیاہ ہو گیا ہے۔



صفحہ ۵۳

تصویر ۱۔ جرسکا ۱۵۵ لی لیول $3 \frac{1}{4} \times$



تصویر ۲۔ پانچواں منقہ $4 \times$

(اکثر ہے۔ آہر، پروڈاکس کی ہونی نکسی تصاویر سے)

دور ہو جاتے ہیں تو سرشی بیش بالیدگی کی ایک کثیف عکسی اصلی ضرر کے مذہب کی قائم مقام ہوتا ہے۔ اگر زیادہ سرشی تعال ہو تو متصلہ ماسکے ایک دوسرے سے مربوط ہو کر مشترک تعلیمی ارتقہ بناتے کارجمان رکھتے ہیں جو خالی آنکھ سے نظر آ سکتا ہے۔ دیگر کث پال کے طریقے سے حاصل کی ہوئی تراشوں میں مندرست ریشے سیاہ رنگ قبول کر لیتے ہیں اور سرشی صلابت کے رقعات جو کہ بے رنگ رہ جاتے ہیں سیاہ پس منظر کے مقابلے میں واضح تضاد ظاہر کرتے ہیں۔

علامات - مرض کے ابتدائی درجوں میں اس کا نہایت حیرت خالصہ علامات کی گونا گونی اور اکثر سرع الزوال نوعیت ہے جن کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ مرض کے دقیق ماسکات سارے دماغی نظامی محوریں جہاں تہاں اور کلا تخصیص مقام توزیع یافتہ ہوتے ہیں اسیان میں سے ہر ایک اسکا اپنے ابتدائی درجوں میں ذلیفہ کا اس سے زیادہ اختلال پیدا کر دیتا ہے کہ جتنا بالآخر باقی رہتا ہے۔ جوں جوں صلابت کی تواتر کلکتیوں کے اجتماع اور تضام سے مرض ترقی پذیر ہوتا ہے مستقل مضرت رسیدگی کا مجموعی رقبہ برابر زیادہ ہوتا جاتا ہے چنانچہ علاماتی تصویر زیادہ یکساں اور زیادہ مستقل ہو جاتی ہے۔

خود آغاز مرض کا طریقہ مختلف ہوتا ہے۔ اکثر و بیشتر وہ کسی قدر ناگہانی ہوتا ہے اور علامات طوی یعنی خلون، اعصاب بصری، اساق دماغ کے جرم کے کسی چھوٹے ضرر سے منسوب کیے جاسکتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ مریض و معر یا جوارح کے کسی رقبہ میں سن پن کی یا ایک پاؤں کے کھینچاؤ کی یا شانہ پر اقتدار رکھنے میں کسی خفیف دقت کی یا دو ہری بصارت کی یا ایک یا دوسری آنکھ کے سامنے دھند پن کی شکایت کرے۔ ممکن ہے کہ اس دقت امتحان کر کے پر مغصی مضرت رسیدگی کی خفیف شہادت ظاہر ہو مثلاً حس پذیری میں کمی، عضلی مکھوسوں کی عدم مساوات یا غیر موجودگی یا غیر لمبی انحصی جمعیت، لیکن یہ امارات اور ان کے ساتھ کے علامات عموماً چند دنوں یا ہفتوں کے دوران میں غائب ہو جاتے ہیں اور سکون کے ایک اختلاف پذیر وقفے کے بعد کسی دوسرے مقام پر پی شکایات پیدا ہو جاتی ہیں یا پرانی شکایتیں پھر ناز و اور شدید ہو جاتی ہیں۔ دوسری اصحابوں میں علامات نسبت زیادہ تدریجی طور پر شروع

ہوتے ہیں شاید ایک یا دونوں ٹانگوں کی ترقی پذیر کمزوری اور اگر ایسا ہوا تو تھکے پڑتے ہوئے ریشے کے ساتھ۔ لیکن ان اصابوں کی اکثریت میں بھی فترات اور اشتداد کا ظاہر ہونے میں چنانچہ مرض کا مرشاذ ہی مسلسل ہوتا ہے۔

ابتداء فی ترین علامات کی نوعیت کا انحصار مرض کی ابتدا کی کمینوں کی مقاربت پر ہوتا ہے اور اسی واسطے وہ نہایت مختلف ہوتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مرضی عمل بالخصوص داغی نغاحی محور کے سپید مادے کو مٹا دیتا ہے۔ یہ کہ خاص حسی اور حرکی خطوں کے بڑے طول کی وجہ سے انہیں کو زیادہ تر مضرت پہنچنے کا امکان ہوتا ہے۔ اور یہ کہ ان کی فطری اہمیت کے باعث ایسی مضرت رسیدگی سے علامات پیدا ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں جواج زیرین کو جانے والے اور ان سے آنے والے ریشے بوجہ اپنے زیادہ طول کے اس سے زیادہ اثر پذیر ہوتے ہیں کہ جتنے بازوؤں سے مشتعل ریشے

ساتھ بھری اعصاب سفید مادے کے اندر وہ جس قدر جگہ گھیرتے ہیں اس کے مد نظر بہت زیادہ نواثر کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں اور وہ بسا اوقات مرض کے ابتدائی درجہ میں ہی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس ماؤفیت کی سب سے غیر شکل خف القلہ التهاب العصب کا حلہ ہے جو بالعموم ایک ہی آنکھ تک محدود رہتا ہے۔ مریض کو دفعتہ نقص بصر کا شعور ہوتا ہے اور تندرست آنکھ بند کرنے پر وہ یہ باتا ہے کہ اس کی بصریت میں شدت کے ساتھ کمی ہو گئی ہے۔ آغاز حمل کے ساتھ بالعموم آنکھ کے ٹھیلے میں درد ہوتا ہے یا انخصوص حرکت کرتے پر اور نقص بصریت کئی دن کی مدت تک ترقی کرتا چلا جاتا ہے۔ اس درجہ پر قعر کا امتحان کرنے پر کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی، الا اس صورت میں کہ ضرر سامنے کو حلیہ تک بھیل گیا ہو، جب کہ اختلاف پذیر درجہ کا تو رم (التهاب طیبہ بھری) مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ استیماری میدانوں کے امتحان سے ایک مرکزی ظلمہ منکشف ہوتا ہے اور اگر یہ بڑا ہو اور تیزی نظر تناظر شدت کے ساتھ کم ہو گئی ہو تو متناثرہ جانب کی تیلی کا تعامل بالنور قلیل الاستقامت ہوتا ہے۔ ایک اختلاف پذیر مدت کے بعد وظیفہ بصریت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے اور بسا اوقات طبعی حالت عود کر آتی ہے۔ آغاز سے چند ہفتے کے اندر بھری تھوہیا

بالخصوص اس کی صدغی جانب میں، ذبول عصب بصری کا امتیازی خوب دکھائی دیتا ہے۔
مقرر احابت کی ۱۳۹ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں جس کو راقم الحروف نے
جمع کیا خلف القلا لتہاب عصب کا ایسا حملہ ۸ فیصدی میں کسی نہ کسی وقت واقع ہوا
اور ان میں سے دو تہائی اصابتوں میں یہ تنہا یا دوسری علامات کے ہمراہ مرض کی پہلی
شہادت تھی۔ تاہم بصری اعصاب کی ماؤفیت دوسرے حصوں کی ماؤفیت کی طرح
بتدریج اور غیر محسوس طور پر ہو سکتی ہے، چنانچہ یہ امر شاذ نہیں ہے کہ جب ذبول
عصب بصری ایک یا دونوں آنکھوں میں مشاہدہ کیا جائے تو مریض بصارت کے
کسی ناگہانی یا شدید اختلال کی کوئی روداد و نشیہ کر سکتا ہو، اور اس امر سے بے بہرہ
یہ ماؤف ہے۔ دونوں آنکھوں میں بصارت کا کسی شدید حد تک متقل طور پر کم ہونا
خوش قسمتی سے انتہائی طور پر شاذ ہے۔

ابتدائی علامات اکثر اوقات فساد حسی کی شکل اختیار کرتے ہیں، یعنی شس پن،
جھنجھناہٹ، تنگی، بردت یا حرارت کے احساسات، جو دھڑ یا جوارح کے مختلف
رقبوں کی طرف متحول کیے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ افضیاض امتحان کرنے پر جلدی
حس پذیر میں کمی معلوم ہو، لیکن پچھلے استوائوں کی مضرت رسیدگی کے امارات
کا وقوع نسبت زیادہ عام ہوتا ہے، جو وضع اور حرکت مہول کے جو اس کی کئی ارتعاشی
حس کی کمی یا فقدان، اور اچھوں میں لمسی شکل نا شناسی سے ظاہر ہوتے ہیں۔ بارڈو
میں اس نوعیت کی وسیع مضرت رسیدگی بعض علامات پیدا کر سکتی ہے، جو کسی قدر
میزر ہوتے ہیں، اور کسی طرح غیر عام نہیں۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ ہاتھ ریکا رہے۔ وہ
اسے کھانے، کپڑوں میں بٹن لگانے، وغیرہ اغراض کے لئے اچھی طرح کام میں نہیں
لا سکتا۔ امتحان کرنے پر فقدان قوت نہیں ظاہر ہوتا، اور بالعموم لمسی حس پذیر میں
میں کوئی کمی نہیں ہوتی، لیکن حس وضع میں بڑا فقدان ہوتا ہے اور اسی وجہ سے
ہر جملہ اور لمسی شکل نا شناسی ہوتی ہے۔

حرکی اختلال کی حاد ترین شکل ایک یا دونوں ناگوں کی کمزوری ہے جو اسی قسم
کی ہوتی ہے جیسی کہ ہر می مضرت رسیدگی کے باعث ہوتی ہے۔ چنانچہ عضلات کا
وہ گردہ جو سب سے پہلے ماؤف ہوتا ہے، ٹخنہ کے ظہری خم کن عضلات کا ہوتا ہے،

جس سے پاؤں زمین کے برابر گھسٹا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجوں میں صرف زیادہ درزش کے بعد محسوس ہو، مثلاً دن بھر چلنے کے بعد شام کے وقت اس کمزوری کے ساتھ جو زیادہ شدیدہ اصابتوں میں گھٹنے اور کولھے کے جوڑوں پر کے خم کن عضلات کو بھی ماؤف کرتی ہے، اسطاعت کی پہنچی کر خستگی پائی جاتی ہے، چنانچہ ممکن ہے کہ بعض شلل کے بچاے اگر کسی خشکیت کرے۔ اسی کے ساتھ بعض اوقات ٹانگوں میں ٹپٹپٹ کی یا غیر ارادی خم کوئی حرکات کی شکایت بھی ہوتی ہے جنہیں ہوا رخ زیرین کا اوپر کو اچھلنا کہتے ہیں اور یہ حرکات بالخصوص رات کے وقت بستر میں واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ جب اس نوعیت کی علامتیں نمایاں ہوتی ہیں تو ان کے ہمراہ ایک تہی ضرر کے امارات، یعنی شکمی مسکوں کا فقدان، گھٹنے اور نینے کے جھٹکوں کی زیادتی، اور باطنی قوی جمہیت پائے جاتے ہیں، جو اس جانب پر جو مخصوص طبع پر ماؤف شدہ ہے نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔

ساق و مانع کی ماؤفیت کے سلسلہ میں دو نظری کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے، جو محرک العین نواتوں یا عصب کی ماؤفیت سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تقریباً ہمیشہ بالکل سریع الزوال نوعیت کی ہوتی ہے، اور چند گھنٹوں یا چند دنوں تک جلدی رہتی ہے، اور تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں کسی نہ کسی وقت واقع ہو جاتی ہے۔ اکثر یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہوتی ہے، اور تا وقتیکہ مریض کو ناکام طور پر یاد نہ ملایا جائے۔ اس وقت ممکن ہے وہ اسے نظر انداز کر دے یا بعد میں ممکن ہے وہ اسے بھول جائے۔

زلف منظر ان ریشوں میں مداخلت ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ دلہنری نواتوں کو محرک العین نواتوں سے ملتی کرتے ہیں۔ اس کا مریض کو شاید ہی علم ہو تا ہے، مگر یہ عین چوتھائی سے زیادہ اصابتوں میں اور اکثر ابتدائی درجہ میں ہی موجود ہوتا ہے۔ یہ عموماً صرف آنکھوں کا جانبی انحراف کرنے سے نظر آتا ہے، نہایت مام طبع پر یہ دھبہ بھی ہوتا ہے، اور ابتدائی قاعدہ ہوتا ہے، یعنی کبھی کبھی بہت نمایاں اور کبھی کل نظر آتا ہے تاہم یہ اس مرض کی ایک نہایت مختصر علامت ہے۔

بعض اوقات قوی قسم کی حرکی عدم ہم آہنگی ایک ابتدائی علامت ہوتی ہے، جو تقریباً نصف اصابتوں میں کسی نہ کسی وقت موجود ہوتی ہے غالباً یہ نواتی وسیعی

ساقین کے اضراسے منسوب کی جاسکتی ہے، جو ان کے نقطہ تقاطع پر یا نقطہ تقاطع کے قریب واقع ہوں۔ یہ اکثر درمیشتر بازوؤں کے ارادی رعشے اور گرفتار کے اختلال کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے جس کا انحصار لفظی عضلی نظام کی عدم ہم آہنگی پر ہوتا ہے۔ ارادی رعشہ کی وجہ تسمیہ یہ ہے کہ وہ اس وقت جب کہ بازو حالت سکون میں ہے حرکت پر موزوں نہیں موجود ہوتا بلکہ اس وقت دیکھا جاتا ہے جبکہ مریض کسی چیز کو پکڑنے کی کوشش کرے یا جب اصبع انف اصبعی استحان (finger-nose-finger test) عمل میں لایا جائے۔ ایک جارحہ دائیں اور بائیں جانب کو یا اوپر اور نیچے کو سما کی ہوئی شے کا لحاظ کیے بغیر استہزار کرتا ہے اور نشانہ سے آگے نکل جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ مزید براں سہارے کے بغیر سر کا بوجھ یا پیش پشی رعشہ اکثر دیکھا جاتا ہے۔ گفتگو کو لفظی تفصیلی یا متقطع کلام کا نام دیا گیا ہے اور وہ اس قسم کی ہوتی ہے جس کا تذکرہ ذہنی وظیفہ کے اختلالات کے تحت کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 817)۔

جیسا کہ پہلے مذکورہ کیا گیا ہے، روانی نیم کرے عام طور پر صلابتی چکیوں سے چھلنی چھلنی ہوتے ہیں اور اسی سے ان ذہنی تغیرات کو منسوب کرنا چاہئے جو ان امراض کی اکثریت میں خاتمے سے پہلے موجود ہوتے ہیں اور کبھی کبھی ابتدائی درجہ میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ وہ اسی عام قسم کے ہوتے ہیں جو دماغ کے دوسرے عضوی امراض میں واقع ہوتے ہیں اور جذباتی اپنے استعلالی اور ضبط کے فقدان، مرض کی خطرناک نوعیت کے متعلق بے پرواہی، عملی معاملات میں قوت فیصلہ کے فقدان، اور ناقص حافظہ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس قسم کے خفیف ذہنی تغیرات اور سرع الزوال کمزوری یا مبہم حسی اختلالات کی سرگرمی کے اجتماع کی بنا پر اکثر ابتدائی درجوں میں ہسٹیریا (hysteria) کی غلط تشخیص کر لی جاتی ہے۔

پہلے بیان کی ہوئی علامتوں کے علاوہ ممکن ہے کہ یہ مرض کئی قسم کے دوسرے علامات کے ساتھ شروع ہو جائے جو شبہ کم عام طور پر واقع ہوتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ روانی نیم کرے کے اضراسے نالغ لفظی پیدا کروں جو لگہائی یا تدبیری آغاز کا ہو، دبیری اعصاب کے مرکزی تعلقات کو مآؤف کرنے والی چکیاں چکر یا دوار کے حملے پیدا کروں یا ذہن کی نمایاں مآؤفیت خالص ذہنی مرض کی علامتیں پیدا کر دے۔ ایسی اصابتیں

بھی ہوتی ہیں جن میں مرضی عمل تکلیفی بخیر کی کلافی میں شروع ہوتا ہے اور عاصرات پر اقتدار کا فقدان ایک نمایاں اور ابتدائی علامت پر ہوتا ہے۔

شاذ اصاباتوں میں اگلے قرن کارمادی ماورہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے جس سے متناظر عضلات کا قبول پیدا ہو جاتا ہے، عموماً ہاتھوں کے عضلات کا۔

حمہ مرض بھی تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اصاباتوں کی اکثریت میں آغاز مرض تحت المنا طریقے سے ہوتا ہے درمیں وقفہ ہاتھوں میں سن پن یا پاؤں میں گھنچاؤٹ محسوس کرتا ہے اور مرض کا تیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ وہ پہلے درپے فترات اور اشتدادات کے ساتھ ترقی کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ آخر الذکر کا ظہور نئے علامات کی صورت میں یا موجودہ علامات کی شدت کی صورت میں ہو۔ فترات کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ ہفتوں یا برسوں تک کی ہو۔ راقم الحروف کے پاس ایک مریض کی یادداشت موجود ہے جس میں ایک اشتداد اور دوسرے کے درمیان چوبیس سال کا وقفہ حال ہوا تھا۔ تاہم بعض اصاباتوں میں مرض کا مہر ابتدا سے ہی مزمن اور ترقی معلوم ہوتا ہے۔ یہ امر شنبہ ہے کہ ہم ایک مزمن قسم کو متغیر قسم سے متفرق کر سکتے ہیں کیونکہ ایک طرف تو ایک اصابہ جو زیادہ معمولی طور پر فترات کے ساتھ شروع ہوتی ہے بالآخر برابر ترقی پذیر ہو جاسکتی ہے اور دوسری طرف ایک ایسی اصابہ کے دوران میں جو کچھ عرصہ تک مزمن مترقی و قیمت ظاہر کر چکی ہے، تحت الحاد اشتدادات ظاہر ہو سکتے ہیں۔

اختصاصی درجوں میں مریض جوارح زیریں کے غفل سے صاحب فزاش ہو جاتا ہے اور یہ جوارح عموماً خمیدگی کی حالت میں شجیت کی وضع اختیار کر لیتے ہیں۔ عاصرات پر اقتدار جاتا رہتا ہے اور اکثر اوقات قروح انفراش پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس درجہ میں بھی اکثر نسبی حس پذیری غیر متاثر رہتی ہے اگرچہ سر کے دوشاخ سے جوارح زیریں میں اکثر ارتعاشی حس کا فقدان ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اب گھٹنے اور منحنی کے جھکے زیادہ ہو جائیں یا غائب ہوں، انحصاری مہیتیں باسط ہوتی ہیں اور شبکی منکوسے غیر موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ کوئی مرض ایسا نہیں ہے جس میں احتیاط کے ساتھ دریافت کی ہوئی سرگردشت اس سے زیادہ مفید ثابت ہوتی ہو کہ جتنی اس مرض میں تشخیص کا انحصار

مرکزی عصبی نظام کے متعدد اعضاء کے ثبوت پر ہوتا ہے، اور یہ صرف خلف المقلد التهاب العصب یا سریع الزوال دو نظریوں میں سے ایک ضروری کی سرگشت اور اس کے ساتھ طبیعی امادات پر غور کرنے سے حاصل ہو سکتا ہے۔ ہسٹیریا کی غلط تشخیص کے خطرہ کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ بالعموم عضوی مرض کی کسی خفیف سی امارت، مثلاً رقص مقلد تشکی شکوہوں کی غیر موجودگی، بالسطحی جسمی بصیرت، یا اتراس بصیرت کے شوب سے تقریبی تشخیص ممکن ہوگی، لیکن ابتدائی درجوں میں ایسی اصابتیں بھی ہوتی ہیں جن میں ممکن ہے کہ بعض اوقات آخری فیصلے کو ملتی رہنمائی دانستہ ہو۔ بازوؤں کی ناہم آہنگی اور رخسے کے ساتھ رقص مقلد کے اجتماع سے دھیمی مصلحہ کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے، تاہم اس آخر الذکر حالت میں تمام علامات ایک منفرد خطرے سے منسوب کی جاسکتی ہیں، اور آخری درجوں میں دروں مجموعی دباؤ کی زیادتی کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ جو ارج زیریں کی شخصیت اور مرکزوری کو آن حامل حالتوں سے تیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جو سلعہ یا نفعی بوسیدگی سے واقع ہونے والے انفعنا یا نفع سے پیدا ہو جاتی ہیں۔

مرکزی عصبی نظام کی آتشک اس کی بعض شکلوں میں ایسی تصویر پیدا کر سکتی ہے جو صلابت متحدہ کی تصویر سے تقریبی طور پر شبہ ہوتی ہے اور جب کسی اصابت میں تشخیص کے متعلق شبہ ہو تو خون اور دماغی نغای سیال کے ساتھ تعال و آزر من کر لینا چاہیے۔ صلابت منتشرہ میں یہ تعال بلا استثناء منفی ہوتا ہے، اور دماغی نغای سیال اپنے خلوی یا پرینی، فیہ میں شاذ ہی کوئی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کولائڈری ذہبی منحنی (colloidal gold curve) اکثر غیر لمبی ہوتا ہے اور عصبی آتشک (neurosyphilis) کے منحنی سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن ہے کہ مسباقی التهاب دماغ (encephalitis lethargica) کی بعض اصابتیں جن میں نفع کی وسیع اہریت ہوتی ہے، ابتداء غلطی سے صلابت متحدہ سمجھ لی جاتیں۔ یہ غلطی بالخصوص التهاب دماغ کی اس اصابت میں واقع ہو سکتی ہے جس میں مزمن تابید طویل فترت کے ساتھ پھیلتا رہتا ہے، جاری رہتا ہے۔ ایسی حالت میں تقریبی تشخیص عموماً سرگشتہ مرض براہیما کے ساتھ غور کرنے سے کی جاسکتی ہے، بالخصوص آغاز مرض کی نوعیت اور التهاب دماغ

میں تپ یا غنودگی کے وقوع سے۔
 انداز ہوا فوق ہوتا ہے۔ اگر مریض حادثہ اشتداد کی حالت میں دیکھا گیا ہے
 تو عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ کسی قدر اصلاح واقع ہو جائے گی، لیکن زیادہ اعلیٰ
 یہ ہے کہ مریض کی شواہر چکیتوں کے اجتماع سے وہ بالآخر اپنا بیج اور صاحب فرشتہ
 ہو جائے گا۔ فترات جو شغایانی سے مشابہ ہوتے ہیں غیر عام نہیں اور ممکن ہے سالوں تک
 جاری رہیں، لیکن صرف شاذ اصاباتوں میں یہ معلوم ہوتا ہے کہ مریض کی ترقی ترک نہ ہو گئی ہے۔
 علاج۔ زمانہ موجودہ میں اس مریض کا کوئی نوعی علاج موجود نہیں ہے۔ اس کے
 لیے دوا کی حیثیت سے نگکیا ایک روایتی شہرت رکھتی ہے، اور اس کے استعمال
 کی عقلی بنیاد اس شبہ سے حاصل ہوتی ہے کہ منتشر صلابت آشک کی طرح کی ایک
 مریضہ مزاجی سیرایت کے باعث ہو سکتی ہے۔ نگکیا کو براہ دہن یا بذریعہ اشرباب
 دیا جاسکتا ہے، اور آخر الذکر طریقہ حادثہ اشتداد کے لیے منتخب کیا جاتا ہے۔ ایسی
 حالت میں جوں ہی کہ علامات کی نوعیت شناخت ہو جائے، مریض کو بستر پر
 لٹا دینا چاہئے اور دو ہفتہ تک یا جب تک کہ علامات میں اصلاح ہوئی شروع نہ ہو،
 آرام میں رکھنا چاہئے۔ سیٹیلارسان (stabilarsan) ۰.۳ گرام، یا کسی دوسرے
 مناسب سم انفاری مرکب کی معادل مقدار دروں عضلی اشرباب کے ذریعہ
 ہفتہ واری وقفوں کے ساتھ دی جاسکتی ہے، اور اس کے بعد ایک ایسا آمیزہ
 جس میں ۲ تا ۴ قطرے لاکر ارسنیکیس (liquor arsenicalis) شامل ہوں
 براہ دہن روزانہ کھانے کے بعد دینا چاہئے۔ اس کو ۶ ہفتے تک جاری رکھا جاسکتا
 ہے، اور علاج یا قطعاً مقدم کی تدبیر کے طور پر وقفوں سے اس کا تکرار کیا جاسکتا ہے۔
 اگر کسی مریض میں ایک مرتبہ مریض کے علامات ظاہر ہو چکے ہیں تو اس کو ایسی زندگی گزارنی
 چاہئے کہ جو جسمانی اور ذہنی بار سے اور سردی اور تکشف کے خطرے سے حتی الامکان
 خالی ہو۔ ایک قحویہ پیشہ اختیار کرنے کی ضرورت ہے، اس لیے کہ یہ جسمانی تکان
 سے خالی ہوتا ہے نیز اس لئے کہ یہ کچھ درجہ کی ناقابلیت کے باوجود کام جاری
 رکھنے کا موقع بہم پہنچاتا ہے۔ عورتوں میں حل اور زچگی کا بار اپنے اندر اشتداد
 کا خطرہ مضمر رکھتا ہے اور منتشر صلابت کی تشفی سے استقامت العمل کے لیے معقول وجہ

بہم نہ پھرتی ہے۔ اس میں شک نہیں کہ ان اصابوں میں جن میں تصوری حالات حاصل ہو سکتے ہیں، فحشاءت بحیثیت مجموعی اس سے طویل تر ہوتے ہیں کہ جتنے دوسری اصابتوں میں اگرچہ گھٹات، جب کہ وہ واقع ہوں، اتنے شدید ہوتے ہیں۔ بہت سے ایسے مریض جن میں مرض جلد ہی شناخت کر لیا جاتا اور اس کا علاج کر لیا جاتا ہے، اور جو پرسکون اور قنودی زندگی گزارنے کے قابل اور خواہشمند ہوتے ہیں، بلائیں گے کئی کئی سال گزار دیتے ہیں۔ واک اور تدریجی ورزشیں محرکی علامات کے علاج میں مفید ہیں، خاص طور پر ایک اشتداد سے شفا یابی کے درجہ میں۔ گرم غسل اور ان کے بعد معمول حرکات، شجیت کی تسکین کے لیے مفید ہیں۔ ایک آمیزہ جس میں پانچ گرین پوٹاسیم برومائڈ اور ۱۰ قطرے صبیخہ نواح ہوں، دن میں تین مرتبہ دینا، شعل قبول کے مریضوں کے لیے مفید ہے۔

مرض کے آخری درجوں میں تخفیفی علاج اسی اصول پر کرنا چاہئے جو نخاع کے عرضی اضرار کے لیے پہلے درج کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 660)۔

نخاعی جو فیت

(syringomyelia)

یہ دو مرض ہے جس میں نوبالیدگی اور انقطاع کے مشترک عمل کا نتیجہ ہوتا ہے کہ نخاع کے مرکز میں مستطیل کہنے بن جاتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں علامات کا انحصار رادی مادی کے ترکیبی اجزاء کے اتلاف پر ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں دباؤ کی وجہ سے ریشوں کے نقطے بھی مآؤف ہو جاتے ہیں۔

اسباب دو مرض عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام طور پر ہوتا ہے اور بالعموم بارہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ شوک حشوق (spina bifida) عنتی پسیوں یا دوسرے پیدائشی تشوہات کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

امراضیات۔ اس مرض کا اصلی خاصہ سریشی بافت کی نوبالیدگی ہے

جس کے بعد انطا ط اور کھنہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عمل عموماً مرکزی کنال کے قریب رادی ماڈے کے ایک پچھلے قرن میں شروع ہو کر اگلے قرونوں میں پھیل جاتا اور مرکزی کنال کو مسدود کر دیتا ہے، یا بعض اوقات اس کے ساتھ ربط قائم کر دیتا ہے۔ یہ مرضی عمل نخلع میں اور پریانیچے کے طرف پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے لیکن ممکن ہے کہ اس طرح بنی ہوئی نالی کا درونہ مختلف کیولوں پر بڑے اختلافات ظاہر کرے (ملاحظہ ہوں تصاویر ۸۵، ۸۶)۔ نخلع کے وہ حصے جو خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں عسقی اور بالائی ظہری خط، قطنی خط اور نخلع مستطیل ہیں (بصلی جوفیت = syringobulbia)۔

علامات ابتدائی درجوں میں مندرجہ ذیل اجزاء کے اتلاف سے منسوب کیے جاسکتے ہیں: ۱۔ اگلے قرن کے خلیے ۲۔ تپیش اور ورد کے حواس کو منتقل کرنے والے ریشے جو رادی ماڈے میں تقاطع کرتے ہیں۔ (۳) رادی ماڈے کے جانبی قرن کے خلیے بسین سے زخمی شدہ کی کے پیش معقووی لیٹے نکلتے ہیں۔ چونکہ مرضی عمل عموماً عسقی کلانی کے زیریں سرے میں شروع ہوتا ہے، لہذا علامات حسب ذیل ہوتے ہیں۔

۱۔ مترقی عضلی ذبول جو ہاتھ کے چھوٹے عضلات میں شروع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ماؤف عضلات میں ریشی ریشہ ہوتا ہے اکثر تقبض پیدا ہو جاتے ہیں اور رفت رفتہ بازو کے عضلات ماؤف ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے (ملاحظہ ہوں تصویر ۸۷)۔

۲۔ تپیش اور ورد کی حس بذیری کا فقدان۔ بعض اوقات مریض اپنی رازدرو کی زندگی میں اس طرح معلوم کرتا ہے کہ نہائی سے نکلنے والی گرم چنگاریاں، الجھا ہوا پانی یا سگریٹ کا جٹا ہوا سراجلہ کو جلاتا تو ہے مگر درد محسوس نہیں ہوتا یا کم ہے کہ طیب مریض کے ہاتھوں اور بازوؤں پر بہت سے سمات دیکھے جو ایسے شناخت ناکر وہ تصر رات سے پیدا ہو گئے ہوں۔

۳۔ بالائی جوارح میں وتری جھگوں کا فقدان۔ یہ مرض نہیں ہوتا۔ لیکن بسا اوقات ایک عامل اور مفید مارست ہے۔ یہ ان ریشوں کے اتلاف کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ پچھلے اور اگلے قرون کے درمیان معکوسی قوس سے تعلق ہوتے ہیں۔

۳۔ ماؤف حصوں کے وعاہر کی اور پرورشی اختلالات۔ یہ زرق ٹھنڈے پن، ہاتھ کے استخوان اور اڈیا، آبلوں، قروح، ناخنوں کے جھڑ جانے، بلا درد و احسات (Morvan's disease) یا سفصل، بالخصوص شانہ کے جوڑ میں ایسے انحطاطی



۱



۲



۳



۴



۵



۶



۵

۶

تصویر ۱۔ یہ تصویر ایک ایسی خلع کی مرضی
ترشیں ظاہر کرتی ہے جو کہ کافی جوفیت میں ہو
اب اس جگہ سے قطع نظر کہ اس میں کتنا
تلفیظی مہم شامل تیار کی کہ درون میں
پیدا ہو گیا ہے۔

تصویر ۲۔ ایک شیر خوار بچہ کی
خلع جو کہ تھوڑی جوفیت کی حالت
میں ایک کہنہ ظاہر کر رہی ہے
(فکاک نما)۔

تغیرات کی شکل اختیار کر سکتے ہیں، جیسے کہ ہزال نلہری (tabes dorsalis) میں پائے جاتے ہیں۔

مزید برآں مغنی شاکر کی ماؤفیت کے باعث پتلیوں کا انقباض، جسزنی، استرخاء، الجھن اور غورالعین پیدا ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 606)۔
 ممکن ہے کہ مرض اور اس کے طرف نخاع متغیل اور جسم میں پھیل کر نقصان، ہزال زبان، اور بعض اوقات عقب ششم کے شلل سے روزنظری پیدا کر دے۔
 کبھی کبھی اس مرض کے ساتھ التواء (scoliosis) کی شکل میں انحناء شوکی بھی ہوتا ہے۔

آخری درجوں میں نخاع کے طولی ریشوں پر دباؤ ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہری ماؤفیت کے باعث جراح زیریں کی کمزوری اور شنجیت اور اس کے



تصویر ۸ ایک نخاعی جوفت کی مابت میں مغلی ہزال نلہری کی
 (ٹرنر) (Turner) اور سٹووارٹ (Stewart) کی
 نقلیل میں]۔

ساتھ مسکوسوں میں زیادتی اور اسطرحی محبتیں موجود ہوتی ہیں اور معمولی ریشوں کے
 اختلاف کی وجہ سے تمام قسموں کے جس کا فقدان ہوتا ہے۔
 تاؤفیکر کھون کہنے طفی کلائی کو ماؤف نہ کر دے، عموماً شانہ اور ماء مستقیم

ماؤف نہیں ہوتے۔ اس حالت میں بھی جواج زیرین میں ذبول پر روشنی تغیرات اور متفرق عدم حسیت پیدا ہو جائے گی۔

تشخیص۔ ابتدائی درجوں میں مرض ذیل کی حالتوں کے ساتھ خلط خلط ہو سکتا ہے۔ - عضلاتی پسلیاں، مترقی عضلی ذبول، یا عضلاتی نخاع کے انفعالات کے اسباب میں سے کوئی سبب، مثلاً رسولی، شوکی، بوسیدگی اور مزمن التهاب سمایا۔ احتیاط کے ساتھ حسی امتحان کرنے سے تشخیص عموماً مکمل ہو جائے گی، لیکن ممکن ہے کہ دروں کی سلسلہ (intermedullary tumour) سے تیز کرنا غیر ممکن ہو۔

انذار۔ یہ مرض نہایت آہستہ آہستہ ترقی کرتا رہتا ہے، اور مریض جو کم و بیش از کار رفتہ ہو جاتے ہیں برسوں زندہ رہتے ہیں۔

علاج۔ نخاع کے متاثرہ حصوں کا عیسائی لاشامی علاج، جو ۶ ماہ یا ایک سال کے وقفوں سے کیا جائے اور جس کا تکرار باقاعدگی کے ساتھ کیا جائے، مرض کی ترقی کو شست کر دینے میں مستعد۔ اثر رکھنا معلوم ہوتا ہے، اور بعض اوقات حیرت انگیز درجے کی اصلاح کا موجب ہوتا ہے۔ تاہم علاج مذکورہ مرض بھی خود بخود فترہ اور اصلاح ظاہر کر سکتا ہے۔ اس سے قطع نظر، علاج محض علامتی ہو سکتا ہے۔

ہزال ظہری

(tabes dorsalis)

(locomotor ataxy = بے نسقی)

ہزال ظہری دراصل زیرین درآور معیوں کا ایک تدریجی مترقی انحطاط ہے جو سب سے پہلے نخاع کے پچھلے استوانوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ ایس کے بعد عصبی سریش کی پیش الیدگی ہو جاتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات معصب لہری میں، اور درآور مجموعی اعصاب کے مرکزی حصوں میں واقع ہو سکتے ہیں۔ لہذا ہزال وہ مرض ہے جس میں حسی معیے ماؤف ہو جاتے ہیں اور مکان حرکیت کی خرابی جس کی بنا پر ابتداً اس مرض کا نام رکھا گیا، وضع اور حرکت مجہول کے احساسات کے فقدان کے

باعث واقع ہوتی ہے جس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ چلنے میں حرکات کی ناہم آہنگی پیدا ہو جاتی ہے۔ بعد کے تجربے سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر جلد (بے نسقی) اکثر ایک نہایت دیر سے پیدا ہونے والا ظہر ہے بلکہ ممکن ہے کہ بالکل غیر موجود ہو۔ اور اقلیم احساس میں دوسرے ایسے اختلالات ہیں جو نسبت زیادہ مستقل طور پر واقع ہوتے ہیں اور جو ایسے علامات بہم پہنچاتے ہیں جن کی وجہ سے پہلے پہل مریض مشورے کا طالب ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ امر عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ مرض کا واحد سبب آتشک ہے۔ یہ رائے جن امور پر مبنی ہے وہ یہ ہیں کہ مریض کی سابقہ مگر گزشتہ میں اولی سرائیت کی شہادت، خون اور روانی نکالی سیال میں خستہ و از رو مینی تعاملات۔ اور مرنے کے بعد جسم میں دوسرے آتشکی اضراسر رشتلاً آتھاب اور مٹی کی موجودگی، ڈھونڈنے پر ان میں ایک یا دوسرا ثبوت ضرور مل جاتا ہے۔ نوگچی (Noguchi) نے ہنرال کے ایک مریض کی نضاج میں پلیچ سلکیمڈ شاحب (treponema pallidum) اسب سے پہلے منظرہ کیا اور اس شائدہ کا اکثر انکشاف کر دیا جا چکا ہے۔ سردی اور نمی بیٹھ کے تقریبات حد سے زائد محنت و مشقت اور کثرت جماع عام خجرت میں انخفاض پیدا کر کے عمل کرتے ہیں اور اس طرح ایک ایسے شخص میں کہ جس کا نظام معوی پہلے سرائیت زدہ ہو، مرض میں تعجیل کرتے ہیں۔

یہ مرض عموماً آتشکی سرائیت کے بعد آٹھ اور بارہ سال کے درمیان پیدا ہو جاتا ہے اور اسی واسطے اوجیز عمر میں، تیس اور پچاس سال کے درمیان، سب سے زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ ہنرول اشخاص متبادلہ شاذ ہی آتشک کی دوسری طبیعی ملائیں ظاہر کرتے ہیں۔ یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں تقریباً ایک اور دس کی نسبت سے زیادہ کثیر النوع ہے لیکن طفولی (juvenile) قسم میں جو پیدائشی آتشک کے مریضوں کے ایک قلیل تناسب میں زمانہ عریان میں ظاہر ہوتی ہے، اس مرض کی توریع دونوں صنفوں میں زیادہ قریبی طور پر برابر ہوتی ہے۔ مرضی تشیخ۔ نضاج میں ہمیشہ یہ توفیر پایا جاتا ہے کہ پھلے استخوانوں میں

ہرمل نخاع کی اعصاب سے لی ہوئی نخاعی ترشیں۔ دیگر ٹہ پال کے طریقہ سے رچی ہوئی پچھلے ستونوں کی درشامید قبہ بات یہی وہ
 اخطا لایا فہ خطوں کو کاہر کرتے ہیں۔ سندست ریشہ سیاہ رنگ کے ہو گئے ہیں۔



تصویر ۱۔ چھٹا منقش قطعہ



تصویر ۲۔ پانچواں صدی قطعہ



تصویر ۳۔ تکتی بڑی کلائی۔

(دیکھئے جے۔ آء۔ پرڈرائو کی لی ہوئی مکس تصاویر سے) بالکل صفر ۵۷۵.

صعودی ریشوں میں انحطاط اور عصبی سریش میں صلابت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ تازہ نمونے کے اندر سپید مادے کی رمدی بد رنگی کی صورت میں دیکھی جاتی ہے، اور ویکرٹ پال کے طریقے (Weigert-Pal method) سے رنگی ہوئی تریشوں میں رضی استوانوں کا شحوب، گہرا رنگ قبول کرنے والے تندرست خٹوں کے مقابلے میں ہر جگہ تضاد ظاہر کرتا ہے۔ محض ۴۵ تصاویر ۱۳۱۵ معمولی اصابتوں میں نخل کے قطعی مجبزی فلیقوں میں داخل ہونے والے ریشے ماؤف ہوتے ہیں، اسی واسطے انحطاط اس خطے میں پچھلے بیرونی استوانوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے (صفحہ ۴۵، تصویر ۳)۔ اور عنقی کلانی میں ان ریشوں کے اندر کی طرف ہٹ جانے کی وجہ سے یہ انحطاط پچھلے اندر استوانوں میں پایا جاتا ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں بازو ماؤف ہوتے ہیں عنقی خطے کے اندر پچھلے بیرونی ریشوں کا انحطاط واقع ہوتا ہے۔ پچھلے استوانوں کے اندر ایٹلانی ریشے صحیح و سالم باقی رہتے ہیں، کیونکہ انحطاطی عمل صرف انہیں ریشوں تک محدود رہتا ہے جو پچھلے جذری عقدوں کے زائموں کا اوپر کے طرف راست تسلسل ظاہر کرتے ہیں۔ خردین کے نیچے عصبی ریشوں کا انحطاط اور فقدان سریشی بافت کی رجوریکندار ہوتی ہے (زیادتی، اور شرین کی دیوار کی دیبازت دیکھی جاتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں رمدی مادے کے اندر بھی تغیرات پائے جاسکتے ہیں، مثلاً پچھلے قرون، کلارک کے استوانوں، بلکہ اگلے قرون تک میں عصبی خلیات اور ریشوں کا ذبول اور انحطاط پچھلے استوانوں پر، یا جابی استوانوں پر بھی یا نخل کے گرد اگر دَام حوزہ اکثر ویر ہو جاتا ہے۔ پچھلی عصبی جڑیں عموماً نیچے کے طرف نخلی عقدوں تک مذبول ہو جاتی ہیں، مگر یہ عقدہ بیشتر تندرست ہوتے ہیں اور اسی طرح ان سے آگے کے عقدوں اعصاب بھی اعصاب بعری میں، ان اصابتوں میں جن کا تذکرہ کیا گیا ہے، عصبی ریشے مذبول پائے جاتے ہیں اور عصبی سریش کی تیش بائیدگی دیکھی جاتی ہے۔ تیسرے، چوتھے، پانچویں، چھٹے آنٹھوں اور بارھویں جمعی اعصاب کے نواتوں کا، نیز عقدہ گیسر (Gasserian ganglion) کا ذبول یا انحطاط

مختلف اصابتوں میں دیکھا گیا ہے لیکن ہزال میں معکوس غالمج قرصیہ (iridoplegia) کا ضرر یعنی طور پر معلوم نہیں اگرچہ اغلب ہے کہ وہ درمیانی دماغ کے گرد یعنی جرم کے اندر واقع ہوتا ہے۔

امراضیات - ہزال ٹھہری کے امراضیات کے متعلق مطلقاً کچھ معلوم نہیں ہے سوائے اس امر کے (جو کہ اوپر بھی بیان کیا گیا ہے) کہ یہ مرض اولی طور پر پچھلے استوانوں کے عصبی ریشوں کے اتلاف کا عمل ہے جو بیچ سکیہ شاحب یا اس کے نیات کی فعالیت کے باعث واقع ہو جاتا ہے۔ چونکہ ہزال ٹھہری میں اور عمومی شلل مجاہمین (general paralysis of the insane) میں یہ عمل براہ راست عصبی عناصر پر ہوتا معلوم ہوتا ہے لہذا ان دونوں امراض کو اکثر نظام عصبی کی منخشی آتشک (parenchymatous syphilis) کہتے ہیں تاکہ ان کی تفصیق آتشک کی ان قسموں سے ہو جائے جن میں عصبی خلیوں اور ریشوں کا انحطاط سمجھا اور عروق دویہ کے حواریں کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔

چونکہ یہ مرض مزمن نوعیت کا ہوتا ہے لہذا اس کے امراضیاتی مطالعہ کے مواقع بالخصوص آخری نتائج تک محدود ہوتے ہیں لیکن ابتدائی اصابتوں میں ابتدائی ضرر کا مقام اس نقطے پر معلوم ہوتا ہے جہاں پچھلے جذری عقدہ سے آنے والے عصبی ریشے نخاع میں داخل ہونے کے لئے آمخوڑ میں سے گزرتے ہیں۔ ابتدائی آتشکی سرایت اور اس مرض کے آغاز کے درمیان جو دیر واقع ہوتی ہے اس کی توجیہ مختلف طور پر کی گئی ہے۔ غالباً واقعات کی ترتیب زمانی حسب ذیل ہے اور ہر ہزال نخاع ہی پر نہیں بلکہ عصبی آتشک کی دوسری قسموں پر بھی اس کا اطلاقی ہوتا ہے۔ جوئے خون میں انتشار کے درجہ بڑھنے کے سبب سسجائی میں داخل ہو جاتے ہیں اور خفیف التهابی تعامل پیدا کرتے ہیں۔ اصابتوں کی اکثریت میں اس سے کوئی علامات پیدا نہیں ہوتے لیکن دماغی نخاعی سیال غلیظت اور پروٹین کی زیادتی اور بعض اوقات ذہنی منخی کی غیر طبیعی حالت ظاہر کرتا ہے۔ ایک مثبت و از مدینی تعامل ہونا نہایت شانہ ہے۔ ایسے تغیرات علاج ناکر و ثانوی آتشک کی تمام اصابتوں میں سے ۲۰ تا ۵۰ فیصدی

میں پائے جاتے ہیں۔ یہ فرض کیا جاتا ہے کہ ان امواتوں میں سے اکثر میں علاج سے یا علاج کے بغیر سحائی سرایت فنا ہو جاتی ہے، لیکن نخلوی سی تعدا فیصدی میں یہ جاری رہتی ہے اور ایک مرنے میں سرری طور پر خاموش التهاب سحایا پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ آخر کار یہ مقامی سمفیتی و بازت کی شکل میں نوباب ہو جائے جس کے ساتھ داغ مجموعی اعصاب یا نخلع متضرر ہو جائیں، یا ممکن ہے یہ منتشر التهاب سحایا، خف کی حیثیت میں جاری رہے۔ کئی سال گزر جانے کے بعد یہ داغ کے جرم پر حملہ کرنے لگتی ہے اور منتشر سحائی و داغی التهاب پیدا کرتی ہے، جو کہ عمومی شکل مجانی کی بنیاد ہے۔ نخلع میں یہ اسی رات سے داخل ہوتی ہے جس کو دراندہ دیشے اس وقت جب کہ وہ ام خونہ کو چید تے ہیں اختیار کرتے ہیں اور ہزال نخلع کے علامات کا باعث ہوتی ہے۔

علامات جیسا کہ اس کی اسراضیاتی تشریح سے توقع کیا جاسکتی ہے، ہزال نخلع دراصل حسی علامات کا مرض ہے، بالخصوص اس کے ابتدائی درجہ میں ملان علامات کی اہمیت بہ آسانی نظر انداز ہو جاتی ہے، تاہم چونکہ ہمارے علاج سے زیادہ سے زیادہ توقعات صرف مرض کی ترقی کا ترک جانا ہے، لہذا قبل اسکے کہ عضلی اور مفصلی حسی پیری کے بڑے عیوں کی وجہ سے بے فستق داغ ہو کر ایک بے بسی اور مجوری کی حالت پیدا ہو جائے، یہ ضروری ہے کہ ہم مرض کو پہچان لیں۔ ابتدائی (دیش بے فستق) درجہ میں جینر علامات یہ ہوتے ہیں: درجہ اول و درجہ دوم جراح کی جلدی دیش حسیست، کوئی جھٹکے کا فقدان، اور مدتی محکومہ اور کا فقدان۔ یہ درجہ کئی جنوں یا سالوں تک رہ سکتا ہے۔

وہ درجہ اول و درجہ دوم کا حقلہ کے نام سے مشہور ہیں ۵۰ فیصدی امواتوں میں ہو کر رہے ہیں۔ وہ ضمیمے یا ہول جیسے یا دثابی ہوتے ہیں، اور موما جواج نیری میں ہوتے ہیں، اور بیض اوقات بازوؤں میں۔ وہ یکا یک پیدا ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ایسی شدت کے ساتھ ہوں کہ جس سے مریض چمک کر بستر میں اٹھ بیٹھے یا چلا اٹھے۔ ہر درجہ صرف چند ثانیوں تک رہتا ہے، لیکن یہ درجہ موما کر رہتے ہیں اور اسی طرح جواج کے مختلف حصوں میں کئی گھنٹوں تک آتے

اور جاتے رہتے ہیں۔ پھر ممکن ہے کہ یہ جاتے رہیں اور دوسرے دن تک نہ ہوں یا کئی دنوں یا ہفتوں کے وقفے کے بعد ہوں۔ اس طرح یہ تکرار اور مدت کے لحاظ سے نہایت بے قاعدگی ظاہر کرتے ہیں۔ مریض انہیں اکثر ”ریشمی“ سمجھتا ہے لیکن اگر اس سے پوچھا جائے تو وہ ان کو اس شرح و بسط کے ساتھ بیان کرتا ہے کہ جس سے مطلق غلطی نہیں ہو سکتی۔

مریض جلد کی بیش حسیت کو جو عموماً دھڑکے یا ٹانگوں کے بالائی حصے پر ہوتی ہے ابتدا ہی میں محسوس کرتا ہے اور یہ شکایت کرتا ہے کہ آہستہ سے تھک کر چھوئے، شلا دروں جامہ کے پہننے، اتارنے سے ایک خاص طرح کا ناگوار احساس ہوتا ہے جو عیش کی انتہاؤں سے بھی پیدا ہو سکتا ہے چنانچہ بحری غسل ناقابل برداشت ہوتا ہے اور مریض گرم منسل میں بیٹھنے سے بھی محتاط رہتا ہے۔

677

جھٹکنے اور ٹھنکنے کے جھٹکے، متعلقہ مسکوسہ قوسوں کی جسی جانب پر اثر ہونے کے باعث اس درجہ میں عموماً ناپید ہو جاتے ہیں۔ اور یہ جان لینا ضروری ہے کہ جھٹکے کی ناپیدی سے پہلے اس میں سستی یا کمی واقع ہو جاتی ہے اور یہ کہ اکثر ایک بار دوسرے بار سے پہلے ماؤف ہوتا ہے۔ اسی واسطے دونوں جانبوں کے متناظر و تری جھٹکوں کے درمیان نمایاں فرق کی موجودگی تشخیصی اہمیت رکھتی ہے۔

ان اصابتوں کی $\frac{1}{2}$ سے زائد تعداد میں حدقات آرگنائل رابرٹسن (Argyll-Robertson pupils) پائے جاتے ہیں۔ جب یہ حالت کامل طور پر نمودار ہوتی ہے تو حدقات غیر مساوی بے قاعدہ خاکے کے یا منحرف الکرز ہوتے ہیں، اور وہ توفیق کا تعادل ظاہر کرتے ہیں مگر روشنی سے غیر متاثر رہتے ہیں، لیکن یہاں بھی یہ یاد رکھنا چاہئے کہ نوری مسکوسہ کے فقدان سے پہلے اس میں کمی یا سستی پیدا ہو جاتی ہے۔ عام طور پر آرگنائل رابرٹسن کا حدق چھوٹا ہوتا ہے۔ یہ اکتسابی ہزال نساء میں کبھی کبھی طبعی سے بڑا ہوتا ہے اور پیدا ہونے والی قسم میں تقریباً ہمیشہ ایسا ہوتا ہے۔

مزید برآں اکثر بالکل ابتدا ہی میں پاؤں اور انگلیوں کے زیرین حصے پر خفیف سی عدم حسیت اور کبھی کبھی ایک یا زائد اعضا پر چشم کا عارضی قفل بھی پیدا ہو جاتا ہے جس سے ملاحظہ اس امر کے کہ کون سا عضل ماؤف ہو رہا ہے اور نظری یا تحریکی یا استرخاری بعض پیدا ہو جاتا ہے۔

خفیف درجہ کا دو جانبی استرخار بعض جس کے ساتھ ابرو میں تھوپی شکن پڑ جاتے ہیں کیونکہ آنکھوں کو زیادہ کھلار کھینے کی ایک مستقل کوشش کی جاتی ہے، اکثر اوقات چہرے کی ایک کسی قابل تمیز شکل پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۸۸)۔

دوسرے درجہ میں جو نمویافتہ مرض یا حقیقی مکان حرکی بے ہوشی کا ہوتا ہے نمایاں خاصہ جوارح زیرین کی عضلی ناہم آہنگی ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ عدم حیثیت کی زیادتی اور دوسرے حتیٰ عوارض ہوتے ہیں، اور شانہ کے افعال میں خرابی پائی جاتی ہے۔ دوسری حالتیں جو ابتدائی درجہ میں دیکھی جاسکتی ہیں یہ ہیں۔ نام نہاد معدی اور دوسرے بعض اخفات، بعض پرورشی اختلالات اور ذہول حسب بصریہ۔

ہر جگہ یا بے نسقی (ataxy) جیسا کہ اس کے خطاب مکان حرکی سے ظاہر ہے، بالخصوص پہلے جوارح زیرین میں دیکھی جاتی ہے اور کثیر التعداد اصابتوں میں انھیں ایک محدود ہوتی ہے۔ ابتدائی مہلک کی چال میں صرف خفیف سی لڑکھڑاہٹ ہوتی ہے، وہ بالکل پیدا ہونے سے پہلے میں وقت محسوس کرتا ہے، اس وقت کو رفع کرنے کے لئے کسی قدر اپنی انگلیوں کو ملنچہ کرتا ہے، اس راستہ پر جس پر وہ چل رہا ہے احتیاط کے ساتھ نظر جمائے رکھتا ہے، اور جب مڑنے کی کوشش کرتا ہے تو اپنا توازن بے آسانی کھو بیٹھتا ہے۔ اندھیرے میں جب کہ نظر کے احساسات سے رہنمائی حاصل نہیں ہوتی تو وہ اور بھی زیادہ لڑکھڑانے لگتا ہے مگر کاشفہ رامبرگ (یعنی ایڑیوں کو تہہ بہ تہہ رکھ کر اور آنکھیں بند کر کے بلا سہارے کھڑا رہنا) اشغال کیا جائے تو مریض لڑکھڑانا یا گر جاتا ہے۔

ایک بعد کے درجہ میں وہ اب بھی چلنے پر قادر ہوتا ہے، لیکن ٹانگیں بے ترتیبی کے ساتھ اوپر کھینچ لی جاتی یا جھٹکا دے کر اٹھالی جاتی ہیں۔ وہ اکثر تیزی کے ساتھ آگے کو بھٹکی جاتی ہیں اور ایڑیاں زور سے پیچے زمین پر لائی جاتی ہیں۔ ٹانیاں ہلنے کے نسبت اور بھی زیادہ مشکل ہوتا ہے اور ایک لکڑی کی دیوار یا کسی دوست کی مدد سے بہت احتیاط کے ساتھ انجام دیا جاتا ہے۔ تاہم عضلی طاقت ابھی رہتی ہے۔ جب مریض کرسی پر بیٹھا ہو اور طبیب اس کی ٹانگ کو خیدہ کرنے کی کوئی معمولی سی کوشش کرے تو وہ اس کوشش کے مقابلہ میں اپنی ٹانگٹ



678

سائے کو بسط شدہ رکھنے پر قادر ہوتا ہے۔ مزید برآں اس کے عضلات معمولی حجم کے ہوتے ہیں اور معمولی برقی تعاملات تک ہر کرتے ہیں۔ ان بے ترتیب اور اسی واسطے ناکارگر حرکات

تصویر ۸۸۔ ہزال نواح کی ایک کہنہ صابت میں چہرہ کا متیو منظر ہر کرتی ہے (ہنرول چہرہ) رٹرنز اول سٹوڈنٹ: Turner and Steward کی تعلیم میں۔

میں طاقت بہت راہیگاں جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض جو فاصلہ چل کر طے کر سکتا ہے وہ گھٹ کر ایک یا دو میل رہ جاتا ہے آخر کے درجوں میں بے نستی ایسی ہو سکتی ہے کہ وہ لکڑیوں، کرسی، یا دونوں طرف ایک دوست کی مدد کے بغیر مطلق نہیں چل سکتا۔ اور بالآخر ممکن ہے کہ وہ بستر سے

زائد کے۔

بعض اوقات مرض میں بہت دیر کے ساتھ بازو بھی ماؤف ہو جاتا ہے، لیکن ان کی بے نستی عموماً اس بے نستی کے نسبت جو ٹانگوں میں دیکھی جاتی ہے، کم وسیع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اصاباتوں میں جو کہ نام نہاد عتقی نزل (cervical tabes) کی ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ مرض بالائی جوارح کے عارضہ

کے طور پر شروع ہوتی ہو۔ تنش کے نقصان کا، جو کہ پہلے ہی وٹری ٹینکوں کی غیر موجودگی کی حیثیت سے ظاہر ہو چکا ہے، ایک دوسرے نتیجہ کو تنشی (hypotonia) ہے۔ اس حالت میں جوارح کی ایک نمایاں حرکت پذیری موجود ہوتی ہے، چنانچہ منہاں مہول طور پر نہایت فیٹھی منہاں غم یا بطل کے ہاتھ میں بلا کسی ایسی مزاحمت یا درد کے جیسے کہ تندرست افراد میں پیدا ہوتے ہیں۔

جلدی عدم حسیت (cutaneous anaesthesia) اختلا
پذیر ہوتی ہے۔ عام طور پر وہ اس شکل میں ہوتی ہے کہ نرم روئی پانچ چھینے اور پیش کی جس پذیر میں کمی ہو جاتی ہے، اور یہ کمی پاؤں اور ٹانگوں کو بازوؤں کے زندگی کناروں کو، اور دھڑ کو، غلیظیوں کے لیول اور ناک کے لیول کے درمیان ماؤف کرتی ہے۔ فقدان جس کا نمایاں ترین منظر ہے کہ پانچ چھینے کے درد کی بے حسیت ہوتی ہے، اور یہ بے حسیت درد اکثر ناک کے گرد کی جلد میں بھی پائی جاتی ہے۔ پاؤں کی عدم حسیت ایک ایسا احساس پیدا کر دیتی ہے جیسے مریض "نرم روئی پر چلنے جیسے" بیان کرتا ہے۔ مختلف اصاباتوں میں احساس کی بہت سی دوسری ترمیمات دیکھی جاتی ہیں۔ مثلاً جوارح میں سوزشی یا قارض درد جو آلام صاعقہ کے نسبت زیادہ مسلسل ہوتے ہیں۔ ٹانگوں، جگاسوں، اعضائے تناسل، یا دھڑ میں تھپتی کا احساس (آغزالہ کر کو اکثر نفاقی درد "girdle pain" کہتے ہیں)۔ جھنجھناہٹ، ٹھنک، اور سردی یا گرمی کا احساس۔

زیادہ گہری باتوں میں بھی بے حسیت درد ہوتی ہے، چنانچہ پنڈلی کے عضلات یا وتر اخیلی میں زور سے چھنی لینے سے درد نہیں ہوتا۔ وضع اور

حرکت مجہول کے حواس کے نقصان کا مظاہرہ اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ جب مریض اپنی آنکھیں بند کر لے تو وہ اپنے جوارح کی وضع سے لاعلم ہوتا ہے، اور مشاہد ان کو حرکت دے تو مریض کو اس حرکت کی خبر نہیں ہوتی، اور جب کہ پیش پیچیدہ عضلی افعال انجام دیئے جائیں تو ان میں نلہم آہنگی پائی جاتی ہے۔ ایک اور کارآمد امت یہ ہے کہ ایک بڑے منہ کے دو شاخے کے ارتعاشات کی پس پیچیدہ مفقود یا کم ہوتی ہے جس کا مظاہرہ عموماً گٹوں، پیش ساق، اور عجز پر کیا جاسکتا ہے۔

حشاشی عدم حسیت (visceral anaesthesia) اس شکل میں دیکھی گئی ہے کہ حسیتی احساس غیر موجود ہوتا ہے، اور کئے لگانے پر شرا سیف کی حساسیت میں کمی پائی جاتی ہے، اور دبانے پر قبضہ الریہ، کرہ چشم اور پستان کی حساسیت میں کمی پائی جاتی ہے۔

مشاذہ حسب ذیل طریقہ پر موقوف ہوتا ہے:۔ ابتدائی درجوں میں خراش ہوتی ہے اور ساتھ ہی پیشاب بار بار آتا ہے، اور خراش محسوس ہوتے ہی پیشاب کرنا ضروری ہو جاتا ہے۔ بعد میں مخرج بول عضلہ کمزور ہو جاتا ہے، اور پیشاب کی دھار سُست ہوتی ہے، یا وہ صرف قطرہ قطرہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات اعتبار ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ لب ریزی سے کلس البول ہو جاتا ہے۔ عضلہ عاصیہ المبرنہ (sphincter ani) ممکن ہے کمزور ہو جائے، یا مہرز کی حسی ناپیدیری کی وجہ سے براز کا اخراج غیر شعوری طور پر ہو جائے، یا مثالی قوت عموماً مفقود ہوتی ہے، اور نامردی اس مرض کی ایک ابتدائی علامت ہونا ممکن ہے۔

احشاء کے ذلیفی اختلالات، جن کو بھڑانات (crises) کہتے ہیں، تقریباً ۱/۵ امصابوں میں واقع ہوتے ہیں۔ ان سب میں معدی بھڑان (gastric crisis) (crise gastrique) نہایت کثیر الوقوع ہے۔ ہر حملہ میں شرا سیف میں شدید درد ہوتا ہے، جس کے ساتھ کلمے ہوتی ہے، اور یہ قے پہلے صاف سیال کی ہوتی ہے، جس کی تعداد اکثر بڑی ہوتی ہے، اور بعد میں غرا بل خون کی تپے ہوتی ہے۔ درد بڑھنے کے اور غیر بلادہ کے ہو سکتی ہے۔ مکن ہے کہ ساتھ جلدی بیش حسیت بھی پائی جائے، مگر عضلات شکم

کی کڑھکی، جیسی کہ التهاب باریلون میں پائی جاتی ہے، ہمیشہ نہیں ہوتی۔ نیز اکثر اوقات اختلاج یا طلب کی جگہ قاعدگی ہوتی ہے۔ یہ حملے سویرہ ہضم کے اسبق علامات کے بغیر آگہانی طور پر ہو جاتے ہیں، اور ان کے رفع ہونے کے بعد سعدے کے وظائف بالکل طبعی ہو جاتے ہیں۔ ان کی مدت بالکل مختصہ ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ کئی دنوں تک جاری رہیں اور نزع کی حالت شدہ یہ خستگی اور ہبوط کی ہو جائے۔ دوسرے بچہ اذات جو بیان کئے گئے ہیں یہ ہیں۔

مستقیمی بچہ اذ (rectal crisis)، جس میں مستقیم میں زوری ہو اور شدید تاسہ ہوتی ہے۔ صنفی بچہ اذ (sexual crisis) جس میں ایسے احساسات ہوتے ہیں جو اعضائے تناسل سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ معوی بچہ اذ (intestinal crisis) جس میں اسہال کے دورے ہوتے ہیں۔ کلیوی بچہ اذ (renal crisis) جس میں درد گردہ کے دورے ہوتے ہیں۔ مثاخی یا بچہ اذ البولی بچہ اذ (vesical or urethral crisis)، جس میں مشانہ یا مجری البول میں درد ہوتا ہے۔ جنجھری بچہ اذ (laryngeal crisis) جس میں جنجھری شنج اور ساتھ ہی شہیتی اور زفری صرصرہ کھانسی اور پھر ہوتا ہے۔ اور آنفی یا شعبی بچہ اذ (nasal or bronchial crisis)، جس میں پھینکنے یا کھانسنے کے دورے ہوتے ہیں۔

بزال نخاع کا قرحہ ثاقب غالباً ہمیشہ پاؤں کے کسی جزو یا کسی ایک پانگلی کی عفونی سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے، جب کہ یہ بوٹ کے دباؤ سے متاثر رہی ہو۔ التهاب زدہ حصہ جگہ درد ہونے کی وجہ سے اس کے اور زیادہ رگڑے جانے کا امکان ہوتا ہے اور ایک قرحہ نمویاب ہو جاتا ہے۔ اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں اس شکایت کی ابتدا ایک گوکھڑ (corn) سے ہوتی ہے، جو پہلے درد ہونے کی وجہ سے مریض اس کو کاٹتا یا نوچتا ہے یہاں تک کہ اس سے خون بہنے لگتا ہے، جس سے سرایت کو داخل ہونے کا موقع ملتا ہے۔ یہ قرحات ایک مرتبہ پھنکے بعد پھر مندل نہیں ہوتے اور اس کی خاص وجہ اس آرام کا فقدان ہے جو مقتضیات درد معمولی حالات میں

بہم پہنچا دیتے ہیں، لیکن ممکن ہے جزوی طور پر اس کا انحصار اس دعا حرکی اعصاب کے تشلل پر ہو جو کہ مرض کا نتیجہ ہوتا ہے۔

بعض اصابتوں (تقریباً ۲ فیصدی) میں، ہڈیوں اور جوڑوں میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن کو مرض شکر کا (Charcot's disease) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۸۹)۔ کیفی حیثیت سے یہ تغیرات وہی ہیں جو عظمی مفصلی التهاب (osteo-arthritis) یا رثیت آسا مفصلی التهاب (rheumatoid arthritis) میں واقع ہوتے ہیں، یعنی

کڑی کاٹا، اکل، ہڈیوں کے سروں کی لاغری، رباطات کا تضخم اور نئی عظمی بروں پالیدگیاں۔ دو خاص قسمیں ہوتی ہیں: (۱) ذبولی قسم جس میں کیڑے سیال سے بہت متلد ہو جاتا ہے، مگر وہ پیش کے رباطات تلف ہو جاتے ہیں، ہڈی جذب ہو جاتی ہے، اور زلانی جعتی کے نکاثر سے جھال رہن جاتی ہیں۔ اس کا نتیجہ ایک کلاں شدہ اور زائد الحركت مفصل ہوتا ہے جس کی حرکت پذیری غیر معمولی طور پر زیادہ ہوتی ہے، مثلاً ممکن ہے گھٹنے میں جاتی حرکت اور پیش بطن شدگی ظاہر ہونے لگے۔ (۲) بیدیش، پیروریشی



تصویر ۸۹۔ ذال خفایہ کی صابت میں دوسرے گھٹنے لٹختے کھادار مفصل داخل شدہ کٹانے لاپہر کرتی ہے۔ رٹوش اور اسٹکواسرٹ کی تعلیل میں۔

قسم میں کا تیز خاصہ ہڈی کی پیش پرورش ہے جس سے جوڑے کے گرد عظمی کوڑے بن جاتی ہیں

نیز استسقاء افضل اور جوڑوں کے دوسرے حصوں میں ذبول کا وقوع۔ یہ بڑے عظمیٰ کی زائد سے مشیت پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں اور حرکت کرنے پر تنگی کا ہوتا ہے۔ مرض شاذ شگی ابتداً محدود ہوتی ہے جب کہ سرخ دم اور اور تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ بعد جاتا رہتا ہے مگر دم باقی رہتا ہے یا ممکن ہے کہ دم ابتدا ہی سے ملا دور ہو۔ ممکن ہے کہ وہ خفیف سے ضرب سے شروع ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں ابتداً غیر محسوس طور پر اور بلا درد کے ہو سکتی ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں گھٹنے ماؤف ہوتے ہیں اور اس سے بھی کم عام طور پر کوٹا پاؤں، ٹخنہ، شانہ، کلائی اور کہنی۔ ممکن ہے کہ مفصل کے گرد کی بانٹوں میں اذیاء ہوا اور اپری وریڈیں متع ہو جائیں۔ چھب دگیاں حب ذیل ہوتی ہیں۔ وہ خفیف ضرب کے سبب سے جوڑ کے اندر ترنوف، غلج، انانوی سرایت کی وجہ سے تھنچ اور کسر جس کے ساتھ دشمن کی زیادہ ہو جاتی ہے۔ مرض شاذ کٹ کا سبب واصل وہی ہوتا ہے جو رثیت اس مفصلی التهاب اور عظمیٰ التهاب کا ہوتا ہے اس ترمیم کے ساتھ کہ اس میں پرورشی اثرات کا فقدان ہوتا ہے اور ایک مفرن طور پر ملتہب مفصل کا زیادہ استعمال کیا جاتا ہے کیونکہ مریض درد کی وہ حس نہیں رکھتا جو معمولاً اس کا استعمال روک دیتی ہے۔

عصب بصری کا اولیٰ ذبول تقریباً اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا کہ اعتباری میدان کا تضام عموماً سے کم کر اندر کی طرف ہو جاتا ہے۔ عارضہ اکثر اوقات براہ ترقی کرتا ہوا کل اندھے پن تک پہنچ جاتا ہے تاہم شاذ کی ذبول عصب بصری ممکن ہے کہ ان خلع کی خفیف شہادت کے ہمراہ پایا جائے، یا بھی آنشک کے واقعہ ظہر کے طور پر پایا جائے۔

مرض کا مہر۔ علاج ناکردہ مرض کا مہر بالعموم انتہائی طور پر مست ہوتا ہے۔ آلام صاعقہ یا بحارات ندنی یا مسکو سی امات سے دو یا تین سال پہلے واقع ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ قبل اس کے کہ وضعی جس کے فقدان سے یہ تفسی پیدا ہو، سال یا زیادہ گزر جائیں۔ تاہم بعض مثالوں میں آغاز مرض بیش ناگہانی اور سرخ دم ہو سکتی اور ایسی مثالوں میں بے تسبی آلام صاعقہ ہوئے بغیر واقع ہو سکتی ہے۔

جدید العصر واضح آنشک علاج کے رواج سے پہلے یہ امر تسلیم کیا جاتا تھا کہ

ہزال نخلع ایک اپنے آپ سے محدود رہنے والا مرض ہے، اور ممکن ہے کسی درجہ پر بھی رک جائے، لیکن علاج کے ان طریقوں سے جو کہ اب استعمال کیے جاتے ہیں، بے نستی کے درجہ تک ترقی کرنے والی اصابتوں کا تناسب پہلے کی نسبت معتد بہ طور پر کم ہے۔

یہ مرض بجائے خود ہلک نہیں ہے، لیکن اس کے مریضوں کی خامی تعداد شائد خالی کرنے میں وقت دیر تک جاری رہنے کی وجہ سے التهاب حوض کلیہ سے مر جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں مجائین کا عمومی شغل نویاب ہو جاتا ہے، اور اس حالت کو ہنزالی اہنت خضاء (tabo-paresis) کہتے ہیں۔

تشخیص۔ ہزال نخلع کے ابتدائی درجہ میں اس کے آلائم صاعقہ پر اکثر اوقات دشمنی دروں کا دھوکا ہوتا ہے، لیکن ہزال نخلع کے دروں کی تیسری خصوصیات جو پہلے بیان کی جا چکی ہیں ایسی ہیں کہ اس علامت کا محتاط تجزیہ کرنے سے کوئی غلطی نہ ہونے پائے گی۔ سریع الزوال و نظری کو، جو کہ ایک عام ابتدائی علامت ہے، دوسرے امراض اور خاص کر شتیز صلابت میں وقتاً ہونے والی و نظری سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ حشائی اور خاصکر معدی بجزات پر التهاب زائدہ (appendicitis)، قرحه شقوب (perforated ulcer)

یا دوسری ماحشائی آفت زدگی کا دھوکا ہو سکتا ہے۔ ہزال نخلع کے متلازم امارات شائد حدقات یا معکوسات کی غیر طبعی حالت کے علاوہ بحران کا سوء ہضم کی سابقہ سرگذشت کے بغیر چاہا، ہونا اسے معدی قرحہ سے متفرق کرنے میں مدد دیتا ہے۔ کسی دوسرے سبب کے بغیر اجتناس بول اور نامردی ایسی علامات ہیں کہ جن سے ہمیشہ اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔ بے نستی کے درجہ میں کثیر بعضی التهاب کی بعض شکلوں سے اور نخلع کے تحت الحاد و خلوط اخطاط سے تشخیص کرنی پڑتی ہے۔ سب سے زیادہ اہمیت کا نکتہ یہ ہے کہ ان دونوں میں سے کسی میں بھی پتیلیاں متاثر نہیں ہوتیں اور نہ آلائم صاعقہ کی سرگذشت فتنی ہے۔ کثیر بعضی التهاب میں آغاز مرض بالمرور ماد ہوتا ہے اور ممکن ہے جراح کے عضلات میں کمزوری اور بغری عضلات بھی بالمرور و بانے پر الیم ہوتے ہیں۔

تحت الحاد و غلوظہ و خطاطہ میں انحصاری مہینیں بالعموم باسط ہوتی ہیں۔ ایک عجیب و غریب مرض جس کے متعلق ہم کو بہت کم معلومات ہیں، اور جس کو بلاشبہ زائڈ افسی میں ہزال نخاع کے ساتھ غلط لفظ کیا گیا ہے، وہ ہے کہ جس میں ایک یا بعض اوقات دونوں پتلیاں اس طرح متاثر ہو جاتی ہیں کہ دور روشنی سے نہایت آہستہ منقبض ہوتی ہیں اور سایہ سے اتنی ہی آہستہ متسع ہوتی ہیں۔ متاثر و پتلی پہلے پہل دوسری سے بڑی ہوتی ہے۔ تعالٰیٰ بالتوفیق بھی اسی انداز سے متاثر ہو جاتا ہے، اور ہر پتلی فضل اکثر اوقات عارضی طور پر متاثر ہو کر قوت اس کے جاتی رہتی ہے۔ پتلیوں کی غیر طبعی حالت کے ساتھ اکثر اوقات بعض و تری جھٹکے مفعو و پائے جاتے ہیں۔ اس میں جھٹلا ہونے والے افراد و نوجوان اور باقی ہر طرح سے تندرست ہوتے ہیں اور زیادہ تر زنانہ صنف کے ہوتے ہیں۔ ہزال نخاع کے اور کوئی علامات نہیں موجود ہوتے، اور خون اور نخاعی سیال طبعی ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً اکثر عصبی البتاب کی ایک شکل ہے۔

جب ہزال نخاع کی تشخيص کے متعلق شبہ ہو، تو بالعموم خون اور نخاعی سیال کے امتحان کے ذریعہ اس کو رفع کیا جاسکتا ہے۔ بالعموم دونوں میں وائرمینی تعامل ثابت ہوتا ہے، اور نخاعی سیال خلیات اور پروٹین کی زیادتی اور آنشکی قسم کا کو لاٹڈی منحنی ظاہر کرتا ہے۔ بعض اوقات نخاعی سیال مثبت کثافات دیتا ہے اگرچہ خون منفی ہوتا ہے، اور ہزال نخاع کی بعض اصابتوں میں غالباً صرف ایقاف یا سکون کے درجہ میں خون اور نخاعی سیال دونوں طبعی ہوتے ہیں۔ یا پھر مثبت خون، ایک طبعی سیال کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

آتشک کا مرض لاحق ہو گیا ہے تو علہ اور مستدی کے ساتھ دفع آتشک سدابر انتہار کی جائیں۔

علاج۔ اس پر نوعی اور علاقائی ان دو عنوانوں کے تحت غور کیا جاسکتا ہے۔ نوعی علاج۔ حالیہ سالوں سے آتشک کی تمام شکلوں کے علاج میں سالورسان (salvarsan) یا مائل مرکبات استعمال کرنے کا عام رواج ہو گیا ہے۔

اور نزل کی اصابتوں کا علاج بھی عموماً ایسے ہی ذرایع سے کیا جاتا ہے جن اصولوں سے کام لیا جائے وہ وہی ہیں جو آشکی شخامی التهاب (syphilitic myelitis) کے علاج کے لئے مقرر کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 666)۔ لیکن ہے کہ معمول علاج سے مخصوص کمزورت میں علامات میں تخفیف ہو جائے اور مقدار میں شست ہو جائے یا ترک جائے۔ نزل میں بھی پارہ اور آیوڈائیڈز (iodides) اسی طرح دیئے جاتے ہیں جس طرح کہ آشکی شخامی التهاب میں۔

علاماتی علاج۔ آلائم صاعقہ کے لیے واقع درد و واؤں میں سے کوئی ایک دوا، تنہا یا بحالت امتزاج، آزمائی جاسکتی ہے۔ ایک سفوف جو پانچ پانچ گرین ایسپرین (aspirin)، فینٹین (phenacetin) اور ویرامین (veramon) پر مشتمل ہو مفید ہے۔ اگر دوسری تدابیر ناکام رہیں، تو افیون یا اس کے مشتقات کسی شکل میں استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ پانچ پانچ گرین ایسپرین اور فینٹین سد پانچ گرین ہیروئن اسٹیکلورائیڈ (heroin hydrochloride) ایک مفید برشامہ ہے۔ جرات بھی بعض اوقات مفید ہوتی ہے، اور بعض مشالوں میں ایک واقع درد مقدار جو ایسے نہایت گرم غسل کے ساتھ لیجائے کہ جسے مریض برداشت کر سکتا ہو، آلائم صاعقہ کے ترکہ کو دیا جاسکتا ہے۔ مارفیا کے زیر جلد یا اشترابات کو صرف ایک آخری چارکہ کام کے طور پر استعمال کرنا چاہئے، لیکن بعض اوقات یہ ضروری ہوتے ہیں۔ بالعموم سوائے ڈاکٹر یا نرس کے ان کو کوئی دوسرا نہ دے اور ان کو درد کے شدید درجوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے، کیونکہ عادت پڑ جائے گا مقتد بہ خطر ہے۔

بعض اوقات مریض کو فصل دینے (جو نہایت گرم ہو کہ جسے مریض برداشت کر سکے) اور پھر گرم پانی کی تھیلیاں رکھ کر اسے بستر میں لٹانے اور پانچ گرین مورفین (morphine) تحت الجلدی راہ سے دینے سے مددی بھران کو دیا جاسکتا ہے۔ حمل کی شدت کے وقت تخفیف درد کے لیے مارفیا کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اگر حمل طویل عرصہ تک رہے تو مستقیماً راہ سے غذا دینا ضروری ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں متواتر مددی بھران کی وجہ سے مریض کی

زندگی تقریباً ناقابل برداشت ہو گئی ہو، ایک جراحی کارروائی جس سے کسی قدر کامیابی حاصل ہوئی ہے، یہ ہے کہ شیعہ کو منکشف کر کے بالائی صدری خطے میں مقدم جانی ماعدہ خلوں کو قطع کر دیا جائے۔

امثالہ پر توجہ دینا نہایت ضرور ہے، اور اگر اقباس بول ہو تو کائنات البیہ استعمال کرنا چاہئے۔ اسٹریکنین (strychnine) کے استعمال سے قوت مخربہ بڑھائی جاسکتی ہے، اور لفاح (belladonna) سے سلسل البول میں کمی کی جاسکتی ہے۔

خجری بھراناس کے لیے امل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کا استنشاق سکین دیتا ہے۔

بے نستی کے لیے تدریجی ورزشوں (Praenkel's exercises) کا ایک سلسلہ بہت کچھ کیا جاسکتا ہے۔ یہ دراصل ایک باز تربیت کا عمل ہے جس میں مریض کو استبدادی احساسات کے ساتھ فضلی حرکات کو ہم آہنگ کر کے اپنی جس وضع کے نقصان کی تلافی کرنا سکھایا جاتا ہے۔ یہ ورزشیں بستر پر شروع کی جاسکتی ہیں، اور مریض کو سادہ ہم آہنگ حرکات کی مشق کرائی جاتی ہے، جیسے کہ ٹانگ کو ایک خاص بندی تک اٹھا کر پھر اُسے نزاکت کے ساتھ کسی ایسی شے کے تماس میں لا کر رکھا جائے جو اسی مریض سے رکھدی گئی ہو۔ پھر بیٹھی اور کھڑی وضع میں حرکات کرانے کے بعد اس کو باز تربیت چلایا جائے، اور اس دوران میں استبدادی حس کا پورا استعمال کرایا جاتا ہے۔ چنانچہ اُسے سکھایا جاتا ہے کہ ایک دیوار کے سامنے کھڑا ہو کر پاؤں اٹھا کر دیوار پر کے مختلف نشانات کو چھوئے، نیز یہ کہ اپنے ہاتھوں کے سہارے سے خود کو سنبھال کر فرش پر سنبھالے ہوئے نشانات قدم پر اپنے پاؤں ٹھیک ٹھیک رکھتا ہوا آگے بڑھے، اور علیٰ ہذا القیاس۔ اس طریقے سے اکثر ایک صاحب فرش مریض کے لئے کسی قدر نقل و حرکت کی فعالیت حاصل کرنا ممکن ہو جاتا ہے۔

تحت الحاد مخلوط انحطاط

(subacute combined degeneration)

یہ ایک ایسا مرض ہے جس کو کسی زمرے میں شمار نہیں کیا جاسکتا۔ اس کی نمیز خصوصیت نساخ کے پھیلنے اور جانبی استوائوں کے ریشوں کا ترقی پذیر وسیع انحطاط ہے، جس کے ساتھ عمومی متکلف عدم دمویت (pernicious anemia) ہوتی ہے مگر اس کا علاج نہ کیا جاتا تو اس کا نتیجہ تین ماہ سے لے کر چار سال میں ہلکا سا اختتام ہوتا ہے۔

632

اسباب - یہ مرض پچاس اور ساٹھ سال کی عمر کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے اور کترین اور بیشترین عمر میں اس کا مرقوم پچیس اور ستر سال میں۔ اس کی حقیقی سبب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے۔ اعصابوں کی بڑی اکثریت میں اس کا متکلف عدم دمویت کے ہمراہ پایا جاتا اور اسی علاج کی مجبیت کرنا جو کہ اس مرض میں مفید ہے اس امر کی دلیل ہے کہ نساخ کے تحت الحاد مخلوط انحطاط کا انحصار بہر حال جزوی طور پر غذا سے کوئی ایسی شے جذب نہ ہونے پر ہے جو عصبی ریشوں کی صحت کے لیے ضروری ہے۔

امراضیات - اعصابوں کی بہت بڑی اکثریت میں جب نساخی مرض کے علامات پہلے پہل نمودار ہوتے ہیں تو متکلف عدم دمویت کی شہادت پہلے ہی موجود ہوتی ہے۔ تاہم چند اعصابوں میں نساخی علامات عدم دمویت کے علامات سے پہلے موجود ہوتے ہیں۔

جیسا کہ متکلف عدم دمویت میں ہوتا ہے، صدی بے کیلوسی عام ہے۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط مہلکان معدہ پیلانگرا (pellagra) اور ارگٹزم (ergotism) کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔

مرضی تشہیح - خوردبینی استمان ظاہر کرتا ہے کہ نساخ طبعی جنابت کی ہوتی ہے، برخلاف اس حالت کے جو متشر صلابتی اعمال میں پائی جاتی ہے۔ عرضی تراش میں سفید مادے کے اندر کے انحطاط یا فترت رقبے راوی اہل کثرتوں

نکار کا تراشیدہ گچ پال کے طریق سے بنائی گئی ہیں تاکہ حرکتی عضلوں کے مرض تحت ہمارے غلطوہ انقطاع اور فریکس کی بے منتہی
میں چھوڑا سیر پائی جاتی ہیں وہ ظاہر کی جائیں۔ شاہد رہے انقطاع یا نہ غلطوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست ریشے سیاہ رنگ کے ہوتے ہیں



تصویر ۱۔ حرکتی عضلوں کا مرض۔ وسطی عضلہ لیول۔ ہری غلطوں کے ریشے، انہی قدر کتر سنگ مقدم اور پانی، ستونوں کے اوپر ریشے
انقطاع یا نہ ہیں۔



تصویر ۲۔ تحت ہمارے غلطوہ انقطاع۔ چھوٹے ستونوں اور تقاض کردہ ہری غلطوں کا انقطاع۔



تصویر ۳۔ فریکس کی بے منتہی۔ چھوٹے ستون۔ پچھلے ستونوں، ظہری غلطی و مین غلطوں اور کتر سنگ ہری غلطوں کا انقطاع۔
بانتا ہوا نمبر ۵۹۲۔

کی طرح نظر آتے ہیں جو وسطی نہری خطے میں عموماً مرکزی رمادی مادے کے گرد ایک پورا دائرہ بناتی ہیں۔ طولی ریشوں کا انحطاط اس مرض کا اصلی خاصہ ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں موت ابتدائی درجوں میں واقع ہو گئی ہے، دیگر کث پال (Weigert-Pal) کے طریقہ تکوین سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عمل زیرین صدری خطے کے سامنے پھیلے اور نازل جانبی استوائوں کے مرکزوں میں شروع ہوتا ہے (لاحظہ ہو صفحہ ۵۵، تصویر ۱۲) وہاں سے یہ مرکز گریز رخ میں پھیلتا ہے یہاں تک کہ ان اصابتوں میں جن میں مہلک اختتام میں تاخیر واقع ہو گئی ہے، کوئی لب پوش ریشے باقی نہیں رہتے، باستثنائے ان چھوٹے ایٹلافی ریشوں کے جو رمادی مادے کے گرد واقع ہوتے ہیں۔

انحطاط کی ایسی ہی پکتیاں محضی اور عشقی کلائیوں میں بھی واقع ہوتی ہیں اور ان پکتیوں کے تضام سے مرضی عمل ٹوٹا پھلتا ہے۔ انحطاط کی پہلی نہارت ایٹلافی علاقوں کا درم ہے جس کے بعد ان میں شمی انحطاط واقع ہو کر ان کے ٹوٹنے سے قشر بن جاتے ہیں جو مارچی (Marchi) کے طریقہ تکوین سے سیاہ رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی محور استوائ ٹوٹ پھوٹ کر غائب ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد انحطاطی حاصلات جذب ہو جاتے ہیں اور عصبی سریش اور اتصالی بافت کے عناصر کا ایک باریک جال باقی رہ جاتا ہے، جس میں تلف شدہ عصبی ریشوں کی جگہ خالی فضا میں موجود ہوتی ہیں عروقی دمویہ کی دیواروں میں کوئی اہم تغیرات نہیں ہوتے اور عصبی سریش کی پیدش بالیدگی نسبت کم ہوتی ہے۔

عصبی خلیے صرف ان کے محوریوں کے انحطاط کے نتیجہ کے طور پر ہی ماؤف ہوتے ہیں۔ چنانچہ استوائ کلاڑک کے خلیے خالیوں کی محوین اور ان پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں، جو شمی دینی ریشوں کے انحطاط کا نتیجہ ہوتی ہے، اور ش مرکزی قشرہ کے خلیات بیٹز (Betz cells) شامل تغیرات ظاہر کرتے ہیں جو ہری خلوں کے اتلاف کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

شاذ اصابتوں میں شمع کے اندر چھوٹے چھوٹے زخافات منتشر

پائے جاتے ہیں، لیکن یہ غالباً اعتنایا واقعات ہیں، اور عصبی ریشوں کے انحطاط کا سبب نہیں سمجھے جاسکتے۔

علامات۔ اس بیماری کا آغاز عموماً جوارح کے فسادات عصبی کے ساتھ ہوتا ہے۔ یہ ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کے سُن پُن اور جھنجھٹا ہٹ سے شروع ہوتے ہیں، جو ہاتھوں اور پاؤں تک پھیل جاتی ہے اور ان کے بعد جلد ہی اسی توزیع میں جلد ہی حس پذیریری میں کمی واقع ہو جاتی ہے۔ حسی فقدان کی نوعیت مختلف ہوتی ہے۔ پُن چھیننے کی حس پذیریری نرم روی کی حس پذیریری کی نسبت عموماً جلد جاتی رہتی ہے، اور جب مائوف رقبہ کی توسیع ہو جاتی ہے تو درد کی حس پذیریری چھوٹنے کی حس پذیریری سے پہلے منقود ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں دستاں برائی (the glove and stocking distribution)

قائم رہتی ہے، لیکن جب عدم حسیت جوارح زیرین سے بڑھ کر دماغ پر آتی ہے تو اس کا بالائی لیول ایک فلتی خط میں ہوتا ہے۔ پھیلے استوانوں کی مائوفیت کا ثبوت، مرض کے ابتدائی درجہ میں ہی جوارح میں منع حرکت مہول اور ارتعاش کے احساسات کے فقدان کی صورت میں ملتا ہے اور گھٹنے اور سٹخنے کے پھٹکے منقود ہو جاتے ہیں۔ دوسرے موضوعی مظاہر جو عام طور پر پائے جاتے ہیں کہ گے گرد و جگر اور جوارح زیرین میں تنگی یا درم کے احساسات ہیں۔

ہر مرض کے علامات عموماً ان امارات کے بعد واقع ہو جاتے ہیں جن کا ذکر اوپر کیا گیا ہے، اور جوارح زیرین میں کمزوری کی شکایت اور باسط انحصی بحیثیت کے نمودار ہو جانے سے ظاہر ہوتے ہیں۔ دوسری اماریں ہیں جن سے کہ جانی استوائے پہلے مائوف ہو جائیں۔ ایسی حالت میں مرض شکایت کرتا ہے کہ اس کے پاؤں بھاری معلوم ہوتے ہیں اور چلنے میں پاؤں گھیسٹے جاتے ہیں، بالخصوص جب کہ وہ تھکا ہوا ہو۔ ازالہ بعد جوارح زیرین اکثر جاتے ہیں اور چال شنجی یا فالج کے مریض جیسی ہو جاتی ہے، اگرچہ طور کے ساتھ استحان کرنے پر غالباً ایک لمبے لمبی کا عنصر ظاہر ہوگا، جو عضلات اور عضلات حس پذیریری کے فقدان کے باعث ہوتا ہے جو جوں

بچھلے اُستوانے زیادہ کامل طور پر مٹوف ہوتے جاتے ہیں ششخنی تصویر کے بجائے رُخو شکل کی تصویر نمودار ہوتی جاتی ہے اور حال جزو لکھنص جیسی ہوتی جاتی ہے۔ اس وقت ممکن ہے کہ مریض اپنی اکڑ میں تخفیف دیکھ کر یہ غلط امید کرنے لگے کہ اس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے، مگر مزید بے تسبی نمودار ہونے کے ساتھ وہ جلد ہی صاحب فراش ہو جاتا ہے۔ بالعموم یہ پانچ لکھنصی کلائی سے رسد پانے والے خطوں کی بالائی حدود تک نہیں پہنچتا اور مرض کے آخری درجوں میں بھی بالائی جوارح کی مٹوفیت مٹیلی عدم حیثیت اور کمزوری تک محدود رہتی ہے۔

مرض کے آخری درجوں میں عضلات عاصرہ ہمیشہ مٹوف ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ابتداءً تبویل کا فعل شروع کرنے میں وقت ہو جس کے بعد اقتدار کا فقدان واقع ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی کامل سلسل البول والبراز بہ سرعت نمودار ہو جاتا ہے۔ اس وقت التهاب شاذ واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے جس کا نتیجہ التهاب گردہ و حوض گردہ (pyelonephritis) ہو سکتا ہے جس سے ہلک خاتمہ ہونے کا خطرہ ہے اور قروح الفرائش ناگزیر طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

خاتمہ کے قریب مریض کی ذہنی حالت ثبات، غنودگی اور دھیمی کی ہوتی ہے جو کہ نمویاب ہو کر کبھی کبھی خفیف سے ہریان کی کیفیت میں بدل جاتی ہے۔ مخصوص حواس اور حنجی اعضاء غیر متاثر رہتے ہیں۔ مرض کے مختلف درجوں میں مسکوسات مختلف طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ زیادہ عام قسم میں جو کہ حسی اختلال کے ساتھ شروع ہوتی ہے شخنے کے جھٹکے جلد ہی منقود ہو جاتے ہیں، پھر گھٹنے کے عضلوں کا فقدان ہو جاتا ہے اور اس وقت تک انحصاری جمعیت باسط نوعیت کی ہو جاتی ہے۔ اس قسم میں جو ششخنی کمزوری کے ساتھ شروع ہوتی ہے انحصاری جمعیت ابتداءً ہی سے باسط ہوتی ہے، گھٹنے اور شخنے کے جھٹکے ابتداءً مبالغہ آمیز ہوتے ہیں اور بالآخر منقود ہو جاتے ہیں۔ ایسی شکی مسکوسات عموماً مرض کے آخری درجہ تک قائم رہتے ہیں۔

عدم دمویت تقریباً نصف امصابتوں میں ابتدائی مہلت کے وقت ہی شناخت ہو سکتی ہے۔ وہ اس قسم کی ہوتی ہے جو مختلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے ملاحظہ ہو صفحہ 432۔ جلد کی رنگت میں اکثر ایک زردی یا لہلہائی ظاہر ہوتی ہے جس کے مقابلہ میں ایک تیز و جی توڑو (malar flush) کی موجودگی ممکن ہے چہرے کی ہیئت کو متغیر بنا دے۔

اگرچہ اس قسم کی عدم دمویت موت سے پہلے ان امصابتوں کی بڑی اکثریت میں پیدا ہو جاتی ہے تاہم بعض امصابتیں ایسی بھی ہوتی ہیں جن کا عمر تشلیکی طور پر متذکرہ بالا عمر کی طرح ہوتا ہے لیکن کوئی فیروز دموی تصویر پیدا ہوئے بغیر مہلک فائدہ ہو جاتا ہے۔

معدی بے ترشگی (gastric achlorhydria) ہمیشہ ہوتی ہے اور عدم دمویت کے بغیر بھی موجود ہو سکتی ہے۔

تشخیص ابتدائی درجوں میں اکثر مشکل ہوتی ہے مگر بحال اور ساتھ برس کے درمیان کی عمر والے شخص کا متذکرہ بالا قسم کے محیطی خردات جسی (peripheral paraesthesia) کی شکایت کرنا ہمیشہ تحت الحاد و مخلوط انحطاط کا شائبہ پیدا کرتا ہے اور اس بنا پر سکوسات کی بہ احتیاط تفتیش کامل دموی نظام اور امتحانی غذا کا استعمال کیا جاتا ہے۔

مرض کی رفو قسم (flaccid type) کو جس میں وتری جھکے منھ واد محیطی عدم حیات موجود ہو۔ کثیر عصبی التهاب (polyneuritis) سے متفرق کرنا چاہیے دونوں امراض میں پنڈلیاں دبائے پرالیم ہوتی ہیں۔ دونوں میں تغرق کرنے میں سریری اہمیت کے خاص نکات یہ ہیں کہ سمحت الحاد و مخلوط انحطاط میں لمبائی احساس اور ناکھ عاصی اقتدار کی سرگذشت کی موجودگی اور امتحان کرنے پر جلدی کے مقابلے میں خمیتی جس پذیرہ کی غالب ماؤفیت اور خمیتی جسی باسط پائی جاتی ہیں۔

مرض کی اس قسم کو ہزال نخاع سے بھی تمیز کرنا چاہیے جس میں گلابی مابے ہری خطے ماؤف ہو کر باسط انجمی محیطیت موجود ہوتی ہے۔ اس تعلق میں

سرگزشت مرض اور ساتھ ہی وہ حدقی غیرطبیحی حالتیں جو ہزال نخاع میں واقع ہوجاتی ہیں، اہم نکات ہیں، اور اکثر فن اور شغائی سیال کے امتحان سے یہ سوال حل ہوجائے گا۔

شنجی قسبو (spastic type) کو منتشر ضللا (disseminated sclerosis) سے تیز کرنا چاہئے، جس میں رقبہ متعلقہ اور ارادی عرشہ کی موجودگی اور جس قوت یا بصارت کے سرپایع الزوال اختلالات کی سرگزشت عموماً موجود ہوا کرتی ہے۔

حکم کس انداز سے شروع ہوتا ہے یہ امر اس مرض کو حادثہ التهاب نخاع (acute myelitis) یا شغائی سلمہ سے متفرق کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ دوسرا قابل ذکر مرض جس میں پچھلے اور جانبی استوائ کا مغلوٹ انحطاط واقع ہوتا ہے، مرض فربہ حرکت (Friedrich's disease) ہے، جس سے سخت الحاد مغلوٹ انحطاط کی تفریق کسین حدوث اور دوسرے امارات کی بنا پر یہ آسانی ہوجاتی ہے۔

صدی رس میں آزاد ہانڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی اور کلون ٹلوی عدم دمویت، جو کہ تحت الحاد مغلوٹ انحطاط کی اکثر اصابتوں کی امتیازی خصوصیت ہیں، اس قسم کی مثبت شہادت بہم پہنچاتے ہیں جو بالعموم ایک مثبتہ اصابت میں تشخیص کا فیصلہ کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔

انذار۔ اب سے چند وزی پہلے تک انذار تقریباً ہمیشہ برا سمجھا جاتا تھا، کیونکہ آغاز مرض سے دو یا تین سال ہی کے اندر التهاب شاذ یا قروح العرشہ کے باعث ہلک خاتمہ کار جمان ہوتا تھا، گو شاذ اصابتوں میں فترات بھی واقع ہو سکتے تھے۔ لیکن تسلف عدم دمویت کے لئے علاج بالکبد کے رواج کے ساتھ تحت الحاد مغلوٹ انحطاط میں مستقبل زیادہ امید افزا نظر آنے لگا، اور اب یہ امر ظاہر و باہر ہے کہ تسلف عدم دمویت کی اصابتوں میں جب علامات ابھی ظاہر نہ ہوئے ہوں تو ان کو روکا جاسکتا ہے۔ یہ کہ جب شغاع کا انحطاط پہلے ہی شروع ہو چکا ہو، تو اس کی ترقی کو موقوف کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ کہ بہت سی

اصابتوں میں تحت الحاد مغلوٹ انحطاط کے علامات اور آمارات میں معتد بہ اصلاح کی جاسکتی ہے۔ تاہم یہ نتائج صرف پورے طور پر اور استقامت کے ساتھ علاج کرنے سے ہی حاصل ہو سکتے ہیں۔

علاج۔ علاج وہی ہے جو مختلف مدد و مویت میں کیا جاتا ہے اور یہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ تحت الحاد مغلوٹ انحطاط کے علاج کے لیے یہ ضروری ہے کہ خلاصہ مگر، محقق مدد اور لوہا اتنی متناہوں میں دیئے جائیں کہ طبعی دھوی تصویر سدا کر کے اس کو قائم رکھ سکیں اور اس کے علاوہ اس کا یہ رکھنے والی متناہ سے کچھ زائد مقدار دی جائے تاکہ مرض نخاع کا علاج ہو۔ ان اصابتوں میں جن میں علاج کے ذریعہ مرض کی ترقی تو رک گئی ہو مگر پچھلے استوائ کو مضرت پہنچ چکی ہو، فریکٹل کی ورزشوں سے دھن کی ہزال نخاع کے لیے سفارش کی گئی ہے (بڑی مدد دل سکتی ہے)۔

فریڈرک کی بے نسفی

(Friedreich's ataxia)

اس مرض کا معتبر خاصہ اس کا پیدایشی رجحان اور ایک ہی خاندان کے کئی افراد میں اس کا ظاہر ہونا ہے۔ چنانچہ ایک شخص اسے اپنے بچوں میں منتقل کر سکتا ہے، یا والدین کے باؤف ہوئے بغیر یہ مرض دویا زائد بھائیوں اور بہنوں میں ظاہر ہو سکتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں صرف قدرے زیادہ کثیر الوقوع ہے، اگرچہ یہ ہو سکتا ہے کہ ایک خاندان میں مرد خاص طور پر باؤف ہوں اور دوسرے خاندان میں عورتیں۔ اور یہ عموماً پہلے ابتدائی عمر میں ساتویں یا آٹھویں سال کے قریب دیکھا جاتا ہے، یا سن بلوغ میں۔ غیر خاندانی اصابتیں بھی ہوتی ہیں۔

امراضیاتی تشریح۔ انحطاط پچھلے استوائوں میں نخاعی و دھنی خٹوں میں اور ہر خٹوں میں پایا جاتا ہے (صفحہ ۵۰۵ تصویر ۳)۔ نخاع کی دونوں جانبیں متشاکل طور پر باؤف ہوتی ہیں اور انحطاط وسطی صدی لیول پر سب سے زیادہ نمایاں نخاعی و دھنی ریشوں کے انحطاط کے ساتھ ساتھ استوائی کلارک کے خٹوں اور شاکل

میں تغیرات پائے جاتے ہیں۔ بالعموم دماغ کوئی امراضیاتی تغیرات نہیں دیکھ کرنا۔
مرض کا سبب یہ معلوم ہوتا ہے کہ ماؤف ہونے والے عصبی نظامات یا
خٹوں میں حریت کی ایک پیداہشی کی ہوتی ہے۔

علامات۔ مرض کا علامہ بتدیج ہوتا ہے، اور وہ پہلے اس طرح
نکھتا ہوتا ہے کہ چال بے ڈھنگی ہوتی ہے، اور کھلتے وقت یا ایسے افعال کو انجام
دیتے وقت جن میں نازک توازن کی ضرورت ہو سچے گرجا لینے کا رجحان رکھتا
ہے۔ ان علامات کا انحصار ناہم آہنگی پر ہوتا ہے، جو دینی قسم سے ملے بقت
رکھتی ہے اور جس کا مظاہرہ امتحان کے آں مختلف طریقوں سے کیا جاسکتا ہے
جہلے بیان کیے گئے ہیں (اصبح الف اصبحی اور ایٹری گھٹنا امتحان، توازن حرکات
diadochokinesis = بالعموم مانگوں کے نسبت بازو کسی قدر بعد میں ماؤف
ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض بحالت سکون جوارح کی بے قاعدہ جھٹکے و حرکات
ظاہر کرے جو داء الرقص کی حرکات سے کسی قدر شاہد ہوتی ہیں، اور خاصکر سر
کا کبوی رشتہ دیکھنے میں آتا ہے۔

یہ ناہم آہنگی جوارح تک محدود نہیں ہوتی، بلکہ گویائی کے عصبی نظام کو بھی
ماؤف کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نکلتی رگ رگ کر اور دھکا کے کے
ساتھ ہوتا ہے۔ رقص مقلد عموماً موجود ہوتا ہے، مگر اس مرض کا نمایاں خاصہ نہیں
ہوتا۔ پچھلے استوائوں کی ماؤفیت کی وجہ سے گھٹنے اور گھٹنے کے جھٹکے مقابلہ
ابتدا ہی میں معقود ہو جاتے ہیں، اور جوں ہی کہ ہری غلطے اوٹ ہوتے ہیں اٹھنی
مکوسات باسط ہو جاتے ہیں۔

اس مرض کا ایک مخصوص خاصہ یہ ہے کہ تقریباً ہمیشہ ڈھانچہ کے بعض
تشتہات موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے غیر ترین قد و مکلف
(pes cavus) ہے۔ یہ وہ حالت ہے جس میں پاؤں کی محراب بہت زیادہ
نمایاں ہو جاتی ہے، پاؤں کی انگلیاں بعد شقی سلامی مفصل پر بیش بڑھ
اور بین سلامی مفصل پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ دوسرا اہمیت خاصہ التواء (scoliosis)
ہے، یعنی عمود الفقرات کا جانبی انحناء، نظر کی خطے میں ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ

عموماً کسی قدر کٹھن (kyphosis) یعنی انحنائے پیشین موجود ہوتا ہے۔ ان تشوہات کے اسباب نامکمل طور پر سمجھے گئے ہیں۔

عموماً جس پذیرِ شکیں اہم حد تک ماؤٹ نہیں ہوتی، مگر بعض اصابتوں میں احتیاط کے ساتھ امتحان کرنے پر اوپری اور عمیق دونوں قسم کی جس میں کمی پائی جاسکتی ہے۔ عضلات عاصہ غیر ماؤٹ ہوتے ہیں۔ ان مریضوں میں جو کسین بلوغ سے پہلے ہی امارات مرض ظاہر کرتے ہیں، انہیں عموماً رک جاتا ہے اور ذہنیت بھی کسی قدر طفلانہ ہوتی ہے۔ یہ مرض ساہا سال تک آہستہ آہستہ ترقی کرتا رہتا ہے مگر براہ راست مہلک نہیں ہوتا۔

تشخیص۔ تشخیص طفولی ہنرال (juvenile tabes) سے کرنی پڑتی ہے جس میں حدقات آرگائل رائٹ سن، ذبول عصب بصری اور ہڈی آتشک کے متلازم امارات، اور ساتھ ہی خون اور شجاعی سیال میں تعالٰیٰ فائبرین کی موجودگی، تفصیلی تشخیص کو یقینی کرنے کے لئے کارآمد ہیں مگر دیگر کی بے تسبی منتشر صلاحیت (disseminated sclerosis) سے بھی مشابہ ہو سکتی ہے۔ لیکن آخر الذکر ایسی چھوٹی عمر میں شاذ ہی کامل طور پر نمودار ہوتی ہے اور اس میں وتری جھٹکے منقود نہیں ہوتے بلکہ زیادہ ہو جاتے ہیں۔ ذہنی صلاحیت میں ذروں مجموعی دباؤ کی زیادتی کے امارات عموماً صریح ہوتے ہیں، لیکن اس کے علاوہ موہرونی ذہنی بے تسبی (hereditary cerebellar ataxy) کی بعض اصابتیں ایسی ہیں جو مرض فریڈرک سے کسی قدر وقت کے ساتھ تمیز کی جاسکتی ہیں۔

انداز۔ یہ ناموافق ہوتا ہے۔ مریض دس یا پندرہ سال کے عمر کے بعد بالآخر صاحب فراش ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے اور عموماً مقابلہ نوعمری میں کسی جین رومرض کا شکار ہو جاتا ہے۔

علاج۔ سے زیادہ فائدہ نہیں ہوتا، لیکن اس نوعیت کی موروں سے جو ہنرال شجاع کے لئے استعمال کی جاتی ہیں اگر باقاعدگی کے ساتھ تربیت جاری رکھی جائے تو ممکن ہے کسی قدر اصلاح ہو جائے۔

شرطوی عضلی ذلول

(peroneal muscular atrophy)

(شاکر کوٹھاری ٹوٹھ کا مرض = Charcot-Marie-Tooth disease)
 اس مرض کے بڑے خصائص یہ ہیں کہ اس میں عضلی لاغری خاص تو ذیغ رکھی ہے اور ترقی سست رفتار کے ساتھ ہوتی ہے اور یہ اکثر و بیشتر اوقات ایک موروثی رجحان ظاہر کرتا ہے جس کی وجہ سے یہ خون کا رشتہ رکھنے والے افراد میں لاحق ہوا کرتا ہے۔ وہ اشخاص جو اس میں مبتلا ہوتے ہیں مرض کو آئندہ نسلوں میں بلا واسطہ منتقل کر دیتے ہیں۔ گونا گویا صابتیں مرقوم ہیں تاہم اقتصاد کے ساتھ تحقیق و جستجو کی جائے تو خاندان کے وہ افراد بھی جو غیر متاثر سمجھے جاتے ہیں اکثر مرض کے غیر مشتبہ امارات ظاہر کرتے ہیں۔

امراضیاتی تشریح۔ اگلے قرن کے ان فلیٹوں میں جو لاغر شدہ عضلات سے متاثر ہیں نیز محیطی اعصاب میں اوپر پچھلے استخوانوں میں انحطاط پایا جاتا ہے (۳)۔

علامات۔ یہ عموماً بچپن میں شروع ہو جاتے ہیں، لیکن استثنائی اصابتوں میں پہلے پیل اڈیٹر عمر میں ظاہر ہو سکتے ہیں۔ حملہ مرض بتدریج ہوتا ہے اور پاؤں کے جموٹے عضلات میں اور اگلے کیفیتیں گروہ کے عضلات بالخصوص عضلات شظیہ میں لاغری اور کمزوری پیدا ہو جاتی ہے۔ اس سے ایک مخصوص و غیر تشوہ اور چلنے میں وقت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعد مشطی سلامی مفصل پر پیش بسط شدگی اور بین سلامیاتی مفصل پر پیش خمیدگی واقع ہو جانے کے باعث پاؤں کی انگلیاں اوپر کو مڑ جاتی ہیں۔ انھیں مھراب بلند اور کوتاہ ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے قد مر مکلفا (pes cavus) پیدا ہو جاتا ہے اور پاؤں ٹخنے کے جوڑ پر ساویہ اور درگروید ہوتا ہے۔ اسی واسطے مریض کو زین سے اپنا پاؤں ہٹانے میں وقت ہوتی ہے

اور ممکن ہے وہ انگلیوں پر ٹھوکر لگا کر گر جائے خاص کر جلدی کرنے میں۔
 جیسے جیسے مرض ترقی کرتا جاتا ہے اس کے بعد اکثر ہاتھوں کے
 چھوٹے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی رفتار اکثر نہایت سست
 ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ اس سے آگے ترقی نہ کرے۔ مگر جب وہ آگے
 ترقی کرتا ہے تو لاغری بتدریج جوارح زیرین سے اوپر کے طرف کسی قدر بیشتر
 طرز پر پھیلتی ہے یعنی وہ پنڈلیوں کو ماؤف کرتی ہے اور پھر رانوں کے اسفل
 حصوں کو۔ ممکن ہے کہ لاغر ہونے والے عضلات میں ریٹکی جھٹکے ہوئے لگیں، اللہ
 بیشتر اعصابوں میں برقی تعاملات مت (د تعامل انعطاط) ظاہر کرتے ہیں۔
 ممکن ہے کہ آغاز مرض میں پاؤں میں سسٹن پن اور جھنجھٹا ہٹ کی
 شکایت ہو، لیکن کوئی معروضی حسی اختلال نہیں ہوتا۔

بالعموم عضلی لاغری سے پہلے وتری جھٹکوں کا فقدان واقع ہو جاتا ہے
 چنانچہ اس وجہ میں جب کہ لاغری پاؤں تک محدود ہوتی ہے، ممکن ہے کہ بالائی
 اور زیرین جوارح کے تمام وتری جھٹکے مفقود ہوں۔ لیکن اس کلیہ کے مستثناات
 بھی ہیں اور علامت پایا جاتا ہے کہ ان مریضوں کا پر خاندانی گروہ گوانی شیخی
 خصوصیات قائم رکھتا ہے تاہم دوسرے خاندانی گروہوں سے اختلافات
 ظاہر کرتا ہے۔ ذہنی یا دماغی حالت، مخصوص حواس، مجموعی اعصاب اور
 عضلات باہرہ غیر ماؤف رہتے ہیں۔

تشخیص - تفریقی تشخیص مرض فریڈرک سے کرنی پڑتی ہے۔
 ان دونوں میں قدم مکھٹ (pes cavus) اور مفقود وتری جھٹکے پائے
 جاتے ہیں اور ساتھ ہی مرض کی خاندانی سرگذشت موجود ہوتی ہے مگر فریڈرک
 بے نسبتی میں ذہنی اور ہر می ریشوں کی مضرت رسیدگی کے امارات
 موجود ہوتے ہیں۔ خفوی عضلی ذبول میں ایسے امارات کی غیر موجودگی
 اور ساتھ ہی عضلات کے اگلے قبضیتی گروہ کی لاغری کی بنا پر عموماً دونوں
 میں سرق کرنا آسان ہوتا ہے۔

ترقی عضلی آئور تغذیہ (progressive muscular dystrophy) کی

بعد ہی قسم اس قدر آسانی کے ساتھ نہیں متفرق کی جاسکتی۔ ششوی ذیلول کی تائید حسب ذیل امور سے ہوتی ہے:- ریشکی تھلکوں کا وقوع، وتری تھلکوں کا عاقل نقصان اور باؤف عضلات میں انحطاطی تعامل کا ہونا۔

اتذار۔ رفتار میں اس قدر رست ہوتی ہے کہ ازکار رفتگی بہت سی اصابتوں میں خفیف ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض خاص قسم کے جوتوں اور تقویم الاعضائی آلات (orthopaedic apparatus) کی مدد سے نقل و حرکت کرنا رہے۔ بعض اصابتوں میں پانچ سال سے لے کر سات سال کے عرصہ کے بعد یہ عارضہ خود بخود ترک جاتا ہے۔

علاج۔ تشوہات کی درستگی کے لئے خاص قسم کے جوتے، شبانہ جپائر (night-splints)، اور بعض اصابتوں میں چلنے کے آلات کی ضرورت ہوتی ہے۔ ذلک اور حرکات مجہول بھی مفید ہیں۔

حرکی عصبیوں کا مرض

(motor neuron disease)

یہ لقب ان امراض کو جمع کرنے کے لیے اختیار کیا گیا ہے جو پہلے اس کن ب میں مترقی عضلی ذیلول (progressive muscular atrophy)، عضلہ ذیلولی جانبی صلابت (amyotrophic lateral sclerosis)، مترقی بصلی تشلل (progressive bulbar paralysis) اور اتالی جانبی صلابت (primary lateral sclerosis) کے جداگانہ عنوانات کے تحت بیان کیے گئے تھے۔ یہ جوں تک معلوم ہے ان تمام عوارض میں امراضیاتی عمل ایک ہی قسم کا ہوتا ہے جس کا عین خاصہ بالائی یا زیرین حرکی عصبیہ کا یا عموماً بیک وقت ان دونوں کا اتالی انحطاط ہوتا ہے بالائی یا زیرین عصبیہ کی ماؤفیت کے غلبہ کے لحاظ سے اور دائمی نخاعی محور کے مخصوص طور پر باؤف شدہ لیول کے لحاظ سے اصلی سریری تصویر مختلف ہوتی ہے۔

اسباب۔ اس مرض کے مبداء کے متعلق ہمارا علم بہت

ناکل ہے۔ یہ اومیٹر اور آخری عمر کا مرض ہے اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ ان امابتوں کا ایک خفیف سا شائبہ اکثر کھانے کے باعث ہونا معلوم ہوتا ہے، جیسا کہ خون یا نچاھی سیال کے تسال و آزرین سے ثابت ہوتا ہے، لیکن ان کی بڑی اکثریت میں انحطاط کا کوئی سبب معلوم نہیں ہو سکتا۔

مرضی تشہیح۔ خوردہ یعنی تغیرات غیر متبہر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نخلع عصبی اور عضلی کلامیوں میں سکڑی اور ٹھہری ہوئی معلوم ہو، اور دماغ کی پیش مرکزی تلفیغوں میں بھی ایسا ہی قبول ظہر ہو۔ غریب کے ایسے نخلع میں ہری ریشوں کا اولی انحطاط نظر آتا ہے جو اکثر اندرونی کیسے اور دماغی قشر و تہک اور کو پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ نخلع میں مقدم جانبی غلوں کے ریشے بھی تھکے نظر آتے ہیں، چنانچہ دیگر ٹ پال کے طریقے سے رنگی ہوئی تراشیں میں (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵ تصویر) تندرست پھلے اور خوشبر جانبی استوائی ماؤف رقبوں کے مقابل میں نمایاں تضاد ظاہر کرتے ہیں طریقہ کسل سے رنگی ہوئی تراشیں اگلے قرون میں حرکی خلیوں کی بڑی قلت ظاہر کرتی ہیں۔ وہ خلیات جو باقی رہتے ہیں اکثر ٹھہرے اور سکڑے ہوئے اور انحطاط پذیر ہوتے ہیں۔ ایسے ہی تغیرات ساق و دماغ اور بالخصوص باجیوں و عصب کے نواتوں اور عصب تہک کے حرکی نواتوں اور حرکی تشہرو کے خلیات بریز (Betz cells) میں نظر آ سکتے ہیں۔

ماؤف عضلات انحطاط اور نزلول اور ساتھ ہی لحم غلاظوں کے نواتوں کا نکلاثر اور کسی قدر بدل کیفیت ظاہر کرتے ہیں، لیکن چربی کا ویسا جماؤ نہیں ہوتا جیسا کہ عضلی امراض (myopathies) میں دیکھا جاتا ہے۔

علامات۔ ان خلیوں اور ریشوں کی مقامیت کے لحاظ سے جو کہ خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں سریری تصویر مختلف ہوتی ہے۔ عام ترین قسم (مترقی عضلی قبول = progressive muscular atrophy) میں بالائی علاج کی کمزوری اور لاعری ابتدائی ملامت ہوتی ہے۔ یہ عموماً ہاتھوں کے پنجوٹے عضلات میں شروع ہوتی ہے، اور دونوں ہاتھ ایک ساتھ یا ایک ہاتھ دوسرے

کے بعد ماؤف ہوتا ہے۔ فرازات ابہام چٹے ہو جاتے ہیں، پھیلی کا گراہا زیادہ گہرا ہو جاتا ہے اور ہاتھ کے زندگی کندھے کے خط کا ڈول زبر ابہامی عضلات کی لاغری کے باعث منقود ہو جاتا ہے۔ ہاتھ کی ٹھری سطح پر ٹھری میں العظام عضلات کے غائب ہو جانے کی وجہ سے بعد رسنی ہڈیوں کے درمیان گڑھے یا میزب پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور شہادت کی انگلی اور گونٹھ کے درمیان کا گراہا نمایاں ہو جاتا ہے۔ اگر پیش بازو کے عضلات میں قوت باقی رہتی ہے تو انگلیاں منجلی وضع ("claw" position) میں واقع ہوئے کا رجحان رکھتی ہیں، یعنی طویل باسط اور خم کن عضلات کے لیے روک فعل کی وجہ سے وہ بعد رسنی سلامی مفصل پر ربط شدہ اور انتہائی مفصل پر خمد ہو جاتی ہیں۔ انگوٹھا اپنے درونی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے پیچھے گر کر انگلی کی صف میں آ جاتا ہے اور اس کی گدی سامنے کے طرف ہوتی ہے (قرہ دی ہاتھ = ape-hand)۔ بالائی جوارح کے دوسرے عضلات میں مرض کے پھیلاؤ کی کوئی خاص ترتیب نہیں ہوتی، لیکن پیش بازو اور شانہ کے عضلات اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں، اور ذوراسین اور شلت الرؤس اب بھی بچے رہتے ہیں۔ گردن، دہڑ اور جوارح زیرین کے عضلات بالآخر ماؤف ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر میں پہلے عمود رانوں کے عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔ مرض کا بصلی نواتوں میں پھیل جانا بھی شاذ نہیں۔ دوسری اصابتوں میں مرض اسی حصہ میں شروع ہوتا ہے (مترقی بصلی شکل progressive bulbar paralysis = اور میں خود کو عسر الکلام عسر البلع یا زیادہ شاذ اصابتوں میں بھرائی ہوئی آواز کی وجہ سے طبیب کے سامنے پیش کرتا ہے۔ زبان سب سے پہلے اور خاص طور پر ماؤف ہوتی ہے اور ریشکی جھٹکے (جو دوسرے ماؤف عضلات کی لاغری کا ایک میٹر گر غیر مستمر خاتمہ ہیں) اس عضو میں شاید ہی کبھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ غلاف بنانے والی مفاصلی جملی میں شکنیں اور گڑھے پیدا ہو جانے سے عضلات ذبول کا راز بھی جلد آشکارا ہو جاتا ہے۔ زبان کے ساتھ ساتھ لبوں کے عضلات بھی عموماً ماؤف ہو کر نطق کی دقت کو اور زیادہ کر دیتے ہیں، چنانچہ اکثر

اس سے پہلے کہ غاربی منظر میں کوئی نمایاں غیر طبیعی حالت موجود ہو، گفٹار موٹی اور ناقابل فہم ہو جاتی ہے۔ سائلو اور پلو کم کی ماؤفیت سے عسر البلع، اور اجمال الصوت کی ماؤفیت سے آواز بھرائی ہوئی ہو جاتی ہے۔ مفصّی عضلات اور چہرے کے بالائی عضلات اکثر ماؤف نہیں ہوتے، اور عضلات چشم تو شاید ہی کبھی ماؤف ہوتے ہوں۔ شاذ مثالوں میں مرض قطنی کلانی میں شش درج ہو کر جوارح زیرین کی کمزوری اور ذبول پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ دونوں پہلے عموماً ان لوگوں میں ظاہر ہوتے ہیں۔

بالعموم لاغری اور کمزوری دونوں ساتھ ساتھ برہمتے جاتے ہیں، لیکن ایسی اصاباتیں بھی ہوتی ہیں (خاص کر اس وقت جب کہ مرض بہ سرعت ترقی پذیر ہو جس بہت بڑے حجم کے عضلات تقریباً طاقت پائے جاتے ہیں۔ ذبولی شکل کے ساتھ ساتھ تقریباً ہمیشہ بالائی عصبیتی ماؤفیت کا کچھ بگوست موجود ہوتا ہے۔ باوجود ذبول کے ابتداءی درجوں میں وتری سکوسات اکثر تیز بلکہ مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور صرف خود عضلات کے ساتھ غائب ہوتے ہیں۔ مبالغہ آمیز شدتی جھٹکا (jaw-jerk) ان اصاباتوں کے لئے مہینہ ہوتا ہے جن میں بصلی ماؤفیت ہو۔ انجمی مجیبت جلد یا بہ دیر باسط شکل اختیار کر لیتی ہے۔

بعض اوقات، لیکن شاذ صورتوں میں بالائی عصبیتی ماؤفیت دوسری ماؤفیت سے پہلے واقع ہوتی ہے یا اس کو مامد کر دیتی ہے، اور مرض کی مہینہ خصوصیت شنجی کمزوری ہوتی ہے، بالخصوص جوارح زیرین کی۔ اس کے ساتھ آسموں یا بصلی عضلات کی ذبولی کمزوری موجود ہو سکتی ہے (عضلات ذبولی جانبی صلابت = amyotrophic lateral sclerosis) یا ممکن ہے کہ ان ظاہر می رشوں تک محدود رہے اور اولی جانبی صلابت (primary lateral sclerosis =

lateral sclerosis =

حتی وظیفہ کی کوئی معروضی خرابی نہیں ہوتی، لیکن بعض اوقات میں ممکن ہے کہ عضلی ذبول سے پہلے جوارح میں ٹیس کے ساتھ درد اور جھنجھٹا ہٹ کی شکایت ہو۔ ریشگی جھٹکے اگر شدید ہوں تو تکلیف دہ ہو سکتے ہیں تاؤفیک ہر می ریشہ برہمتہ

ماؤف نہ ہوں عاصری اقتدار طبیعی حالت میں رہتا ہے۔ دماغی حالت عموماً غیر مایوس ہوتی ہے لیکن جن امصابتوں میں ہر می غلطوں کی زیادہ ماؤفیت بصلی لیول سے اوپر ظاہر ہو ان میں بعض اوقات جذبات کے انہار پر اقتدار کا کسی قدر فقدان ہوتا ہے، چنانچہ مریض غیر معمولی آسانی کے ساتھ ہنسنے لگتا یا زیادہ عام طور پر رونے لگتا ہے۔

انذار۔ مرض کا مرتبہ تدریج ترقی پذیر ہوتا ہے۔ ترقی کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ اس کی دو انتہائیں ہیں: ایک طرف تو ممکن ہے کہ آغاز مرض سے ایک سال کے اندر موت واقع ہو جائے، اور دوسری طرف یہ کہ مریض پندرہ سال کے خاتمہ پر بھی زندہ پایا جائے۔ انفرادی امصابت میں ترقی کی رفتار میں اہم رہنے کا رجحان رکھتی ہے، چنانچہ کچھ عرصے تک مشاہدہ کرنے کے بعد انذار کا کسی قدر اندازہ ہو سکتا ہے۔ جن امصابتوں میں بصلی یا تنفسی عضلات کی ماؤفیت جلد واقع ہو جاتی ہے ان میں ممر کے کوتاہ ہونے کا سب سے زیادہ رجحان ہوتا ہے۔ وہ امصابتیں جن میں لاغری یا تھوڑی بازوئوں تک محدود رہتی ہے (متدرج عضلی ذبول = progressive muscular atrophy) بہت کست رفتار کے ساتھ ترقی کرتی ہیں اور یہی کیفیت ان امصابتوں کی ہوتی ہے جن میں صرف ہر می خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ موت عموماً تنفسی خطے کی بینادو سرایت کے باعث واقع ہوا کرتی ہے۔ بصلی ماؤفیت ایک اختصاصی طبیی فاسٹ الریہ (aspiration broncho-pneumonia) کے لئے راستہ صاف کرتی ہے۔

تشخیص۔ جس قسم میں ہاتھوں کا حامل ذبول ایک حیمہ خاصہ ہوتا ہے (متدرج عضلی ذبول) اس کی تفریق نخاع کی عصبی کلائی کے کسی ماسکی ضرر (مثلاً سلسلہ یا مرنز انتہاب سمایا، یا مرضی ہڈی کے دباؤ) سے کرنی پڑتی ہے۔ ضرر کے طبیی لیول سے نیچے جستی فقدان کی موجودگی اور شغامی سیال کے مافیہ۔ یا دباؤ میں کئی رات کے وقوع سے عموماً ان دونوں میں امتیاز کیا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ شغامی جو فیت (syringomyelia)

سے تمیز کرنا وقت طلب ہوگا کیونکہ دونوں امراض میں بصلی عضلات اور ہاتھ کے عضلات کا بہرہ منی عضلوں کے ساتھ ہاتھ ہر ماں طور پر ماؤف ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ اس شبہ کو رفع کرنے کے لئے احتیاط کے ساتھ حسی امتحان کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

رصاصی تشلل (lead palsy) کی شناخت تشلل کی مخصوص و تمیز توذیع اور رصاصی تسم کے دوسرے ثبوت سے ہو سکتی ہے۔

عنقی پسلیاں (cervical ribs) ہاتھ کے عضلات کا ذیول پیدا کر سکتی ہیں اور دو جانبی ہو سکتی ہیں۔ لیکن ان اصابوں میں لاغری سختی کے ساتھ ہاتھوں تک محدود ہوتی ہے۔ اس مسئلہ کے فیصلے میں لاشعاع سے مدد ملے گی عصب زندی یا عصب و مدغی کے التهاب (ulnar or median neuritis) کی لاغری اپنے مخصوص حسی فقدان کے ساتھ ہوگی۔ قنطوی عضلی ذیول (peroneal muscular atrophy) میں ہاتھ ماؤف ہو سکتے ہیں، لیکن پاؤں کے بعد۔

بصلی آغاز والی اصابوں (متسرقی بصلی تشلل (progressive bulbar paralysis) کو اس کا ذنب بصلی تشلل (pseudo-bulbar paralysis) سے متفرق کرنا پڑتا ہے جو عسروقی (ملاحظہ صفحہ 702) سے متفرق کرنا پڑتا ہے جو عسروقی اضرار کے باعث ہو۔ آخر الذکر میں لاغری کی عدم موجودگی اور ناگہانی حسیلہ کی سرگزشت تمیز خصائص ہوتے ہیں۔

جواہر زیرین کی شنجی کمزوری کے ساتھ شروع ہوتے والی اصابوں کو شخاع کے مختلف عرضی اضرار سے تشخیص کرنا پڑتا ہے، جو ایک مائل تصویر پیدا کر سکتے ہیں شلا متشر صلابت (disseminated sclerosis) 'نخاعی سلا' 'نخاعی آتشکی سمانی التهاب' اور تحت الحاد مغلوبہ انحطاط (subacute combined degeneration) ان اصابوں میں ممکن ہے کہ صرف عرصہ دراز تک مشاہدہ کے بعد قطعی فیصلہ کیا جاسکے۔

علاج - باستثناء ان شاذ اصابوں کے جن میں تشکیلی پیدا

ثابت کیا جاسکے، ایسا کوئی علاج نہیں ہے جو مرض کی ترقی کو روکنے کی کوئی طاقت رکھتا ہو۔ ہر ایک اصابت میں خون اور شغلی سیال کا امتحان کرنا چاہئے اور اگر ان دونوں میں سے کسی کا امتحان مثبت تعال و از من نیا ہر کرے تو دفع آتشک علاج کا نصاب شروع کر دینا چاہئے۔ ورنہ علاج تحضیفی ہوتا ہے۔ ممدہ تغذیہ بخش غذا دینی چاہئے ورزش ایسی کرنا چاہئے جس سے پارہ پڑے، اور دماغی تکان سے احتراز لازم ہے۔ منقاعی علاج، جو دھک کی صورت میں ہو سکتا ہے، دوران خون کو قائم رکھ کر عضلات کو مھوون رکھنے میں مدد ہوتا ہے۔ گرمی پہنچانے سے باؤف عضلات کے فعل میں اصلاح ہو سکتی ہے چنانچہ کسی قسم کی مطلق حرارت عید ہو سکتی ہے۔

گو برقی آہنیج کے فوائد کے متعلق عوام کی خوش عقیدگی طیب کو اس قسم کا علاج اختیار کرنے پر مجبور کرے، مگر اس کا اثر غالباً مضر ہی ہوتا ہے۔

شکل لنڈری

(Landry's paralysis)

لنڈری میں لنڈری نے ایسے شکل کی اصابتیں بیان کیں جو جو اسفل میں شروع ہو کر بہ سرعت اوپر صعود کرتا ہے اور جلد مہلک ہو جاتا ہے اور امتحان کرنے پر اس کا کوئی امراضیاتی سبب نہیں معلوم ہوتا۔ اب بھی اس قسم کی اصابتیں ہوتی ہیں جن میں شغلی التهاب اور لینت کے موٹے اضرا بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں کو زیادہ ماؤف کرتا ہے اور سینس اور چالیس کی عمروں کے درمیان نہایت کثیر الوقوع ہے۔ یہ مروی میں تکشف کے بعد، حادث امراض کی نقیبت میں اور شراب کے عادی مریضوں میں واقع ہو گیا ہے۔ چند اصابتیں التهاب شانہ یا بولی عنونت کے دوسرے اقسام کے بعد ہونا شروع ہیں لیکن شالو کی اکثریت میں کوئی کافی اسباب تعہد نہیں پائے جاتے۔

امراضیات۔ بعض ایسی اصابتوں میں جو بہ سرعت ہلک ثابت ہوتی ہیں، نخاع، اعصاب، اور عضلات مرض سے بالکل میرا پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں نخاع کے خلیاتوں میں، بالخصوص اگلے قرنوں کے اور استوانہائے کلارک کے خلیاتوں میں مختلف درجوں کا انحطاطی تغیر (لون پاشیدگی اور نوات کی غیر طبیعت) واقع ہوا ہے اور ساتھ ہی کم و بیش عروقی امتلا ہوتا ہے، لیکن نرف یا سپید خلیاتوں کی گرد عروقی در ریزش نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ اگلی جڑوں کی اور نخاع کے سپید استوانوں کی ٹیلیں میں تغیرات ہوں، لیکن محیطی اعصاب میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ کبھی کبھی جب کہ ہلک یا ختم میں تاخیر ہو گئی ہو، طریقہ مارجی سے محیطی اعصاب میں انحطاطی تغیرات کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے، جو غالباً اگلے قرن کے انحطاطی تغیرات کا ثانوی نتیجہ ہوتے ہیں۔ مندرجہ بالا بیان سے صاف ظاہر ہے کہ شلل لتذری میں سیجیاتی تصویر اس تصور سے بالکل مختلف ہوتی ہے جو صعودی التهاب نخاع (ascending myelitis) محیطی عصبی التهاب یا مقدم التهاب راد الخناع (anterior poliomyelitis) میں پائی جاتی ہے۔ اعصاب، نخاع، سہایا، اور خون میں مختلف مشاہدین کو خرد عضو سے ملے ہیں، مگر یہ ہمیشہ ایک جیسے نہیں تھے۔

علامات۔ بعض اصابتوں میں تنہی علامات ہوتے ہیں، جیسے کہ کلسندی، در دمر، در وکر، اور سن پن اور جھنجھٹا ہٹ، لیکن عموماً مرض کا آغاز ٹانگوں کی کمزوری سے ہوتا ہے، جو اکثر ایک ٹانگ میں دوسری ٹانگ سے پہلے محسوس ہوتی ہے۔ یہ جلد ہی بڑھ کر واضح شلل بن جاتی ہے، اور چند ہی دنوں میں (یا عاواصبتوں میں چند ہی گھنٹوں) کے اندر یکے بعد دیگرے رانوں، دھڑ، شکم اور بازوؤں پر حملہ آور ہوتی ہے اور ٹانگوں کی طرح یہ بھی ہمیشہ یک وقت ماؤف نہیں ہوتے۔ اس کے بعد ڈایا فرام اور گردن اور تالو کے عضلات اور وہ عضلات جو لٹق میں کام آتے ہیں، ماؤف ہو جاتے ہیں۔ نہایت شاذ اصابتوں میں دوسرے جمعی اعصاب بھی ماؤف ہوتے ہیں۔ چنانچہ دو نظری، توفیق کا شلل ایک پہلی کا شلل، اور دوسری کا شلل

دیکھے گئے ہیں۔ بالعموم جلدی جس پذیرى طبعی رہتی ہے، اگر چہ ممکن ہے کہ جراحی کے محیطی رقبوں میں کچھ طور پر چھوٹنے کی حرکت کسی قدر فقدان ہو۔ حرکات مجہول اور وضع کے احساسات غیر ماؤف رہتے ہیں۔ بہ سرعت مہلک ہونے والی اصابتوں میں مصلات مذبول نہیں ہوتے، اور برقی تعاملات طبعی معلوم ہوئے ہیں۔ لیکن بعض نسبت زیادہ مدت والی اصابتوں میں مصلات کا ذبول اور برقی خواص میں ترمیمات دونوں دیکھے گئے ہیں۔ بولی اور ستیمی عاصرات پر فقدان کا فقدان نہیں ہوتا، اور قروح الفرش پیدا ہونیکا کوئی رجحان نہیں ہوتا۔ دماغی افعال کامل طور پر صحیح ہوتے ہیں، اور یہ استثناء چند اصابتوں کی ابتداء کے مریض کوئی خوف نہیں ظاہر کرتا۔ وترى چٹکے اور جلدی معکوسات نفاظر مصلات کا شلل پیدا ہونے پر منقود ہو جاتے ہیں۔

تشخیص - یہ مادہ صاعد التهاب نخاع (acute ascending myelitis) ساری التهاب رسا دالمنخاع (infective poliomyelitis) اور کثیرہ صبی التهاب (multipleneuritis) سے کرنی پڑتی ہے۔ ان میں سے پہلا مرض نمایاں فقدان جس اور شان کی قابل مافیت کی وجہ سے تمیز کر لیا جاتا ہے۔ التهاب رسا دالمنخاع میں عام انتقال رتبہ، درد سر، درد شاید تشنجات نسبت زیادہ ہوتا ہے اور شلل شاذ ہی بالکل یکساں یا متشکل ہوتا ہے۔ کثیرہ صبی التهاب میں علامات بتدریج پیدا ہوتے ہیں، شلل بازوؤں اور ٹانگوں کے محیطی حصوں میں تقریباً ایک ہی وقت میں ظاہر ہوتا ہے، اور اعصاب و مصلات اہم ہوتے ہیں۔

شرح اموات بہت زیادہ ہوتی ہے، مثلاً راس (Ross) کی جمع کردہ اعداد و ارقام میں یہ مہ فیصدی تھی۔ لیکن ان میں غالباً التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) کی بعض اصابتیں بھی شامل تھیں۔ مہلک اصابتوں میں مرض کی مدت دو دن سے لے کر دو یا تین ہفتوں تک ہوتی ہے۔ اور موت، جستر دیا قرام اور مین ضلعی مصلات کے شلل سے واقع ہوتی ہے۔ اس کے برعکس ان اصابتوں میں جو شفا یاب ہو جاتی ہیں علامات دو ماہ سے لے کر چھ یا سات مہینوں تک جاری رہتے ہیں، مگر شفا مہم کامل ہوتی ہے۔

علاج - یہ وہی ہو سکتا ہے جو کثیرہ صبی التهاب یا حاد التهاب نخاع میں ہوتا ہے۔

پیرانیہ فالج

عمر رسیدہ اشخاص میں اشخاص کے تذکرہ بالا امراض کے کسی مخصوص و
تیز طبی امارات کے بغیر ممکن ہے کہ جو لیج زیریں کمزور ہو جائیں اور مریض جسم کرکھڑا
نہ رہ سکے۔ پیرانیہ فالج کی اصطلاح جو بعض اوقات ایسی امراض کے لیے استعمال
کی جاتی ہے، غالباً متعدد مختلف حالتوں پر حاوی ہوتی ہے جن میں ایسے علامات
واقع ہوتے ہیں۔ ان کی اکثریت میں ضربہ سچا سے شغلی ہونے کے زیادہ تر دماغی
ہوتا ہے اور وہ شریانی و بازت اور اس کی وجہ سے پیدا ہو جانے والی دماغی جرم
کی لینت کے باعث ہوتا ہے۔ امراضیاتی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ دماغی لینت کے
ایسے رقبے متاثر ہوئے کار جہاں رکھتے ہیں اور قاعدی عقود اکثر ماؤف ہوتے
ہیں اگرچہ دوسرے حصوں کا ماؤف ہو جانا بھی ممکن ہے۔ اقباط کے ساتھ عصبیاتی
امتحان کیا جائے تو ایسی امراض میں پارکینسی ہری یا دماغی قسم کا کوئی نقص و طبیعت
ظاہر ہوگا جو اگرچہ بالخصوص جولیج زیریں کو ماؤف کرتا ہے، تاہم بازوؤں اور دھڑ کو بھی
ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ حالت بتدریج ترقی پذیر ہوتی ہے۔ کافی آرام اور ساتھ ہی دلک
حرکات مجہول اور تریجی ورزشیں کسی حد تک مفید ہو سکتی ہیں۔

(530)

سحائی التهاب

(MENINGITIS)

سحائی سحایا اور دماغی سحایا دونوں صورتوں میں ہیں آٹھ جانیہ کے التهاب
یعنی التهاب سحایا سے تشبیہ (pachymeningitis) اور غشائے
عکسوتیہ و ام خونہ کے التهاب یعنی التهاب سحایا سے تشبیہ (leptomeningitis)
کی تفریق کرنی پڑتی ہے۔

معلوم ہوتا ہے کہ خروغضریوں کا اثر اُم جانیہ کے نسبت اُم خونہ پر زیادہ
ہوتا ہے اور التهاب سحایا سے تشبیہ کی تقریباً تمام قسمیں دراصل انہیں عضووں

کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں۔

اکثر مندرجہ ذیل معنویات یا التهاب پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں۔

۱۔ سیکم مساز عضویہ (نقعات بسیمہ اور نکعات مینیم) جن کا طرہ سکایا پر امراض ذیل میں ہو سکتا ہے: - تقیح الدم (pyaemia) اور عفونت الدم (septicemia) میں جراحی ٹیوں کے تغیر اور امثال جراحیہ کے بعد اور کان، ناک، اور جہی اے اف کے امراض میں۔ یہ ایک تقیحی التهاب سکایا (suppurative meningitis) پیدا کرتا ہے۔

۲۔ دہر فی تحصیۃ (tubercle bacilli) ایک درنی ماسک کے بعد ثانوی طور پر جو خود دماغ میں یا جسم کے کسی دوسرے حصے میں ہو۔

۳۔ بقعہ رتوید (pneumococcus) اکثر ذات الریہ کے ہمراہ نمیت التهاب وروں قلب (malignant endocarditis) کے جزو کے طور پر یا ایک اولی عارضہ کی حیثیت سے۔

۴۔ بقعہ سیمائیہ (meningococcus) یا ویشل بام کا دہروں خلوی و بقعہ (diplococcus intracellularis of Weichselbaum) جو دماغی نخاعی تپ یا ویشل دماغی نخاعی التهاب سکایا کو بشمول اس کی مؤخر قاعدی قسم کے پیدا کرتا ہے۔

۵۔ آشکاب بھی التهاب سکایا کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے اگر یہ عموماً اپنے مہر میں سمیت الحاد یا مزین ہوتا ہے۔

۶۔ بعض اصابتوں میں انفلوئنزا اور تپ جھرقہ کے معنیہ نکعات سوزاکیہ (gonococcus) عفیدہ قیونی عمومی (bacillus coli communis) اور دوسرے عضویہ پائے گئے ہیں۔

جراحیہ حملے کے نتائج دماغ کی سطح پر لیمف یا ہیرپ کے انقباض کی صورت میں نظر آتے ہیں جس کے ساتھ ہی اکثر دماغی نخاعی رسیال کی نذر میں زیادتی ہو جاتی ہے۔

ایک عام مشابہت اس حالت سے پائی جاتی ہے جو کہ دماغی نخاعی تپ

اور در فی التهاب سحایا کے عنوان کے تحت پیشتر بیان کی جا چکی ہے۔

تقیحی التهاب سحایا

(suppurative meningitis)

اسباب۔ اگر ہمدانی شخاعی تب کی اصابتوں کو بحث سے خارج کر دیں تو ریجی التهاب سحایا، اصابتوں کی اکثریت میں ریم ساریا عفونتی عضویوں کے حمل کا نتیجہ ہوتا ہے، اور ویسے ہی حالات میں پیدا ہو جاتا ہے جیسے کہ دماغ کا پھوڑا پیدا کرتے ہیں، یعنی اس کا عام سبب مین قرب و حوا میں اس کے مرض کی موجودگی ہے۔ چنانچہ وہ سر کے تقریرات کے بعد پیدا ہو جاتا ہے یا منقل حصوں کے التهاب کی توسیع سے پیدا ہو سکتا ہے، مثلاً درمیا کی موشن کے التهاب، تقیح طلیہ، اجواف، الغی کے مرض، کھوپری کی آتشکی بوسیدگی یا تنخر تقیحی وریدی التهاب، یا دماغ کے پھوڑے سے۔ لیکن وہ بعض مادی عمومی یا سارک نوعیت کے عمومی امراض (تقیح الدم، عفونت الدم، ذات الرئة، خبیث التهاب دروں قلبہ) کی پییدگی کے طور پر بھی واقع ہو جاتا ہے۔

امراضات۔ اس میں التهاب بالخصوص اتم حنونہ اور عکبوتیہ کو ماؤف کرتا ہے (آتھاب سحایا کے نحیف : leptomeningitis)۔ جب وہ کھوپری کی کسی مرضی ہڈی سے پھیل آتا ہے، تو ممکن ہے کہ خود اتم جانیہ میں ایک محدود المقام التهاب نظر آئے، لیکن دماغ پر مرض کی توسیع دوسری جھیلیوں کی واسطت سے واقع ہوتی ہے۔ عموماً دماغ کی محتب سطح تیز زدیا سبز رنگ کی پیپ کی ایک کم و بیش وسیع تہہ پیش کرتی ہے، جو ممکن ہے کہ دونوں جانبوں پر پھوڑا، ایک ہی جانب (ٹائوی اصابتوں میں ضرر والی جانب) میں محدود ہو۔ پیپ اکثر لمبے عروق کا ہر اختیار کرتی اور ام حنونہ کے ساتھ ساتھ تنبا و لیت و ملخ کے اندر غول زن ہوتی ہے۔ اگرچہ التهاب سحایا بیشتر دماغی نیم کرہ کی بالائی سطح کو ماؤف کرتا ہے (اسخانی سحائی التهاب)، تاہم اکثر وہ قاعدہ و ملخ میں اور شخاعی کنال کے اندر تک پھیل جاتا ہے۔ اس کے

نیچے کی داغی یافت عموماً نرم ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کد نات یا دقیق خراجات پیش کرے۔

علامات۔ اگرچہ رونی التهاب سحابی کے علامات سے ایک عام مشابہت پائی جاتی ہے تاہم حاد التهاب سحابی کا مرمروٹا لکسٹ بہت زیادہ سریع ہوتا ہے اور مخصوص علامات اپنے درجہ امتیاز میں بہت اختلاف دکھا سکتی ہیں۔ جب التهاب سحابی دوسرے حاد امراض پر دستزاد ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ اس کے ممتاز خصائص کم و بیش چھپے ہوئے ہیں۔ ان اصابتوں میں جن میں کوئی ظاہر سبب نہ ہو، اور ان میں جو مرنن التهابی انصرار جیسے کہ التهاب الاذن سے پیدا ہو گئی ہوں، علامات اکثر جارے یا تشعیرہ اور حاد دوسرے ساتھ شروع ہوتے ہیں۔ یہ عموماً تباہ شدید اور مسلسل ہوتا ہے اور وقتاً فوقتاً زیادہ ہو جاتا ہے۔ مریض کو تپ ہو جاتی ہے وہ روشنی اور شور و غل سے گریز کرتا ہے، اور ممکن ہے بستر میں سکرانہ ہو پڑا رہے، اور مداخلت سے ناراض ہو، جس طرح کہ رونی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے۔ اکثر اوقات ابتدا میں تپ ہوتی ہے۔ گروں کی گدھی کے عضلات میں کڑنگی ہو سکتی ہے، اور سر پیچھے کو کھینچا ہوا ہوتا ہے۔ پتلیاں اکثر شکری ہوئی ہوتی ہیں۔ امارت کرنگ عموماً موجود ہوتی ہے۔ تشنات بھی بالکل ابتدا واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اذان بعد فاعلی ہذیان یا غنودگی ہذیان کے ساتھ واقع ہو جائے اور بعد کے درجوں میں اکثر تشنات ہو تا ہے جو عموماً دو جانی ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ تشنات کے متواتر حملے ہوتے ہیں۔ تشنات نہایت ہی تیز پذیر ہوتا ہے، اور انصباب کے مقام سے متاثر ہوتا ہے چونکہ آخرالذکر اکثر اوقات فستہ المراس پر واقع ہوتا ہے لہذا رونی سحابی التهاب کے نسبت یہ مجموعی اعصاب کو کمتر متاثر کرتا ہے، اگرچہ قول موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن اکثر ایک بازو یا ٹانگہ مشلول ہو سکتی ہے، یا کامل فایع لقصی ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات شلول جوارح کی یا ان کے رفیق جوارح کی کڑنگی ہوتی ہے پتلیاں متسع ہو جاتی ہیں اور شمرین سے بعض اوقات التهاب قرص بصری ظاہر ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ جبکہ ہی دوران مشاہدہ میں نمویاب ہو جائے۔ پیش بلند ہوتی ہے، اور ۱۰۲ درجہ سے

لیکر ۱۰ اور جب تک مشکف ہوتی ہے، بغض، بیشتر سریع ہوتی ہے، تنفس آہستہ غیر منظم یا چین لگ سکو کس کی نوعیت کا ہوتا ہے، اور بعض اوقات میں شکم باز کشیدہ ہوتا ہے۔ غنودگی بڑھ کر گہرے کو مکی حد تک پہنچ جاتی ہے اور بالآخر افزائش غیر ارادی طور پر واقع ہو جاتے ہیں، تنفس اور دوران خون کا فشل ہو جاتا ہے، سینہ میں محاذ کا اجتماع ہو جاتا ہے، اور موت اس منظر کا فاتحہ کر دیتی ہے۔ مریض اکثر پہلے علامت کے بعد دو یا تین دن کے اندر اور بعض اوقات اس سے بھی کم عرصے میں مہلک ہو جاتا ہے۔ اس وقت تک جب کہ سریری شبہات کے باعث قطنی کچھ کاٹل میں لایا جائے، دماغی شخامی سیال گندلا ہو جاتا ہے، لیکن مادہ التهاب سیال کے ابتدائی درجوں میں یہ سیال خالی آنکھ کو صاف نظر آتا ہے۔ امتحان کرنے پر اس میں غلیوں کی زیادتی پائی جاتی ہے، جس کی اکثریت کثیر الاشکال نیت کی ہوتی ہے۔ سینہ پر دھن بھی زیادہ ہو جاتا ہے اور العموم غلوی زیادتی کے لحاظ سے کلورائڈ زکم ہو جاتے ہیں۔ خوردبینی امتحان اور کاشت کرنے سے اکثر قسیمی عضویہ معلوم ہو جاتا ہے گا۔

تشخیص۔ جب کوئی اولیٰ سرشہ مرض، مثلاً درمیانی کان کا التهاب موزو ہوتا ہے تو تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے۔ دوسری اصاباتوں میں ممکن ہے کہ ابتدائی علامات کسی مادہ سلایت کے علامات سے مشابہ ہوں۔ لیکن دردمند العموم نمایاں علامت ہوتا ہے، یا جب شخام پہلے ماؤف ہو جائے تو درپشت نمایاں علامات ہوتا ہے۔ مہر ارتفاع حرارت کی تمام اصاباتوں میں کسادتی کی کشتگی اور امارت گسٹنگ کے لیے امتحانات کو ہمیشہ دستور العمل کے طور پر کام میں لانے سے تشخیص عموماً ابتدا ہی میں یقینی ہو جائے گی۔ بایں ہمہ بعض اصاباتوں میں جن میں دماغی سیال کے اگلے حصے بالخصوص ماؤف ہوتے ہیں (مثلاً اس سحالی التهاب میں جو جیبی جونی التهاب (frontal sinusitis) سے ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے) ممکن ہے کہ گردن کی کڑھکی تاخیر کے ساتھ پیدا ہو، لیکن شدید اور مسلسل درد سیک ایک نمایاں علامت ہوتا ہے، قطنی کچھ کا ایک آخری امتحان ہے اور اس کی وساطت سے التهاب سحالی کی تشخیص اکثر مریض کے بستر

کے پاس ہی کی جاسکتی ہے اور جب حالی آنکھ سے سیال کا مساس نہ کیا جاتا ہے تو یہ دیکھ دیا
گنڈ لایا جاتا ہے۔ التهاب سحای کی نوعیت کی تعیین صرف جرثومیاتی امتحان سے
ہو سکتی ہے۔

692 اندازہ نقیعی التهاب سحای کی اصابتیں غالب تعداد میں مہلک ہی ہوتی
ہیں، لیکن خفیف اصابتوں میں جیسی کہ درمیانی گوشے کے التهاب میں بطور پیچیدگی
کے دیکھی جاتی ہیں، ایک خاصے تناسب میں شفا ہو جاتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ
ان اصابتوں میں اہم ترین میا زخمی سیال کے اندر جراثیم کی موجودگی یا غیر موجودگی
ہے۔ اگر تبسی عضویہ راستہ آلودوں میں دیکھا جائے یا کاشت کرنے پر
باسانی آگایا جاسکے تو اندازہ تقریباً ہمیشہ خراب ہوتا ہے۔

علاج۔ جہاں اولیٰ ماسک جیسے کہ التهاب طبعی یا جہی حرقی التهاب
موجود ہو، اس کا تذکرہ حتی الامکان جلد از جلد جراحی طریقہ سے کرنا چاہئے۔
قطنی کچو کا سوزانہ عمل میں لانا چاہئے اور زخمی سیال کو جو اکثر بڑے دباؤ
کے نیچے ہوتا ہے، بہنے دینا چاہئے یہاں تک کہ اس کے بہاؤ کی کشت طبعی
نظر آنے لگے۔ اس طریقہ عمل سے اکثر درد سر اور گردن کی کڑختگی کی
تخفیف میں کامیابی حاصل ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ان خفیف اصابتوں میں جتنا
پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کامل شفا ہو جائے اور سیال بتدریج طبعی ہو جائے۔ خفیف
درد اور رفع خراش پذیر کے لئے اکثر مارفیا (morphia) کی ضرورت ہوتی
ہے۔ آنشک زدہ اصابتوں میں علاج پذیر نیوسالورسان (neo-salvarsan)
فوراً شروع کر دینا چاہئے اگر ثقہ جسمی تبسی عضویہ کی حیثیت سے شناخت
ہو جائے تو ضد نقی سیمیصل (antistreptococcal serum) شاکت الجلی
یا وروں وریدی استعمال کرنا چاہئے۔

آتشکی التهاب سحای

(syphilitic meningitis)

شازمشالوں میں آتشکی قشید ایک حادثہ التهاب سحای سے نیمف

(acute leptomeningitis) کے علامات پیدا کر سکتا ہے ولاحظہ ہو صفحہ (690)۔

یہ اصاباتیں اولیٰ سرایت کے تھوڑے ہی عرصہ بعد پچھلے مویوں کے عام انتشار کے درجوں کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس سے بہت زیادہ عام تشکی سبب ایک مفر من التهابی عمل ہے جو ابتدائی سرایت کے بعد ایک تا پانچ سال بلکہ اور بھی بعد کے زمانے میں واقع ہو جاتا ہے اور جو حونی عنکبوتیہ اور جانی اغشیہ دونوں کو وسیع طور پر مآؤف کر کے خجھی اعصاب کی جڑوں کی تنگی اور دروں ججھی دباؤ کی زیادتی پیدا کر کے ان دونوں طریقوں سے علامات پیدا کر دیتا ہے۔

مرضی تشہر صبح۔ اس کے مناظر ان مناظر سے بہت مشابہ ہوتے ہیں

جو پہلے تشکی سحالی سحالی التهاب (syphilitic meningomyelitis) کے تعلق میں بیان کئے گئے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ بالعموم حونی عنکبوتیہ اور جانی اغشیہ ایک ساتھ مآؤف ہو کر ایک کشیف یعنی کوندے کی صورت میں باہم جڑ جاتی ہیں، جس کی دیانت پانچ تک ہو سکتی ہے اور جو ایک یا دونوں دماغی نیم گروں کو پورا مغفوف کر سکتا ہے قاعدہ دماغ میں ممکن ہے کہ محض سحالیہ صیف ہی مآؤف ہوں، مگر یہ عموماً اُم جافیہ سے چپکے ہوئے ہوتے ہیں مویوں فضا اس قسم کے التهاب سحالیہ کے لئے ایک عام محل وقوع ہے جس سے بالائی ججھی اعصاب (بالخصوص تیسرے یا چوتھے جوڑوں) کا انضغاط، نیز دائرہ ویسٹس کی شریانی شاخوں میں مدافعت پیدا ہو جاتا مکن ہے۔ جیسا کہ سحالی سحالیہ تشکی مآؤفیت کی حالت میں ہوتا ہے، اس التهاب سحالیہ کے ساتھ ہی ہر شہ کسی قدر عروقی مرض موجود ہوتا ہے جو التهاب بلڈ شریانی کی اور لفٹیلوں کے ذریعہ گرد عروقی اغلاف کی شکل اختیار کرتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی زرافتوہ عصبی جسم کا کچھ انحطاط بھی موجود ہوتا ہے۔ تنگ شدہ عروقی کی علیقتی مسدودی ایک مزید خصوصیت یعنی دماغی لیش کی چکیاں پیدا کر دیتی ہے۔

علامات۔ حاد تشکی التهاب سحالیہ کی شاخ قسم کے علامات جو مرض کے ابتدائی درجوں میں پیدا ہو جاتے ہیں، ان علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو سحالیہ صیف کے دوسرے حاد التهابی عوارض میں پائے

جاتے ہیں اور جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔
 مزمن قسم کے خاص سریری خفائش شدید درد سر
 وجہ کے ساتھ تھکنے اور بڑھتے ہوئے دروں جمعی دباؤ کے
 دوسرے علامات ہوتے ہیں، اور جمعی اعصاب کے متعدد
 شللات ہیں۔ ابتدائی درجوں میں علامات اکثر اوقات وقفہ دار
 ہوتے ہیں۔ چنانچہ جمعی اعصاب کے شللات اور اکثر اوقات
 عصب نویم اور عصب ششم ہی آؤٹ ہوتے ہیں، عام طور پر
 سرخ الزوال ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ دوسرے حصے
 دورہ کے ساتھ ہو کر چند گھنٹوں یا چند روز تک جاری رہیں، جس کے
 بعد سکون کے نسبتہ لمبے وقفے ہوں۔ آؤٹ ہونے پر بصری موجود
 ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ ایک صفیتی تودہ تقاطع بصری پر دباؤ ڈال کر
 ذہول عصب بصری اور ساتھ ہی استیماری میب ان میں ویسے ہی
 تغیرات پیدا کر دے جیسے کہ نخاعی ملکہ (pituitary tumour) کی حالت
 میں پائے جاتے ہیں۔

جمعی اعصاب انکل بچہ طور پر منتخب کر لیے جاتے ہیں جو
 انتہائی عمل کی وسیع توزیع کی دلالت ہے۔ دماغی نیم کرہ کی سطح
 پر دہارت کی محدود المقام کلکتاں جیکسنی صرع (Jacksonian epilepsy)
 (جو ملاحظہ ہو) کے حملے پیدا کر سکتی ہیں، اور پھر ان سے ایک عضوی
 خانہ یا فالج نصفی کی سی توزیع والے شللات پیدا ہو سکتے ہیں۔
 جوں جوں مرض آگے بڑھتا ہے دوسرے زیادہ مسلسل اور جمعی اعصاب کے
 شللات زیادہ متواتر ہوتے جاتے ہیں۔

ذہنی خرابی ایک اکثر الوقوع علامت ہے جو دروں جمعی دباؤ
 کی زیادتی اور عسرواق دموہ کے آنشکی مرض کے اجتماع سے پیدا
 ہو جاتی ہے آنشکی انتہاب بٹائیسشریان سے بھی دماغی غلیظت
 (cerebral thrombosis) کے مزید علامات پیدا ہو کر ایک یا زائد جوارح

کا نگہانی شکل واقع ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ آتشکی التهاب سحابی کی مریض قسم کو ان دوسری حالتوں سے تمیز کرنا پڑتا ہے جو دروں مجموعی دباؤ کی زیادتی کے اثرات کے ساتھ مجموعی اعصاب کا قتل پیدا کر دیتی ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ اہم دماغی سلعہ ہے۔ رجحان نکس اور مجموعی اعصاب کے منتشر شکل یہ امور آتشکی مبداء کی تائید میں ہیں۔ بالعموم دماغی آتشکی التهاب سحابی (cerebral syphilitic meningitis) میں خون اور دماغی نخاعی سیال کے اندر دآزر من کا تعامل قوی طور پر ثابت ہوتا ہے لیکن گاہے ایک میں منفی اور دوسرے میں مثبت ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ایک مشتبہ اعصابیت میں آتشک کو خارج از بحث کر لینے کے لئے ان دونوں کا امتحان کرنا ضروری ہے۔ دماغی نخاعی سیال میں اکثر اوقات خلیات اور پروٹین کی افول ہوتی ہے۔ دماغی سلعہ کی حالت میں یہ تعامل خون اور دماغی نخاعی سیال دونوں کے اندر منفی ہوتا ہے۔

آتشکی التهاب سحابی کی بعض اصالتیں جن میں ذہنی خرابی اور دوسرے کے ساتھ صریح حملے بھی ہوں، عمومی شلل مباین (general paralysis of the insane) سے قریبی طور پر مشابہ ہو سکتی ہیں، بالخصوص اس وقت جب کہ تعامل دآزر من دماغی نخاعی سیال کے اندر مثبت ہو۔ ایسی حالت میں تشخیص کا فیصلہ عموماً دافع آتشک علاج کے نتائج کا مشاہدہ کرنے سے ہو سکتا ہے۔ جب مرض بالخصوص سحابی تک محدود ہوتا ہے تو بالعموم علاج کے اثر سے علامات قائب ہو جاتے ہیں اور تعامل دآزر من اکثر منفی ہو جاتا ہے۔ مگر عمومی شلل کی حالت میں ان دونوں میں سے کوئی بھی نتیجہ حاصل نہیں ہوتا۔

انذار۔ ان اصابتوں میں اچھا ہوتا ہے جن کی تشخیص اور معقول علاج ابتدائی درجوں میں ہو جائے، لیکن (جیسا کہ جسم میں دوسرے مقامات پر آتشکی مرض کی حالت میں ہوتا ہے) نکس کا رجحان ہوتا ہے، لہذا مریض کے لیے بہتر چھک وہ نکس کے حلقہ المتقدم کی غرض سے سالانہ علاج کا ایک مختصر نصاب استعمال کر لے۔

علاج - یہ وہی ہے جو دوسرے مقام کی آشک کے لئے ہوتا ہے، اس شرط کے ساتھ کہ نگہیا کے مرکبات کے دروں و ریدی اشترابات کے ساتھ ابتدا کرنا سب سے بہتر ہے، کیونکہ ایسے علاج سے بعض اصابتوں میں التہابی بافت کے ابتدائی ابتدائی رد عمل کی تحریک ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، جس کے ساتھ دروں و ریدی اشترابات کے علامات میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ لہذا اصلیت یہ ہے کہ پوٹاسیم آڈوڈائٹ سے علاج شروع کر کے پہلے دو ہفتوں تک اس کی بڑی مقداریں (روزانہ دہم تا ۱۰ گریں) دی جائیں، اور اس کے بعد پہلے بیان کئے ہوئے اصول پر علاج جاری رکھنا چاہئے، (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵۵)۔

اندرونی نرخی التہاب سحایا تخنیت

(pachymeningitis interna hemorrhagica)

یہ وہ حالت ہے جس میں سلخ و باغ پر آم جافیہ اور غشائے عنکبوتی کے درمیان خون کا اور جزئی تعضیہ یافتہ دموی ٹھکے کا ایک تودہ پایا جاتا ہے۔ یہ عموماً انفعالات سے گھرا ہوا ہوتا ہے جو اسے کیسہ بند کر دیتے ہیں۔

بحث اسباب - یہ حالت نہایت عام طور پر مزمن الکھلیت اور مزمن جنون کے ہمراہ اور بولرھے اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ اس کی تسبیب کے متعلق دو رائے پیش کی گئی ہیں: (۱) یہ کہ ابتدائی علی التہابی (سمتی مبداء کا) ہوتا ہے جس کیساتھ بعد میں محقق عروق شعریہ میں سے خون کی وعا بدری واقع ہو جاتی ہے۔ (۲) یہ کہ انصباب خون ضربی مبداء کا ہوتا ہے، اور یہ کہ مابعد دورہ بندی سحایا کے اس رد عمل سے پیدا ہو جاتی ہے جو خون کے ٹھکے کے تودہ کے مقابل میں واقع ہوتا ہے۔ دوسری توجیہ کی تائید میں ٹراٹر (Trotter) لکھتا ہے کہ یہ دلائل پیش کیے ہیں کہ یہ حالت اس حالت سے کسی طرح مختلف نہیں جس کا سر کے تضر کے نتیجہ آبل کے طور پر واقع ہونا معلوم ہے، اور یہ کہ مجنون یا شرابی شخص میں سر کو تضر پہنچنے اور ازل بعد اس کے وقوع کے فراموش کر دیئے جانے کا خاصہ امکان ہوتا ہے۔ چنانچہ ٹراٹر کی رائے ہے کہ یہ انصباب ان وریدوں سے رساو کی وجہ سے ہے

جو سطح دماغ سے جوہ طولی کو باقی ہیں، اور ان عروق کی دریدگی سر کے ایسے نظر کی وجہ سے ہوتی ہے جس کو شناخت نہ کیا گیا ہو۔ یہ سمجھ لیا جاسکتا ہے کہ ایسی دریدگی دماغ کی ناگہانی غیر نوعیت (بالخصوص آگے یا پیچھے کے رخ میں) سے واقع ہو سکتی ہے جو ممکن ہے کہ ایک خیف چوٹ سے پیدا ہو جائے۔ اگر یہ رائے صحیح ہے تو یہ حالت وہی ہے جو جراحی درسی کتب میں مزمن تحت الجافی دھوی شعلہ (chronic subdural hematoma) کے نام سے بیان کی گئی ہے۔

صرعنی تشرمج۔ ام جافیہ کی اندرونی سطح جلی کی ایک یا زائد تہوں سے لٹکی ہوئی ہوتی ہے، جو تازہ حالت میں نرم اور خستہ اور پرانی حالت میں بچلدا اور زیادہ یعنی کسی قدر بھورے سرخ، بھورے یا کسی قدر بھورے رملی زرد، بلکہ سفید رنگ کی ہوتی ہے اور اکثر نقطہ ناکدات پیش کرتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ تہوں کے درمیان خون کے تھکے کی بڑی مقداریں ہوں جو عمر کی وجہ سے کم پیش تغیر شدہ ہوں، یا مسلسل کے اختامات ہوں جن میں کو لیسٹرین (cholestrin) کی قلیس موجود ہوں۔ یہ جاو عموماً خط جدار پر خط وسطی کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اور تقریباً نصف اصابتوں میں دو جانی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ جاو ٹخن جلیاں ہوں یا آن کی و بارت دیاتین لی میٹر ہو اور اگر زیادہ خون کی و عاندری ہو گئی ہے تو دماغ کی سطح متخفض ہوتی ہے۔ خرو صولوں کی تلاش کی گئی ہے، لیکن وہ نہیں پائے گئے ہیں۔

علامات نہایت مختلف ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات یہ حالت بعد المات پائی گئی ہے، حالانکہ کوئی ایسی علامت، جس کی یہ توجیہ کر سکے موجود نہیں تھی۔ اس کے برعکس بعض اوقات غشائی تہوں کے درمیان بڑے زرف سے دماغ کا انفعاط پیدا ہو کر ہلک نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے۔ علامات بڑھے ہوئے دروں جی دباؤ کی ہوتی ہیں، یعنی درد سر، غنودگی، ازیمائے خلیہ، بھری اور ذہنی خرابی، نیز وہ دماغی نیم کرہ پر دباؤ کی ہوتی ہیں، یعنی ایک جانی کمزوری، سوجنیت کے بڑھے ہوئے و تری جھکے اور باسط اخصی عجیبت۔ اگر انصباب بایں جانب رہے تو جبکہ ایک نمایاں علامت ہو سکتی ہے، اور دو جانی اصابتوں میں ایک فترتی و ہر اشکل نسفی موجود ہوتا ہے۔ اس حالت کا کسی قدر غیر تھ

یہ ہے کہ دباؤ اور شکل دونوں کے علامات روز بروز متغیر ہوتے رہتے ہیں۔ بعض ایک یا دو روز تو مایوسہ نظر آ رہے ہوں گے اور پھر دوبارہ واقع ہوتا ہے اور اسی طرح اس سحابی التهاب بھی دن بدن گھٹتے بڑھتے رہتے ہیں۔ جو اچھے خصلت کے ہوں لیکن عداوت صریح نمائندگیات غیر عام ہیں۔ دماغی نخاعی سیال کا دباؤ بڑھ سکتا ہے اسی طرح جس طرح کہ دماغی سلو میں لیکن بعض اوقات طبعی ہوتا ہے۔ اس کے اجزاء کے ترکیبی کوئی غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتے، لیکن ممکن ہے وہ تبدیل شدہ زمری لون پر شکل ہوں۔

تشخیص۔ یہ دماغی علیقت سے اور بڑے ہوئے دروں جمعی دباؤ کے اسباب (شکل سلو اور شکل) سے کرنی پڑتی ہے۔ سہ کے نظر کے بعد علامات کے بتدیج نو وار ہونے کی سہ گزشت نہایت کارآمد ہے لیکن وقفہ خفا ہنقوں یا دوتین جینوں کا ہو سکتا ہے۔ نظر ممکن ہے خفیف ہو جاوے اور ایک انکلی یا شیخوخی سرفیض میں ممکن ہے یہ فرہوش ہو گیا ہو۔ علامات کی رفتار دماغی علیقت کی نسبت اہم بہت سمت اور زیادہ ناہموار ہوتی ہے۔ خون اور دماغی نخاعی سیال کا امتحان کر کے آتشک کو خراج از بحث کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ دماغی سلو سے امتیاز کرنا زیادہ مشکل ہے اور اکثر ایک ہتھکافی جھوٹ گائی کے ذریعہ ہی ایسا کرنا ممکن ہوگا اور اصل بہت سی اصابتوں میں ایسے علیہ سے کہ جس سے دماغی سلو دریافت کرنا مقصود تھا ایک سلو دویہ تشف ہو گیا جس کا کوئی شہ نہیں ہوا تھا۔

علاج۔ اگر تشف صیح ہو سکے تو مستقول علاج یہ ہے کہ جراحی ازالہ ضغطہ عمل میں لاکر تودے کو خراج کر دیا جائے۔

سحابی التهاب سحایا

(spinal meningitis)

کسی بھی سبب سے واقع ہونے والے حاد التهاب سحایا میں دماغ کو لفوف کیریولی جھلیوں کے ساتھ نخاع کی جھلیاں بھی ماؤف ہو سکتی ہیں۔ اس حالت کے امراضیاتی مظاہر اور علامات اس کتاب میں دوسری جگہ بیان کئے گئے ہیں (لاحظہ ہو التهاب سحایا (meningitis)۔ التهابی تغیرات جو آتشک (صفحہ 108) اور تہرن (صفحہ 98) کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں ان کا تذکرہ بھی کیا جا چکا ہے۔

ایک حالت میں جو بعد کا ذکر کی تھی ہے۔ رقی مصلی التهاب مہیا یا (meningitis serosa circumscripta) کا نام اس حالت کو دیا گیا ہے جس میں ایک محدود و رقبہ پر نخاع سہا یا سے خجیف اور آم جانیہ کے درمیان انفجانات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس نواسختہ بابت کی جالیوں کے اندر و امی نخاعی سہیاں محصور ہو کر ایک دورہ نما منظر پیدا کر دے۔ اس کی تسبیح بعض اصابتوں میں غیر واضح ہوتی ہے لیکن کثیر التعداد اصابتوں میں آغاز میں جیسا کہ سر گذشتہ معلوم ہوتا ہے ضرر ہی کی وجہ سے ہوتا ہے اگرچہ اس حالت کی لہریں کی وجہ بابت تک دشمنی طریفہ پر نہیں ہوئی ہے۔ اس کی علامات عصبی جزوں اور نخاع کے انقباض کے باعث ہوتی ہیں اور ممکن ہے یہ ان علامات کے بعد واقع ہوں جو نخاع کے کسی متعین ضرر یا ضرر کو یا ہمزان نخاعی علامات ہوئے بغیر پشت کے تغیر کا نتیجہ ہوتی ہیں اور ایسی صورت میں یہ ہمتوں یا ہمتوں کے واقعہ خفاء کے بعد نمایاں ہوتی ہیں۔ ان کی نوعیت کا انحصار ماؤف لیول پر اور جزوں یا خود نخاع کے اضافی درجہ ماؤفیت پر ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ابتدائی علامات جزوں کے دروں اور عضلی جھٹکوں کی صورت میں ظاہر ہوں کہ جن کے بعد نعلی توزیع رکھنے والا جستی فقدان اور لاغری واقع ہو اور نخاعی انقباض کے اثرات صرف دیر سے نمودار ہوں یا ممکن ہے کہ سریری تصور ابتداء ہی سے نخاع کے ایک تبدیلی ترقی پذیر عرضی ضرر کی وجہ جس میں جذری ماؤفیت نہ پائی جائے۔ تشخیص ایسے دوسرے عرضی اعضاء سے بھی کرنی پڑتی ہے جیسے کہ سکہ آتشک یا شش مصلابت سے واقع ہو سکتے ہیں۔ اس وقت جب کہ ضرر ہی کی سر گذشتہ مشکوک ہو ممدود الفقرات کے مابقی تغیر کی لاشعاعی شہادت ایک مفید نکتہ ہے۔ تشخیص کا فیصلہ کرنے کے لیے استقصائی و رقبہ براری کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے جھٹکوں میں شریکاف دے کر سہیاں کے محدود و المقام اجملہ کو خارج کر دینے سے علامات کو تسکین دیا جاسکتی ہے لیکن یہ حالت مکرر پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔

امراض دماغ

دماغی نزف

(cerebral haemorrhage)

امراض دماغ کی بحث میں عروقی انفرار کو نمایاں بلکہ دینا چاہئے جو کہ دماغی شلل کی اکثر اسبابوں کا سبب ہوتے ہیں۔ حادث عروقی ضرر کی وہ شکلیں جن پر ہمیں غور کرنا ہے یہ ہیں: ۱۔ عروق کا اختناق جو کہ دماغ کے اندر خون کا ٹھکانا (نزف = haemorrhage) اور مصلادیت (embolism) سے یا علقیت (thrombosis) سے شراین کا سدود ہو جاتا۔

اسباب۔ دماغی نزف عورتوں کی نسبت مردوں میں اور نوعری کی نسبت بڑھاپے میں زیادہ کثیر واقع ہے۔ بالعموم اس کا سبب شریانی مرض ہوتا ہے جس کے ساتھ تقریباً ہمیشہ خون کا دباؤ بلند ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ منتشر بیش محکومی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) اور مزمن مرض برائٹ میں ایک عام حادثہ ہے، لیکن یہ شیخی شریانی انحطاط (senile arterial degeneration) کی اسبابوں میں بھی واقع ہو سکتا ہے جن میں خون کا دباؤ طبعی ہوتا ہے۔ آتشکی شریانی التهاب (syphilitic arteritis) اگرچہ عموماً علقیت پیدا کرتا ہے، تاہم وہ دماغی نزف کا بھی ایک شاذ سبب ہوتا ہے۔ ان امراض خون میں سے جن میں دماغی کاربوجان ہوتا ہے کسی بھی مرض میں (مثلاً داء الحفر، پیوریا اور نریفیت: haemophilia میں) دماغ کے اندر نزف واقع ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ دماغی شراین میں سے کسی ایک شریان کا پیدا نشی آنور سما بجائے تحت العنکبوتیہ فضا (subarachnoid space) کے اندر پھٹنے کے (جو زیادہ عام صورت ہے) جرم دماغ کے اندر پھٹتا ہے یا در کھٹا چاہئے کہ نوعر شخصوں میں جن کی شراینین اور خون کا دباؤ طبعی ہوتے ہیں دماغی نزف کا یہ ایک ممکن سبب ہو سکتا ہے۔

دماغ کے ایک عروقی سلسلہ مثلاً وعلی سلسلہ میں بھی نزف واقع ہو سکتا ہے۔

نزف کے محل وقوع۔ یوں تو دماغ کا کوئی حصہ شاذ ہی نزف کے خطرے سے مبرا ہے، لیکن نزف کا وقوع زیادہ تر قاعدہ دماغ میں جسم محفوظ اور عرشہ بصری کے قریب جوار میں آکر آتا ہے جنکی رسد خاص کر وسطی دماغی شریان کی شاخوں سے حاصل ہوتی ہے جس کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 605)۔ جانبی بلیتوں میں بھی عروقی پھیٹ سکتی ہیں (بطینی نزف = ventricular haemorrhage) یا دماغ کی سطح پر (سحائی نزف = meningeal haemorrhage) بھی۔ لیکن ان مقامات پر پایا جانے والا خون اکثر ایسے نزف سے آیا ہوتا ہے جو اولاً جرم دماغ میں واقع ہوا ہو۔

مرضی تشریح۔ مختلف حالات میں ممکن ہے وہ خون جس کا انصباب ہوا ہے مقدار میں متغیر ہو یا کئی ادس تک پہنچے۔ آخر الذکر حالت میں وہ دماغی بافت کو پھیلا دیتا ہے، مثلاً اوڈرے عقود اور دانسی کی تکیہ تلف کر کے دماغ سے مرکزینہ بیضوی کے اندر پھیل جاتا ہے، یا ممکن ہے وہ عرشہ بصری یا نوات ذہنی میں سے پھوٹا ہوا جانبی بلیٹن کے اندر جا پہنچے۔ یہاں سے یہ خون معیضہ سلوئس کی راہ سے بلیٹن چارم کے اندر بہہ آتا ہے۔ ایسی اصابتیں بہ سرعت ہلک ہوتی ہیں اور ان کے امتحان بعد الحالت میں ایک گہرے سرخ رنگ کے منجھ خون کا تھکا پایا جاتا ہے جو بلیٹن اور نیم کرہ دماغ کے بیشتر حصے کو پر کرتا ہے، اور اسکے گرد دماغی جرم ہوتا ہے جو کھردرا اور خون سے بد رنگ ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں جو چند روز تک جاری رہی ہوں وہی سیاہ سرخ رنگ کا تھکا ہوتا ہے اور اسکے گرد کی بافت نرم ہوتی ہے جس کا رنگ ہیر گولین کے جذب ہوجانے کے باعث متغیر ہو کر زرد ہوتا ہے۔ دماغ کے ان حصوں پر جو نزف سے فی الفور تلف نہیں ہو گئے ہیں انصبابی خون کی مقدار کے لحاظ سے مختلف اثر ہوتا ہے اور یہ اثر گرد و پیش کے حصوں پر بد باؤڈ کرنے کا اور اس سے پیدا شدہ عدم وضاحت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتدائیدہ اثر مقامی ہوتا ہے لیکن ایک بڑے انصباب کی حالت میں بہ سرعت پھیل کر عمومی ہو جاتا ہے اور اس سے تلافیف چھپے اور تجاویف مطمئن ہو جاتے ہیں۔ جانبر ہونے والے مریضوں میں منجھ خون کا تھکا ہوا، ٹھنڈا کر نرم اور زرد ہو جانا سب سے

(یہ تغیر میٹھے سے شروع ہو کر اندک کی طرف بڑھتا ہے) اور بالآخر جذب ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ گرد و پیش کی دماغی بافت کے تکف شدہ عصبی عناصر کو جاروب نکالتے تو پھر کثرت رکھتے ہیں، اور عصبی سریش کا ہکاثر ہو کر ایک دیوار بن جاتی ہے جو اس کہنہ کو محصور کر لیتی ہے یا ایسے دور سے بجاتے ہیں جو کہنہ کا تقاطع کرتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ ایک شکن دار عصب سریشی نہ بن جائے سے کہنہ بالآخر مٹوس ہو جائے، یا ممکن ہے کہ وہ ایک منفرد یا کثیر البیوتات زویرہ کی صورت میں باقی رہے جس میں مصلی تیشال بھرا ہوا ہو۔ اکثر اوقات منتظر شدہ دوسری لون کے باعث تبدیلی بافت کی زرد بد رنگی باقی رہتی ہے۔ نازل عصبی ریشوں یا ان کے مبدائی خلیوں کے تکف ہو جانے سے ثانوی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، جس کا تعاقب ہر ہی خطوں کے مر میں نہایت آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ دماغی زرف سے چند دنوں یا ہفتوں پہلے گماہ بگماہ دوران سر، آنکلیوں میں سن پن یا جھٹکے، درد مزاجی، یا ذہنی قابلیت میں کچھ کمی محسوس ہونے لگے۔ لیکن یہ سب علامات آہستہ آہستہ شدیدہ طور پر اس قدر دلالت نہیں کرتیں جس قدر کہ عروق کے اس سرخ کو غلا ہر کرتی ہیں جو کہ موجود ہو اور شاید یہ خود خفیف زرفات کی وجہ سے ہوں۔ اسکے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ دماغی زرف بلا کسی قسم کے انتباہ کے واقع ہو جائے۔ بعض اوقات یہ ظاہر اُسے کسی خفیف سبب، مثلاً جذباتی جوش و ہيجان، عضلی محنت، زرد کی کھانسی، یا پاخانہ پھرتے وقت کا کھینے سے منسوب کیا جاسکتا ہے۔ لیکن دوسرے اوقات میں وہ اس وقت واقع ہو جاتا ہے جبکہ مریض کامل طور پر پرسکون ہوتا ہے، یا اس وقت جبکہ وہ سو رہا ہوتا ہے۔ بہت سی اس باتوں میں دماغی زرف سے علامات کا ایک گروہ پیدا ہو جاتا ہے، جسکو سکلتھ (apoplexy) کہتے ہیں۔ اس سے یہ مراد ہے کہ مریض بے ہوش ہو کر ناگہانی طور پر گر پڑتا ہے یا جلد بے ہوش ہو جاتا ہے (آپالکسی = زمین پر گرا دینا)۔ ایسا بھی ہوا ہے کہ پہلی علامت کے بعد مریض پانچ یا دس منٹوں میں ہلاک ہو گئے۔ زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ علامات بتدریج نمودار ہوتے ہیں۔ مریض شدید درد سر میں مبتلا ہو جاتا ہے، اُسے فحش آ جاتا ہے یا وہ قدر سے مہبوط ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ اُسے تپ ہو جائے یا خفیف تشنج ہو، اور

پھر نصف گھنٹے یا زائد کے بعد اُس پر تدریج قریب کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ پہلے علامات کا لہور حرکتی نظام میں ہو۔ مریض سنہ میں بولتا ہے یا اُس کا ہاتھ چمکاقت ہو کر گر پڑتا ہے، اور وہ تدریج ایک جانب کو جھک جاتا ہے، اور اگر اُس نے سنبھالا جائے تو گر جاتا ہے، اور پھر تدریج اُس پر قریب طاری ہو جاتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ بڑھتی ہوئی غصہ دگی کے مدارج طے ہو کر چند گھنٹوں میں قریب انویاب ہو جائے یا حملہ کا آغاز تشنج کے ساتھ ہو۔ بعض اصابتوں میں ہیپوٹائٹائی ہوتا ہے اور بعض تشنج عکس ہوتی ہے۔ لیکن ایک یا دو گھنٹوں کے بعد بعض کی حالت بہتر ہو کر وہ مستی اور مشرف ہو جاتی ہے، اور ساتھ ہی مریض کی حالت وہ ہو جاتی ہے جو کہ نیچے بیان کی گئی ہے جس میں کامل قریب اور تشنج ہوتا ہے۔ ان اصابتوں کو جن میں کامل قریب طاری ہونے سے پہلے چند گھنٹے گزر جاتے ہیں، سکتے ہیں (ingravescent apoplexy) کہتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ جب دوستوں نے مریض کو تنہا پایا ہو، یا جب وہ بے ہوش حالت میں رہتا ہے، آٹھا کر لایا گیا ہو، یا جب طبی اعصاب اسے سینہ سے جھکا یا نہ جاسکے تو یہ کہنا ناممکن ہے کہ آغاز حملہ کس طرح ہوا تھا۔ لیکن اس میں شک نہیں کہ داخلی نرف بلا سکتے کے بھی واقع ہونا ممکن ہے۔ صرف حرکتی خطے میں نہایت خفیف سادھی ہو تو اس سے بدوں بے ہوشی شل پیدا ہو سکتا ہے، لیکن یہ غیر عام ہے۔

زنی قریب کا مریض بالکل بے ہوش پڑا رہتا ہے اور اُسے چلاتیہ یا جلد کی کسی قسم کی تہیج سے بیدار نہیں کیا جاسکتا۔ اُس کا چہرہ تھمٹا یا ہوا، نبض مستی اور تنیدہ، اور تنفس شہیری ہوتا ہے، نالوی زبان بھیجے کر جانے کی وجہ سے اور اس سے سینہ کے اندر ہوا کے جانے میں رکاوٹ ہونے کی وجہ سے جلد خراٹے جیسی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ جوارح کی حالت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ دونوں ٹانگیں ناہ باز و بالکل رخو ہوں اور اٹھانے پر فوراً گر جائیں، یا یہ ظاہر ہو کہ ایک جانب کی ٹانگ اور بازو دوسری جانب کی ٹانگ اور بازو کے نسبت زیادہ رخو ہیں۔ جیسے کے عضلات بھی شل میں حصہ لیتے ہیں اور تنفسی اعمال کے ساتھ کال پھول کر ابھرتے اور اندر کو پکھلتے ہیں۔ یہ بھی ایک ہی جانب پر ہو سکتا ہے۔ لیکن بعض اوقات ایک یا دونوں جانب کے جوارح کرخت کی حالت (اکٹل ان کی کونٹری) میں ہوتے ہیں

عضلات متقبض شدہ ہوتے ہیں اور وہ نپٹ شدگی یا خم شدگی کی مدافعت کرتے ہیں۔ عیسق معکو سے عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں اور جلدی معکو سے غالب ہوتے ہیں۔ اخصی بحیثیت سب سے پہلے واپس ہوتی ہے اور پھر عموماً باسط ہوتی ہے۔ پتلیاں مختلف ہوتی ہیں، یعنی بعض اوقات سکڑی ہوئی اور بعض اوقات پھیلی ہوئی یا غیر مساوی۔ انحراف مزدوج کا وقوع ممکن ہے۔ پیش میں قدم کی ظاہر ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ لگی موت واقع ہونے تک جاری رہے یا اگر زندگی کی مدت بڑھ جاتی ہے تو پیش معمول سے قدرے زائد ہو جاتی ہے۔ پیش کا زیادہ یا لگنا دگر گرنے و ہٹنا یا پیش کا جلد یا بے انتہا بلند ہو جانا ایک خطرناک علامت ہے۔ آخر الذکر واقعہ اکثر جب ابھی بطینوں کے اندر اشتقاق ہونے کی حالت میں ہوا کرتا ہے کبھی کبھی شخاع مستطیل پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیشاب میں شکر پائی جاتی ہے۔ اولی متقبض گردوں (primary contracted kidneys) کے ساتھ عموماً ابیو مین کی خفیف سی مقدار

بھی موجود ہوتی ہے۔ نہایت شدید اصابوں میں نبض اور تنفس سریع ہوتے ہیں پسینہ بکثرت آتا ہے اور چہرہ اور جلد عام طور پر نہایت تھمٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ پھر کچھ عرصہ دو یا تین یا زائد گھنٹوں کے بعد مریض نیلا پڑ جاتا ہے، نسبت بڑے شعبات اور قبضۃ الریہ میں لغطات پیدا ہو جاتے ہیں، نبض زیادہ کمزور پڑ جاتی ہے، تنفس سُست ہو جاتا ہے اور بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ ہلاکت جزئی اختتام کئی دن تک ملتوی رہے اور ان ایام میں پھیپھڑوں میں آذیا یا ذات الریہ سے ماؤف ہو جانے کا بہت رجحان ہوتا ہے۔ اور غالباً مزار میں سے کبھی کبھی غذا کے ریزوں یا سیالات کا گذر ناان اعضا کے التهاب میں مدد ہوتا ہے۔ زیادہ امید نرا اصابوں میں مریض صرف تو زودہ پڑا رہتا ہے، اس کی نبض یا تنفس میں مشکل خفیف یا اختلال ہوتا ہے اور چند گھنٹوں یا دو تین دن کے اندر بتدریج اس کے حواس بجا ہو جاتے ہیں۔ پھر ان اصابوں کی بڑی تعداد میں مریض خالچ نصفی میں مبتلا پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے کہ خود بتدریج درست ہو جائے یا مستقل طور پر قائم رہے۔

تشخیص ان دوسری حالتوں سے کرنی پڑتی ہے جن میں یا تو یکایک تو طاعاری ہو جاتا ہے یا دماغی ضرر کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں چنانچہ بہتر ہو گا کہ اس پر بحث

دماغی علیقت (cerebral thrombosis) اور سرد ادیت (embolism) کے بیان کے بعد کیا جائے۔

انداز۔ یہ عموماً جس جگہ ابتدائی علامات شدید ہوں اسی نسبت سے ناموافق ہوتا ہے یہ تو عام طور پر معلوم ہے کہ سکتا اکثر ہلکا ہوتا ہے اور اُسکے حملہ کے بعد مختلف حصوں میں ہلاکت کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ جن امیابوں میں تو بازیا دہ شدید، شخیر زیادہ زور دہر، چہرہ متھایا ہوا یا متسلی، نبض متسلی اور شرف ہوا اور ساتھ ہی تمام جوارح کا کامل ارتخا موجود ہو وہ امیابیں خطرناک ہوتی ہیں۔ اگر پیش پہلے چھتیس گھنٹوں میں برابر بڑھتی رہے تو یہ عموماً اس کی آمارت ہے کہ نرف بلینوں کے اندر ہوا ہے اور نتیجہ ہلکا ہوگا۔

اگر ابتدائی قوماں شفا ہونے کے بعد در بدر جاری رہے اور ریفیں پردہ باز غنودگی طاری ہو جائے تو نتیجہ خطرناک ہونے کا امکان ہے۔

علاج۔ اگر مریض کو ابتدائی میں دیکھا گیا ہے اور تشفی یقینی ہے تو قصد نظری طور پر صحیح علاج ہے، کیونکہ اس سے خون کے دباؤ میں کمی واقع ہوتی ہے جو شقوق رگ سے خون کا ہناروک دیتی ہے اور ترویب کا موقع دیتی ہے۔ لیکن عملی تجویز سے ظاہر ہوا ہے کہ ایک ایسے شخص میں جس میں خون کا دباؤ زیادہ بلند اور قلب بیش پروردہ ہوا دماغی علیقت کی توقع کا آسان امکان ہے جتنا دماغی نرف کا اور تفریقی تشفی بڑی حد تک ایک قیاسی امر ہے۔ شاید علیقت میں قصد سے نقصان پہنچنے کا احتمال ہے اسی قدر جب قدر کہ اس سے نرف میں مدد ملتی ہے۔ لہذا شاید ہی قاعدہ بہتر ہے کہ اس سے احتراز کیا جائے۔ لیکن ایک ادھیڑ عمر والے شخص کی حالت میں، جن کا انکماششی دباؤ پہلے سے ۲۰۰ ملی میٹر پارہ سے اوپر ہونا معلوم ہے اور جس میں نرف قلب کے علامات موجود ہوں، علیقت کے مقابلے میں نرف کے وقوع کے زیادہ امکانات ہیں اور ایک پائنت خون فوراً خارج کر دینا صحیح طریق عمل ہے۔ تمام امیابوں میں علاج کا ضروری جزو کامل سکون و آرام ہے جو نئے عرصہ تک جاری رکھا جائے کہ جس میں شقوق رگ کے مندل ہو جانے کا یقین ہو جائے۔ مریض کو حتیٰ کا زیادہ ہل چل کے بغیر بہتر میں نہ دینا چاہئے۔ اگر وہ بے ہوش ہے تو اسے کڑٹ سے ٹٹانا چاہئے

اور اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ اس کا سر آگے کو نہ گرے مبادا اگر دن کی بڑی دریدوں کے دوران خون میں رکاوٹ ہو جائے۔ جلد کی با احتیاط خبر گیری کرنی چاہئے۔ مریض کو ایک ہی کمرہ پر نہ زیادہ عرصہ تک نہیں رہنے دینا چاہئے اور اگر وہ بیماری بدن کا ہے تو ایک آبی بستر کا استعمال مناسب ہے۔ لیکن چہ کہ مریض کو سلس البدن ہو، مگر اگر اسے امتیاس بول ہو تو قشرت کی ضرورت ہوتی ہے۔ ابتدائی چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں میں سہلات سے احتراز کرنا ہی بہتر ہے۔ ایک بے ہوش مریض کو ان کا استعمال کرنا مشکل ہوتا ہے اور ان کا نل بھی بھل پیدا کرتا ہے۔ اگر یہ معلوم ہو کہ مریض کو حال میں کوئی اجابت نہیں ہوئی تو چوبیس گھنٹے کے بعد عقدہ دیدیا جائے۔ اگر وہ بے چین اور نیم ہوشی کی حالت میں ہو تو مسکنات دینے چاہئیں۔ کلورل ہائڈریٹ ۵ اگرین اور اسکے ساتھ پوٹاشیم بروائیڈ ۳۰ گرین ایک ہی خوردہ میں براہ دہن دیدینا مناسب ہے اور اسے سب ضرورت مکرر دیا جاسکتا ہے۔ اگر مریض یہ نہ لے سکے اور اسے بھیجی ہو تو مارنیا دیدینا چاہئے۔ گو کہ تنفسی مرکوزوں پر اس کا مصلف اثر پڑتا ہے تاہم آرام و سکون نہایت ضروری ہے اور نہ چھینی ہذا ہے اس امر کی دلالت ہے کہ حیوی مرکوزوں پر دباؤ و خطرنا درجہ کا نہیں ہے۔ اگر مریض کو ہوش ہے تو اسے چید کے بل ٹاکر سر اور کندھوں کو تکیہ کے سہارے رکھ دینا چاہئے۔ گرد میں اندھیرا کر دیا جائے اور خاموشی رکھنا چاہئے اور طاقتوں کے آنے کی صحت کر دینی چاہئے۔ غالباً ابتدائی چوبیس گھنٹوں میں مریض کو فاقہ سے رکھنا ہی مصلحت ہے لیکن ایک نڈائی پیالہ سے پانی بھر جرعہ دیتے رہنا چاہئے۔ اسکے بعد اگر وہ ہوش میں ہے تو منو کی راہ سے رقیق غذا دینا شروع کر سکتے ہیں یا آنت کو صاف کرنے کے لئے پہلے ایک عقدہ دیکر پھر مساہ ستیم کی راہ سے رقیق غذا دے سکتے ہیں۔ چند دنوں یا ہفتوں تک ہلکی غذا ہی دینا ضروری ہے۔ ایک شدید اسابت میں لازم ہے کہ آغاز سے ایک ماہ تک مریض کو بستر میں رکھا جائے اور ایک خفیف اسابت میں بھی پندرہ دن تک بستر میں آرام رکھے رکھا تو رین مصلحت ہے مشلول جوارح کی حالت میں جب تک کہ تین ہفتے نہ گزر جائیں دلک اور حرکات شروع نہیں کرنی چاہئیں، البتہ صبح و شام جوڑوں کو نہایت آہستہ مچھول حرکت دے سکتے ہیں تاکہ انقباضات نہ بننے پائیں۔ اس مدت کے اختتام

پر ذہک، مجہول حرکات اور خاصکر فاعلی حرکت روزانہ عمل میں لانا چاہئے۔ فالج نفسی کی حالت میں برقی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ دماغی نرف کے تھکے کے بعد برقیں کی طرز زندگی کو کبب مرض کے لحاظ سے منظم کر دینا چاہئے (ملاحظہ ہو ارتظام الضبط : hyperpicaia)۔

دماغی سداویت و علقیت

(cerebral embolism and thrombosis)

سداویت کا معمولی سبب التهاب دروں قلب ہے۔ تقریبی یا ساری اجزاء دروں قلب میں یہ سداوت ایک ایسے ریزہ سے قتل ہے جو مصراعات پر کی روئید گیوں سے ایک روئیدگی سے جدا ہو گیا ہو۔ نرین مطرائی ضیق میں جبکہ ساتھ ایک تسع یا یاں اڈیں ہو، اڈینی زائدہ میں تھکابن سکنا ہے اور اس کا کوئی ٹکڑا لگ ہو جاتا ہے اور جوئے خون میں داخل ہو کر سداوت بنا دیتا ہے۔ مطرائی ضیق سے واقع ہونے والی سداویت جس کثرت سے اڈینی ریشگی انقباض کے ہمراہ واقع ہوتی ہے، اسی کثرت سے اسکے بغیر بھی واقع ہو سکتی ہے۔ مرکزی سداویت کا ایک دوسرا اور نسبت بہت کم کثیر الوقوع سبب یہ ہے کہ نظامی وریدوں میں سے کسی ورید (مثلاً صافن، فخذی یا جونی) سے تھکا ٹکڑا ایک مفتوح سورخ بیضی میں سے گزر جائے۔ گا ہے اکیلی علقیت کے بعد باطن لطین میں تھکابن جاتا ہے جس کا ایک جزو جدا ہو کر سداویت کا باعث ہوتا ہے۔

درمیرانی دماغی شریان دوسری شریانوں کی بہ نسبت سداویت سے زیادہ کثرت کے ساتھ ماؤف ہوتی ہے، اور باطن شریان دائیں شریان کی بہ نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ۔

علقیت بیشتر اوقات عروقی دیوار کے مرض، مثلاً تھیروما (atheroma) سے پیدا ہو جاتی ہے جس سے سطح ناہموار یا کھردری ہو کر بالآخر اس پر خابن بن جم جاتی ہے خابن کا آتشکی مرض ان کے جمیات میں بڑی تگی پیدا کر دیتا ہے، اور اس طرح علقیت پیدا کرنے میں مدد ہوتا ہے۔ اسکے علاوہ علقیت ان متعدد حالتوں سے پیدا ہو سکتی ہے جو دوران خون کو کمزور کر دیتی ہیں جیسے کہ وہ حالتیں جو تپ معویہ، ٹائفس، سرطان، سلی، ریوی، اور دوسری شدید بیماریوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ احمد موت میں بھی واقع ہو سکتی ہے۔

سدا دیت اور علقیت دونوں دوران خون میں تسد پیدا کر دیتی ہیں اور اس طرح دماغ کے اُن غلیظوں میں جو ان عروق کے ساتھ متناظر ہیں لیننت (softening) پیدا کر دیتی ہیں۔ البتہ اگر تضمت کے ذریعہ سے عروقی رسد قائم رہے تو لیننت نہیں پیدا ہوتی۔ دماغی عروقی کی حالت میں ایسے تنمات وافر نہیں ہوتے، اور فی الحقیقت مرکزی عقود کو جانے والے عروقی دراصل ختمائی عروق ہوتے ہیں، گو کہ قشرہ دماغ کو جانے والے عروق میں کم و بیش تنہم واقع ہوتا ہے۔ کم از کم وسطی دماغی شریان کی توزیع کا تو یہی حال ہے، اور یہی وہ رگ ہے جو بیشتر اوقات سدود ہوتی ہے۔ دماغ کا وہ حصہ جس میں لیننت واقع ہو گئی ہو فیس پیکنی اور چمکہ اس طرح نہیں رکھتا جیسی کہ ایک لمبی دماغی تراش میں ہوتی ہے۔ وہ زیادہ غیر شفاف یا باریک یا چمکتی دار ہوتا ہے۔ وہ پانی کی دھار کے نیچے آسانی کے ساتھ ٹوٹ جاتا ہے۔ یادہ دودھ جیسا یا ستوہ ہوتا ہے۔ اس میں خردبین کے نیچے مایلین (myelin) کے قطرے، مصلی ریشوں کے حصے، بڑے یک نواقی اکال غلیظ (جن میں ذراتی طباموجود ہوتا ہے)، اور آزاد شحمی گلوچکے نظر آتے ہیں۔ بعض اوقات متغیر دمای لون کی وجہ سے اس کا رنگ زردی مال یا بھورا سا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ ناگہانی تسد کی امباتوں میں خون کی رقیق و عابد ریاں موجود ہوں، جس سے لیک قسم کی سرخ لیننت (red softening) پیدا ہو جاتی ہے۔ سدا دیت کے بعد سریع موت کی امباتوں میں ممکن ہے کہ دماغی جرم بالکل تسدرست نظر آئے، کیونکہ آتنا کافی وقت نہیں گزرا ہے کہ جس میں خالی آنکھ سے نظر آسکنے والے تغیرات واقع ہو سکیں۔ کبھی کبھی سدا اپنے قرب و جوار میں اتہابی تغیرات پیدا کر دیتا ہے۔ کبھی زور سدا اور دماغی نرف پیدا کر دیتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ شاید امباتوں میں حقیقی مفعلات بجاتے ہیں۔ لیننت کے آخری درجے کو ٹوٹی ہوئی بانفت کا انجذاب اور دورہ کا جنناہیں۔ یا اگر لیننت چھوٹی سی ہے تو ممکن ہے کہ ایک ندبہ پیدا ہو جائے۔

یہ علقیت یا سدا دیت جب حرکی غلیظ کو ماؤف کرتی ہے تو اس کے بعد وہی ثانوی تغیرات واقع ہوتے ہیں جو نرفی اضرار سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات سدا دیت کے نتائج نرف کے نتائج سے زیادہ مختلف نہیں ہوتے۔ لیکن وہ نرف کی نسبت زیادہ اکثر بلیکے ہوشی کے ناگہانی خالچ نصفی پیدا کر دیتی ہے۔

کسی بڑی رگ کے تنہا سے ناگہانی ہوشی طاری ہو جائے گی، اور اسکے بعد ممکن ہے کہ جلد ہی موت واقع ہو جائے۔ چونکہ لیست صرف انہیں رتوں میں واقع ہوتی ہے جو عمل تنہا سے آگے اس رگ سے رسد پانچ والے ہوتے ہیں، لہذا علامات اس خریان کی توجیح کے ساتھ متناظر ہونے کا اس سے زیادہ امکان دکھائی دیتا ہے کہ جتنا نزدیک حالت میں جس میں وہ عائد خون و دماغ کو جلا امتیاز کمرہ کرتے تلف و برباد کر دیتا ہے۔ اگر دماغی خریان اپنے مبداء کے قریب رسد و دو ہو جائے تو متقابل جانب کا فایج نصفی پیدا ہو جائے گا، اور اگر یہ ضرر بائیں جانب پر ہے تو قبضہ (aphasia) بھی ہوگا، کیونکہ یہ خریان دماغی کیسہ، قلیف، بروکا، فشرے کے حرکتی رقبہ کے خستہ حصے، پہلی اور دوسری صدی تلیفات اور ذہنی تیزی کو رسد پہنچاتی ہے۔ دماغی فایج نصفی کے ساتھ وہ حالتیں پائی جاتی ہیں جنکا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔

علیقت اپنے اثرات میں مومائیم سرع ہوتی ہے، گوارے کے نتائج بھی وہی ہوتے ہیں یعنی سکنت اور فایج نصفی۔ لیکن بعض اوقات سرعے تو مایہ پیدا ہو جاتا ہے، جو زرف کے توانا سے ناقابل تیز ہوتا ہے۔ اکثر تیزی علامات موجود ہوتے ہیں، یعنی درد سر، دوران سر، نسیان، غنہ و گی، سن، یا ایک یا دو یا ناگہانی جسم کی ایک جانب کا سٹکل۔

دماغی عروقی اضطراب کی تشخیص۔ اس کو دو عنوانوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) سکنت (apoplexy) کی تشخیص دوسری شاخہ حالتوں سے اور (۲) سکنت یا فایج نصفی کے مختلف اسباب کی تشخیص ایک دوسرے سے۔

۱۔ اول الذکر میں سرگزشت مرض نہایت اہم ہوتی ہے۔ شدید علامتوں مثلاً التهاب سمایا، دماغی خراج، دماغی سکنت، تب محرقہ وغیرہ کے دوران میں واقع ہونے والے قوما کے اسباب کو سرگزشت مرض پر سے ہر سانی خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ سکنت کے ساتھ وہی تو مایہ طے کیا جاسکتا ہے جو ناگہانی طور پر یا بے سرعت طاری ہو جائے۔ بعض اوقات تیغ الدم (pyemia) میں ناگہانی قوما واقع ہو گیا ہے جو سکنت کے قوما سے شاہ قلا زیادہ عام طور پر جن حالتوں کو اس سے تیز کرنا پڑتا ہے وہ یہ ہیں:۔ وہ قوما جو تخریر ایوکی جسم، الکلیسم، یوریا، موت، زیا، میلس، صرع، اوپلی مدوکل (heart-block) کے باعث ہو۔ گرم ملکوں میں یہ یاد رکھنا ضروری ہوگا کہ ضربتہ الحارزات (heat-stroke)

اور متسلف طیر یا (pernicious malaria) سے بھی تو مایہ اہو جاتا ہے۔

تغیر ہر کی اصابتیں ممکن ہے کہ سرگزشت کی عدم موجودگی میں نہایت سخت شکلات پیش کریں، کیونکہ تغیر کی بیرونی شہادت کے باوجود یہ امر غیر یقینی رہ سکتا ہے کہ آیا مریض سکتہ کی وجہ سے گر رہا ہے یا گرنے کی وجہ سے اس کا دماغ متغیر ہو گیا ہے۔ ممکن ہے کہ موت کے بعد بھی یہ مسئلہ لایحل رہے۔ بعض اوقات جبکہ تشیل شناخت کیا جاسکے، اس امر سے کہ کمزور جانب کے لمحا سے جلد الاراس کے زخم کا محل وقوع کیا ہے، تشخیص میں مدد مل سکتی ہے اور مریض کی عمر یا اس کی جسمانی صحت کے دیگر حالات سے دماغ کے خود خیز ضرر کا کم و بیش امکان ہو سکتا ہے۔ ارتجاج دماغ (cerebral concussion) کی حالت میں مریض کا رنگ شاحب، پتلیاں پھیلی ہوئی اور خون کا دباؤ پست ہوتا ہے۔ اس کے جوارح ڈھیلے ہوتے ہیں۔ نئے علو اشغالی کا پیش خیمہ ہوتی ہے۔ تحت البجائیزف (sub-dural hemorrhage) میں انضغاط کے علامات ہونے میں جبکہ ساتھ ہی سست ہوتی ہے۔ تو مابعد رج زیادہ گہرا ہوتا جائے ایسے فترات کے ساتھ جنکے دوران میں مریض کو پورا ہوش ہوتا ہے۔

تسم ایفون کی شناخت عموماً خوب سکڑی ہوئی پتلیوں، آہستہ نبض، اور آہستہ تنفس سے کیجاتی ہے۔ لیکن جسیر فارولی (pons Varolii) کے اندر وقوع نزف سے بھی اس کی قریبی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ ایک جانبی ضرر کی ایسی شہادت جیسے کہ ایک جانبی پر جوارح کی نسبت زیادہ زخوت یا زخنگی یا تپیلوں کا غیر مساوی ہونا نزف کی تائید میں ہے۔ دو صری منوم اور وہ مثلاً کلورل (chloral) یا باربٹ یوریلز (barbiturates) کے تسم میں تنفس کی شرح اور عمق بسا اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں، پتلیاں پھیلی ہوئی ہوتی ہیں اور روشنی سے سست تعامل کرتی ہیں۔ انکلی تسم کے متعلق بھی یہی بیان صادق آتا ہے۔ چالٹ گہرے قوا کی ہوتی ہے، جس میں کوئی یک جانبی علامات نہیں ہونے۔ اس میں شک نہیں کہ انکھل کا ثبوت سانس سے یا تھے آور اور وہ یا حوی انبوبہ کے ذریعہ مدے سے حاصل ہو سکتا ہے۔ لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ مریض نے سکتہ کے حملے سے ذرا ہی پہلے بافراط یا کافی مقدار میں شلاب پی ہو یا اگر حملہ بتدریج ہوا ہے تو اس نے روح خراب

کا ایک جام علاج کے طور پر لے لیا ہو۔

نہایت کم ہو یا دمویٹ (asthenic uræmia) کے ساتھ البیومین بولیت موجود ہوتی ہے، لیکن پیشاب کے اندر البیومین کا فنر دماغی نرف کے امکان کو خارج از بحث نہیں کرتا، کیونکہ اول تو نرف اکثر ایسے لوگوں میں ہوتا ہے جنکے گردے ذرا ترقی ہوتے ہیں۔ دویم اُن لوگوں میں جنکے گردے تندرست ہوں خود نرف ہی البیومین بولیت پیدا کر سکتا ہے۔ یوریا دمویٹ میں بعض اوقات قوما کم گہرا ہوتا ہے۔ چلانے سے مریض کچھ وقت کے لئے قہش زیادہ آسانی کے ساتھ ہوشیار کئے جاسکتے ہیں، اور اُن پر پھر قوما طاری ہو جاتا ہے۔ کوئی شعلی کمزوری یا دماغ کی اختلال یا استلا کی تہمتا ہٹ نہیں پائی جاتی جیسی کہ سکتے کی بعض امابتوں میں ہوتی ہے۔ آئیڈین سانس کی بسکاردی جیسی نوعیت کی طرف متوجہ کیا کرتا تھا۔ خون کے اندر یوریا کی بڑی زیادتی بھی یوریا دمویٹ پر دلالت کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 603)۔

دیابیطسی قوما (diabetic coma)۔ دیابیطس کا قوما نہایت آہستہ آہستہ نمودار ہوتا ہے اور خاتمہ کے قریب تک گہرا نہیں ہوتا۔ اُس سے پہلے اکثر درد شکم ہوا کرتا ہے، جو بعض اوقات اس قدر شدید ہوتا ہے کہ اشتقاق معانی کشیف کر لی جاتی ہے۔ نبض سریع اور ضعیف، تنفس اکثر آہستہ، گہرا یا آہی ہوتا ہے، اور سانس میں ایک میٹھی بو محسوس ہوتی ہے۔ پیشاب میں شکر اور آئیڈو ایکریک ایڈ (aceto-acetic acid) موجود ہوتے ہیں۔ لیکن یہاں بھی غلطی کا امکان ہو سکتا ہے، کیونکہ بطن چارم کو ماؤف کرنے والا نرف بھی شکر بولیت پیدا کر سکتا ہے۔

ایک تکبیر صرعی حملہ کے بعد اکثر اوقات قوما طاری ہو جاتا ہے جو قدرتی قہش سے اس سے زیادہ مشابہ ہوتا ہے کہ جتنا سکتا ہو قوما۔ یک جانبی علامات بالکل نہیں ہوتے لیکن نون میجیٹیں باطل ہوتی ہیں۔ صرع کی سابقہ سرگزشت سے قطع نظر، سال میں کئی ہونے زبان، جلد، لقمہ یا خشار مغاطی کے نیچے دقیق نزفات تشفینی اہمیت رکھتے ہیں۔ اگر آغاز محو کو مریض کے دوستوں نے مشاہدہ کیا ہے، تو آغاز محو پر تشفی یا رجعتی شخات کی سرگزشت ملتی ہے جو کہ فیصلہ کن ہوتی ہے۔

تقلیل شکر دمویٹ قوما، جسکے ہمراہ صرعی طے واقع ہو سکتے ہیں، بالعموم البیومین

کی بیش معتاد ثابت ہو تا ہے، لیکن دوسرے مرض کے نتیجے کے طور پر بھی واقع ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)۔ کبھی کبھی صرغ یا ٹیٹریٹس طویل عرصوں تک بے ہوش پڑے رہتے ہیں، لیکن یہ اعابتیں عموماً دوسری میز علامات سے شناخت کر لی جاتی ہیں۔

قلبی سد و دی (heart-block) کا خاص خاصہ سست نبض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 232)۔ ممکن ہے کہ تشنج بھی ہو اور سانس گہری اور تیز ہوتی ہے۔

زیر عنکبوتی نرف کو بعض اوقات ایک دروں دماغی عروقی نرف سے مشکل تیز کیا جاسکتا ہے۔ دونوں صورتوں میں حلا کا آغاز سکتے کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن زیر عنکبوتی نرف میں تاؤ قیقہ الصباب دماغ کو پھاڑ کر اندر نہ گھس گیا ہو، کوئی ایک جانبی امارت نہیں پائی جاتی، اور جیسے جیسے مریض تو ماسے سجال ہوتا ہے، گردن کی کڑھکی اور کرنک کی امدت (Kernig's sign) دریافت کی جاسکتی ہے، اور قطنی کچھ کے کے ذریعہ حاصل کردہ دماغی نخاعی سیال میں دافرخون پایا جاتا ہے۔

۲۔ سکتے کے اسباب کی تشخیص میں ہمیں حلا کی نوعیت اور مریض کی موقوف حالت پر غور کرنا پڑتا ہے۔ معلوم ہو گا کہ حلا کی نوعیت سے اکثر بہت کم مدد ملتی ہے۔ نرف اسدادیت، اور طلیقت یہ سب ناگہانی یا سریع تو ماید کر سکتے ہیں۔ تو ماید جس قدر زیادہ شدید اور طویل ہو اسی قدر نرف کا احتمال زیادہ ہوتا ہے، لیکن نمایاں خلع نصفی کے متعلق جو تو ماید بغیر یا نہایت سریع الزوال بے ہوشی کے ساتھ واقع ہو زیادہ اغلب امکان یہ ہے کہ وہ اسدادیت یا طلیقت کے باعث واقع ہوتا ہے۔ عمر کی زیادتی نرف کی مشید ہوتی ہے، اور نوعی اُسکے امکان کو تقریباً خارج از بحث کر دیتی ہے، باستثناء اس صورت کے کہ یہ ایک پیدائشی ایور سما سے واقع ہو۔ لیکن پیتا لیس سال اور ساٹھ سال کے درمیان داسے اشخاص میں ایک یا دوسری حالت کی قطنی دلائیں اکثر غیر موجود ہوتی ہیں۔ بطبعی نرف کی حالت میں قطنی کچھ کے سے نکالے ہوئے مانع کے اندر خون کی موجودگی ثابت ہوگی۔

نرف کے ساتھ جو حالتیں موجود ہوتی ہیں وہ یہ ہیں: البیورین بولیت اور مرض گردہ کی دوسری شہادتیں یا شریانی انحطاط جس میں شریا میں تیندہ اور کڑھت یا دبیز ہو جاتی ہیں اور خون کے دباؤ کی زیادتی، اور بیش پروردہ قلب پایا جاتا ہے۔ طلیقت کی بہت

امابتوں میں شرائین میں شیخونی تغیرات بھی پائے جاتے ہیں۔ نوعمر لڑکیوں میں جنکو مرض قلب ہو فالج نقصانی کی موجودگی اکثر آشکی التهاب شریان کے باعث ہوتی ہے جس کا مزید ثبوت سرگزشت مرض سے یا امتحان دآزر من سے مل سکتا ہے۔ سدا دیت میں ہموما ایک مطرانی یا اورطی خریہ یا قلب کے بائیں کہنوں کے اتساع کا کوئی ثبوت موجود ہوتا ہے جو سداد کے منبع کا کام دیتا ہے یا ممکن ہے کہ جسم کے دوسرے حصوں میں سدا دیت کے امارات موجود ہوں جیسے کہ طحال کی کلانی یا اہلیت، پیشاب میں خون شکیہ کے اندر مخصوص ویز منظر یا جوارح میں سے کسی ایک جارحہ میں خریان کا تدد۔ فالج نقصانی کے ساتھ واقع ہونے والے سکتے کے دوسرے نسبت کم عام اسباب یہ ہیں: عمومی شلل، مائیں کسی دماغی صلوع کے اندر زف، ساری التهاب دماغ اور جرم دماغ کے اندر کسی دماغی انور کا انشاق۔

علاج۔ اگر دماغی سدا دیت یا طقت یقینی طور پر شناخت کی جا سکے تو علاج دماغی زف کے علاج سے مشا ہے۔ لیکن قصد کا خیال بھی دل میں نہیں لانا چاہئے۔ کامل سکون و آرام، درود کی غذا، اگر درد ہو تو سر پر برف، اور اگر قبض ہو تو ہلکے تحلیفات یا حقنوں کا استعمال ہی خاص متقاضیات علاج ہیں۔ ان سے پیدا ہو جانے والے فالج نقصانی کا علاج بھی یہی ہے۔

مزمن دماغی لینت

(chronic cerebral softening)

دماغی شرائین کا مرض ایسے نسبت شدید اور ناگہانی علامات پیدا کرنے کے علاوہ جو پہلے بیان کیے جا چکے ہیں، بلا کسی ظاہری حملہ کے دماغی وظیفہ میں تدریجی تبدیلی پیدا کر سکتا ہے۔ یہ تواتر میچوئے عروقی اغزار کے صبح ہونے سے یا بوسیدگی کے تدریجی اور منتشر مل سے پیدا ہو سکتی ہے۔

امراضیات۔ پہلے بیان کی ہوئی اقسام کی شریانی دانت اور بوسیدگی اس مرضی حالت کی بنیاد ہے۔ خالی آنکھ سے دماغ میں لینت کے متعدد درجے نظر آسکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ دماغ حص سکر اہوا دکھلائی دے۔ خردین کے نیچے لینت

کے نسبت چھوٹے رقبے نظر آتے ہیں۔ ماؤف رقبوں میں عصبی نلیے اور ریشے انخطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ مائین کی شکست و ریخت سے خفگی قطیر سے پیدا ہو جاتے ہیں، جنگو جاربوب نچلنے دور کر دیتے ہیں اور عصب سریشی تعامل مختلف مقدار میں موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ داغ کے ان رقبوں کے لحاظ سے جو کہ خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں علامات مختلف ہوتے ہیں، لیکن چونکہ بوسیدگی کا عمل عموماً وسیع طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لہذا ذہنی ابتری اکثر نمایاں ہوتی ہے۔ یہ نقص حافظہ کی شکل میں نظر آتی ہے جو بالخصوص تازہ واقعات کے متعلق ہوتا ہے، اور خیالات کو یکسو کرنے میں دقت ہوتی ہے۔ یہ علامات عموماً مریض کو معلوم ہوتی ہیں اور وہ اکثر ان کے متعلق شکایت کرتا ہے۔

دوسرے علامات یہ ہیں: جذبات پر قابو نہ ہونا، اور پستی، تند مزاجی اور زیادہ شاذ اصابتوں میں فرحانیت کی قلیل المدت مزاجی کیفیات، اور پراگندہ خوابی۔ صریح حلقے واقع ہو سکتے ہیں اور وہ عمومی یا محلی قسم کے ہو سکتے ہیں، عصب جبری کا ذبول واقع ہو سکتا ہے، جب میں خاص شکایت نفل بصارت ہوتی ہے۔ داغ کے دونوں جانبوں پر بری ریشوں کی ماکوفیت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اکثر ان عضلات پر ارادی اقتدار قائم نہیں رہتا جنگو جی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے، اور ان میں سے تالو، زبان اور بلعوم زیادہ اکثر ماؤف ہوتے ہیں جس سے عصب الکلام اور عصب البلع ہوتا ہے۔ اس حالت کو بصلی شلل کی قسم سے متفرق کرنے کے لئے جو زیریں جوب کی عضلیوں کے مرض کے باعث ہوتا ہے اور چلے بیان کی جا چکی ہے، کاذب بصلی شلل (pseudo-bulbar paralysis) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے

(شیر ملاحظہ ہو کاذب یوریا دمویٹ : pseudo-uraemia)۔

جستی علامات غیر عام ہوتے ہیں، لیکن حرکی علامات میں مختلف طریقوں سے مداخلت ہو سکتی ہے۔ اگر ایسا کام طور پر ہوتا ہے، بری ریشے خاص طور پر ماؤف ہیں تو وہ تصویر پیدا ہو جاتی ہے جو مترقی دوہرے فالج نصفی کی ہوتی ہے جس میں سنجیت اور کمزوری بالائی جوارح کے نسبت زیریں جوارح میں عموماً زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یا لیکن ہے کہ قاعدی عتود ماؤف ہوں ہیں کا نتیجہ اس قسم کی لرزگی کمزوری اور رعشہ ہو سکتا ہے جینا کہ سنبلی اہترازی (paralysis agitans)

میں دیکھا جاتا ہے۔ دُریغی وظائف بھی ماؤف ہو سکتے ہیں۔ بُری ماؤفیت کی حالت میں بقیع معکو سے زیادہ ہو جاتے ہیں (کاذب بصلی شلل کی امیاتوں میں فکلی جھٹکا بھی) اور اخصی مہیتیں باسط ہو جاتی ہیں۔ سرگزشت خیر محسوس آغاز مرض کی ہو سکتی ہے لیکن انتیاط کے ساتھ دریافت کیا جائے تو دورانِ سر یا غشی کے حملوں کی روداد اکثر ہوگی جو غالباً و قیق عروق کی اضرار کی آئینہ دار ہوتی ہے۔

تشخیص۔ باعموم مریض کی عمر اور اس کی شرائین کی حالت صحیح تشخیص کے طرف رہنمائی کرتی ہے۔ ادھر دماغی مریض میں خون کے دباؤ کی زیادتی ایک اہم دماغی ہے اور چشم بین کے ذریعہ شبکیہ کے عروق کے استھان سے اکثر شریانی مرض کی موجودگی کی قیقی شہادت حاصل ہوگی۔

تفریقی تشخیص بتدریج ترقی پذیر دماغی مرض کے دوسرے اسباب مثلاً آشک اور سلعہ سے اور مصیباتیتوں سے کرتی پڑتی ہے۔

انذار۔ یہ لازمی طور پر بڑا ہوتا ہے علامات بتدریج ترقی کرنے کا رجحان رکھتی ہیں اور دماغی لینت کے مریض میں ہمیشہ دماغی نزف یا علیقت کے صریح حملہ کا امکان ہوتا ہے۔

علاج۔ یہ بُری حد تک علامات کے لحاظ سے ہونا چاہئے۔ عام جمیہ وہی ہونا چاہئے جو صلابت شریان (arteriosclerosis) کے مریضوں کے لئے مقرر کیا گیا ہے (لاحظہ ہوں صفحات 301, 304)۔ خاص کردماغی مکان سے اجتراز لازم ہے اور مریض کو مشورہ دیا جائے کہ دوپہر کے وقت ایک گھنٹہ کے لئے اپنے بستر پر آرام کرے۔ چڑچڑے پن اور اینجواری کے تدارک کے لئے مسکنات اور محنتیات دئے جائیں۔

دماغی جو فوں کی علیقت

(thrombosis of the cerebral sinuses)

دماغی جو فوں کے اندر خون کی ترویب یا تو کسی شدید ضعف (cachexia) کا نتیجہ ہوتی ہے یا متصلہ جھوں کے اضرار سے سرایت پہنچنے کا۔

اول الذکر سے بیشتر ایک انتہائی علقت پیدا ہو جاتی ہے اور جوف ایک درہ درہ تھکے سے سدود ہو جاتا ہے مگر نظام جسم کی کوئی عام سرایت نہیں واقع ہوتی۔ یہ علقت اکثر اوقات شیرخواروں میں واقع ہوا کرتی ہے، بالخصوص ان میں جو ضموں یا مزمن اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں۔ یہ زیادہ تر جوف طولی کو ماؤف کرتی ہے۔ قوام پست، گردن دھڑ یا جوارح کی اکثر جوارح کا جھٹکے کھانا، اور صری حلقے خاص علامات ہیں، اور اگر محتیاں ہو جائے تو دو جانبی شنجی کمزوری پیدا ہو جاتی ہے جو زیرین جوارح میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔

طولی جوف کی علقت کے ہمراہ جو مرضی مناظر پائے جاتے ہیں نہایت مخصوص و معین ہوتے ہیں۔ خونہ عنکبوتیہ میں بڑی وریدوں کی علقت واقع ہوتی ہے اور وہ سیاہ احبال کی طرح نمایاں ہو جاتی ہیں۔ ام جافیہ کی اندرونی سطح پر کی وریدیں بھی جہاں وہ جوف کے اندر داخل ہوتی ہیں متحد ہو جاتی ہیں۔

مقامی سرایت سے علقت بالخصوص کان کے مرض کی توسیع کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے، لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ سرایت کا مبداء چشم خانہ، ناک، دہن، لبوم، یا کسی دوسرے حصے میں ہو جہاں سے وہ جانبی یا کھٹکی جوف تک رسائی حاصل کر لے۔

جانبی جوفی علقت (lateral sinus thrombosis) بالعموم انتہاؤں اذن وسطیٰ اور انتہاؤں حلیہ کا نتیجہ ہوتی ہے۔ آغاز میں کو بالعموم ایک قشریہ معینہ کرتا ہے، جو ایک لہرائی ہوئی تپش کی چوٹیوں پر خود کرتا ہے۔ علقت و داحی ورید کے اندر پھیل سکتی ہے، اور پھر گردن میں حلیہ کے نیچے ایک سخت ورم کی طرح محسوس ہوتی ہے۔

کھٹکی جوف کی علقت ممکن ہے ناک، گال، آنکھ یا انفی اجوا کی سرایت کا ثانوی نتیجہ ہو۔ قشریات اور تپ اس سے کم مستقل اور نمایاں خصوصیات ہیں کہ جتنی جانبی جوفی علقت میں ہوتی ہیں۔ آنکھ کا تبدل، طعنے اور پوٹوں کا ازیما، اور تیسرے، چوتھے، چھٹے، سبھی اعصاب کی ماؤفیت کے باعث بسا اوقات عینی عضلات کا شلل موجود ہوتا ہے۔ اذیمائے علیمہ (papilloedema) ممکن ہے موجود ہو لیکن ہمیشہ نہیں ہوتا۔ یہ حالت بالعموم دو جانبی اور ہلکا ہوتی ہے۔

ان مریضی صابونیں غوثی ذرا دھوئیں، قلب کے اندر اور دماغ سے پھیپھڑوں کے اندر منتقل ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ ہلکے تھکے الدم ہوتا ہے۔

علاج۔ اس حقیقت میں جو کہ عام خرابی صحت پر منحصر ہو، اس حالت کا علاج کرنا چاہئے۔ اگر مقامی اضرار سبب مرض ہیں تو ان کا جراحی تدارک کرنا چاہئے۔ و داجی و رید کی راہ سے سرایت دماغ علاقہ کی نیچے کی طرف تو وسیع کر دینے کے لئے اس و رید کو ٹھکے کے نیچے باندھ دینا چاہئے اور اس کے مابینہ کو اور اگر ضرورت ہو تو جاجی جوف کے مابینہ کو بھی خارج کر دینا چاہئے۔

تحت العنكبوتیہ نزف

(subarachnoid haemorrhage)

دماغی جھلیوں سے تعلق رکھنے والا نزف کھوپری کی پٹریوں اور اُٹم جانیہ کے درمیان واقع ہو سکتا ہے (بُٹس وں جانی = extra-dural) یا اُٹم جانیہ کے اندر لیکن فُشائے عنكبوتیہ سے باہر کو (تحت الجانی = sub-dural) یا تحت العنكبوتیہ فضا کے اندر (تحت العنكبوتیہ = sub-arachnoid)۔

پہلی دو قسمیں تقریباً ہمیشہ طبعی ہوتی ہیں اور اُن کا بیان علم الجراحات کی کتابوں میں درج ہے۔ مزمن تحت الجانی و موی سلسلہ (chronic sub-dural haematoma) کے علامات جو طبی تشخیص میں بڑی مشکلات پیش کر سکتا ہے، دماغی نزفی التهاب سمجھائے ششہ (pachymeningitis interna haemorrhagica) کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 693)۔

اسباب۔ کسی بھی سبب سے کسی اور پری عرق کے انشقاق سے تحت العنكبوتیہ نزف خود روطہ پر واقع ہو سکتا ہے۔ زیادہ عمر والے اشخاص میں عام سبب شراہین کا مرض ہوتا ہے جس میں نزف یا تو براہ راست ہو سکتا ہے یا پہلے ایک چھوٹا انفارمیشن کر کھر نزف ہوتا ہے۔ نو عمر اشخاص میں جن کی شراہین تندرست ہوتی ہیں، نزف کا سبب عموماً کسی بد اشئی انفارمیشن کا انشقاق ہوتا ہے ایسے انفارمیشن کی طرح غیر عام نہیں اور غالباً منور کے کسی نقص کے باعث دائرہ ویس

(circle of Willis) کے مقامات اتصال پر یا اس کی خاص شاخوں کے تشعب کے مقام پر پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر دقیق ابعاد کے ہوتے ہیں اور ایک تحت العنكبوتیہ نرف کی اصابت میں امتحان بعد المات میں تا وقتیکہ ان کو خاص طور پر تلاش نہ کیا جائے یہ اکثر بآسانی نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ دماغی شریان کا انورسما اور پھر اس کا انشقاق ساری التہاسب دروں قلبہ (infective endocarditis) میں سدا دیت سے بھی پیدا ہو سکتا ہے اور یہ تحت العنكبوتیہ نرف کا ایک دوسرا سبب ہے۔ تحت العنكبوتیہ نرف ان مختلف حالتوں میں بھی ہو سکتا ہے (اگرچہ سبب اور طور پر) جن میں دماغی خود بخود واقع ہو جاتا ہے جیسے کہ نزیفیت اور پریپوریٹائس۔

مرضی تشیر منح - ایک ہلک اصابت میں ساری تحت العنكبوتیہ فضا خون سے پُر ہوتی ہے جو ایک پتلی چادر کی صورت میں دماغ کے نیم گروں پر پھیلا ہوا ہوتا ہے قاعدی بڑکوں (basal cisterns) میں زیادہ گہرا واقع ہوتا ہے اور جب دماغ کو نکالا جائے تو نچاخی تحت العنكبوتیہ فضا سے اُبل کر نکلنے لگتا ہے۔ مستقل مزاجی کے ساتھ تلاش جاری رکھی جائے تو انورسما کی حالت میں نرف کا منبع عموماً ظاہر ہو جاتا ہے لیکن تا وقتیکہ انورسما کو خاص طور پر تلاش نہ کیا جائے ممکن ہے کہ وہ نظر انداز ہو جائے۔

علامات - زیادہ عموماً الے اشخاص میں جنہیں دماغی شریان کا مرض ہو اکثر ابتدائی علامات اس قسم کی ہوتی ہیں جیسی کہ دماغی نرف میں پائی جاتی ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ دوسروں میں اور نوعمر اشخاص میں جنہیں پیدا نشی انورسما ہوں آغاز مرض ناگہانی ہوتا ہے۔ اگر انشقاق بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مریض ذہنی بے ہوش ہو کر زمین پر گر پڑے۔ زیادہ عام طور پر درد سر کی یا گردن کی پشت میں درد کی شکایت یکایک پیدا ہو کر پھر بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے۔ قوما کی مدت اور گہرائی انصابت کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ اگر شقاق بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مریض کو ہوش نہ آئے اور وہ چند ہی گھنٹوں میں مر جائے۔ نسبتہ چھوٹا رساؤ ہونے کی حالت میں

مریض کو ہوش آجاتا ہے اور پشت گردن میں درد اور اکڑ اور مثبت امارت کرنگ کی شکل میں سحائی خراش کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ اس مرحلہ میں وتری مٹکو سے اکثر اوقات مفقود ہو جاتے ہیں اور انحصاری طبیعتیں باسط ہوتی ہیں۔ بار بار دیکھنے میں آتا ہے کہ اقرامیں بصری محقق ہوتے ہیں اور بعض اوقات بڑے شبکیہ اور تحت الزجاجی نزفات ظاہر کرتے ہیں۔ اگر مریض کی حالت میں اصلاح جاری رہی تو سحائی خراش کے یہ امارات دو یا تین ہفتوں کے دوران میں بند ہو کر رفع ہو جاتے ہیں۔ اس زمانہ کے ابتدائی درجوں میں بقاء تہ اور عموماً کثیف درندیان موجود ہوتا ہے۔ ایک چھوٹے سے نزف کی حالت میں ممکن ہے آغاز حملہ میں بے ہوشی بالکل نہ ہو اور شروع ہی سے درد سر اور سحائی خراش کی شہادت خاص علامات ہوں۔

704

حملہ مرض کے آغاز سے چند گھنٹوں کے اندر قطعی کھوکھ سے ایسا نخیائی سیال حاصل ہوگا جس میں تازہ خون مخلوط پایا جائے گا اور اگر اسے امتحانی ٹی کے اندر رکھا رہے دیا جائے تو یہ اس کے اندر جم جائے گا اور اس کے اوپر ایک صاف اور بے رنگ سیال باقی رہ جائے گا۔ چوبیس گھنٹوں کے اختتام تک نزف کے مقام پر ترویب واقع ہونا شروع ہو جاتی ہے اور سرخ غلیظے ٹوٹنے پھوٹنے لگتے ہیں۔ اگر اس درجہ میں نخیائی سیال کو ٹی میں رکھا رہے دیا جائے تو اس میں تھکا فٹہ نہیں آتا مگر سرخ غلیظوں کا ایک ثقل پایا جاتا ہے جس کے ساتھ ایک قدرے سنہری زرد رنگ کا بالائی سیال ہوتا ہے۔ بعد کے چند دنوں میں یہ سنہری زرد جھلک اور زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ایک شدید اصابت میں جس میں طویل قوما ہو، دماغی نزف اور اس سے مشابہ حالتوں سے تشخیص کرنی پڑتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹۵) اور خفیف تر اصابتوں میں جن میں سحائی خراش کی امارات کا غلبہ ہوا التهاب سحایا سے تشخیص کرنی پڑتی ہے۔ لیکن التهاب سحایا میں حملہ کا آغاز پیش کل گمبھی اتنا عاد ہوتا ہے۔ اگر شبہ رہے تو اس سوال کا تصفیہ قطعی کچھ کے کے درمیان کر لینا چاہیے۔

انذار۔ ایک چھوٹے سے رساؤ سے شفا یابی غیر عام نہیں۔ پسیدہ انشی
انور سہ ماہ سے سا لہا سال کے عرصہ میں کئی بار رساؤ واقع ہونا ممکن ہے، لیکن بالآخر یہ
غالباً ہمیشہ ہلکے ثابت ہوتا ہے۔ دوسرے اسباب سے نرف واقع ہو تو انذار
کا انحصار زیادہ تر تسبیحی حالت پر ہوتا ہے۔

عقل سلج۔ یہ وہی ہے جو دماغی نرف کے لئے ہوتا ہے، یہ استخوان کے
کہ قطنی کچھ کا انصباب کی سلیطیت کا موقع بہم پہنچاتا ہے۔ لیکن اس عمل سے ایک
اندماں پذیر اشتقاق سے پھر تازہ رساؤ شروع ہو جائے، کا خطرہ ہوتا ہے، لہذا
اسے صرف اسی وقت انحصار کرنا چاہئے جب کہ مسلسل اور زیادہ گہرے قوما
سے ایک بڑے اور ترقی پذیر انصباب کی موجودگی ظاہر ہوتی ہو جس میں دماغی
انضباط کے باعث زندگی کے لئے خطرہ ہوتا ہے۔ ایک ضغط پیمائے استعمال کرنا
چاہئے، اور سخاعی سیال کے دباؤ کو پانی کے ۰۰ ملی میٹر سے نیچے نہیں گرنے
دینا چاہئے۔

التهاب دماغ

(encephalitis)

دوسرے اعضا کی طرح دماغ میں بھی دقیق عضویوں کے حملہ یا ان کے
ستیمیات کی وجہ سے التهاب پیدا ہو جاتا ہے، اور اس حالت کو التهاب دماغ
(encephalitis) کہتے ہیں۔ دیم ذراعضویات کی صورت میں اس التهاب سے
بہر سرعت دماغی خراج بن جاتا ہے۔ دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ یہ التهابی عمل
بغیر تفتیح کے جاری رہے یہاں تک کہ حیوی عصبی مرکزوں کی ماؤقیت سے ہلکے
نتیجہ پیدا کر دے۔ قشب (virus) ممکن ہے دماغ پر ایک انتخانی اثر رکھتا ہو
مثلاً سباتی التهاب دماغ (encephalitis lethargica) میں یا ممکن ہے کہ
التهاب دماغ ایک نسبتاً زیادہ عام مرایت کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر واقع
ہو جائے، مثلاً کھڑو کا التهاب دماغ (measles encephalitis)۔ دماغ تہب
ماؤف ہو سکتا ہے، یا اس کے ساتھ سخاع بھی ماؤف ہو جاتی ہے (التهاب دماغ و سخاع)

-(encephalomyelitis -

جن مختلف امراض میں التهاب دماغ واقع ہو سکتا ہے، ان میں سے بعض پہلے بیان کئے گئے ہیں۔ مثلاً ایسا اتفاق ہو سکتا ہے (اگرچہ شاذ و مورد توں میں) کہ التهاب دماغ و نخاع (poliomyelitis) کی حالت میں دماغ بھی مآوف ہو جاتا ہے، اور منتشر صلابت (disseminated sclerosis) میں تو وہ ہمیشہ مآوف ہوتا ہے۔ توخیل کے پیراگرافوں میں التهاب دماغ کی نسبت کم عام خاص میں مختصر طور پر بیان کی جا چکی۔ سبباتی التهاب دماغ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

کھسکا کا دماغی نخاعی التهاب (encephalomyelitis of measles) یہ ایک شاذ و پیچیدگی ہے۔ اس کا آغاز بالعموم بکھڑے کے چوتھے دن سے لے کر چھٹے دن تک ہوتا ہے، جب کہ بخار کم ہو کر طبع ماند پڑنا شروع ہو جاتا ہے۔ آغاز مرض کے معمولی علامات غنودگی، درد سر، جھٹکے اور تشنچ ہیں۔ ان کے ساتھ تب پھر عود کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ مرض اتنا بڑھے کہ شکل پیدا کر دے جس کی عام ترین شکل فالج نصفی ہے۔ نخاعی ستال میں عموماً لمفی خلیوں کی معتدل زیادتی پائی جاتی ہے۔ اموات کی تعداد انہی صدی تک ہوتی ہے، اور زندہ بچنے والوں میں نصف سے زائد مریض کمزوری، بے تسبی، ذہنی تغیر یا صرع کی شکل میں علامات باقیہ ظاہر کرتے ہیں۔ امراضیاتی امتحان سے یہ پایا جاتا ہے کہ چھوٹی وریڈوں کے گرد لُب و رُب و گی کے منطقے ایک نمیز خاصہ ہیں۔ ممکن ہے کہ اسکے ساتھ لمفی خلیوں اور بلازائی خلیوں کا گرد و عروقی ارتشاح بھی ہو۔

ایسا ہی دماغی نخاعی التهاب جلد یوپی (chicken-pox) کی ایک آبل پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے۔ ان امایوں میں اندازہً چھما معلوم ہوتا ہے اور امراضیاتی امتحان کے اندراجات ہمیں میسر نہیں ہیں۔

جد رینر سانچی کا دماغی نخاعی التهاب (vaccinal encephalomyelitis) گزشتہ چند سالوں میں اس ملک میں اور یورپ کے

بڑا عظم پر اس مرض کی متعدد اصابتوں کی روئداد شایع کی گئی ہے۔ سرسری سرگت شدت عموماً یہ ہوتی ہے کہ ایک کامیاب اور غیر پیچیدہ جڈرین رسانی ہوئی ہے جس کے تقریباً چودہ دن بعد عصبی مرض کے آثارات ناگہانی طور پر نوباب ہو گئے ہیں۔ یہ سحائی دماغی اور نخاعی ہوتے ہیں اور خاص حدوث جسر دماغ اور قطعی عجزی کٹانی پر ہوتا ہے۔ مرض عموماً درد سر تپ، قے اور غنودگی کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ پھر دو نظری اور وہ علامات جو دوسرے مجموعی اعصاب کے مشکل کے باعث ہوتے ہیں نوباب ہو جاتے ہیں اور اکثر اس کے ساتھ ہی جواج زیرین کا شلل اور عاصری اکتہ ارا کا فقدان ہوتا ہے۔ دماغی نخاعی سیال معتدل درجہ کی لمفی غلویت ظاہر کرتا ہے۔ اموات کی تعداد زیادہ ہوتی ہے اور اکثر مریض آغاز مرض کے بعد چند روز کے اندر قوما زود ہو کر مر جاتا ہے، لیکن جب شفا ہوتی ہے تو عموماً کامل ہوتی ہے۔ مہلک اصابتوں میں مرنیافق امتحان سے نخاع، ساقی دماغ اور دماغ میں ہر مگہ گرد عروقی لب ر بودگی کے منتشر رقبوں کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

دماغی نخاعی التهاب کی دوسری قسمیں۔ التهاب دماغ یا دماغی نخاعی التهاب کی متعدد دوسری قسمیں بیان کی گئی ہیں اور ان کا نام اس نامور طبیب کے نام پر رکھا گیا ہے جس نے تم نخیں بیان کیا (مشلاً اسٹرمپلی دماغی التهاب (Strumpell's encephalitis) یا عصبی نظام کے اس حصے کی رعایت سے رکھا گیا ہے جس پر بالخصوص حملہ ہوا ہو (مشلاً حادثاتی رمادی دماغی التهاب = (polio-encephalitis acuta inferior)۔ لیکن ان امتیازات کی کوئی حقیقی اہمیت نہیں معلوم ہوتی، اور چنانچہ معلوم کی موجودہ حالت میں ہمیں یہ تسلیم کرنا چاہئے کہ وہ حالت جسے حادثاتی دماغی نخاعی التهاب (acute meningo-encephalitis) کہتے ہیں، انفرادی اصابتوں کی صورت میں، یا وقتاً فوقتاً چھوٹی چھوٹی وباؤں کی صورت میں واقع ہو سکتی ہے۔ ایسی بیماری شاید بچوں میں زیادہ عام بنے مگر ہر قسم میں دیکھی جاسکتی ہے۔ نمایاں علامات سحائی التهاب، دماغی التهاب یا نخاعی التهاب

کے ہو سکتے ہیں، اور تشخيص کا تعين صرف عمل طور کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے، جس میں اکثر اوقات طویل مشاہدہ کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ان امیالوں میں دماغی نفعی سیال میں لمفی خلیات کی معتدل کثرت پائی جائے، لیکن اکثر یہ سیال طبی ہوتا ہے۔ مجموعی حیثیت سے انداز اچھا ہوتا ہے، لیکن شیرخواروں اور نوعمر بچوں میں دیر پا فالج نصفی غیر عام نہیں، جس کے ساتھ بعض اوقات صرع بھی موجود ہوتی ہے۔

سباتی التهاب دماغ

(encephalitis lethargica)

(وبائی التهاب دماغ = epidemic encephalitis)

یہ ایک حادثہ تحت الحاد غیر ترقی التهابی عمل ہے جو عصبی نظام اور عیال کو وسیع اور منتشر طور پر مآؤف کر دیتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر درمیانی دماغ کی ساختوں کو مآؤف کرتا ہے اور اولاً سبات کے علامات اور محرکات العین اعصاب کا تشلل پیدا کرتا ہے، اور بعد کے درجہ میں اسی طرز کی کمزوری، رعشہ اور کرختگی، جسے ابتداء پارکینسن (Parkinson) نے تشلل اہترازی (paralysis agitans) میں بیان کیا۔ ان امیالوں کی بڑی تعداد میں التهابی عمل مزمین ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ بستہ ریح سالہا سال تک ترقی کرتا رہے۔ یہ مزمین پہلے وبائی شکل میں سکاٹلینڈ میں وائننا (Vienna) میں نمودار ہوا۔ ایک سال کے بعد یہ مارے یورپ کے طول و عرض میں وسیع طور پر پھیل گیا اور دوسرے سال امریکہ میں پھیل گیا۔

ہر عمر کے اشخاص میں اس کی سرایت کا امکان ہے۔ آبادی پر اس کا حملہ وسیع اور بے قاعدہ طرز سے ہوتا ہے۔ صرف شاذ ہی مثالوں میں ایک ہی گھرانے سے ایک سے زیادہ وارداتوں کی اطلاع ملی ہے، اور تا حال یہ ظاہر کرنے کے لئے کوئی شہادت نہیں موجود ہے کہ یہ مرض ایک شخص سے دوسرے میں براہ راست منتقل ہو سکتا ہے۔ اس وقت سے لے کر جب کہ یہ پہلے پہل ظاہر

ہوا ہر سال موسم سرما اور موسم بہار میں اس کے خفیف حملے و بائی صورت میں ہوتے رہتے اور درمیانی وقفوں میں انفرادی وارداتیں ہوتی رہیں۔ اس ملک میں وارداتوں کی سب سے بڑی تعداد ۱۹۲۵ء کے موسم بہار میں واقع ہوئی۔ ۱۹۲۵ء سے صرف انفرادی وارداتوں کی اطلاع ملی ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ موجودہ زمانہ (۱۹۳۵ء) میں مرض حادثہ شکل میں ناپید ہو چکا ہے۔

اگرچہ ۱۹۱۹ء تک اس مرض کی کوئی مخصوص حیثیت تسلیم نہیں کی گئی تاہم ۱۸۹۰ء میں انفلوئنزا کی وبا کے بعد مرکزی یورپ میں ایسی کثرت کی چھوٹی چھوٹی وباؤں کی اطلاع مندرج ہوئی تھی اور اغلب ہے کہ اس زمانہ کے بعد کی انفرادی وارداتیں شناخت نہ ہو سکی ہوں۔

متحدہ محققین نے، فرانس میں لیواڈی (Levadity) اور ہاروی (Harvier) نے، اس ملک (آنگلستان) میں میکینٹاش (Mackintosh) اور پرتراؤ (Perdrau) نے، اور امریکہ میں اسٹراؤس (Strauss) اور لونی وی (Loewe) نے، ہلاک شدہ انسانی مریضوں کے دماغوں کے مادہ کا شراب کر کے جانوروں میں اس مرض کی کامیاب تطعیم کی ہے۔ لیواڈی اور ہاروی کو ایک حادثہ صابت میں ناک کی محتاطی جھلی کے ٹکڑیوں سے بھی مثبت نتائج حاصل ہوئے۔ ان مرد و فراریج سے جانوروں میں جو مرض پیدا کیا گیا اس کو ماہ ماہ جانوروں کے ایک سلسلہ میں سے بذریعہ تطعیم منتقل کیا جاسکا۔ اسکے عضوہ کی کاشت نہیں ہوئی ہے مگر معلوم ہوتا ہے کہ وہ انقیر پذیر نشبات کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے۔

مرضی تشریح - بجز و نظر امتحان کرنے پر دماغ اور نخاع ان اصابتوں کی اکثریت میں عروق شعریہ کے امتداد کے علاوہ کوئی غیر معمولی حالت ظاہر نہیں کرتے۔ یہ املاً عموماً قاعدی عقود، درمیانی دماغ اور دماغی قشر کے رمادی مادے میں بہترین طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خون کی دماغی بھی دیکھی جاتی ہے، جو یا تو تحت الجافیہ یا تحت انسکیمیہ فضاؤں میں یا درمیانی دماغ کے جرم میں ہوتی ہے۔

خرد بین کے نیچے کسی ایسی اصابت میں جو آغاز مرض کے بعد دس دن کے اندر مہلک ثابت ہوئی ہو ممکن ہے کہ شدید شعری امتلاء کے علاوہ اور کچھ نظر نہ آئے۔ دورانِ سرایت میں ازاں بعد امتلاء کے علاوہ دوسرے تغیرات بھی نمودار ہو جاتے ہیں جو اس مرض کا ممیز خاصہ ہوتے ہیں۔ نسبت چھوٹے عروق کی دیواریں چھوٹے گول خلیوں سے درختہ نظر آتی ہیں اور گردِ عروقی فصائیں ان سے پُر ہوتی ہیں چنانچہ ایک شعری عرق کو عرضاً تراشنے پر عرق کے گرد لٹنی خلیوں کے ایک کف کا منظر پیدا ہو جاتا ہے۔ ان چھوٹے خلیوں کے درمیان کہیں کہیں بڑے خلیے بھی نظر آ جاتے ہیں جن میں ذراتی لون موجود ہوتا ہے۔ بیشتر اصابتوں میں عصبی خلیے انحطاط کی شہادت پیش کرتے ہیں لیکن ان پر کسی قسم کے بے ترتیبی کے ساتھ حملہ ہوتا ہے چنانچہ رمادی مادے کے ایک منفرد نوات میں خلیوں کی محض تھوڑی ہی تعداد اذوف پائی جاتی ہے۔ تغیرات جو نظر آتے ہیں حسب ذیل ہیں:۔ نوات کا ورم اور اس کی منحرف مرکزیت؛ ذراتِ نسل کی شکست و رخت (لون پاشیدگی = chromatolysis) اور چھوٹے گول خلیوں کا حملہ (عصبی خوری = neurophagia)۔ یہ تغیرات درمیانی دماغ اور خسر اور قاعدی عقود کے رمادی مادے میں نہایت مستمر طور پر پائے جاتے ہیں لیکن دماغی قشرہ اور نخاع میں بھی دیکھنے میں آ سکتے ہیں۔ جمعی اور نخاعی اصابت کی جڑوں میں بھی شعری امتلاء اور گول خلیوں کی درریشیں بیان کی گئی ہے۔ جسم کے دوسرے اعضا میں کوئی مستمر تغیرات نہیں ہوتے۔

مرمن ترقی پذیر قسم کی اصابتوں میں جو علامتیں پارکینسن (Parkinsonian syndrome) ظاہر کرتی ہیں اعظم اتلاف درمیانی دماغ کے جرمِ اسود میں پایا جاتا ہے جہاں ایک فاعلی انتہائی عمل کے شائبہ اب بھی نظر آ سکتے ہیں۔

علامات - ۱۔ ابتدائی درجہ - ان کی تقسیم اس طرح کی جا سکتی ہے:۔ وہ علامتیں جو عام لستم کی ہوتی ہیں اور وہ علامتیں جو مرکزی عصبی نظام کے محدود المقام اضرار سے منسوب کی جا سکتی ہیں۔ اول الذکر

سرخی کے تحت اترتفاع حرارت، کلمندی، عدم اشتہا، تھکنے، اعضا شکنی اور کبھی کبھی احمراری طبع شامل کئے جاتے ہیں۔ عصبی علامات نہایت احتمالات پذیر ہیں، کیونکہ ان کا انحصار قشرب کے تختیز پر ہوتا ہے، جو عصبی نظام یا اسکے غلافوں کے کسی حصے کو مآؤف کر سکتا ہے۔ لیکن اصابعوں کی بڑی اکثریت میں خاص حدوث درمیانی دماغ پر ہوتا ہے اور متمیز و مخصوص علامات پیدا کر دیتا ہے۔ مرض عموماً غیر محسوس طور پر اور سستی اور غنودگی کے احساس کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ اکثر اوقات سحائی خراش کے ضعیف تر امارات موجود ہوتے ہیں، جیسے کہ درد سر (جو اکثر تحت القذالی suboccipital ہوتا ہے) اور گردن کی آکڑ۔ ایک دو دن کے عرصہ میں اعصاب سویم کے نواتے مآؤف ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قریبی اشیاء کے لئے نظر کا دھندلا پن (جو توفیق کے مشلول ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے) استرخاء البغفن اور حرکات چشم کی کمزوری پیدا ہو جاتی ہے۔ اس درجہ میں بعض اوقات دو نظری کی شکایت بھی کی جاتی ہے۔ ازاں بعد غنودگی میں ترقی ہو جاتی ہے یہاں تک کہ مریض ایک مسلسل غنودی حالت میں معلوم ہوتا ہے، چنانچہ غذا لینے کے لئے اسے اس حالت سے بیدار کرنا پڑتا ہے۔ لیکن بیدار کئے جانے پر اس کی ذہنی حالت بالکل صاف پائی جاتی ہے اور وہ سوالات کے جواب سمجھ کے ساتھ دیکھتا ہے۔ مرض کے اس زمانہ کی تصویر نہایت موثر اور جاذب توجہ ہوتی ہے: چہرہ بے شکن اور بے اظہار معلوم ہوتا ہے اور اس کے ساتھ استرخاء البغفن مل کر ایک بے جان حماقت کا منظر پیدا ہو جاتا ہے جس کے مقابلہ میں ذہنی حالت کا وضوح ایک نمایاں تضاد ظاہر کرتا ہے۔ غور کے ساتھ مشاہدہ کیا جائے تو اس درجہ میں اکثر بے قاعدہ جھٹکوں کا واقع ہونا ظاہر ہوگا، جو انفسراوی عضلات یا ان کے حرکات کو بلا ترتیب مآؤف کر دیتے ہیں لیکن مشاہدہ اس قدر کافی قوی ہوتے ہیں کہ جو ارجح کو حرکت میں لائیں۔ یہ عضلی نظام کے کسی بھی حصے کو بشمول دھڑ اور چہرے کے عضلات کے مآؤف کر سکتے ہیں۔

زبان خشک اور پٹری دار اور اکثر اوقات مرتعش ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کبھی کبھی درجہ آج کی شکایت کرے۔

آغاز حملہ میں تپش زیادہ ہو جاتی ہے اور بے قاعدہ طریقہ سے ۹۹ درجہ اور ۱۰۱ درجہ کے درمیان تبذول پذیر ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ شرج نبض میں متناظر تبدیلیاں ہوتی رہتی ہیں۔ بالعموم ایک ہلکے اصابت میں تپش بلند ہو جاتی ہے، ذہول گہرا ہو کر قوماطاری ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد مسلسل البول والبراز واقع ہو جاتا ہے، اور آغاز حملہ سے دس تا اسی دن کے عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔

جب مرض خوب نمایاں ہو تو طبیسی امتحان سے مزید امارات کا ظاہر ہونا ممکن ہے۔ مثلاً اکثر اوقات تپلیاں غیر مساوی ہوتی ہیں اور روشنی کی جمعیت کتبے کے ساتھ ظاہر کرتی ہیں۔ اگر مریض کو اس امتحان میں تعاون پر راضی کیا جاسکے تو عام طور پر پایا جاتا ہے کہ توفیق میں مدتی تعامل اور ساتھ ہی استسقاء کی قوت غیر موجود ہے۔ اکثر اوقات دوسری حرکات چشم کا شل بھی ہوتا ہے۔ رقبہ متعلقہ اکثر پایا جاتا ہے۔ حدقہ آرگنٹل رابرٹسن کا وقوع بھی ممکن ہے۔

بالعموم دوسرے مجموعی اعصاب نہیں ماؤف ہوتے۔ درد کی شکایتوں کے علاوہ جن کا تذکرہ ہو چکا ہے، احساس کی کوئی دوسری خلاف قاعدگی نہیں پائی جاتی۔ حرکی نظام کے امتحان سے عام عضلی کمزوری اور اس کے ساتھ بعض اوقات تھکائی ظاہر ہوتی ہے، چنانچہ جارحہ کو جس کسی وضع میں رکھ دیا جائے (خواہ وہ کتبی ہی عجیب و غریب اور مستحکم خیز ہو) وہ تقریباً غیر متعین عرصہ تک اسی ہیئت میں رہے گا (زوال ذہنی - catatonia)۔ متکوسات کی حالت ہر اصابت میں جدا گانہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ وتری متکوسات غیر متاثر رہیں یا زیادہ ہو جائیں، مگر زیادہ تر وہ ناپید ہو جاتے ہیں۔ شکی متکوسات شاید ہی کوئی غیر طبیسی حالت ظاہر کرتے ہیں۔ انجمی جمعیتیں عموماً ختم کن ہوتی ہیں۔

جب شفا ہوتی ہے تو ابتداء مرض سے تیسرے ہفتے میں پیش کم ہونا شروع ہوتی ہے اور مریض بتدریج اپنی ذہنی حالت سے بیدار ہو جاتا ہے۔ تیسرے ہفتے کے اختتام کے ساتھ تپ کا زمانہ ختم ہو جاتا ہے، لیکن ایک شدید اسباب میں بتاید ستور جاری رہتا ہے، جمعی اعصاب کے شلل بتدریج زائل ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ عصبی نظام کے طبعی وظائف کے کامل طور پر بحال ہونے میں (یعنی اس صورت میں جب کہ کامل شفا ہو) تین ماہ کا یا اس سے بھی زائد عرصہ درکار ہو۔

چونکہ عصبی مرض کی حالت میں علامات کا انحصار تقریباً تمام تر ساری عمل کے تخیز پر ہوتا ہے، اور چونکہ زیر بحث مرض میں قشرب کی توزیع وسیع ہو سکتی ہے، لہذا ہمیں دوران و بامیں آمارات و علامات کا تقریباً ہر امتزاج دیکھنے کے لئے تیار رہنا چاہئے۔ الٹہانی عمل کے ایک حصے سے دوسرے میں پھیلنے کے ساتھ ممکن ہے کہ ایک منفرد اسباب کی شکل وقتاً فوقتاً بدلتی رہے، اور نصف درجن اسبابوں میں کوئی ایسی نمایاں عصبی علامت نہ ہو جو سب میں مشترک طور پر پائی جائے۔ چنانچہ جہاں تک آغاز مرض کا تعلق ہے پہلے بیان کی ہوئی معمولی قسم کے علاوہ ایسی مثالیں مل سکتی ہیں کہ جن میں ابتداء میں صحائی علامتیں غالب ہوتی ہیں۔ دوسری اسبابوں میں اس سبب کے بجائے جو زیادہ عام طور پر پایا جاتا ہے، اضطراب و بے چینی، ہیجان، بلکہ پر شور ہڈیاں ہو سکتا ہے، یا مرض کی ابتداء حاد طور پر مکتہ ماحضہ کے ساتھ ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ عضلی جھٹکوں کی موجودگی کارنگ تقویر میں غالب ہو (نام تہاد عضلی رجفی قسم = myoclonic type) جن کے ساتھ اکثر ہڈیاں بھی ہوتا ہے۔ اسبابوں کے ایک دوسرے گروہ میں ممکن ہے کہ ابتداء مرض ایسے شدید عصبی ردوں کے ساتھ ہو جو عیقلی عصب یا جڑ کی توزیع رکھتے ہوں، اور ان کے بعد عضلات کے جذبات گذر دہوں کی لاغری اور کمزوری پیدا ہو جائے۔ یا پھر بعض مثالوں میں وتری جھٹکوں کی غیر موجودگی اور جواج میں کسٹن پن کے مصنوعی احساسات کثیر عصبی التهاب (polyneuritis) کا منظر پیدا

کر سکتے ہیں۔

یہ بیان اس مرض کی علامات کی فہرست کو برگز ختم نہیں کرتا۔ نسبتاً کم اہمیت رکھنے والے علامات میں سے عسر الکلام، عسر البلع، ہیر کے دوروں، ہچک، کثرت رقیق، کثرت پسینہ، گلا گھسنے یا دم رکنے، احتباس بول اور کبھی کبھی جبرے کے عوارض کی بھی تقبض کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔

ارتفاع پیش کا درجہ اور مدت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے پیش ابتدائی درجوں میں بڑھی ہوئی ہو، لیکن جس وقت مریض کا معائنہ کیا جائے اس وقت جو بوجہ آغاز مرض کی غیر محسوس نوعیت کے پہلے ہی کم بوجہ کی ہو۔ خفیف اصابتوں میں عصبی نظام کی ماؤفیت کے امارات اکثر سرخ الزوال ہوتے ہیں، اور ناپائیدار دو نظری، عارضی شلل، توفیق، پشت گردن کا درد اور اکڑاؤ، وجع البصی دروں یا عضلی جھٹکوں کی سرگزشت معلوم کر دینے کے لئے خاص تحقیقات ضروری ہوتی ہے۔ بہت سے ایسے مریضوں میں جو مزمن متفرق قسم کے غیر مشکوک اور یقینی علامات پیش کرتے ہیں، آغاز مرض کی کوئی مدد دہا نہیں حاصل کی جاسکتی۔

دماغی شخامی سیال ہمیشہ صاف ہوتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں جس وقت امتحان کیا جاتا ہے اس وقت تک اس میں کوئی غیر طبعی چیز نہیں نظر آتی، لیکن دوسرے نصف میں لمفی خلیوں کی تعداد میں زیادتی پائی جاتی ہے، جرنی کعب ملی میٹر وٹس تا انشی خلیات کے درمیان مختلف ہوتی ہے۔ لمفی خلیوں کی یہ کثرت عام طور پر ان مریضوں میں دیکھنے میں آتی ہے جن میں دوران مرض میں لمفی کچھ کا جلد عمل میں لایا گیا ہو۔ بالعموم پر وقتنی مافیہ میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ کو لائڈی ذہبی کا شغ سے تشکیلی یا آتشکی قسم کے منحنی حامل ہوں۔ خون اور دماغی شخامی سیال میں وازرینی تعامل منفی ہوتا ہے۔

۲۔ درجہ اہتاء نحو۔ مریضوں کے ایک بڑے تناسب میں حاورہ رفع ہو جانے کے بعد مزید علامات نمودار ہو سکتے ہیں، اور یہ سرایت کے اس عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں جو اندر ہی اندر سلگتا رہتا ہے اور ابتدا مرض سے

ہمینوں بلکہ بیروں بعد تک دماغ کے تازہ بتازہ اور نوجورقبوں کو مآؤف کرنا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں مریض مرض کے ابتدائی درجہ سے راست متاخر درجہ میں پہنچ جاتا ہے، لیکن زیادہ اکثر ان دونوں درجوں کے درمیان ایک حتمی وقفہ ہوتا ہے جس کے دوران میں ممکن ہے کہ یہ معلوم ہو کہ مریض تشفی بخش طریقہ پر شفا یاب ہوا ہے اور ممکن ہے کہ یہ درمیانی وقفہ کئی مہینوں کا بلکہ کئی سالوں کا ہو۔ مریض کے متاخر علامات کی شدت ابتدائی درجہ کی شدت سے کوئی نسبت نہیں رکھتی، چنانچہ خفیف یا انتہائی نوعیت کی اصابتیں جو ممکن ہے کہ ابتدائی شناخت نہ ہوئی ہوں، اکثر بالآخر تشویشناک جسمانی یا دماغی ازکار رفتگی کا شکار ہوتی ہیں۔ متاخر درجہ کے عام تر علامات کی گروہ بندی حسب ذیل عنوانات کے تحت کی جاسکتی ہے: — (۱) شلل (استسزائی paralysis) (۲) agitans کی قسم کی کمزوری، کرخستگی اور ریشہ (۳) غیر ارادی حرکات (۴) ذہنی تغیرات۔

(۱) شلل استسزائی کے علامات سے مشابہ علامات غالباً اس مرض کے ابتدائی درجہ کے بعد زندہ بچنے والے مریضوں کے ایک بڑے تناسب میں نمودار ہو جاتے ہیں اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں کسی ابتدائی سرایت کی روداد نہ معلوم ہو۔ نمایاں ترین خاصہ عموماً وجہی عضلات کی سختی اور اکڑ ہے جس کی وجہ سے چہرہ بے اظہار ہو جاتا ہے۔ اکثر یہ کرخنگی دھڑ اور جوارح کے عضلات کو بھی مآؤف کر دیتی ہے۔ ایسی صورت میں رفتار دست اور غلط اور کرخمیدہ اور سر جھکا ہوا ہوتا ہے اور بازو سخت اور کھنسیاں جسم سے کیسے قدر تبجید شدہ اور انگلیاں نیم خمیدہ ہوتی ہیں۔ خود بخود واقع ہونے والی حرکات کم یا مفقود ہو جاتی ہیں اور مریض اپنے مرکز جاذبہ کو درست رکھنے میں وقت محسوس کرتا ہے اور اس واسطے اس کا توازن بہ آسانی تہ وبالا ہو جاتا ہے۔ ربشی معکوسہ کے امتناع سے چہرہ زیادہ گھورتا ہوا اظہار ہوتا ہے اور معکوسہ امتناع کے امتناع کی وجہ سے منہ سے رالی شکیں رہتی ہیں۔ آواز اکثر اوقات یک لہجہ اور گفتار آہستہ آہستہ ہوتا ہے۔ شلل استسزائی کی

کی قسم کا ریشہ بھی موجود ہو سکتا ہے، لیکن کرخنگی کے مقابلہ میں یہ اکثرہ خفیف سا ہی ہوتا ہے۔

(۲) تمام اقسام کی غیر ارادی حرکتیں واقع ہو سکتی ہیں، لیکن جن اصابتوں میں یہ ایک نمایاں خاصہ ہوتی ہیں، ان کا تناسب تھوڑا ہوتا ہے۔ شکل ۱ متنازلی کی قسم کے ریشہ کا پہلے ذکر کیا گیا ہے۔ زفنی الشكل اور کٹھن حرکات۔ بھی دیکھی جاتی ہیں۔ لیکن شاید عام ترین قسم وہ ہے جس میں قریبی مفاصل (ریشہ اور کوٹے) کے نظام عضلی میں نسبت بڑی بسفت اور سست شرح کی متوازن حرکات ہوتی ہیں، جو اکثر ایک منفرد جارحہ کو یا جسم کے ایک جانب کے بازو اور ٹانگ کو مآؤف کرتی ہیں۔ ایک دوسرا نمایاں اور عموماً بدیر واقع ہونے والا نتیجہ کرات چشم کی جبری اوپر کے طرف کو حرکت ہے (چشم گردشی بھراتاناست oculogyric crises)۔ یہ حرکتیں دوری اور عموماً بلا اقباء ہوتی ہیں، اور ایک وقت میں کئی مینٹوں یا گھنٹوں تک جاری رہتی ہیں۔ چونکہ یہ ارادی قابو سے باہر ہوتی ہیں، لہذا امراض فی الوقت کا رآمد بصارت کے قابل نہیں رہتا۔

(۳) کسی درجہ کی ذہنی خرابی اس مرض کا تقریباً ہمیشہ واقع ہونے والا نتیجہ ہے۔ بالعموم میں یہ خفیف اصابتوں میں تکان کے رجحان کی زیادتی اور جذبات پر قابو کی کمی کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں نہایت اعصاب جیسی نوعیت کی علامتیں نمودار ہو جاتی ہیں، اور ہمیشہ دوسری شکایت کے ساتھ ناقابلیت کے احساسات اور مرضی تشویش ہوتی ہے۔ اس کے برعکس شکل ۱ متنازلی کی قسم کی اصابتوں میں اکثر شدید بے حسی موجود ہوتی ہے۔ بچے اکثر زیادہ خطرناک طور پر مآؤف ہوتے ہیں، اور ان میں اس مرض کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان کے کردار میں تنزل واقع ہو جاتا ہے لیکن عقل میں کوئی متناظرگی نہیں ہوتی۔ ایسا وسطے ان میں جھوٹ بولنے، چوری اور مینہ زوری کی حادثیں پیدا ہو جاتی ہیں، جن کی وجہ سے نہ صرف گھر میں ان کی ہدوک تمام مشکل ہوتی ہے بلکہ بار بار پولس کی عدالت تک ان کے پہنچنے کی نوبت آتی ہے۔

ہر عمر میں بے خوابی اس کا ایک علام اور تکلیف دہ نتیجہ ہوتا ہے۔ مریض دن کے وقت غنودہ اور بے حس ہوتا ہے لیکن رات کے وقت بے چین اور مضطرب ہو کر اکثر جوش و ہيجان کی حالت میں ہوتا ہے اور صرف علی الصبح اس کو نیند آتی ہے۔
تشخیص۔ یہ معمولی قسم کی امصابتوں میں جو غنودگی، ہلکے بخار، اور چشمی تشکلوں کے ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوں، نسبتاً آسان ہوتی ہے، لیکن سرایت کا حد و ث زیادہ وسیع ہو تو تشخیص ممکن ہے کہ نہایت مشکل امر ہو۔ دماغی خراج (cerebral abscess) کی تشخیص پر غور کرنا پڑتا ہے، اور اس امکان پر نظر رکھ کر یقینی التهاب الاذن (suppurative otitis) کے امارات کے لئے کانوں کا امتحان کرنا چاہئے۔ دماغی سلعات (cerebral tumours) بھی خصوصاً جبکہ وہ دماغ کے کسی خاموش رقبہ میں واقع ہوں، 'سباتی التهاب دماغ' سے مائل امارات پیدا کر سکتے ہیں، لیکن اس حالت میں اقرامں بصری کے امتحان سے تشخیص صاف اور واضح ہو سکتی ہے، چنانچہ اذیمائے بصری سلعہ کی حالت میں شاذ ہی غیر موجود ہوتا ہے اور التهاب دماغ کی حالت میں شاذ ہی موجود ہوتا ہے۔

مکن ہے کہ ان امصابتوں میں جن میں بیماری کی ابتداء سمائی علامات کیسے ہوتی ہے، سمائی بقعاتی (meningococcal) یا ذرنی (tuberculous) التهاب سمایا سے مشابہت پیدا ہو جائے، لیکن گردن کی اکڑ، التهاب دماغ کا اتنا اہم نمائندہ نہیں جتنا کہ ان دونوں بیماریوں کا ہے۔ شاذ مثالوں میں جن میں مرض کا آغاز سکتا آسا ہو، اس حالت کو دماغی نزف (cerebral hemorrhage) یا علقیت (thrombosis) سے پیدا ہونے والی حالت سے مشکل تمیز کیا جاسکتا ہے۔

آخری درجوں میں، تب آتر جانے کے بعد، عصبی نظام کی وسیع مآؤفیت کے امارات کی موجودگی آتشک کے امکان پر دلالت کر سکتی ہے، چنانچہ اس امر کا فیصلہ کرنے کے لئے خون اور دماغی نخاعی سیال میں تعامل و آزرین کا آرمہ ہوگا۔ تفریقی تشخیص کرنے میں دماغی نخاعی سیال کا غلویاتی اور جراثیمیاتی امتحان ہمیشہ مفید ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں ان امصابتوں کو جو طاعون پارکینسن ظاہر کرتی ہوں، شلل اہتزازی (paralysis agitans) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ اگر

پارکینسنی علامات سے مدقوں پہلے ایک عمومی علامت، سرورع الزوال و ونٹری یا ناگہانی سبات یا بے خوابی کی سرگزشت احتیاط کے ساتھ دریافت کی جائے تو تشخیص کا فیصلہ موجدانا ممکن ہے۔ ان امابتوں میں جن میں ایسی سرگزشت نہ ملے، ممکن ہے کہ مرینس کی عمر اس سوال کو طے کر دے، کیونکہ شلل انتہائی ادھیر عمر اور زندگی کے آخری حصے کا مرض ہے، اور سباتی التهاب دماغ چھوٹے اور بڑے سب پر حملہ آور ہوتا ہے۔ جب یہ طریقہ تفریق کارآمد نہ ہو تو حقیقی تعاملات اور حرکات چشم کی بقیاعیگیا سے (بالخصوص اسسہ قاق واقع نہ ہونے اور استسہ قاق کی کوشش کرنے پر تپلیوں کا انقباض واقع نہ ہونے سے) تشخیص کا فیصلہ سباتی التهاب دماغ کے حق میں ہو سکتا ہے۔

انذار۔ اگر تمام امابتوں کو عمومی نوٹ کیا جائے تو شرح اموات تقریباً ۲۰ فی صدی معلوم ہوتی ہے۔ اطلاعی اعداد کے نقشے (notification returns) نسبت بہت زیادہ شرح اموات ظاہر کرتے ہیں۔ اموات کی بڑی اکثریت بیماری کے پہلے تین ہفتوں میں واقع ہوتی ہے، اور اس زمانہ کے بعد جہانگ زندگی کا تعلق ہے انذار اچھا ہوتا ہے۔

منحوس علامات یہ ہیں :- بُرحتی ہوئی تیش (۵ و ۱۰ درجہ سے اوپر) ذہول کا گہرا ہو کر قوما ہو جانا، یا پر شور ہڈیاں جس کے ساتھ وسیع عضلی جھٹکے ہوں (acute myoclonic form = رحاد عضلی رجفی قسم)۔

جو امابتیں شغایاب ہو جاتی ہیں، ان میں عموماً مجمی اعصاب کے شلل نسبت جلد زائل ہو جاتے ہیں، اور ان میں شاید تپلیوں کی عدم مساوات باقی رہ جاتی ہے جس کے ساتھ دوران توقیق میں تپلیوں کا انقباض سست ہوتا ہے۔ سبات حرکت کی کمزوری اور سستی گئی سفتے جاری رہ کر ممکن ہے کہ جلد ریج شلل انتہائی کی سریری مشابہت پیدا ہو جائے۔

مکن ہے کہ اس نوعیت کی علامتیں جن کو پہلے متاخر درجہ سے تعلق رکھنے والی علامتوں کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے آغاز مرض کے بعد دو یا تین سال تک نمودار ہوتی رہیں، لیکن بطور ایک کلیہ کے کہا جاسکتا ہے کہ ایک

ایسے مریض کے لئے جو ابتدائی حمل سے شفا پا چکا ہو اور اس کے بعد چھ ماہ تک تازہ علامات سے کئی طور پر متبرار رہا ہو، پھر کسی مزید شکایت میں مبتلا ہونے کا امکان نہیں ہوتا۔

تازہ علامات میں سے شکل انتہائی والے گروہ میں آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ وہ بالآخر رک جاتی ہیں اور ممکن ہے کہ خفیف سی اصلاح نظر آئے، مگر مریض بہت اڑکار رفتہ ہو جاتا ہے۔ غیر ارادی حرکات بتدریج (بہینوں میں) مویاب ہو کر اپنے عروج کو پہنچ جاتے ہیں اور ویسی ہی تدریج کے ساتھ کم ہو جاتے ہیں اور اکثر ان کے باقیات خفیف ہوتے ہیں۔ ذہنی تغیرات، بچوں اور بالغوں دونوں میں، بیشتر متعل نوعیت کے معلوم ہوتے ہیں اگرچہ ان میں کس قدر فترہ ہو سکتا ہے۔

710

علاج۔ اس مرض کا کوئی نوعی علاج نہیں ہے۔ یوروٹروپین (urotropin) اس کے ممکنہ واقعہ غرضت فعل کی بنا پر پوری متادوں میں بجا سکتی ہے اور جیسے جیسے کہ علامات پیدا ہوں ان کی طرف توجہ دینی چاہئے۔ بیشتر اصابتوں میں مریض کو غذا دینے کے لئے جگانا چاہئے اور غذا اٹکی اور آسانی تمیل پذیر قسم تک محدود رکھنی چاہئے جس میں سستیالات کی افراط ہو۔ کبھی کبھی ذہول اس قدر گہرا ہوتا ہے کہ انجوبی غذا رسانی اختیار کرنی پڑتی ہے اور قطع نظر ذہول کے اس کی ضرورت عسرا بلع کی وجہ سے بھی لاحق ہو سکتی ہے جو لسانی بلعوی عصب کے شکل کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ پسندیدہ طریقہ وہ ہے جو کہ آفتی انجوبہ کے ذریعہ ہے جس میں دودھ پھینٹے ہوئے انڈوں، مالٹ اور عرق نارنگی کی صورت میں بکثرت غذا دی جا سکتی ہے۔ شائد کی مالت پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہئے، کیونکہ احتیاس بول لبریزی کے ساتھ واقع ہو سکتا ہے اور اس میں غفلت کرنے سے التهاب شائد پیدا ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ طحل اصابتوں میں عموماً بہت خول کے ساتھ قروح الفراش پیدا ہو جانے کا احتمال ہے، چنانچہ اگر مرض کا مہر طحل ہونے کا امکان ہو تو مریض کو آبی بستر پر رکھنا مناسب ہے۔ بے خوابی کے قسے، جو بعض اوقات ایک تکلیف دہ نتیجہ

ہوتا ہے، گرم غسل (سوئے کے وقت سے ایک گھنٹہ پہلے) اور مختلف ادویہ کا استعمال کیا جاسکتا ہے جن میں سے پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) پوری متادوں میں اور ویرنل کے مرکبات (veronal compounds) مفید ترین ہیں۔ عموماً درجہ میں تخفیف ہو جانے کے بعد جو ارج کی کڑھکی کے لئے حرکات معمول روزانہ عمل میں لائے جائیں (بہتر ہے کہ گرم غسل کے بعد)۔

چونکہ ایک اندر ہی اندر سکنے والی سرایت سے مزید علامات پیدا ہو جانے کا سخت خطرہ ہوتا ہے، لہذا جہاں کہیں ممکن برقیہیت کو زیادہ طول دینا چاہئے اور علامات کی ترقی موقوف ہو جانے کے بعد مریض کو ندرایت کر دینی چاہئے کہ چھ ماہ کے عرصہ تک اپنی سرگرمیوں کے پورے دائرہ کو اختیار کرنے سے محترز رہے۔ اس دوران میں دماغ اور جسم دونوں کے لئے باقاعدہ ورزشیں تجویز کر دینی چاہئے، لیکن یہ اسی حد تک ہو کہ جس سے تھکان نہ ہونے پائے۔

متاخر درجوں کی پارکینسنی گروہ والی علامات کے علاج میں لفلاح (belladonna) کے گروہ کی ادویہ بہت نفع بخش ہیں۔ ان کے اثر سے کڑھکی کم ہو کر حرکت کی ممکنہ جولانی اور شرح زیادہ ہو جاتی ہے۔ اس کے لئے بڑی متادوں کی ضرورت ہوتی ہے اور نتیجہ کا انحصار بہت کچھ اس مقدار پر ہوتا ہے جو مریض سستی علامات کے بغیر لے سکے، صغیر جوز مائل (tinct. of stramonium) نہایت کا دگر تجویز معلوم ہوتی ہے اور ایک بالغ کی حالت میں ابتداً اس کے ۵ قطرے دن میں تین بار بعد غذا ۱/۲ اونس کلوروفارم واٹر میں ملا کر دینے چاہئیں۔ چند روز کے بعد یہ متاد بڑھا کر ۲۰ قطرے کر دی جاتی ہے، اور اس کے بعد مائش و قفوں کے بعد ۵-۵ قطرے بڑھا دئے جاتے ہیں تاکہ کہ مریض کی برداشت کی حد تک پہنچ جائیں جو کہ توفیق میں کمزوری، منہ کی خشکی، اختلاج اور سرعت ضربات قلب کی شکایت سے ظاہر ہو جاتی ہے۔ ان میں پہلی علامت عموماً سب سے پہلے ظاہر ہوتی ہے اور ایسیرین سلیٹ (eserine sulphate) کے ۱/۲ فی صدی محلول کے استعمال سے رفع ہو سکتی ہے، جس کا ایک

قطرہ ہر آنکھ میں دو زانہ علی الصبح ٹپکا دینا چاہئے۔ مُنہ کی خشکی میں ترششی قطروں سے تسکین ہو سکتی ہے۔ اس طرح مریض زیادہ مقدار کی مقدار میں جاری کھینے کے قابل ہو سکتا ہے۔ ایک متبادل ترکیب یہ ہے کہ آمیزہ میں پانچ گیارہ پانچ ٹریٹ اس تناسب میں ملا دیا جائے کہ اس کا ۱۰ گریں صبیخہ جو زماثل (tincture of stramonium) کے ۳ قطروں میں موجود ہو۔ اگر کم قطرے دن میں تین بار لئے جاسکیں تو بہت کچھ فائدہ حاصل ہو سکتا ہے، چنانچہ ایک مریض جو اس دوا کے بغیر خود کھانا کھانے یا کپڑے پہننے کے قابل نہیں ہوتا، اس دوا کی مدد سے ان کاموں کو کرنے کے قابل ہو جاتا ہے۔ بد قسمتی سے یہ اثر دوا کے مسلسل استعمال سے زائل ہو جانے کا امکان رکھتا ہے، لیکن اس میں طوالت اس طرح حاصل کی جاتی ہے کہ ہر چھ ہفتوں میں ایک ہفتہ یا ہفتہ میں ایک دن اس دوا کا استعمال ترک کر دیا جائے، اور اس وقفہ میں لفاح کے مشتقات میں سے کسی کا استعمال نہ کیا جائے۔

تحریر۔ وزارت صحت نے مندرجہ ذیل امور کی سفارش کی ہے

(۱۹۳۳ء)

”جس مکان میں سبب الی التاب دماغ کی کوئی واردات واقع ہو گئی ہو، یا اس کے کسی مریض کا علاج کیا جا رہا ہو، اس کے دوسرے کمینوں کو اطعینان دلا دینا چاہئے کہ مرض کی قوت سرایت پست ہے، اور مریض سے ملنے جلنے میں بہت کم خطرہ ہے۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی مناسب ہے کہ اس قسم کا میل جول صرف اسی حد تک ہونا چاہئے جو مریض کی معقول نگہداشت اور تیمارداری کیلئے ضروری ہو، اور مریض کو ایک جگہ آگاہ کرے میں علیحدہ رکھ دینا چاہئے۔

ایک احتیاطی تدبیر یہ ہے کہ متاثر گھرانے کے ان بچوں کو جو دیر سے جاتے ہیں، مریض کی تقریر کے بعد سے تین ہفتے تک مدرسہ نہیں جانے دینا چاہئے۔ دوسرے کمینوں کی نقل و حرکت میں روک ٹوک ضروری نہیں، بشرطیکہ ان کا امتحان بار بار کیا جاتا ہو اور وہ تندرست رہیں۔ لیکن مریض کے پاس اولیٰ کو واضح عفوشت انفی بر خاشات یا نظومات استعمال کرنے اور ایسے محمولات سے

حلق کا غرارہ کرنے کی یہ ایسا دینی چاہئے جیسے کہ انفلوئینزا کے لئے تجویز کئے جاتے ہیں۔

مثلاً مندرجہ ذیل میں سے کوئی ایک :—

(۱) پراکسائیڈ آف ہائیڈروجن (peroxide of hydrogen) کا

ایک فی صدی محلول۔

(۲) پریٹینکٹ آف پوٹاش کا محلول... ۵ میں ایک طاقت والا

معمولی نمک (سودیم کلورائیڈ) کے ۸-۱۰ فی صدی محلول میں۔

(۳) لاکر سوڈی کلورینیٹی (liquor sodæ chlorinatae) ۵-۵

فی صدی طاقت کا۔

”یہ محلولات حلق کے معمولی غاروں کے طور پر استعمال کئے جاسکتے ہیں یا تھنوں کی راہ سے سُر کے جاسکتے ہیں، یا ایک کارگر برستہ سے لگائے جاسکتے ہیں۔“

”اگر سرایت زدہ گھراسنے میں کوئی شخص خراش حلق یا ایسے دوسرے علامات میں مبتلا ہو جو مرض کے تمام حلق پر دلالت کریں، تو اس کا علاج بھی اسی نقطہ نظر سے کرنا چاہئے اور حتی الامکان اسے شفا ہونے تک علحدہ رکھ دینا چاہئے۔“

”مرض کے خاتمہ پر بیمار کے کمرے کی کامل تطہیر اور دفع عفونت ضروری ہے۔“

خراج دماغ

اصابتوں کی بڑی اکثریت میں بتلایا جاسکتا ہے کہ خراج ریم ساز عضویوں کی راست سرایت کا نتیجہ ہے۔ سب سے زیادہ عام سبب درمیانی گوش کا تھناتی التهاب (suppurative otitis media) ہوتا ہے۔ جیہی اور بعض فاتی ہوائی جھون کی سرایت اور کھوپری کے مُرتب کُور کے بعد بھی دماغ کا چھوڑا پیدا ہو سکتا ہے۔ جوئے خون کی راہ سے بالواسطہ سرایت شاذ ہے، لیکن تیج الدہوی اصابتوں

اور بالخصوص سینہ کے اندر مزن تقیع کی اصصابتوں (مثلاً شعبی تمسود = bronchiectasia یا دُیملہ = empyema) میں دماغ کا پھوڑا پیدا کر سکتی ہے۔
 ان آخر الذکر اصصابتوں میں پھوڑے کا سبب غالباً ایک سرایت زدہ علقہ کا علحدہ ہو جانا اور دماغ میں پھنس جانا ہے۔

امراض ذاتی منظر پھوڑے کی مدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ پہلا اور حاد تقیعی التهاب دماغ کا ہوتا ہے۔ یہ وسیع طور پر پھیل سکتا ہے اور جب ایسا ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ مہلک ہوتا ہے۔ اس حالت میں خراجی کفہ کھرد اور نامہوا پایا جاتا ہے اور گرد و پیش کے دماغی جرم میں ریسی در ریش ہوتی ہے۔ لیکن عموماً گرد و پیش کی بافتوں میں کافی تعامل واقع ہو کر ایک مقابلہ سخت اور چکنی دیوا بن جاتی ہے، جو سرایتی عمل کے پھیلاؤ کو محدود کرتی ہے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک مزن کیہ بند خراج پیدا ہو جاتا ہے۔ درمیانی گوش سے پیدا ہو جانے والے پھوڑے عموماً یا تو دُیمن میں یا صدغی نختہ میں واقع ہوتے ہیں۔ دماغی خراج کے ہمراہ ایک بروں جانی خراج موجود ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ آرم جافیہ اور سحالیے نخیف کے درمیان انفذامات ہوں جن سے سرایت کا راستہ ظاہر ہو سکتا ہے، یا جیسا کہ بہت سی اصصابتوں میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ پھوڑے پر کے سحالیے تندرست معلوم ہوں اور داخلہ کے راستے کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ نختہ سنجیہ بیشتر اوقات لمنے والا عضویہ ہے، لیکن التهاب گوش والی اصصابتوں میں بعض اوقات عصیہ قولونی عمومی ملتا ہے جس سے پیپ میں ایک مخصوص و تمیز بدبو پیدا ہو جاتی ہے۔ تقیع الدموی اصصابتوں میں بعض اوقات نختہ عینیدہ سبب ہوتا ہے۔

علامات۔ ان کا اخصار کچھ تو اس حالت کی سرایت رساں نوعیت پر ہوتا ہے اور کچھ پھوڑے کے محل وقوع پر۔ التهاب گوش سے پیدا ہو جانے والی اصصابتوں میں ابتدائی علامات اکثر خفیف ہوتے ہیں اور درمیانی گوش کے تقیعی التهاب یا التهاب علمیدہ (mastoiditis) کے دوران میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ یہ علامات تپ اور درد سر ہیں جن کے ساتھ اکثر تھیں اور غنودگی

ہوتی ہے۔ اگر یہ تپتی عمل بے روک پھیلتا جاتا ہے تو علامات میں برسرعت ترقی ہو جاتی ہے۔ پیش بلند درجہ پر پہنچتی ہے، دُمینی یا دماغی آفات کے امارات نمودار ہو جاتے ہیں، اور مریض ایک یا دو ہفتے میں ہلاک ہو جاتا ہے۔ لیکن نسبہ بہت زیادہ باریہ ہوتا ہے کہ پھوڑا ایک بند ہو جاتا ہے، ابتدائی علامات جو ممکن ہے کہ خفیف رہے ہوں، زائل ہو جاتے ہیں، اور ایک مزن خراج پیدا ہو جاتا ہے، جس کے علامات کا انحصار تقریباً تمام تر اس کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ مریض جسے ایک مزن دماغی خراج ہے ممکن ہے ہفتوں یا مہینوں کا کام جاری رکھ سکے اور اس کو چند ہی علامات ہوں اور وہ مخدوش طور پر بیمار بھی نہ نظر آئے۔ انبخاری یا انشقاقی نوعیت کا درد مزن خراج کے ابتدائی درجوں کی ایک نہایت متعل علامت ہے، لیکن ممکن ہے کہ یہ درد قفوں کے ساتھ ہو۔ دُمینی خراج کسی جانب بھی ہو اس کے اہم امارات حسب ذیل ہیں:۔ ضرر کی جانب کو دیکھنے پر رقص متعلق اسی جانب کے جوارح کی عدم ہم آہنگی جیسی کہ بالخصوص مہمی انفی الصبی امتحان سے ظاہر ہوتی ہے، اور چلنے میں اسی جانب کو لڑکھڑانے کا رجحان۔ ایک آئین شخص میں بائیں صدغی خراج کی حالت میں جبکہ ایک نہایت اہم خمیز امارت ہے جو لفظی تسیان کی شکل میں ہوتا ہے، چنانچہ محتاط امتحان سے ظاہر ہو گا کہ اگر مریض کے سامنے چند اشیا رکھ دی جائیں تو ان کا نام بتلانے کی کوشش میں کبھی کبھی اسے صحیح لفظ یاد نہیں آتا۔

712

کسی ایک صدغی نمٹہ میں پھوڑا ہونے کے مزید امارات یہ ہیں:۔
مقابل جانب پر چہرے کے زیریں حصے میں کمزوری اور استقامتی میدان میں نقص۔
آخر الذکر عملاً بالائی ربع دائرہ کے نقص کی صورت میں ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اشعاع بصری کا زیریں بندل اس جگہ جہاں وہ صدغی نمٹہ کے پچھلے حصے میں جاتا ہے ماؤف ہو جاتا ہے۔ جیسے جیسے پھوڑا جامت میں بڑھتا جاتا ہے، دروں جمعی خراج کے امارات، درد سر، قے، غنودگی اور بطن النبیض زیادہ واضح ہوتے جاتے ہیں، اور اُن ذریعے حلیمہ بصری نمایاں ہو جاتا ہے۔ بالعموم پیش طبعی یا تحت الطبی رہتی ہے۔

دماغی شخاعی سیال پر زیادہ دباؤ ہو جاتا ہے، اور اس میں غلیظوں کی
مختل زیادتی پائی جاتی ہے، جو خاص کر لغنی غلیظوں کی اور نسبت کم تناسب میں
کثیر الاشکال نواتی غلیظوں کی کثرت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور پروفٹین بھی زیادہ ہو جاتا
ہے۔ اس سیال میں کثیر الاشکال غلیظوں کی کسی بڑی تعداد کا ملنا اس امر کی دلالت
ہے کہ یا تو پیموڑا بقیں کے اندر یا تحت العنکبوتی قضا کے اندر ترشح کر رہا ہے۔
تفصیص۔ درمیانی گوشش کے التهاب کے دوران میں بالخصوص جبکہ
اس التهاب کے ساتھ غلیظ کی سرایت (mastoid infection) بھی ایک پیچیدگی
کے طور پر پیدا ہو گئی ہو، دماغی علامات کے نمودار ہونے سے ہمیشہ خراج کا سوال پیدا
ہو جائے گا۔ لیکن اس کی شناخت دوسری پیچیدگیوں جیسے کہ جانبی جوٹ کی
علقیہ (lateral sinus thrombosis) بڑوں جانی حشر (extra dural
abscess) اور التهاب سحایا سے کرنی پڑتی ہے، جو غلظہ پیدا ہو سکتے ہیں یا دماغی
خراج کے ساتھ ہمزماں طور پر موجود ہو سکتے ہیں۔ دماغی اور صدغی لغتہ کی متذکرہ بالا
امانات کی محتاط تلاش ممکن ہے کہ اس سوال کا فیصلہ کر دے، مگر دائیں جانب
کا صدغی خراج بالخصوص کم امارات پیدا کرتا ہے۔ شخاعی سیال کے امتحان سے
مدونہ ممکن ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ قطنی کچھ کے سے سرایت کے پھیلنے
کا خطرہ ہے۔ لہذا اس سیال کا فوراً امتحان کرنا چاہئے، اور اگر شہادت مثبت
ہو تو بلا مزید تاخیر جراحی عملیہ کر دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ایک مزمن خراج کی تشخیص
میں بڑی مشکلات پیش آئیں۔ جب کسی ایسے شخص میں جس کا کان بہہ رہا ہو شدید
دوسری مسلسل شکایت ہو تو پیموڑا ہونے کے امکان پر غور کرنا چاہئے اور مریض کا
امتحان اس طریقہ سے کرنا چاہئے جو پہلے بیان کیا گیا ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا
چاہئے کہ مزمن سیلان الاذن ایک عام شکایت ہے جو دماغی آتشک یا دماغی
سلو کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتی ہے۔

اُتذار۔ خراج کی تفریق سے بہت سی امابتوں کو شفا حاصل ہوئی ہے۔
جراحیات کی مدد کے بغیر شفا کی توقع نہیں ہو سکتی ہے۔

علاج۔ جب پیموڑے کی شناخت معقول یقین کے ساتھ ہو سکے

اور اس کے محل وقوع کا تعین ٹھیک ٹھیک ہو گیا ہو تو پیپ کو خارج کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔

قطع نظر جراحی مداخلت کے، دماغ کے پھوڑے کا علاج خالصاً علاماتی ہونا چاہئے۔ تخفیف درد کی کوشش تھامی وافع درد ادویہ کے استعمال سے، سر پر برف رکھنے اور آسپرین (aspirin) یا مارفین (morphia) سے کی جاسکتی ہے۔

دماغ کی کوفتگی

(cerebral contusion)

سر پر بلا واسطہ یا بالواسطہ تشدد ہونے سے جرم دماغ میں دریدگی اور کوفتگی واقع ہو سکتی ہے۔ دماغ کی ایسی مضرت رسیدگی اگرچہ عموماً جلد اس یا بچھر کے بیرونی تضرر کی شہادت کے ساتھ پائی جاتی ہے، تاہم اس کے بغیر بھی واقع ہو سکتی ہے۔ بہر حال ایک مزایت زدہ مرکب کسر (compound fracture) یا شریانی زخم ایسی پیچیدگیوں سے قطع نظر اس کے اہم علامات جمعی مضرت رسیدگی کے نہیں بلکہ زیادہ تر دماغی مضرت رسیدگی کے ہوتے ہیں۔

اہم اخصیات - تشدد بھی تغیرات جو آگے بیان کی جانے والی علامات کا بنیادی سبب ہیں، مہلک امواتوں میں دماغ کے ممانہ سے مستنبط کئے جاسکتے ہیں۔ تضرر کی اصلی خصوصیت عروق شریانی اور چھوٹی وریدوں کا انشقاق ہے، جس سے خون کی وعادہ ری واقع ہو جاتی ہے۔ یہ متعدد ونشی نزقات کی شکل اختیار کر لیتی ہے، جو سارے دماغ میں منتشر ہوتے ہیں یا نسبت بڑی وعادہوں کی شکل اختیار کر لیتی ہے جو بلا واسطہ تضرر کی حالت میں عموماً نقطہ نقصا دم یا نقطہ ضرب متقابل (contre coup) کے پاس واقع ہوتی ہیں۔ تضرر کے ان بڑے رقبوں میں دماغی جرم اکثر اوقات اس خارج ہونے والے خون کی وجہ سے پھٹ کر پارہ پارہ ہو جاتا ہے۔ بالواسطہ تشدد سے مدغنی اور جہی لختوں کے اگلے قطب اور سمتانی سطح بالخصوص متضرر ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں جس کی وجہ جیسا کہ سب سے پہلے ہلٹن (Hilton) نے بتلایا، غالباً یہ ہے کہ ان مقامات میں دماغی ننخامی

سیال کا آبی مباد غیر عمیق ہوتا ہے اور دماغی قشر کی بے قاعدگیاں بڑی کے مائل ڈولوں کے ساتھ زیادہ قریبی طور پر لگی ہوئی ہوتی ہیں۔

علامات۔ اگر تفرر زیادہ شدید پہنچا ہے تو غالباً ارتجاج (یعنی حادثہ کے فی الفور بعد مکمل بے ہوشی کی سرگزشت پائی جائے گی۔ چونکہ ارتجاج کے علامات سرخ الزوال دماغی عدم دمویت کے باعث ہوتے ہیں جس کے ساتھ ساخت کی کوئی مضرت رسیدگی نہیں ہوتی، لہذا وہ خود سرخ الزوال ہوتے ہیں۔ دماغی عدم دمویت کی اس ہیئت کے بعد ممکن ہے کہ اذیا کی ہیئت ہو جس کا نتیجہ درد سر، کئے اور غنودگی ہوتی ہے، لیکن یہ علامات ایک سادہ ارتجاج کی حالت میں جس میں ساخت کی مضرت رسیدگی کی کوئی پیچیدہ گی نہیں ہوتی، نہ وہیں گھٹنے ختم ہونے کے بعد قائب ہو جانے چاہئیں۔ اس سے یہ لازم آتا ہے کہ دماغی اختلال کی ہر اس علامت کو جو اس عرصہ کے بعد جاری رہے، اعتنوی مضرت رسیدگی سے خوب کرنا چاہئے۔ یہ مضرت رسیدگی (قطع نظر سرایت اور سحالی نزت کے امکانات کے) دماغی کوفتگی پر شش جوگی جو تفرر کے وقت واقع ہوئی تھی۔

دماغی کوفتگی کے علامات دو انتہاؤں کے درمیان اختلاف پذیر ہوتے ہیں، یعنی ایک انتہا پر سائل ڈبول یا بدیان کی حالت اور دوسری انتہا پر کا ہے گا ہے درد سر کا ہونا۔ لہذا دماغی کوفتگی کے درجہ اکبر اور درجہ اصغر کے درمیان اختیار کرنا سرری بیان کی عرض سے فائدہ مند ہے، بشرطیکہ یہ یاد رکھا جائے کہ یہ طریقہ اختیار اختیار ہے۔ سب سے زیادہ سہولت بخش طریقہ اختیار یہ ہے کہ ان تمام اصابتوں کو جن میں تیرگی شور یا ڈبول ظاہر ہو کوفتگی اکبر کے زمرہ میں شامل کیا جائے اور باقی ماندہ تمام اصابتوں کو کوفتگی اصغر کے گروہ میں۔

کوفتگی اکبر (major contusion)۔ اس میں تفرر تقریباً ہمیشہ مہی نوعیت اور درجہ کا ہوتا ہے جس سے فوری ارتجاج ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد مہین کے جو اس کے بعد بجا ہو جاتے ہیں، لیکن سہلے اس کے کہ سرخ اور کامل شفا ہو کر طبی حالت عموماً کرائے جو ایک سادہ ارتجاج کا تمیز فائدہ ہے، یہ پایا جاتا ہے کہ

مریض چوبیس گھنٹے کے خاتمہ پر کسی حد تک ذہنی تیرگی ظاہر کرتا ہے۔ ایک شدید
 اصابت میں یہ حالت ذہول تک پہنچے گی جس میں مریض کو عموماً بے ہوش
 بیان کیا جاتا ہے۔ تاہم وہ زوردار ہتھیار کی محبت ظاہر کرے گا جس میں اکثر
 خفگی کا مظاہر ہوگا اور بالخصوص رات کے وقت اس کے شور و ضل میلنے
 اور برا بیچنے کے ہونے کا امکان ہوتا ہے اور ساتھ ہی اسے باصرہ اور سامعہ کے
 توہمات ہوتے ہیں۔ پیش اور شرج نبض عموماً زیادہ ہوجاتی ہے۔ یہ حالت
 جسے دماغی خراش یا ضربی ہذیان (traumatic delirium) کا نام دیا گیا ہے
 وسیع دماغی کوفتگی کی علامت ہے۔ نسبتاً خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ
 تیرگی نشور ظاہر نہ ہو تا وقتیکہ اس کے متعلق احتیاط کے ساتھ دریافت نہ کیا
 جائے۔ ممکن ہے کہ مریض کا بہتا و معمولی ہو کر وہ اپنے ماحول کے متعلق کامل
 طور پر باخبر نہیں ہوتا اس دن کے واقعات کا حافظہ ناقص ہوتا ہے اور
 بعد میں معلوم ہوتا ہے کہ اسے اپنی بیماری کی اس ہیئت کی یاد نہیں ہوتی یا کم
 ہوتی ہے۔ مقامی دماغی مغزرت رسیدگی کے طبیسی آثار اس سریری تصویر
 کی لازمی خصوصیت نہیں ہوتے لیکن ایک شدید اصابت کے ابتدائی درجوں
 میں انحصاری ہیئت عموماً باسط ہوتی ہے۔ قطعی کچھ کے سے ایسا نیالی حاصل ہوتا
 ہے جو اوپری عروق کے انشقاق کے باعث اکثر خون آلود ہوتا ہے اور بعض
 اوقات دباؤ کی زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں ہذیان کی
 خستگی کے باعث یا شخاع متفیل کے مرکوزوں کی ماؤفیت کے باعث پہلے ہیئت
 کے دوران میں موت واقع ہوجانا ممکن ہے۔ عام میلان شغایانی کے طرف
 ہوتا ہے لیکن یہ اکثر نامکمل ہوتی ہے۔ ذہنی تنزل اتنے درجہ کا کہ جو ادارتی
 نگہداشت کی ضرورت لاحق کرے نہایت غیر عام ہے (ملاحظہ ہو ذہنی
 امراض کی "عضوی تعاملی قسم" "organic reaction type" صفحہ 769)
 لیکن خفیف تر تغیرات اکثر واضح ہوتے ہیں۔ یہ حافظہ اور اجتماع خیالات کے
 نقص جذبات پر قابو کے فقدان اور شخصیت میں تغیرات کی شکل اختیار کرتے
 ہیں۔ ممکن ہے کہ داء النفس یا داء النفسی عصبانیتی نوعیت کے مابقی رجحانات

تیز ہو جائیں اور اختلاج عام طور پر ناقص ہوتا ہے۔ درجہ شنایابی کے دورے علامات اس قسم کا دوسرا دورہ اور دوران سر میں جو ابھی کوفتگیِ اصغر کے میز خصائص کے طور پر بیان کئے جائیں گے۔ مناسب حالات میں ممکن ہے کہ ایک سال یا اختصارہ ماہ تک اصلاح جاری رہے، لیکن راقم الحروف کے جمع کردہ تضرعات سر کے گروہ میں انتہائی مستاحج کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ کوفتگیِ اکبر کے مریضوں میں سے وہ اشخاص جو حادثہ کے ایک سال کے بعد پورے کام پر واپس آئے ۱/۲ سے زائد نہ تھے۔

دماغ کی کوفتگیِ اکبر کا علاج اجتہادی درجوں میں آرام و سکون ہے۔ محتاط تیمارداری ضروری چیز ہے۔ اجتہاد و ہجوان کی روک تھام کیلئے مارفیا، یا مارفیا اور ہیا سین (hyoscine) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ازاں بعد کلورل (chloral) اور برومائیڈ (bromide) اور پیرالڈی ہائیڈ (paraldehyde) کا استعمال براہ درہن یا دگنی متادوں میں براہ مستقیم بہترین ہے جس سے یہ غرض ہوتی ہے کہ ذہول پیدا کئے بغیر بے ہوشی اور ہجوان کی حتی الامکان روک تھام کی جائے۔ غذا و دہی کی تنظیم مریض کے ذائقہ اور مقتضیات وقت کے لحاظ سے کرنی چاہئے۔ الکحل سے پرہیز کرنا چاہئے۔ قلبی کچھ کا استہام دینا چاہئے اور دماغی شخاعی سیال کا دباؤ ایک ضغطِ میا کے ذریعہ ناپنا چاہئے۔ اگر یہ بند ہو تو اتنا سیال نکال لینا چاہئے کہ جو دباؤ کو گرا کر درجہِ طبی تک لے آئے (۱۲۰ ملی میٹر پانی کے) مریض کو فوولر (Fowler) کی وضع میں سہارا دے کر لیٹا دینا چاہئے اور براہ درہن میگنیم سلفیٹ اس حد تک دینا چاہئے کہ دست آنے لگیں یا اسے براہ مستقیم ایک محلول کی صورت میں دینا چاہئے جس میں چھ اونس پانی میں سین اونس میگنیم سلفیٹ موجود ہو۔ تاہم بہت سی اصابتوں میں دباؤ طبی پایا جاتا ہے۔ ان میں دماغی شخاعی سیال بالکل نہیں نکالنا چاہئے اور میگنیم سلفیٹ کے ذریعہ آبِ ربانی کرنا ضروری ہے۔

درجہِ نقیہیت میں علاج وہی ہے جو کوفتگیِ اصغر کے لئے ہوتا ہے۔

کو فتنگی اصغر۔ اس زمرہ کے علامات اور تہاج کے علامات کے بعد واقع ہو سکتے ہیں یا ممکن ہے کہ بلا کسی ایسی تہید کے ایسے تقرر کے بعد واقع ہو جائیں جو ہرگز اُس وقت قابل اعتنا نہیں معلوم ہوا۔ علامات نمودار ہونے سے پہلے عموماً ایک یا دو دن کا وقفہ ہوتا ہے جس کے دوران میں مریض سمجھتا ہے کہ وہ پیش آمدہ حادثہ سے کامل طور پر شنایاب ہو گیا ہے۔ خاص شکایات یہ ہوتے ہیں ۱۔ درد سر، مکرر اور بلند تر داعی افعال کا رک جانا جو فقدانِ اعتماد، معصوبیت، اور اجتماعِ خیالات میں وقت کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔

درد سر دو قسموں کا ہو سکتا ہے۔ قہ جوب سے زیادہ مہتر و مخصوص طرز کا ہوتا ہے، وقفہ وار تپک اور انفجاری درد ہے جو کھانسنے، جھپکنے یا زور لگانے سے یا کسی غیر معمولی جسمانی یا دماغی جدوجہد سے پیدا ہو جاتا یا بڑھ جاتا ہے۔ یہ اکثر تقرر کے مقام سے یا نقطہ ضرب متقابل سے منسوب کیا جاتا ہے، لیکن جیسا یا عمومی بھی ہو سکتا ہے۔ مریض سے سوال کیا جائے تو وہ اکثر وضع سے درد کا تعلق ہونے کا اعتراف کرے گا، اور بالعموم یہ درد سر مریض کی افحی وضع میں سب سے زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اس قسم کا درد سر اُس درد سر سے مشابہ ہوتا ہے جو دروں مجبوی دباؤ کی معلوم اصابتوں میں پایا جاتا ہے اور غالباً اسی سبب سے ہوتا ہے۔ دوسری قسم کے ساتھ ہمیشہ کوئی نہ کوئی ذہنی علامات ہوتے ہیں جن کا بیان آگے آئے گا۔ اس کے درد کے نام کے بجائے زیادہ تر احساسِ تکلیف کے نام سے بیان کیا جاتا ہے مثلاً دباؤ گرمی یا سن پٹن کا احساس جو سر کو گھیرے ہوئے ہے، یہ مسلسل ہونے کے بجائے وقفہ وار ہوتا ہے اور دماغی جدوجہد یا تکلیف سے زیادہ ہو جاتا ہے۔

ذہنی علامات یہ ہوتے ہیں:۔ قوی عقلیہ کی سستی جس کی نہ صرف مریض شکایت کرتا ہے بلکہ جو اُس کی گفتگو اور افعال میں بھی فطرتاً ہی ہے۔ تذبذب، بزدلی اور ناقص جذباتی قابو۔

چکرانے کو عموماً ڈنگلانے کے عام احساس کی حیثیت سے بیان کیا

جاتا ہے جس میں گرسنے کا درد ہوتا ہے اور جو سر میں الزوال ہوتا ہے اور بھٹکنے یا سر کی تیز حرکت سے پیدا ہو جاتا ہے۔

یہ علامت علامات (جب یہ ایک ساتھ موجود ہوں) ایک ایسی سرری تصویر پیدا کرتا ہے جو بآسانی شناخت ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک علامت کا غلبہ ہو۔ طبیی امارات عموماً غیر موجود ہوتے ہیں اگرچہ محتاطاً معیاتی امتحان کبھی کبھی باسط انحصاری ہمیدیت (جس کا پہلے شعبہ نہیں ہوا) غیر موجود شکلی معکوسہ یا رقص مقلد پایا جاتا ہے جو اس کی مصرت رسیدگی کی شہادت بہم پہنچاتا ہے۔

معقول انصرام سے کوفتگی، اصفریٰ بیشتر اصابتوں میں کئی شفا ہو جاتی ہے۔ ان کی اقلیت میں بعض علامات غیر متعین طور پر جاری رہتے ہیں اور بیش قسم تشکی قسم کے درد سر کا امکان سب سے زیادہ ہٹایا جاتا ہے۔

کوفتگی، اصفریٰ کے علاج میں طویل آرام اور معقول طور پر تدریجی نصیبت اہم نکات ہیں۔ پہلے مریض کو بستر میں لٹا دینا چاہئے۔ بیٹھی ہوئی وضع میں فطری اور علی طور پر درون جمی دباؤ کم ہونے کا امکان ہوتا ہے، لیکن مریض کو ترغیب دینی چاہئے کہ وہ اپنے لئے بہترین وضع خود تلاش کر لے۔

715

حتی الامکان تیز و سختی اور شور و غل نہ ہونے دینا چاہئے، ملاقاتوں کی ممانعت اور قطعی خاموشی کی تاکید کر دینی چاہئے۔ تفریحی کتب بینی کی اجازت دی جاسکتی ہے اور تمباکو قابل منطوری ہے، لیکن الکحل ممنوع ہے۔ ارشاد پیدا کرنے کی غرض سے ایک آمیزہ جس میں پوٹاس برومائڈ ۱۰ تا ۱۵ گریں شامل ہو، دن میں ۳ بار استعمال کرنا چاہئے اور مریض کو بچھل لینے کی ترغیب دینا چاہئے۔

دوسرے کے لئے حسب ضرورت ایسپرون (aspirin) اور فیناسٹین (phenacetin) اور بیخوابی کے لئے، اگر ضرورت ہو تو، میڈینال (medinal) ۵ تا ۱۰ گریں رات کے وقت دے سکتے ہیں۔ ٹیکنیسا سلفاس کی ضروری مقدار کے استعمال سے روزانہ نرم اجابتیں لانی چاہئیں۔ یہ جمتیہ (regime) جاری رکھنا چاہئے حتیٰ کہ مریض کو تین چار دن تک دوسرہ ہو۔ پھر اسے قدم بہ قدم بڑھ کر زیادہ آزاد

دینا چاہئے، اس طرح کہ پہلے پاخانہ اور غسل خاند تک چل کر جانے کی اجازت دیں اور پھر دو دو دن کے وقفوں سے جبانی اور ذہنی فعالیت کو بڑھاتے رہیں۔ دوسری یا بیخوابی ایسی علامات کا نکلنا اس امر کا اشارہ ہے کہ ایک قدم پیچھے ہٹیں اور نقیصیت کے راستہ پر از سر نو گامزن ہوں۔ بالخصوص آخری درجہ کا انصرام خوش اسلوبی کے ساتھ ہوتا ضروری ہے اور کام پر واپس آنے سے پہلے مریض کو ایک تعطیل کی صورت میں اپنی ذہنی اور جسمانی قابلیت برواشت کو جانچنے کا موقع دینا چاہئے۔ مرض کے ابتدائی درجوں میں مدت مرض کے متعلق پیشین گوئی ناپاکن ہے، کیونکہ اس کا انحصار علاج کے نتائج پر ہونا چاہئے۔

تقریری تشخیص۔ دماغی کوفتگی کے علامات اس کے آخری درجوں یا درجہ انصرام میں تشویشی عصبانیت (anxiety neurosis) کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ "ضرری عصبی نہا کست" ("traumatic neurasthenia") کی اصطلاح اس طرح ایجاد ہوئی ہے، اور اکثر اس کا اطلاق ہلکی ذہنی خرابی کی ان تمام اصابتوں پر کیا جاتا ہے جو تقریر پہنچنے کے بعد پیدا ہو جائیں، اگرچہ عضوی اور دماغی عصبی عناصر کے درمیان تفریق نہیں کی جاتی۔ لیکن یہ تفریق علاجی اور طبی قانونی دونوں نقطہ نظر سے اہم ہے۔ مگر اور جسم کے کسی دوسرے حصے کے حادثہ کے بعد ایک عصبانیت واقع ہو سکتی ہے جو بالعموم معاوضہ وصول کرنے کی غرض سے مرض کو آڑ بنانے کی خواہش سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کا علاج نفسی (psycho-therapy) ہونا چاہئے، اور اس کے معاوضہ کا تخمینہ ایک ایسی حالت کے طور پر کرنا چاہئے جو کامل طور پر شفا یاب ہو سکتی ہے۔ کوفتگی کے وہ ذہنی علامات جن کا انحصار عضوی یا دماغی مضرت رسیدگی پر ہو، مختلف علاج کے متقاضی ہوتے ہیں، علاوہ ازیں ان کے مزدوری کماتے کی قابلیت میں بھی مستقل کمی واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبی امارات کی غیر موجودگی میں تفریقی تشخیص بہت مشکل ہو۔ دماغی کوفتگی کی تائید امور ذیل سے ہوتی ہے: اہتمام خیالات میں معروضی وقت، حافظہ میں نقص، اور عقلی اعمال کی سستی۔ اس کے ساتھ کوفتگی کے

دوسرے ایسے علامات کا پایا جاتا ہے جیسے کہ بیش تشنہ قسم کا درجہ اور چکر آنا۔ تھرمک کے بعد طویل عرصہ تک تیرگی شعور ہونے کی سرگشت۔ اسب سے زیادہ وقت طلب وہ اصابتیں ہیں جن میں حقیقی دماغی کو فکلی کے علامات پر تشویشی عصبانیہ است کے علامات مستزاد ہو جاتے ہیں جن کا ایک از کار رفتہ مزدور میں نمویاب ہو جانا ایک قدرتی امر ہے۔

رضعی دماغی دو جانبی فلج

(infantile cerebral diplegia)

‘infantile spastic پا فلج شنجی’

‘diplegia spastica = paraplegia شنجی دو جانبی فلج’

‘congenital spastic = پا فلج شنجی’

‘paraplegia = ولادتی شلل = birth palsy’

اس نام میں جراح کی دو جانبی شنجی کمزوری کی وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن کا مبداء دماغی ہو اور جو شیرخواری یا ابتدائی طفلی کے زمانہ میں واقع ہوں۔ امراضیاتی اور سریری خصائص کے لحاظ سے ان اصابتوں کو دو گروہوں میں مزید تقسیم کیا جاسکتا ہے (6)۔

پہلا گروہ ان اصابتوں پر مشتمل ہے جن کے علامات: دونوں مائی نیم کروں کے ایسے اضرار سے پیدا ہو جاتے ہیں جو پیدائش کے وقت یا بعد میں تھرمک یا سرایت کا نتیجہ ہوں۔ ایسے اسباب میں سے عام ترین سحائی یا دماغی نزفات ہیں جو پیدائشی تھرمک کا نتیجہ ہوں، نیز جادو الہتاب دماغ (ملاحظہ ہو صفحہ 780) ہے۔

ایسی مثالوں میں امتحان بعد المات سے دماغ میں تھرمک یا الہتاب کا ثبوت ملتا ہے، جو مری اصابتوں میں سحائی انداب اور دوری سکون کی شکل میں ہوتا ہے، اور ساری مبداء والی اصابتوں میں گرد و عروقی انداب کی شکل میں ہوتا ہے۔

لیکن ہے سرمدی طور پر بہت سی اصابتوں میں تصرف یا سہارت کی کوئی متعین سرگزشت حاصل نہ ہو، لیکن پیدائش کے تھوڑے عرصہ بعد تشخیصات کے سلسلہ کا وقوع سماجی نزف پر دلالت کرتا ہے، یا ممکن ہے کہ دوران شیرخواری میں ایک حادثہ حوی مرض کی سرگزشت پائی جائے۔

بالعموم علامات غیر متشاکل ہوتے ہیں، اور ایک جارح یا جسم کی ایک جانب دوسری کے نسبت زیادہ موقوف ہوتی ہے۔ حقیقتہً شلل اکثر نظر انداز ہو جاتا ہے، اور اس وقت معلوم ہوتا ہے جب کہ بچہ، ٹھک کر بیٹھنے، چلنے اور بولنے میں پھسڈی ثابت ہوتا ہے۔

ایسی اصابتوں میں مفرت رسیدگی ناقابل تلافی نوعیت کی ہوتی ہے، لیکن محتاط طور پر مرتب کردہ علاجی ورزشوں اور قواعد (drill) کے ذریعہ ان بچوں کے لئے بہت کچھ کیا جاسکتا ہے۔ تقریباً ہمیشہ کہیتقدرو ذہنی خرابی ہوتی ہے، جو لا علاج ہے۔ تاہم یہ بچے اس سے بہت زیادہ تربیت پذیر ہوتے ہیں کہ جتنا باہمی النظر میں سمجھا جاتا ہے، اور صبر کے ساتھ تربیت دی جائے تو وہ عموماً بیکار نہیں ثابت ہوتی۔

دوسرا گروہ دماغی دو جانبی فالج کی اصابتوں کی اکثریت سے بنتا ہے، اور ان اصابتوں پر شلل ہے جن میں عموماً رحم کے اندر (لیکن بعض اوقات پیدائش کے بعد) فعل کرنے والے کسی خفی اور غیر واضح سبب سے قشری غلیظوں کا نموسدود یا سست ہو جاتا ہے۔

اس قسم کی شدید اصابت میں دماغ چھوٹا اور مذبول ہوتا ہے، اسکی تنجاوین چوڑی اور سلائیٹ جھری دار ہوتی ہیں، اور اسے بعض اوقات انخروٹ کے گودے سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ خرد بینی امتحان سے قشری عصبی غلیظوں کی تعداد میں کمی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ عصبی سریش کی ثانوی پیش بالیدگی ہوتی ہے۔ یہ عمل دونوں نیم گروں میں متشاکل ہوتا ہے اور بعض اوقات وسیع کو بھی شامل کر لیتا ہے۔ اکثر اوقات اعصاب بصری بھی انخطا یا فتنہ ہوتے ہیں۔ سرمدی طور پر ان اصابتوں کو شخصیت اور کمزوری کا حیرت انگیز تشاکل

ممکنہ کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیدائش کے وقت کوئی چیز نہ معلوم ہو، اگرچہ اکثر قبل از میعاد سنت یا معجل وضع حمل کی سرگزشت پائی جاتی ہے، غالباً اس لئے کہ وری سبب جو بچہ میں مرض پیدا کرتا ہے، ماں کے میکا نسمہ تناسل (reproductive mechanism) کو بھی آؤف کرتا ہے۔ پیدائش کے بعد ممکن ہے کہ بچہ کمزوری کے ساتھ دودھ پوے، لیکن اکثر کوئی چیز نہیں معلوم ہوتی، ہائیک کہ وہ جو ارج زیرین کی اگر ٹکی وجہ سے اٹھ کر بیٹھنے میں چھڑی اور چلتا کیٹنے میں سنت پایا جاتا ہے۔ بالآخر حالت بہت کچھ ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ بالغوں نے شہنی پافالچ میں دیکھی جاتی ہے۔ جو ارج ببط شدہ اور کرحت ہوتے ہیں، اور وتری جھٹکے بڑے ہوتے اور اخصی بجمیت متعل طور پر باسط ہوتی ہے۔ بعض اوقات عضلات مقربہ کاشنج انتہائی درجہ کا ہوتا ہے اور ٹانگیں ایک دوسری پر صلیبی شکل میں چڑھی ہوئی ہوتی ہیں، اور اس کے باوجود کچھ کسی نہ کسی طرح حل ہی لیتا ہے (مستطاح الساقین قرار - crossed-leg progression)۔ بازو ٹانگوں کی طرح کبھی کرحت نہیں ہوتے اور ممکن ہے کہ بالکل غیر آؤف رہیں یہ تصویر دمنی بے نعتی اور رقص مقلد کے اضافہ سے چھیدہ ہو سکتی ہے، اور ذبولی محسب بصری اکثر واقع ہو جاتا ہے۔ ذہنی خرابی کسی حد تک عموماً موجود ہوتی ہے۔

خلقی مبداء رکھنے والی اصابتوں میں (اور یہ اکثریت میں ہوتی ہیں) اگرچہ بعض عصبی خلیات کا نمورک جاتا ہے، تاہم بعض خلیات میں یہ محض سنت ہو جاتا ہے، اور علامتی ورزشوں اور با استقامت تربیت کے ذریعہ مناسب علاج کرنے سے معتد بہ اصلاح کی توقع کی جاسکتی ہے۔

علاج - دونوں گروہوں کی اصابتوں میں علاج مائل ہوتا ہے، یعنی قواعد (drill) اور ورزشیں باقاعدگی کے ساتھ ہوں اور تربیت کی مناسب تلمیذیں، تشویش کا علاج دست دزدی، تجربہ اور جب ضرورت درشگانی کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ دوسرے گروہ کی اصابتوں کا ایک تطیل مناسب تشکی مبداء کا ہوتا ہے چنانچہ اس کا علاج اسی لحاظ سے ہونا چاہئے۔
خانہ انی کمشتی ابلھی (anaurotic family idiocy)

(مرض تے ساک = Tay-Sach's disease) - یہ زمانہ شیرخواری کا ایک خاندانی مرض ہے، جو بالخصوص یہودی نسل میں ہوا کرتا ہے اور اس کا انحصار شکیہ اور سارے عصبی نظام میں عصبی خلیوں کے متری اخطاط پر ہوتا ہے۔ ماؤف خلیے متوزم ہو کر اخطاط یافتہ اور بالآخر جذب ہو جاتے ہیں۔ علامات عموماً زندگی کے پہلے سال کے اندر ہی شروع ہوتے ہیں اور ذہنی کمزوری تشنجات، شنجی کمزوری اور بصارت کے فضل پر مشتمل ہوتے ہیں۔ چشم بینی تصویر ممیز ہوتی ہے۔ یہ شکیہ اخطاط لفظ کے مقام پر اعلم ہوتا ہے، اور مشیمہ اس کے آریار اسی خطے میں ایک شاہدہ جیسے سرخ دھبے کی طرح نظر آتا ہے۔ قریب بصری اولی ذہول ظاہر کرتا ہے۔ یہ مرض برابر ترقی کرتا ہے اور زمانہ آغاز سے عموماً ایک سال کے اندر مہلک خاتمہ کو پہنچتا ہے۔ آخری درجوں میں مشلول جوارح بچے ہو جاتے ہیں۔

(carebro-macular degeneration) دماغی لطیفی اخطاط (مرض تے ساک کی طفولی قسم = juvenile form of Tay-Sach's disease)

(Vogt Spielmeier's = disease) - واث اسپائل میس کی کا مرض disease - یہ مرض ایک خاندانی حدوث رکھنے میں اور دماغ اور شکیہ کے عصبی خلیوں کے ہزماں اخطاط پر منحصر ہونے میں خاندانی گنتی ابھی کو مشاہدہ رکھتا ہے۔ لیکن یہ عموماً غیر یہودی اقوام میں پایا جاتا ہے اور اس کا آغاز شیرخواری کی عمر کے بجائے زیادہ تر بچپن میں ہوتا ہے۔ چشم بینی منظر بھی گنتی ابھی کے منظر سے مختلف ہوتا ہے۔ ابتدائی ترین تغیر لطیفی رقبہ میں ایک سپید دائرہ ہوتا ہے جس کا حاشیہ سرخ ہوتا ہے۔ ازاں بعد اسی رقبہ میں دقیق سپید دھبے اور لون کے چھینے نمودار ہو کر فلفل نمکی منظر پیدا کر دیتے ہیں۔ اقراس بصری موی خوب ظاہر کرتے ہیں۔ شکیہ کا اخطاط بالآخر وسیع طور پر پھیل جاتا ہے۔ سرری طور پر بصارت کا ترقی پذیر فضل اور اس کے ساتھ ذہنی تنزل اور صری خطے واقع ہوتے ہیں اور دماغی اور ذہنی مرض کے طبیعی امارات ہوتے ہیں۔ مرض کی ترقی اس کے نسبت زیادہ مست ہوتی ہے کہ جتنی گنتی ابھی میں ہوتی ہے۔

لیکن موت عموماً پندرہ سال کی عمر سے پہلے واقع ہو جاتی ہے۔
 جو کہ جس میں حملہ مرض ہوتا ہے، نیز چشم، بینی، منظر، اس مرض کو خاندانی گنتی
 ابلھی سے میسر کرتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، رضیعی دماغی دو جانی فالج سے
 اس کی شناخت، اس کے علامات کی ترقی پذیر نوعیت اور شبکیگی، ماؤفیت
 کی بنا پر کی جا سکتی ہے۔

شیلڈری التهاب دماغ (Schilder's encephalitis) (رگرد
 محوری منتشر التهاب دماغ = encephalitis periaxialis diffusa)۔
 یہ مرض ۱۹۱۲ء میں پہلے شیلڈر نے بیان کیا، اگرچہ اس کی ایک غیر شائع شدہ
 اصابت ۱۹۰۲ء میں کولیر (Collier) نے نیشنل ہاسپٹل، کونین اسکوائر
 (National Hospital, Queen Square) میں بھی شناخت کی تھی۔ معلوم ہوتا
 ہے کہ کم از کم یہ آستانہ عام ہوتا ہے جتنے کہ ابھی بیان کئے ہوئے دو میں اور
 اس سے بچوں اور نوجوانوں میں مترقی دو جانی فالج کی چند اصابتوں کی توجیہ
 ہوتی ہے۔ امراضیاتی نقطہ نظر سے اس کی تمیز خصوصیت دماغی نیم گروں کے
 سفید مادے کا انحطاط ہے، جس سے صرف تحت القشری یا محوری ریشے بچے
 رہتے ہیں۔ یہ انحطاط دماغ کے کسی بھی حصے میں شروع ہو سکتا ہے اور عموماً
 متشکل ہوتا ہے۔ اعصاب بصری کی ماؤفیت بھی شاذ نہیں۔ اس انحطاط کا
 سبب اب تک واضح نہیں۔ بعض اصابتیں خاندانی مدوشت کی بھی مرقوم ہیں۔
 عمر جس پر حملہ مرض ہوتا ہے مختلف ہوتی ہے، لیکن عموماً شیرخواری یا طفلی میں
 حملہ ہوتا ہے۔ علامات کا انحصار دماغ کے اس حصے پر ہوتا ہے جو بالخصوص ماؤف
 ہو۔ کئی مریضوں میں قدالی لختوں کی ماؤفیت کی وجہ سے بتدریج کوری پیدا ہو گئی
 جس کے ساتھ پتلیاں طبی تعامل ظاہر کرتی رہیں اور تھوڑے چشم طبی مالت میں
 پایا گیا۔ مکن ہے کہ صدغی لختوں کی دو جانی ماؤفیت ترقی پذیر بہرین، عیادری
 لختوں کی ماؤفیت جیسی نقد ان اور ہر می ریشوں کی ماؤفیت دو حصہ نصفی فالج
 (double hemiplegia) پیدا کر دے۔ ذہنی تنزل سریری تصویر کا ایک
 حصہ ہے، صری حملے واقع ہو سکتے ہیں اور آئی بول عصب بصری غیر عام نہیں۔

ترقی مرض کی شرح مختلف ہوتی ہے، بلکہ ایک ہی خاندان میں مختلف ہو سکتی ہے۔ چنانچہ راقم الحروف سلف ایک چھ سال کے لڑکے کی اصابت کا اندراج کیا ہے، جو آغاز مرض سے ایک سال کے اندر فوت ہو گیا۔ ایک بہن جس میں ابتدائی علامات شیرخواری کی عمر میں نمودار ہوئے، نابینا اور چوفا لچی (quadriplegic) ہے، مگر بائیس سال کی عمر میں اب بھی زندہ ہے۔ ایک بھائی نے چار سال کی عمر سے ادنیٰ ذہول عصب بصری، صرع اور ذہنی تنزل ظاہر کرنا شروع کیا، لیکن اُس کے علاوہ چھ سال تک ایک حالت پر قائم رہے۔ اور پھر ترقی کرتے کرتے چودہ سال کی عمر میں مہلک اسخام کا باعث ہوئے۔

دُمبغی ذہول

(cerebellar atrophy)

دُمبغ میں انحطاطی تغیرات متعدد و سابق الذکر امراض میں واقع ہو سکتے ہیں، مثلاً شریان صلابتی لینت (arteriosclerotic softening) اور دُمبغی لٹنی انحطاط (cerebro-macular degeneration) اور مرض شیلڈرز (Schilder's disease) میں۔ لیکن ان مثالوں میں دُمبغی اضرار دماغی مرض کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ انحطاطی نوعیت کے بعض ایسے عوارض بھی ہیں جن میں دُمبغی اولیٰ طور پر یا تنہا نمودار ہوتا ہے۔ ان میں سے جو نہایت واضح طور پر ممتاز ہیں درج ذیل کئے جاتے ہیں۔

ماری کی موروثی دُمبغی بے نسقی (Marie's hereditary cerebellar ataxia) اس مرض میں جو ہمیشہ تو نہیں لیکن عموماً موروثی ہوتا ہے علامات عام طور پر ابتدائی بالغ زندگی میں شروع ہو کر بتدریج ترقی پذیر ہوتے ہیں۔ وہ یہ ہیں:— بالائی اور زیرین جوارح کی عدم ہم آہنگی، لڑکھرائی چال، رقص متلا، مقطوع کلام اور اصابتوں کی اکثریت میں ذہول عصب بصری۔ فریڈرک کی بے نسقی (Friedreich's ataxia) سے یہ مرض مندرجہ ذیل امور کی بنا پر ممتاز ہوتا ہے:— اس میں وتری جھٹکے محفوظ ہوتے ہیں، انجمی

میں سمیت غم کن ہوتی ہے، ذبول عصب بعصری ہوتا ہے اور حلقہ مرض آخری عمر میں ہوتا ہے۔ ان دونوں امراض کے درمیان برزخی قسمیں بھی بعض اوقات دیکھی جاتی ہیں، اور یہ ممکن ہے کہ وہ اسی گردہ سے تعلق رکھتی ہوں۔

پلوانڈمیغی ذبول (senile cerebellar atrophy) - یہ آخری اور عموماً بڑھاپے کا مرض ہے، اور اس کی امراضیاتی خصوصیت دُمنی قشر کا انحطاط ہے۔ یہ بالخصوص درمیانی قوت کو مآؤف کرتا ہے۔ خلیات پر کبچے اور ان کے محور سے انحطاط یافتہ ہو کر جذب ہو جاتے ہیں، گردہ سرے قشری عصبی خلیے کم مآؤف ہوتے ہیں۔

سریری طور پر یہ عارضہ چال کے لوکھڑانے سے شروع ہوتا ہے، جو دُمنی قسم کی، پکراتی ہوئی اور تھمبی ہوتی ہے۔ اس درجہ میں اکثر اور کوئی بات نہیں معلوم ہوتی۔ جوں جوں مرض تدریجاً ترقی کرتا ہے، جوارح زیرین کی عدم ہم آہنگی ایڑی گھٹنے والے امتحان کے ذریعہ ظاہر ہو سکتی ہے۔ بالائی جوارح بھین اور کم حد تک مآؤف ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں گفتگو منقطع اور مفرق ہوتی ہے، لیکن رقص منقاد کا موجود ہونا عام نہیں۔

تشخیص ابستہ ای درجوں میں بیڑیا سے کرنی پڑتی ہے۔ آخری درجوں میں ترقی دُمنی علامات اور مریش کی عمر یہ دونوں ایک تمیز سریری تصدیق پر پیدا کر دیتے ہیں۔

کبدی عدسی انحطاط

یہ ایک شاذ مرض ہے جس میں دماغ میں اور خصوصاً عدسی نواتوں میں ترقی پذیر انحطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی جگر میں کثیر الجہت ناسات کبیت پائی جاتی ہے۔ مندرجہ اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں یہ مرض خاندانی ہوا ہے۔ اس کے سبب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے، لیکن یہ امروچسپی کا باعث ہے کہ مزمن میٹلینزسم (chronic manganese poisoning) جگر کی کبیت اور جسم مغلط میں انحطاطی تغیرات دونوں پیدا کرتا ہے۔ آغاز مرض بالاسموم

بچپن میں یا نوجوانی میں ہوتا ہے۔ دماغی مرض کے علامات جو ارج کے رجحان اور کرجختگی کی شکل اختیار کرتے ہیں جو اس قسم کے ہوتے ہیں جو کہ شللِ اہترازی (paralysis agitans) میں پائے جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ کلام منقطع ہوتا ہے، اور کیفیتِ رذیشی تنزل بھی پایا جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں جو کہ غالباً اسی گروہ سے تعلق رکھتی ہیں حرکی علامات ممکن ہے ایک مختلف شکل اختیار کریں، یعنی جوارح اور دھڑ میں مسلسل مل کھانے کی حرکات کی شکل (دل کھانے کا شنج = torsion spasm)۔ کبدی ماوفیت کے علامات غیر مستمر ہوتے ہیں، لیکن معصی غلالت کے دوران میں، یا بعض اوقات اس سے قبل بلکہ کی کلائی، یقیناً یا استسقاء بطنی پیدا ہو سکتے ہیں۔ مرض ترقی پذیر اور مہلک ہوتا ہے، لیکن اس کا عمر ممکن ہے حاد یا مزمن ہو اور چند ماہ سے لے کر کئی سال تک اختلاف پذیر ہو جاتا ہے۔ علاقہ معصی علاقائی ہوتا ہے۔ سببِ ابائی التهاب دماغ کے آخری درجہ سے تشخص کرنی پڑتی ہے، اور حموی غلالت کی سرگزشت اور اس کے ساتھ دو نظری اور تیلیوں کی یا معنی حرکات کی بے قاعدگیوں خاص نکات ہیں جو کہ آخر الذکر تشخص کے نوید ہیں۔

شللِ اہترازی - شللِ اضطرابی

(paralysis agitans)

(جنبشی شلل) = shaking palsy، مرضِ پارکینسن

(Parkinson's disease =)

کامل نمویافتہ شکل میں یہ مرض جوارح کے عضلات کے لئے دار انقباضات پر مشتمل ہوتا ہے، جن کے ساتھ کمزوری اور کرجختگی بھی ہوتی ہے۔ اسباب - یہ مرض زیادہ عمر میں ہوتا ہے اور پینتالیس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی ہوتا ہے، اور اس کے برعکس گاہے پینتالیس سال کی عمر کے بعد شروع ہوتا ہے۔ عورتوں کے نسبت مردوں میں یہ دوگنا زیادہ ہوتا ہے۔ اس کے کسی معین سبب کا پتہ نہیں چلتا۔

امراضیات۔ حال کی تحقیقات سے ظاہر ہوا ہے کہ شللِ اہترازی کے علامات دماغ کے بعض رقبوں کے اضرار سے پیدا ہو سکتے ہیں اور یہ کہ یہ اضرار مختلف امراضیاتی اعمال کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ ماؤف رقبوں کی صحیح مقامیت کی بقدر غیر یقینی ہے۔ ایک طرف تو یہ کہ ایسے علامات جو کبھی لہاٹا سے شللِ اہترازی کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں عدسی خواتوں کے مترقی انحطاط کے ہمراہ دیکھے گئے ہیں (ملاحظہ ہو ادھر) اور راسی ہنٹ (Ramsy Hunt) کا دعویٰ ہے کہ اس نے طفولی شللِ اہترازی (juvenile paralysis agitans) کی تمثیلی اساتوں میں کرؤ شاحب (globus pallidus) کے حرکی غلیتوں میں ذبول دیکھا۔ لیکن براہِ علم یورپ کے بہت سے مشاہدین بتلاتے ہیں کہ اس کے اہترازِ امراضیاتی مظاہرہ تغیرات ہیں جو وسط دماغ کے جسمِ ہود (substantia nigra) میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ غالباً حقیقتِ حال یہ ہے کہ ہم بروں ہرمی حرکی ریشوں کے ایک نظام کے ایسے عارضہ سے دوچار ہیں جس میں جسمِ مضلع اور وسط دماغ دونوں کے اندر کے خلوی موقف (cell-stations) اور مصبئی رگذریں اہم حصہ لیتی ہیں۔ امراضیاتی عمل کی نوعیت کے متعلق یہ ہے کہ اس میں کوئی شک نہیں ہو سکتا کہ چند اساتوں میں سبابتی التهاب دماغ کا قشب سبب مرض ہوتا ہے، بالخصوص اُن اساتوں میں جو نوعروں میں ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 707)۔ مترقی عدسی انحطاط میں کہ بہت جگہ کا لزوم اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ کوئی نامعلوم سستی جزو عامل مرض کا اتالی سبب ہو۔ اس مرض کی عام قسم جو بوڑھے آدمیوں میں شروع ہوتی ہے، غالباً دماغ میں شریانِ صلابتی تغیرات کے باعث ہو سکتی ہے، یا ایک ایسے نظامی انحطاط کے باعث ہو سکتی ہے جیسا کہ مترقی عضلی ذبول کے انحطاط میں دیکھا جاتا ہے۔ لیکن اس کے متعلق بحالِ موجودہ ہمیں کوئی یقینی علم نہیں ہے۔

علامات۔ بعض اساتوں میں پہلی علامت رعشہ ہوتی ہے، جو اس مرض کی وجہ تسمیہ ہے۔ دوسری اساتوں میں رعشہ کے وقوع سے پہلے کرختگی دیکھنے میں آتی ہے۔ لیکن بالآخر رعشہ اور کرختگی دونوں ہر دو ہوتے ہیں۔

رعشہ - اول الذکر حالت میں دیکھا جاتا ہے کہ متہ متنازع عضلات
 کے لئے دار انقباض کے باعث ایک ہاتھ اور بازو میں رعشی حرکت ہوتی ہے۔
 یہ حرکت ہاتھ میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ انگلیاں عموماً خمیدہ ہوتی
 ہیں اور انگوٹھا شہادت کی انگلی سے لگا ہوا ہوتا ہے۔ انگلیوں اور انگوٹھے
 کی مسلسل خفیف خمیدگی اور بے شدگی سے ایک ایسی حرکت پیدا ہو جاتی ہے
 جیسی کہ گولیاں بنانے میں ضروری ہوتی ہے۔ کلائی اور کہنی کے جوڑوں میں بھی
 خمیدگی اور بے شدگی کی ایسی ہی خفیف حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ ایک بازو
 میں کچھ عرصہ تک رعشہ موجود ہونے کے بعد پھر عموماً وہ اُسی جانب کی ٹانگ میں
 پھیل جاتا ہے اور پھر کے بعد دیگرے مقابل جانب کے بازو اور ٹانگ میں۔
 ممکن ہے کہ بعض بھی موقوف ہو جائے، اگرچہ یہ کہنا عیوض آسان نہیں ہے کہ اس کا
 کس قدر رعشہ ٹانگوں کی حرکات کے باعث ہوتا ہے۔ اور بالآخر بعض اصابتوں
 میں سسر کی خفیف سی حرکت ہوتی ہے۔ کبھی کبھی جڑ سے اور زبان تک کے عضلات
 موقوف ہو جاتے ہیں، لیکن چہرے کے عضلات سبب ازہری موقوف ہوتے ہیں۔ یہ
 حرکات اپنی وسعت میں مختلف ہوتے ہیں۔ بلحاظ سرعت یہ فی ثانیہ پانچ ہوتا ہے
 ہوتے ہیں۔ بالعموم یہ حرکات آرام کے دوران میں بھی جاری رہتے ہیں۔ چنانچہ
 اگر مریض بازو کو گھٹنے کے ہمارے سے رکھ کر بیٹھے تو ٹانگ اور ہاتھ اور بازو
 دونوں کی لرزشیں جاری رہے گی۔ لیکن ابستدائی درجوں میں ممکن ہے کہ
 ہمارا دینے سے رعشہ کچھ وقت کے لئے موقوف ہو جائے، اور ترقی یافتہ
 اصابتوں میں جن میں کرخستگی ہوتی ہے (جس کا بیان ابھی درج کیا جائے گا)
 ممکن ہے رعشہ صرف حرکت کرنے پر واقع ہو۔ جادو کہ مثبت کرنے کی ارادی
 جدوجہد سے بھی ممکن ہے کہ رعشہ کچھ وقت کے لئے موقوف ہو جائے، اور یہی
 حالت میں تو وہ موقوف ہو ہی جاتا ہے۔

کونجستگی - یہ اس کرخستگی سے جو ہر ہی انداز کے بعد پیدا ہو جانے والی
 شنجی حالتوں میں پائی جاتی ہے اس خصوص میں مختلف ہوتی ہے کہ یہ زیادہ یکساں
 طور پر پھیلی ہوئی ہوتی ہے، باسط اور خم کن دونوں گروہوں کو موقوف کرتی ہے،

اور حرکت مجہول کے مقابلہ میں زیادہ یکساں طور پر قائم رہتی ہے۔ جب یہ حرکتگی پہلی علامت ہوتی ہے تو ممکن ہے کہ یہ دیکھا جائے کہ آنکھ اٹھا اور آنکھ شہادت بلا کسی رعشہ کے حرکت ہیں۔ حرکتگی دوسرے حصوں میں پھیل جاتی ہے اور ازاں بعد رعشہ نمودار ہوتا ہے۔ اس اصابت میں جس میں رعشہ ایک بارہ میں شروع ہوا ہو، ممکن ہے کہ حرکتگی پہلے دوسرے بارہ میں نمودار ہو جس میں ازاں بعد از تما ش نمودار ہو جائے۔ عضلی کمزوری قوت گرفت کی کمی ہے، اور مشقت کرنے پر مکان سے ظاہر ہوتی ہے، چنانچہ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مثلاً ایک شخص اپنے کار کے ٹین لگانے میں اور ایک عورت اپنے بال سنوارنے میں وقت محسوس کرے۔ حرکتگی ایک متمیز وضع پیدا کر دیتی ہے، جو اس وقت نہایت نمایاں ہوتی ہے جب کہ مریض کھڑا ہو۔ سر اور جسم سامنے کو جھکے ہوئے ہوتے ہیں، کھینیاں تقریباً زاویہ قائمہ میں خمیدہ ہو کر جلو سے دور واقع ہوتی ہیں، ہاتھ متذکرہ بالا وضع میں ہوتے ہیں، اور ٹانگیں گھٹنوں پر قرار خمیدہ ہوتی ہیں۔ کامل طور پر نمویافتہ اصابتوں میں چال نہایت متمیز ہوتی ہے۔ مریض آہستہ اور صریح وقت کیساتھ اپنی نشست سے اٹھتا ہے، اور اس کے پہلے قدم چھپکا ہٹ کے ساتھ پڑتے ہیں۔ لیکن غلبہ ہی اس کی حرکات تیز سے تیز تر ہو جاتی ہیں، ہر قدم کے ساتھ معلوم ہوتا ہے کہ وہ گرنے سے بچنے کی کوشش کر رہا ہے، اور بالآخر تا وقتیکہ اسے روکا نہ جائے، ممکن ہے کہ وہ درحقیقت آگے کے طرف زمین پر گر ہی پڑے۔ بعض مریضوں کو اگر آہستہ سے پیچھے کے طرف دھکا دیا جائے تو وہ خود کو روک نہیں سکتے، اور پیچھے کے طرف مسلسل چلتے رہتے ہیں تا وقتیکہ کسی روک سے دوچار نہ ہوں یا گرنے لگیں۔ آگے کے رجحان کو بیان کرنے کے لئے دسج و دسج (festination & propulsion) کے اصطلاحات، اور پیچھے کے رجحان کے لئے دسج و دسج خلفی (retropulsion & retrogression) کے اصطلاحات استعمال کئے گئے ہیں۔

وچھی عضلات کی حرکتگی کی وجہ سے چہرہ پر ایک متمیز اور ثابت ہیئت پائی جاتی ہے (پارکنسنی چہرہ پوش Parkinsonian mask) اور ممکن ہے کہ یہ

اس مرض کی ایک مقابلہ ابتدائی علامت ہو۔ اسے طرح گفتار بھی پہلے سست اور بعد میں تیز ہو سکتی ہے۔ وہ اکثر بلند ارتقاع کی یا موٹی اور کمزور ہوتی ہے۔ وردہ کرختگی کے باعث تمام حرکات سست ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، مثلاً مریض دقت کے ساتھ مڑتے ہیں۔ عضلات کا حد سے زائد فعل ان کو پیش رو نہیں کرتا، اور صرف متاخر اصابتوں میں جن میں طویل کرختگی ہوتی ہے عضلات میں کسی قدر ذبول ظاہر ہوتا ہے۔ معکوسات عموماً طبعی ہوتے ہیں۔ اکثر بعض موضوعی احساسات محسوس ہوتے ہیں، مثلاً دھیمے مسترد و کان کا احساس یا بے چینی کا احساس اور بالخصوص بڑی گرمی کا احساس جس کے ساتھ اکثر کثرت پسینہ آتا ہے۔ اور مریض کے گالوں کی تمنا ہٹ سے ویاہری کمزوری ظاہر ہوتی ہے۔

تشخیص۔ جب رعشہ موجود ہو تو شکل ارتعازی کی شناخت میں کوئی مشکل نہیں پیش آتی۔ پیرائندہ رعشہ (senile tremor) کو اس سے سر کے ہمیشہ مرتش رہنے کی بنا پر تمیز کیا جاتا ہے۔ نیز اس میں حرکتیں زیادہ لطیف ہوتی ہیں، اکثر دونوں ہاتھ ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں، کرختگی نہیں ہوتی اور یہ زیادہ عمر میں ہوتا ہے۔ منتشر صلابت (disseminated sclerosis) کا رعشہ ارادی قسم کا ہوتا ہے، اس کے ہمراہ کرختگی نہیں ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ دیگر طبعی امارات پائے جاتے ہیں۔ بالخصوص جب علامات ایک ہی طرف کے جواج میں محدود ہوں تو ہر مبداء کے فلج نصفی سے مشابہت ہوتی ہے، لیکن اسے معکوسات کی تبدیلیوں کی غیر موجودگی کے باعث، اور چہرہ پوش نہا بشرہ کی موجودگی کی وجہ سے (جو اگر خفیف سا موجود بھی ہوتا ہے تو اکثر تمیز دیتا ہے) خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ خفیف دو جانبی فلج نصفی (double hemiplegia) کی اصابتوں کو بعضی علامات اور ذہنی تغیرات کی بنا پر نیز معکوسات کی خفیف تبدیلیوں کی بنا پر شناخت کیا جاسکتا ہے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن اور مہترق ہوتا ہے، تاہم اس کا عمر نہایت سست ہو سکتا ہے، اور ایک بارہ اور دوسرے بارہ کی تاؤفیت کے درمیان

شاید دو یا تین سال گزر جاتے ہیں۔ انتہائی امایقوں میں یہ صرف قروح الفرائش یا خستگی کی وجہ سے ہلک ہوتا ہے۔ دوسری امایقوں کا خاتمہ کسی بین رو مرض (مثلاً پیچیدگیوں کے مرض) کی وجہ سے ہو جاتا ہے۔

علاج۔ اس مرض کے لئے کوئی علاج شافی نہیں ہے۔ رعشہ کو مسکنات مثلاً برومانیڈ اور لیو مینال (luminal) کے ذریعہ کسی حد تک قابو رکھ لایا جاسکتا ہے۔ کرختگی لعاج کے گروہ کی ادویہ سے کسی حد تک اثر پذیر ہے، اور ان میں سے صغیہ جوز مائل (tr. stramonii) بالعموم سب سے عمدہ ہوتا ہے۔ اس کو ۲۰ قطرے کی مقدار میں دن میں تین مرتبہ دینا چاہئے، اور اس مقدار کو ۲ قطرے روزانہ بڑھاتے ہوئے مریض کی حد برداشت تک لیجانا چاہئے، جو کہ مکئی کی یا انتہائی قوی فیک کے مثل سے ظاہر ہوتی ہے۔ جو مریض ۴۰ تا ۶۰ قطرے روزانہ تین مرتبہ لے سکے، بسا اوقات اس کو بہت تسکین ہوتی ہے۔ ان مریضوں کیلئے جوائی سی خوراکیں نہ لے سکیں، یا لوکارپین نائٹریٹ دوا میں اس خاص سب سے ملنا کہ اس کا ۱/۲ گریمن صغیہ جوز مائل کے ۲۰ قطرات میں ہو، مفید ہوتا ہے۔

جب جوز مائل کی اسب مقدار تک ایک مرتبہ پہنچ جائیں، تو پھر اس کو جاری رکھنا چاہئے، لیکن باقاعدہ اور مسلسل استعمال سے اس کا اچھا اثر بسا اوقات زائل ہو جاتا ہے، گو کہ اس کا اندیشہ اس طرح دور کیا جاسکتا ہے کہ کبھی کبھی نئی چھ ہفتے میں ایک ہفتہ دوا کو حذف کر دیا جائے۔ ہائوسین ہائڈرو برومانیڈ (hyosine hydrobromide) کو ۱/۲ تا ۱/۴ کی خوراک میں بذریعہ زیر جلدی اشرب دینا خاص اغراض کے لئے جوز مائل کا مفید مساعد ہو سکتا ہے، مثلاً مریض کو کسی کاروبار یا مجلسی تقریب میں حصہ لینے کے قابل بنانے کے لئے یا اس میں وہ جسمانی ارتحاض پیدا کرنے کے لئے جو نیند لانے کے لئے ضروری ہے۔ اگر مریض ایسی طرز زندگی اختیار کرنے کے لئے کوشش کرے، پینے، اتارنے وغیرہ میں اس کو کوئی امداد حاصل ہو جائے تاکہ وہ دوسرے مشاغل کے لئے اپنی توانائیوں کو محفوظ رکھ سکے، تو اس سے بہت کچھ فائدہ حاصل ہوتا ہے۔ نکان کا اثر ہمیشہ برا ہوتا ہے۔ دلک اور مجہول حرکات عضلی و طیفہ میں اس علاج کرنے

کے لئے اور اگر کمزور کے اس احساس کو تسکین دینے کے لئے جو کہ اکثر بہت ہی تکلیف کا باعث ہوتا ہے مفید ہوتی ہیں۔ ایسے مریض کی حالت میں جو اس مرض سے سخت مائل ہو، جو ارج کو تاننے کے حرکات اور جسم کی وضع میں تبدیلیاں جن کو مرض یا رشتہ دار آدھ آدھ گھنٹہ کے باقاعدہ وقفوں سے انجام دیں بہت ہی تسکین دیتی ہیں۔ امداد کے ساتھ چلنے کی ورزشیں کرنے کے لئے مریض کی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے۔ کار (car) یا آئسبس (omnibus) کی سواری کرنے سے بسا اوقات جسمانی راحت کا احساس ہوتا ہے غالباً اس لئے کہ ایسا کرنے سے شاید بار بار وضع کی خفیف تبدیلیاں کرنی پڑتی ہیں۔

سلعات دماغ

721

(tumours of the brain)

دروں جمعی نو مایہ (intracranial neoplasms) (بشمولیت مزاییت رساں اریکی سلعات کے) امراض دماغ میں سے مقابلہ کثیر الوقوع ہیں۔ اپنی بالیدگی کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ یا تو یہ بالکل کوئی علامت پیدا ہی نہ کریں، یا ایسے امارات پیدا کر دیں کہ تا وقتیکہ طیب نہایت غور و احتیاط کے ساتھ انکی تفتیش نہ کر لے، کامیاب تشخیص ممکن نہ ہو۔ لیکن ابتدائی درجوں کے زمانہ میں ہی جراحی علیہ تخفیف مرض یا شفا کا بہترین موقع پیش کرتا ہے۔ آخری درجوں میں پیدا ہونے والے علامات بالعموم بہ آسانی شناخت ہو سکتے ہیں، لیکن جہاننگ جراحی علاج کا تعلق ہے ان درجوں میں انداز نسبتاً زیادہ یا اس انگیز ہوتا ہے۔ اسباب۔ آتشک اور تمدن اریکی سلعات کی توجیہ کرتے ہیں۔ سلعات کی اصابتوں کی کچھ تعداد میں سر کے مابقی تضرر کی سرگشت پائی جاتی ہے، لیکن اس کا طبیعی تعلق مشتبہ ہے۔ کیستی دویرے (hydatid cysts) اور دوسبالی دویرہ (cysticercus) کا ہے دماغی سلعات کی حیثیت اختیار کر لیتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ دروں جمعی سلعات کے تھوڑے مناسب کا سبب

درہنی سلعات (tuberculomas) ہیں جو کشنگ (Cushing) کی معصومہ
 ذہن ۲۰ سالہ بچوں کے سلسلہ میں ۲ فی صدی سے کم تھے۔ بچوں اور نوجوانوں کے سوا
 وہ مشابہت ہی دوسروں میں ملتے ہیں اور غیمہ کے نیچے اس سے تین گنا زیادہ عام
 ہیں کہ جتنے غیمہ کے اوپر۔ وہ دماغی جرم کے اندر گلوبوج نما تو دوں کی شکل میں ہوتے
 ہیں اور قطر میں ۱/۲ انچ سے لے کر ۲ یا ۳ انچ ہو سکتے ہیں۔ ان تو دوں میں زرد
 جینی مادہ کا ایک اندرونی قلب ہوتا ہے جس کے گرد پیازئی لادہ رنگ اور
 کثیف قوام کا ایک بیڑنی تنگ منطقتہ ہوتا ہے۔ یہ تو دے اپنے ہمد سے آسانی
 علیحدہ کئے جاسکتے ہیں۔ اریکی سلحہ کی دیوار میں سے لی ہوئی تراشوں میں خوردبینی
 امتحان سے درہنی عصیتوں (tubercle bacilli) کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے، لیکن
 عفرتی نلیوں کے مخصوص و متمیز نظامات اکثر اوقات غیر موجود ہوتے ہیں۔ سلحہ
 درہیہ کے جراحی اتیصال کے بعد تقریباً ہمیشہ درہنی التهاب سحایا سے موت
 واقع ہو جاتی ہے۔

معدہ والمقام صمغیہ (gummas) نبتہ نادر ہوتے ہیں، یعنی تمام دروں
 جمعی نوایوں میں یہ تقریباً ایک فی صدی ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ جلیوں کے تعلق میں
 پیدا ہوتے ہیں اور اسی واسطے عموماً دماغ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں۔ لیکن ممکن
 ہے کہ یہ مرکزی حصوں میں سے کسی حصے میں پائے جائیں اور اس صورت میں
 یہ ام خونہ کے کسی عمیق دہراؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ یا تو ٹوٹ پھوٹ کر
 مرکز میں جینی ہو جائے کارجمان رکھتے ہیں یا سخت لیٹی توہوں کی شکل اختیار
 کر لیتے کارجمان رکھتے ہیں۔

کیسیتی دویرے (hydatid cysts) اور دنبالی دویرہ خلوی (cysticercus cellulosa)
 نادر چیزیں ہیں جن کو تفصیل بیان کرنے کی ضرورت
 نہیں۔ کیسیتی دویرے نہایت بڑی جامت حاصل کر کے ایک بڑے دماغی سلحہ
 کے اندر پیدا کر سکتے ہیں۔ دنبالی دویرہ خلوی (cysticercus cellulosa)
 کی رسولیاں عموماً چھوٹی اور متعدد ہوتی ہیں اور دماغی جرم کے اندر لٹنے کے علاوہ
 بطینوں کے اندر آزاد و بھی پائی جاسکتی ہیں۔

سریشی سلعہ - حقیقی مدوں جمعی نوبالوں میں سب سے زیادہ عام سریشی سلعہ (gliomas) ہیں جو جلد تعد اوکی - ۳۰ فی صدی سے زائد ہوتے ہیں۔ یہ امر دت سے تسلیم کیا گیا ہے کہ ان سلعات کی شرح بالیدگی تسبیحاتی منظر سنی حدود اور پسندیدہ محل وقوع اختلاف پذیر ہوتا ہے اور مال ہی میں کمی کوششیں کی گئی ہیں کہ ان تمام خصوصیات کو مد نظر رکھتے ہوئے ایک صحیح اصطلاف کیا جائے۔ پختہ عصبی سریش میں خلیات کی تین بڑی قیں ہیں جو کہ اولیں عصبی انبوبہ کے بروں اور سے ماخوذ ہیں اور وہ یہ ہیں :- برخلیفی خلیات (ependymal cells) جو کہ بطینوں اور شخاع کی مرکزی قتال کا استر بناتے ہیں، نجم خلیات (astrocytes) جو کہ دماغ اور شخاع کا خاص و خاص بناتے ہیں اور قلیل الشجر یا سریش (oligodendroglia) جو کہ چھوٹے گول خلیات ہیں جو عصبی ریشوں کے درمیان اور عصبی خلیات کے گرد اگر د بہت بڑی تعد اد میں پائے جاتے ہیں اور ممکن ہے مائلین (myelin) کے تغذیہ میں کچھ حصہ لیتے ہوں۔ ان بروں آدمی ماخوذات کے علاوہ کو چلت سریش (microglia) کے خلیات ہیں جو مایاں آدمی اصل رکھتے ہیں اور خلیات اکلم کا فعل انجام دیتے ہیں۔ یہ سلعات مد انہیں کرتے اور یہاں ان کا ذکر اسلئے کیا گیا ہے تاکہ عصبی سریشی نظام کو تفصیل کے ساتھ بیان کیا جائے۔ برخلیفی خلیات، نجم خلیات اور قلیل الشجر سریش مضنہ میں زیادہ اولیں قسم کے خلیات سے ماخوذ ہیں جن کو اسفنج ناھضات اور لت ناھضات کہتے ہیں۔ ان تمام قسموں کے خلیات کے سلعات پائے جاتے ہیں اور بہت سے درمیانی نوعیت کے بھی۔ جیسا کہ نوبالیدوں میں عام طور پر ہوتا ہے وہ نوبالیدیں جن میں مضنی قسم کا غلبہ ہوتا ہے سب سے زیادہ سرعت کے ساتھ نشو و نما پاتی اور سب سے زیادہ حملہ کن ہوتی ہیں اور وہ نوبالیدیں جن میں خلیات اچھی طرح متفرق ہوتے ہیں سب سے کم ایسی ہوتی ہیں۔

سریشی سلعات اگرچہ ان صنفوں میں خبیث سلعات ہیں کہ وہ کینہ ناہند اور حملہ کن ہیں، لیکن نہ تو وہ ام جافیہ کو چھیدتے ہیں اور نہ مرکزی نظام عصبی کے

یا ہر مروجات پیدا کرتے ہیں۔ اسفنج ناھضی سلسلہ سریشی سلسلہ کی عام ترین قسموں میں سے ہے اور تمیز طور پر یہ سلسلہ ادھیڑ عمر میں دماغی نیم کروں یا جسم نشینی میں واقع ہوتا ہے۔ خالی آنکھ کو یہ سلسلے سرخی مائل لمبی تو دے نظر آتے ہیں جن کا حاشیہ خاما اچھی طرح واضح ہوتا ہے۔ وہ نہایت ہی عروقی ہوتے ہیں اور بسا اوقات ان میں نزقات و دیرات اور تنخر کے رقبہ جاست پائے جاتے ہیں۔ وہ بہ سرعت نشوونما پاتے ہیں اور جراحی ان پر بہت کم اثر رکھتی ہے۔ خروین سے دیکھا جائے تو وہ نسبتاً غیر متفرق گول یا بیضیوی غلیا پر مشتمل ہوتے ہیں جن میں کوئی خاص ترتیب نہیں ہوتی۔

لب ناھضی سلسلہ بھی نسبتاً غیر متفرق غلیات کا بنا ہوتا ہے، جو گول اور گلوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں اور یہ حقیقت میں ایک ایسا سلسلہ جی جو زندگی کے پہلے عشرہ میں نمایاں ہوتا ہے اور دماغ یا چوتھے بطین کی چھت میں واقع ہوتا ہے۔ کشنگ (Cushing) کے سلسلہ میں یہ تمام مصدقہ سریشی سلسلے میں سے ۱۰ فی صدی کی توجیہ کرتا تھا۔ اسفنج ناھضی سلسلہ کی طرح یہ بھی عروقی ہے، سرعت سے نشوونما پاتا ہے اور ناقابل استیصال ہے۔ سریشی سلسلے میں صرف یہی ایک ہے جو کہ حنونی عنکبوتیہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور مکن ہے پوری تحت العنکبوتی فضا میں اپنی تنہا ریزی کر دے۔

بورغلیفی سلسلہ سریشی سلسلہ کی ایک کشادہ قسم ہے اور یہ بھی چوتھی بطین کی چھت کے سوا شاذ ہی کہیں ملتا ہے۔ بالعموم یہ بچوں یا نوجوانوں میں ملتا ہے، مکن ہے اس کا نشوونما ست ہو اور یہ قابل استیصال ہے۔ تاہم اس کا محل وقوع ایسا ہے کہ عملیہ کرنا خطرناک ہے، اور کشنگ کے سلسلہ سے معلوم ہوتا ہے کہ جب کلی استیصال کا اقدام کیا جائے تو مرینوں کی شرح اموات ۳۱ و ۳۳ فی صدی ہوتی ہے۔

نجم خلوی سلسلہ ایک عام سلسلہ ہے، جو اسی کثرت سے واقع ہوتا ہے کہ جس سے اسفنج ناھضی سلسلہ اور یہ دونوں سلسلے مل کر تمام سریشی سلسلے کی ۶۰ فی صدی ہوتے ہیں۔ نجم خلوی سلسلہ خالی آنکھ کو کشیف قوام کا ایک سفید درزیر سلسلہ

معلوم ہوتا ہے۔ یہ دماغ اور دماغ دونوں میں واقع ہوتا ہے۔ اول الذکر منقسم ہے یہ بالٹوں میں ملتا ہے۔ دماغ میں نہایت میز طور پر یہ پچھن اور ابتدائی فوجی کا سلحہ ہے اور بے اوقات یہ ایک دیر کی شکل اختیار کرتا ہے جس میں بالسنیڈ کی جلداری گرک موجود ہو۔ سلحہ کا نشو و نما مست ہوتا ہے، اور دماغ میں اس کا جراحی استیصال خاص طور پر ممکن ہے۔ کشنگ کے تار و ترن سلسلہ میں دماغی علیہ سے مریضوں کی شرح اموات ۴۲ فی صدی ہے۔

قلیل الشجر یہ سلیشی سلحہ ایک شاذ سلحہ ہے جس کا نشو و نما ست ہوتا ہے اور میں میں ٹکس کا خاص رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ دماغی نیم کرہ میں بالٹوں میں پایا جاتا ہے۔ اس کا استیصال بے اوقات کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے۔

سلیشی سلحہ (meningioma) یعنی جانی دہلی سلحہ (dural)

(endothelioma) - سریشی سلحہ کے بعد دوسرے درجہ پر سب سے زیادہ عام سلحہ نام نہائی سلحہ یعنی جانی دہلی سلحہ کشنگ کے سلسلہ میں تمام سلحات میں سے ۴۲ و ۱۳ فی صدی ہے۔ یہ سلحات ہر عمر میں ہو سکتے ہیں لیکن پایا گیا ہے کہ یہ تیس اور چالیس سال کی عروں کے درمیان نہایت عام طور پر علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ خیمہ کے نیچے یہ شاذ ہی ملتے ہیں۔ بظاہر یہ ام جافیہ کی اندرونی سطح پر عنکبوتی غلیات سے بنتے ہیں اور حقیقت میں ست نشو و نما والے سلیم قسم کے کیہ بند سلحات ہیں۔ یہ جامت میں ایک مڑ سے لے کر ایک طغیری نارنگی کے برابر شکل میں کم و بیش گردی، گرکہ، اور معتدل طور پر سخت قوام کے ہوتے ہیں۔ ام جافیہ کے ساتھ ان کے قلع و سیمع ہو سکتا ہے یا یہ ایک مقابلہ سنگ و نڈی کے ذریعہ سے اس کے ساتھ اپنی چمیدگی قائم رکھتے ہیں۔ یہ قدرتی طور پر دماغ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں جو رسولی سے مضبوط ہو جاتی ہے، گر وہ بالید جو مغل دماغ سے پیدا ہو دماغی نیم کرہ کے اندر اس کے وسطانی رخ میں اس طرح مدفون ہو جاتی ہے کہ جانی سطح کے نیچے ایک تحت القشری توڑے کی طرح نظر آنے لگتی ہے۔ ام جافیہ کے ساتھ چمیدگی کے نقطہ پر یہ رسولیاں ٹکس بلکہ متغلم ہو سکتی ہیں یا ممکن ہے کہ باہر کے بلور بڑھ کر کھوپری کی ہڈیوں کو کھاجائیں۔ کبھی کبھی یہ متعدد ہوتی ہیں اور ان کے

ہمراہ عصبی جڑوں کی متعدد رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ خردبینی حیثیت سے یہ بڑے اور پیغمونی نواتوں والے تھکے نما گنجان گئے ہوئے خلیوں پر مشتمل ہوتی ہیں جو مدوری ترتیب میں مرتب ہونے کا رجحان رکھتے ہیں اور اتھالی بافت کے پیکل کے سہارے پر گئے ہوتے ہیں۔ ان مدورات کے مرکوزوں میں اکثر اوقات نزاجی انحطاط اور تحلیل واقع ہو جاتی ہے اور پھر انھیں رملی سلسلی اجسام (psammoma bodies) کہتے ہیں۔ مائل قسم کی رسولیاں غشائے عنکبوتی سے پیدا ہو سکتی ہیں۔ سمائی سلعات کا جراحی امتیصال بدیہی طور پر ممکن ہے لیکن زوف کی وجہ سے عملیہ خطرناک ہے۔ کشنگ کے حالیہ اعداد میں مریموں کی شرح اموات ۶۱ فی صدی ہے۔

کثرت وقوع کے لحاظ سے اگلا سلعہ (۸۷۴ فی صدی) وہ ہے جو کہ سمجی یا عصب غشائے سلعہ کہلاتا ہے۔ جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہے یہ سمجی عصب کے غلاف سے نکلتا ہے۔ یہ ایک کیمہ بند سلعہ ہے جس کا نشوونما ست ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ اخروٹ کی جسامت اور شکل حاصل کر لیتا ہے اور سمجیاتی طور پر یہ ایک عصبی لینی سلعہ ہے۔ بعض اوقات یہ وآن ریک نگیان (von Recklinghausen) کے مرض کے ہمراہ پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۹۸۰)۔ ان سلعات کا امتیصال دروں کیستی انقاف کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے جس میں جدید العصر طرز عمل کے ساتھ مریموں کی شرح اموات (کشنگ) مفید ہوتی ہے۔

نفخامی سلعات - نفخامی غدی سلعات (pituitary adenomas)

نیشنل ہسپتال کوئین سکوائر (National Hospital Queens Square) سے لئے ہوئے سلسلہ وائش (Walshe) میں دروں چھبی سلعات کی ۶۴ فی صدی ہوتے ہیں۔ انکی سمجیاتی خصوصیات اور دروں افزائی وظیفہ کے تحت نظر اختلالات پہلے ہی بیان کئے جا چکے ہیں۔ عام طور پر وہ سرج ترکی کے اندر سے آگئے ہیں لیکن بعض اوقات وہ غدہ کے مدھی حصہ (pars tuberalis) سے نمایاب ہوتے ہیں۔ وہ حقیقت میں بالغ زندگی کے سلعات ہیں۔ ان کا جراحی

استیصال اتعاف کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے جس سے علامات میں عارضی یا مستقل تخفیف ہو جاتی ہے، لیکن اس عملیہ میں مریضوں کی شرح اموات ۸۰ فیصد (کشتک) ہوتی ہے۔

زیر نامی قنات کے سلعات [تمام دروں مجموعی سلعات میں سے ۵۸ فی صدی (Walsh) اور ۵۸ فی صدی (Rathke) کی مجموعی جیب سے نپے ہوئے خلوی باقیات (cell-rests) سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ بالعموم وہ بصری تقاطع سے اوپر فوق السرج خط سے نکلتے ہیں لیکن گاہے گاہے سرج ترکی کے اندر سے۔ یہ سلعات بالعموم علیی دویرات کی شکل اختیار کرتے ہیں جن کی دیواریں بسا اوقات متکلس ہوتی ہیں۔ انھوں سلعات اور سرطانات بھی واقع ہوتے ہیں۔ تقریباً نصف اساتوں میں علامات بچپن یا نوجوانی میں نمودار ہوتے ہیں۔ اگرچہ زیر نامی قنات کے سلعات زیادہ تر سلیم اور مست نشوونما پانے والے ہوتے ہیں، وہ گرد و پیش کی ساختوں کے ساتھ اس قدر قریبی طور پر منظم ہوتے ہیں کہ ان کا استیصال کرنے کے اقدامات میں بلند علیی شرح اموات (۸۰ فی صدی) (کشتک) پائی جاتی ہے۔ ایک بڑے دویرے کا بزل کر کے عارضی تسکین حاصل کیجا سکتی ہے۔

دموی عروقی سلعات اس سے زیادہ عام ہیں کہ قبلاً ایک زمانہ میں خیال کیا جاتا تھا۔ وہ شریانوں یا وریدوں کے پیدائشی تشوہ کی شکل اختیار کرتے ہیں (شریانی یا وریدی و عامی سلعہ = angioma) یا عروقی عناصر سے بنی ہوئی حقیقی بالیدوں کی شکل (دموی و عامی ناہضی سلعہ = haemangeio-blastoma)۔ آخر الذکر زیادہ تر دماغ میں پائے جاتے ہیں اور بسا اوقات دویری ہوتے ہیں، چنانچہ سلعہ اکثر ایک جداری گریب کے طور پر نظر آتا ہے۔ اس آخر الذکر قسم کے بہت سے سلعات اب کامیابی کے ساتھ دور کئے جا چکے ہیں۔ درن جمعی اینورسے جو کہ بالعموم پیدائشی اصل کے ہوتے ہیں، مابوقتیکہ انشعاق واقع نہ ہو شاذ ہی علامات پیدا کرتے ہیں لیکن گاہے اندر اندر دماغی سابق شریان کا ایک بڑا اینورسما بصری تقاطع کو یا کبھکی جوت کے اندر

پڑی ہوئی ساختوں کو مضموط کر دیتا ہے۔

دماغ میں سی و جی سلعات بالعموم شش، پستان، مدی معانی خطہ یافتہ قدامیہ کے سرطان کے بعد ثانوی طور پر ہوجاتے ہیں۔ بااوقات وہ متعدد ہوتے ہیں۔ سلسلہ لمبیہ سے دماغ میں انتقال ہونا شاذ تر ہے، لیکن جب واقع ہوتا ہے تو تقریباً ہمیشہ متقدم ہوتا ہے۔

دماغ کے دوسرے اور شاذ تر سلعات، سلعات ادمیہ (جن میں بعض اپنے کو لیٹومین شمول کی وجہ سے کلو مشرنی سلعات = chloestatomas کہلاتے ہیں) مشتمل ہوتی ہیں۔ یہ سلسلہ غلیبہ اور عصبی غلوی سلعات ہیں۔

امراضیات - سلسلہ اپنی بالیدگی کے دوران میں، ان عروق کو جو گردہ پیش کے دماغی رقبوں کو رسد پہنچاتے ہیں، دبا رہتا ہے اور مقامی عدم دمویت اور بالآخر عصبی غلیوں اور ریشوں کا انحطاط پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ابتدائی درجوں میں ان سر میں بالیدگی والے سلعات (مثلاً سریشی سلعات) سے واقع ہوجانا زیادہ ممکن ہے جو دماغی جرم میں پیدا ہوجاتے ہیں، بہ نسبت ان ست بالیدگی والے سلعات کے جو بیرونی مبدا کے ہوتے ہیں، اور جن کی تمثیلی مثال دروں علی سلسلہ (endothelioma) ہے۔ درحقیقت آخر الذکر قسم کے سلعات دماغ کی سطح میں بکثرت وندائے پیدا کر سکتے ہیں بغیر اس کے کہ قشرہ کو مستقل طور پر تلف نہ کریں، جس کی وجہ یہ حقیقت ہے کہ دباؤ چونکہ تدریجی طور پر بڑھتا ہے، لہذا وہ مجموعی کہف کی ساری وسعت میں زیادہ ہموار طور پر منتقل ہوتا ہے۔

مجموعی کہف کو ایک سخت اور استوار صندوق سمجھنا چاہئے جو بالکل بند ہے، باستثنائے ایک مقابلہ بڑے سوراخ، یعنی ثقبہ کبیر (foramen magnum) اور کئی نسبت چھوٹے چھوٹے سوراخوں کے، جو عروق کے لئے اور مجموعی اعصاب کے باہر نکلنے کے لئے ہوتے ہیں۔ ان سوراخوں میں سے اہم ترین وہ ہیں جنہیں اعصاب بصری گزرتے ہیں۔ ان اعصاب کے ساتھ ساتھ غشائے عنكبوتی (arachnoid) اور آتم خونہ (dura) پوششوں کی شکل میں منکوس ہوتی ہیں، جو اقراص بصری (optic discs) تک پھیلی ہوتی ہیں۔

ایسا وسطہ جھر کے اندر کسی سلسلہ کی بالیدگی دروں جمعی دباؤ میں زیادتی پیدا کر دے گی، جس کے درجہ کا انحصار جیسا کہ بتلایا جائے گا، نہ صرف اس سلسلہ کی جامت پر ہوگا، بلکہ اس کے محل وقوع پر بھی ہوگا۔ یاد ہوگا کہ جمعی مافیہ دُینیخیمہ (tentorium cerebelli) کے ذریعہ نہایت واضح طور پر دو حصوں میں منقسم ہیں اور منخل دماغ ان دونوں میں سے اگلے حصے کی پچھلے ذیلی تقسیم کرتا ہے۔ تاہم منخل دماغ جسم ثفنی کے اگلے حصے پر حیت بیٹھا ہوا نہیں ہوتا جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہاں تقسیم نامکمل ہوتی ہے۔

آئیں اب ہم پہلے ان واقعات کے میکا نیتی سلسلہ پر غور کریں جو ایک دماغی نیم کرہ کے سلسلہ (خوق الخیمہ سلسلہ = supratentorial tumour) سے نمودار ہو جاتے ہیں۔ ابتداً یہ سلسلہ اپنے لئے اس طرح جگہ پیدا کرتا ہے کہ یہ عروق دمو یہ کو مضغوط کر دیتا ہے، دماغی تجاویف کو مطوس اور تلافیف کو مسطح کر دیتا ہے، اُسی جانب کے جانبی بطین کو مسدود کر دیتا ہے جو بالآخر محض ایک جھری جیسا رہ جاتا ہے، اور ماؤف نیم کرے کی تلافی پیدا کر دیتا ہے اور اس کے ایک حصہ کو منخل دماغ (falx cerebri) کے نیچے درمیانی خط کے پار مغضوط کر دیتا ہے، اور اس طرح مقابل نیم کرے پر دباؤ پیدا کرتا ہے۔ اس سلسلہ کی جامت میں مزید زیادتی کے ساتھ سارے اگلے حصے میں دباؤ عام طور پر زیادہ ہو جاتا ہے۔ دباؤ کی یہ زیادتی اعصاب بصری کے گرد و پیش کی پوششوں کے اندر کے دماغی نٹخاعی سیال میں سے عصبی سہروں تک منتقل ہو جاتی ہے، جہاں وہ وہ تغیرات پیدا کر دیتی ہے جو التهابِ علیہ بصری (papilloedema) پر مشتمل ہیں اور پہلے بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو مضغوطہ 634)۔ بالآخر دو چیزوں میں سے ایک واقع ہو سکتی ہے: ۱۔ یا تو سیکندری دماغی جرم دب کر خیمہ کے نیچے نکل آئے اور ایک تحت الخیمہ فوق (subtentorial herniation) بن جائے یا وہ دباؤ جو اگلے حصے میں ہنوز بڑھ رہا ہے خیمہ کی ملامت جملی میں سے ہو کر پچھلے حفرہ میں منتقل ہو جائے۔ بہر حال نتیجہ وہی ہوتا ہے، یعنی پچھلے حفرہ میں دباؤ بڑھ جاتا ہے، جس کی تلافی کے لئے دماغ کا ایک حصہ

تبدیل ہوجا کر پھینک کر ثقبہ کبیر کے اندر اور آپار نکل آتا ہے اور نام نہاد فشاری مخروط (pressure cone) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ عمل جاری رہتا ہے یہاں تک کہ یہ فشاری مخروط اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ شخاع متطیل کو ثقبہ کبیر پر دبا دے۔ ایسا ہونے پر ثقبہ مجینڈی (foramen of Magendie) غالباً مسدود ہو جاتا ہے



تصویر ۹۔ یہ ایک ”فشاری مخروط“ کی ٹکونین ظاہر کرتی ہے جس کا ایک جانب سے عکس لیا گیا ہے۔ (ٹرنر: Turner اور سٹوارٹ Stewart کی تعلیم میں)

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جانبی بطنوں میں دماغی شخاعی ستیل کے افراز کے خراج کے اور قاعدہ دماغ میں اس کے انجذاب کے مقام کے درمیان تسد و پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ ثانوی اندرونی استسقاء الدماغ (secondary internal-hydrocephalus) ہوتا ہے اور یہ تسد و سلسلہ کی مقابل جانب کے بطن میں محدود ہوتا ہے جو غالباً مسدود نہیں ہوتا۔ اس سے دونوں نمکی باؤں

سرعت کے ساتھ مزید زیادتی ہوتی ہے جو فشاری مخروط اور شخاع مستطیل کو ثقبہ کبیر کے اندر مضبوطی کے ساتھ فائدہ کی صورت میں پھنسا دیتی ہے جس کے بعد نفسی مرکزوں کی عدم دمویت سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

جہاں تک کہ عام اثرات کا تعلق ہے، جمعی کو ثقبہ کے پھیلنے حصے میں واقع ہونے والے سلعات (تحت الخیمہ سلعات = subtentorial tumours) اس طرح تقسیم کئے جاسکتے ہیں: — وہ جو کہ دُمخ، جسر اور شخاع مستطیل کے باہر سے آگئے ہیں اور وہ جو کہ دُمخ، جسر اور شخاع کے اندر آگئے ہیں۔

بُروں دُمخی سلعات (extra-cerebellar tumours) عموماً ست بالیدگی والے ہوتے ہیں اور ان کے پھیلنے کے لئے جانبی گوشہ میں کسیدہ جگہ ہوتی ہے۔ لہذا یہ صرف ان کے آخری درجہ میں ہوتا ہے کہ وہ پھیلے مخروطی تناؤ کی زیادتی پیدا کرتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ثقبہ کبیر کے اندر دُمخ کے بھیج آنے سے ایک فشاری مخروط پیدا ہو جاتا ہے اور پہلے بیان کئے ہوئے طریقہ سے ثانوی اندرونی استقاء، الدماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس حالت میں دونوں جانبی بطنیں مفتوح ہوتے ہیں اور دماغی شخاعی سیال کے جمع شدہ دباؤ کی وجہ سے مساوی طور پر متہد ہوتے ہیں۔ دماغی تجاویف، مغلیس اور تزارید چھپے ہو جاتے ہیں اور دباؤ اعصاب بصری کے ساتھ ساتھ منتقل ہو کر اذیمائے حلیہ بصری (papilloedema) پیدا کر دیتا ہے۔

دروں دُمخی سلعات (intra-cerebellar tumours) عموماً سیریل تر بالیدگی والے ہوتے ہیں اور ان سے جو دباؤ کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے اس کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ فشاری مخروط جلد بن جاتا ہے، اور وہ حالات جلد ہی رونما ہو جاتے ہیں جو (جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے) ثانوی اندرونی استقاء، الدماغ اور اس کے ساتھ دونوں جمعی تناؤ کی زیادتی پیدا کر دیتے ہیں۔

ساق دماغ کے سریشی سلعات، اس امر کے لحاظ سے کہ وہ بطنی نظام سے سیال کا نارنجی بہاؤ کس درجہ تک روکتے ہیں، جلد یا بدیر دروں جمعی دباؤ کو زیادہ کر دیتے ہیں۔ جسر کا ایک بڑا سا دریز سلعہ، اندرونی استقاء، الدماغ پیدا

کئے بغیر ہلک ہو سکتا ہے، اور اس کے خلاف مضیق (iter) کا ایک دقیق برعینہ سلسلہ جو بالکل آفات کا موجب نہیں ہوتا، بوجہ اپنے محل وقوع کے، سرعت دروں جمعی و باؤ کی ہلک زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ وہ سلعات جو کہ بین سویقی خط میں واقع ہوں اگرچہ بالکل قریب و جوار کی ساختوں کو مضبوط کر دیتے ہیں، تاہم ان سے دروں جمعی و باؤ بالکل زیادہ نہیں ہوتا۔

عمومی علامات۔ یہ بڑے ہوئے دروں جمعی کے علامات ہیں اور جیسا کہ پچھلی فصل میں بتایا گیا ہے، یہ بعض اصابتوں میں جلد واقع ہوتے ہیں، بعض میں بدیر، یا ممکن ہے آخر تک مفقود ہوں۔ لہذا یہ علامات ایسے ہیں کہ جن کا فقدان دائمی سلسلہ کی تشخیص کو خارج از بحث نہیں کرتا، اگرچہ ان کی موجودگی ہی اسکے وجود کا پہلے پہل شبہ پیدا کرتی ہے۔

دریں حصہ۔ یہ کم و بیش ہمیشہ موجود رہنے والی علامت ہے، اور گویا ابتداؤ وقتہ کے ساتھ اور خفیف درجہ کا ہو، تاہم آخری درجوں میں اکثر ہٹیلہ ہوتا ہے اور ایسی شدت کو پہنچتا ہے جو کسی دوسرے سبب سے پیدا ہونے والے دوسرے مشاوری پائی جاتی ہے۔ یہ سارے سر میں محسوس ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ بالخصوص سامنے، اطراف میں، یا سر کی چوٹی میں محدود المقام ہو۔ بسا اوقات اس کو انفجاری یا انشعاقی بیان کیا جاتا ہے۔ یہ اکثر اوقات علی الصبح اپنے عروج پر ہوتا ہے، اور اکثر متلی یا حقیقی تھکے کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

مکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں مریض کو درد سر کے فوجی دورے بڑے وقفوں کے ساتھ ہوں، یا بعد میں بھی جب کہ درد سر ہمیشہ رہنے لگتا ہے وہ بلا کسی ظاہر سبب کے کبھی کبھی نہایت شدید ہو جائے۔ و صبح کے بولنے سے، مثلاً جھکنے سے، یا زور کے ساتھ زفیری حرکات کرنے سے (مثلاً کھانسنے یا چھینکنے سے) اکثر مزاحمت ہوتا ہے یا پہلے سے موجود رہنے والا درد شدید تر ہو جاتا ہے۔ وہ درجہ تحت القذالی خطے میں محدود ہو اور پشت گردن میں نیچے کے طرف تشعیر ہو، پچھلے حفرہ میں رسولی کی قوی دلالت ہے۔ وہ درد جو ہمیشہ اسی مقام پر تحول ہو بالخصوص جب کہ اس کے ساتھ اس رقبہ پر الیمیت بھی ہو، اس امر کی دلالت

ہے کہ بالید سلخ دماغ پر واقع ہے یا بس مقام پر آم جافیہ سے آگ رہی ہے۔

فقے نسبت کہ ہمیشگی کے ساتھ ہوتی ہے اور درد سر کے نسبت کمتر واقع ہونے والی علامت ہے، لیکن اصابتوں کی اکثریت میں موجود رہتی ہے۔ اسکی نہایت تیز شکل میں یہ درد سر کے ساتھ ہوا کرتی ہے اور غذا لینے سے اس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ یہ پچھلے حفرہ کی رسولی میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے جس میں یہ ایک مابل علامت ہے اور بعض اوقات درد سر سے پہلے ہوتی ہے۔ دماغی سلسلہ کی قے اگرچہ ناگہانی اور بغیر متلی کے ہوتی ہے تاہم ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ متلی کی لہریں ممکن ہے تے سے پہلے واقع ہوں یا اسکی جگہ آئیں۔

آذیمائے حلیمہ (papilloedema) - دماغی سلسلہ سے بڑے ہوئے دروں جمعی دباؤ کے تمام علامات میں یہ سبب سے زیادہ متمیز علامت ہے۔ اس کے مناظر اور اس کی پیدائش کی میکا نیت پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 620، 634)۔ آیا یہ تعلق ہوتا ہے یا بدیر یہ امر ان عوامل پر منحصر ہوتا ہے کہ جن پر امراضیات کے عنوان کے تحت پہلے بحث کی جا چکی ہے اور یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ کسی درجہ میں اس کی عدم موجودگی سلسلہ کی تشخیص کو خارج از بحث نہیں کرتی۔ آذیمائے حلیمہ بصری ہمیشہ دو جانی ہوتا ہے لیکن یہ ممکن ہے ایک قرص بصری دوسرے قرص سے پہلے ماؤف ہو جائے۔ یہ امر کہ آذیمائے حلیمہ بصری کا آغاز کس جانب ہوا ہے یا زیادہ شدید آذیمائے جانب ہے، سلسلہ کی جائے وقوع سے کوئی تعلق نہیں رکھتا۔ شدید درجہ کے درم کی حالت میں تیزی نظر کا عمدہ پایا جاتا ممکن (الوقوع ہے) اگرچہ ممکن کچھ مدتیں مریض بصارت میں دھندلے پن کے صریح الزوال حلوں کی شکایت کرے۔ بصارت کا مستقل خلل صرف ثانوی ذبول (بصری secondary optic atrophy) کے آغاز کے ساتھ ہوتا ہے۔

تشنجی حملے (convulsive attacks) اتنے کثیر و وقوع نہیں جتنے کہ متذکرہ بالا علامات ہیں اور ان اصابتوں میں جن میں یہ ہوتے ہیں ان کا وقوع

نہایت بے قاعدہ ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ سارے عمر علامت میں یہ حملے صرف دو یا تین ہوں یا یہ کہ نہایت بار بار ہوں۔ یہ عمومی سرخی اشکال تلوں کی صورت اختیار کر سکتے ہیں جن میں ایک ابتدائی درجہ تشنجی گرفتگی کا ہوتا ہے جس کے بعد رجعی شنج ہو کر ایک عارضی ذہول کی حالت طاری ہو جاتی ہے یا ممکن ہے کہ یہ ایک لمحہ کی بے ہوشی تک محدود رہیں۔ "ماسکی حملے" (focal seizures) جو دماغ کے معین رقبوں میں پیدا ہونے کے میز خصائص رکھتے ہیں ان کا تذکرہ مقامی علامات کے تحت کیا جائے گا۔ لیکن یہ حملے دروں جمبی دباؤ کی زیادتی کے آخری درجوں میں واقع ہو سکتے ہیں جب کہ سلسلہ کے مقام وقوع سے ان کا کوئی تعلق نہیں ہوتا چنانچہ وہ گمراہ کن ہو سکتے ہیں اور ان کی کاذب تشخیصی اہمیت ہوتی ہے۔

دوران سر (vertigo) کی علامت غیر عام نہیں اور یہ عموماً دوسرے اور تھے کے حملوں کے ساتھ پائی جاتی ہے۔
جطء النبض (slowness of the pulse) بشرطیکہ یہ وجود ہوا بالعموم دروں جمبی دباؤ کی زیادتی کی ایک آہل علامت ہے۔

دوسری عمومی علامات میں سے ذہنی تغیرات ہیں :- ممکن ہے مریض ٹسٹ ہے جس میں بھونکا، خواب آلود، بے تمیز یا سبلا کیلا ہو۔ آخری درجوں میں وہ سببات زدہ اور بالآخر قوما زدہ ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ تغیرات جو دباؤ کی زیادتی کا نتیجہ ہیں آہل ہوتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں یہ زیادہ عام طور پر ایٹلافی ریشوں کے وسیع اطراف کی وجہ سے ہوتے ہیں جیسا کہ دماغی نیم کرے کے بڑے سلعات سے پیدا ہو جاتا ہے اور اس اعتبار سے ان پر تشخیصی علامات کے تحت غور کیا جائے گا۔

تشنجی یا ماسکی علامات :- یہ پہلے ہی سے جان لینا اہم ہے کہ یہ علامت بالیدگی کے نسبتاً آہستہ آہستہ درجوں میں سلسلہ کے محل وقوع کی تعیین میں نہایت درجہ محدود ہوتے ہیں۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ دروں جمبی دباؤ کی زیادتی کے میکانیکی اثرات دماغ کے بعض ایسے حصوں کی مضرت رسیدگی یا ایسے

جمعی اعصاب پر تجربہ پیدا کریں جو ابتدائی ضرر کے مقام سے بہت دور واقع ہوں۔

حرکی مرکزوں اور گڈرگاھوں کو ماؤف کر نیوالے سلسلے
ماؤف حصوں کی خراش یا شلل کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔

عمیق الوقوع بالیدوں سے جو ہر می ریشوں کو ماؤف کرتی ہوں شلل پیدا ہو جاتا ہے جو ایک بتدریج ترقی پذیر فالج نصفی کی شکل اختیار کرتا ہے جس کے ساتھ عمیق منکوسوں کی زیادتی، شکی منکوسوں کا نقصان اور ماؤف جانب پر باطنی انحصی جمیبت ہوتی ہے۔ زیادہ اوپری طور پر واقع ہونے والے سلعات جو ابتدائی قشری مرکزوں کی مقامی عدم وسوسیت پیدا کرتے ہیں حرکی قسم کی جیکسونی ہیج (Jacksonian epilepsy) کے حملے پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ سہ محدود المقام تشنجات ہیں جو ہمیشہ ایک حصے میں شروع ہوتے ہیں اور جن کے ساتھ پہلے پیل کوئی بے ہوشی واقع نہیں ہوتی۔ ان امابتوں میں اُس حصے کے عارضی اختلال کی شدت کے لحاظ سے مثلاً صرف ہاتھ میں یا ہاتھ اور بازو میں یا جسم کی ایک جانب کے تمام عضلات میں جھٹکے ہو سکتے ہیں۔ اگر یہ تشنج جسم کی دوسری جانب میں پھیل جائے تو عموماً بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے۔

یہ حرکتیں اپنے نقطہ آغاز سے آگے پھیلنے میں ہمیشہ ایک معین ترتیب زمانی ظاہر کرتی ہیں۔ اگر یہ پہرے میں شروع ہوتی ہیں تو انگلیوں اور انگلیوں سے لے کر یکے بعد دیگرے بالائی جارحہ میں اور پھر جارحہ زیریں میں پھیل جاتی ہیں۔ اگر یہ ٹانگ میں شروع ہوتی ہیں تو بازو اور چہرہ یکے بعد دیگرے ماؤف ہو جاتے ہیں اور اگر بازو میں شروع ہوتی ہیں تو چہرہ اور ٹانگ کو باری باری سے ماؤف کر دیتی ہیں۔ عموماً اس تشنج کے بعد کسی قدر عارضی شلل ہو جاتا ہے بالخصوص اُس حصے میں جو پہلے ماؤف ہوا تھا اور حملہ کے بعد تھوڑے عرصہ تک ماؤف جانب پر منکوسات میں ایسے تغیرات کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے جو شکی منکوسات کی کمی یا غیر موجودگی اور باطنی انحصی جمیبت کی شکل میں ہوتے ہیں۔ جب سلعہ کی جسامت میں ترقی پذیر زیادتی اور ان مرکزوں کا اتلاف ہوتا ہے جن میں ابتداء

خرابش ہوئی تھی، تو دوروں کے وقوع اور وسعت میں کمی ہو کر ان کے بجائے متزلزل ہو جاتا ہے۔ اگر ایک آئین شخص کی حالت میں بالید بائیں نیم کمرے میں ہے تو حملوں کے ساتھ کی مقدار جسے بھی ہوگا جو شل کے ساتھ باقی رہے گا، بالخصوص اس وقت جب کہ بازو اور چہرے کے مرکز خاص طور پر ماؤف ہوئے ہوں۔ پیدا شدہ جسے ابتدائی حرکتیں کا ہونگا، اگرچہ ممکن ہے کہ ذہنی تفریبات کی وجہ سے یہ بعد میں پوشیدہ ہو جائے۔

پس مرکزی خطیوں کے سلعات اگر عین الوقوع ہوں تو ان سے بھی مماثل طریقہ پر مشرقی نیم عدم حسیت (hemi-anesthesia) پیدا ہو جاتی ہے۔ بالعموم یہ حق وضع کے نقصان اور ماؤف ہاتھ میں لمس نا شناسی تک محدود ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ لمس میں اور درد کے احساسات کی موضوعی شدت میں بھی کمی پائی جائے، جو ”دستانہ“ یا ”جرائی“ توزیع (”glove“ or ”stocking“ distribution) رکھتی ہے۔ قشرہ کو ماؤف کرنے والے سلعات سے حسی نوعیت کے جیکوئی حملے ہو جاتے ہیں، جو اپنے پھیلاؤ کے طریقہ میں حرکی حملوں سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن سن پن یا جھنجھٹا ہٹ کے احساس پر مشتمل ہوتے ہیں، جس کے ساتھ اکثر نہایت تکلیف ہوتی ہے۔ اس طرز کا حملہ اکثر اوقات اس قسم کے حرکی حملے میں بدل جاتا ہے جو پہلے بیان کیا گیا ہے۔

قذالی تختہ (occipital lobe) کے سلعات مقابل جانب کے استبصاری میدانوں کے نقائص پیدا کر دیتے ہیں، اور نقص کے ٹھیک رقبہ کا انحصار نذر کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔ اس خطے کے اوپری سلعات استبصاری اختلال کے موضوعی احساسات کے حملے پیدا کر سکتے ہیں، جو عموماً مقابل استبصاری میدان میں روشنی کے چمکاروں یا رنگوں کی شکل میں ہوتے ہیں۔ ایک قذالی بالید جب نیمہ پر نیچے کے طرف دباؤ ڈالتی ہے تو وہ دماغ کا انضغاط پیدا کر کے کاذب تخیلی اہمیت کے امارات پیدا کر سکتی ہے۔

کلاب نما تلفیف (uncinate gyrus) کو ماؤف کرنے والے سلعات مخصوص طرز کے حملے پیدا کر دیتے ہیں جن کو پہلے ہنگامہ گزرتا جاکسن

(Hughlings Jackson) نے بیان کیا اور جو کلاب ناسحلوں کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں۔ یہ ذائقہ یا بونے کے ہنگوار احساسات کی نوعیت کے ہوتے ہیں جنہیں مریض غیر متعین طور پر مختلف طریقوں سے بیان کرتا ہے، مثلاً یہ مٹھڑے اندوں کی بونے کی طرح ہیں، ایک "تلخ ذائقہ کی طرح ہیں گویا کہ ایک سوڑھے کا دھل میں منہ میں پھوٹ پڑا ہے" وغیرہ۔ اس سے پہلے اکثر ایک خواب آلود حالت طاری ہوتی ہے جس میں استبصاری تو ہمت ہوا کرتے ہیں۔ یہ حملے صرف چند ہی لمحوں کیلئے ہو سکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ دشمنوں (aure) کی شکل میں ہوں جو صریح شکل نشیج کا پیش خیمہ ہوتے ہیں۔

جب بھی لختوں (frontal lobes) کے سلعات اکثر اوقات کوئی ایسے تھیزی آمارات نہیں پیدا کرتے جو تشخیصی اہمیت رکھتے ہوں اور ایسے اُن کے علامات صرف عام دباؤ کے علامات تک محدود ہوتے ہیں۔ لیکن ان کے ساتھ یا ان سے پہلے ذہنی علامات کا وقوع اس درجہ عام ہے کہ جو دوسرے مقام کے سلعات کی حالت میں نہیں ہے۔ مندرجہ ذیل تغیرات دیکھے جاتے ہیں:۔ بے توجہی، ذہن کو کسی موضوع پر جمائے رکھنے کی ناقابلیت، ساز و آواست کا یاد نہ رہنا، اور گفتگو میں بے ربطی۔ بعض اوقات یہ مریض طفل مزاج، لاپرواہ اور غیر ذمہ دار ہوتے ہیں اور غیر متوقع موقعوں پر بیہودہ اور بے معنی مذاق کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ آخری درجوں میں بے حسی اور ذہول کا غلبہ ہوتا ہے۔ ذہنی آس (mental asylums) میں بعد المات امتحانات پر جو دماغی سلعات ملتے ہیں اساتر کے بڑے مناسب میں جبھی لختوں میں واقع ہوتے ہیں۔ تشنجی حملے یا تو عمومی نوعیت کے ہوتے ہیں یا مقابل جانب کے طرف سر اور آنکھوں کے اطراف متعین (conjugate deviation of head and eyes) کے ساتھ شروع ہوتے ہیں جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ پیش مرکزی قصبہ (precentral area) میں اس حرکت کے مرکز میں خراش واقع ہوجاتی ہے اور ایسی حالت میں یہ حملے تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔ جبھی لختہ کے اگلے سرے پر کاسلہ شمی خطہ (olfactory tract) پر دباؤ پیدا کر کے ایک جاذبی عدم التمامہ (unilateral anosmia) پیدا کر سکتا ہے۔ دونوں طرف سے

کسی یا جب پر بالائی بیجی تلیف کو ماؤف کرنے والا سلسلہ وہ علامت پیدا کر سکتا ہے جسے تجلیری گرفت (forced grasping) یا تلیشی تعصبتہ (tonic innervation) کہتے ہیں۔ اور وہ حالت یہ ہے کہ جب مریض نے کسی چیز کو پکڑ لیا ہو یا جب اس نے اپنی انگلیاں بند کر لی ہوں تو وہ کچھ وقت کے لئے اپنی گرفت ڈھیلی نہیں کر سکتا۔ اس سے متاثر اکثر ایسی کے ساتھ ہی منکوسہ گرفت (grasp reflex) پایا جاتا ہے یعنی انگلیوں کی وہ غیر ارادی سدھ (involuntary closure) جو لمبی بیجی کی جمیعت میں ظاہر ہوتی ہے۔ ایک ایس شخص میں بائیں جہی لختہ کے پچھلے حصے میں کاسلہ حرکت کی جسدہ اور ناکا تہی پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔

صدغی لختہ (temporal lobe) کے سلعات کے قطع نظر اگلے سر پر کے ان سلعات کے جو کلاب منا تلیف کو ماؤف کرتے ہوں اور قطع نظر بائیں جانب کے پچھلے سر پر کے ان سلعات کے جو گویائی کے مرکزوں کو ماؤف کرتے ہوں ممکن ہے کہ تجزیاتی ارمیت کے کوئی امارات نہ پیدا کریں اور ان کے علامات محض عام دباؤ کے علامات تک محدود ہوں عقل و مزاج کے دائرے میں وہی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جو جہی سلعات کی حالت میں ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ صدغی لختہ کا ایک عمیق الوقوع سلسلہ تشیع بصری (optic radiation) کو ماؤف کر کے متقابل ابصاری میدان میں نقص پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔

جسم تغنی (corpus callosum) کے سلعات عموماً کوئی نہایت معین علامات نہیں پیدا کرتے، لیکن ممکن ہے کہ جلد ہی ذہنی تغیرات پیدا کر دیں اور بعض اوقات ان کے ہمراہ حرکت کی فسادالاعمال (motor apraxia) پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 615)۔

درمیانی دماغ (mid-brain) کے سلعات مندرجہ ذیل تجزیاتی امارات پیدا کر سکتے ہیں: - کرات چشم کی اوپر کے طرف حرکت کی کڑھدی، روشنی سے پتلیوں کا ناقص تعامل، پتلیوں کی منحرف مرکزیت، سویم جمعی اعصاب کا استغایا شکل، عصب پنجم سے رسد پانے والے رقبہ پر ناقص حس پذیری جس کی وجہ اسکی

میاں نئی جڑ کی ماؤنٹ ہے۔ اس نقطے میں طوی خطوں کی ماؤنٹ کی وجہ سے مزید علامات کا پیدا ہونا بھی ممکن ہے۔

باین سکولفقی فضاء (interpeduncular space) کے سلحات جن میں سے عام ترین تنحالی قدی سلعہ اور زیر نامی قناتہ کا سلعہ ہے، بصری تقاطع پر دباؤ ڈال کر علامات پیدا کرتے ہیں۔ اگر جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ سلعہ مرکزی طور پر واقع ہو تو ہر استبصاری میدان کا صدغی نصف پہلے متاثر ہوتا ہے، اور نقص بصارت ایک نزدیکی تیرہ (scotoma) کے طور پر شروع ہوتا ہے۔ جب سلعہ بصری تقاطع کو نیچے سے مضبوط کرتا ہے، تو استبصاری میدانوں کے بالائی ربع پہلے متاثر ہوتے ہیں، اور اگر انضغاط اوپر سے ہو تو زیریں ربع۔ ایسا سلعہ جو وسطی خط سے ایک طرف واقع ہو اسی طرف کی آنکھ کا اندھا پن اور دوسری آنکھ کے میدان میں صدغی نقص واقع کر دے گا۔ فشرل بصارت کے ساتھ ہی اتنی ذیول بحسب بصری پایا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ ایک فوق السرج سلعہ اذیائے ملید بصری پیدا کر سکتا ہے۔

دروں سرخی سلعات (بیشتر قدی سلعات) مسلسل ناقب قسم کا شدید درد پیدا کر دیتے ہیں، جو زیادہ تر کنپٹیوں کی طرف محول ہوتا ہے، گوکہ بعض اوقات قہ یا قذال کی طرف۔ فوق السرج سلعات (زیادہ تر زیر نامی قناتہ کے سلعات) اس قسم کے درد پیدا کرتے ہیں جو کہ عام طور پر بڑے ہوئے جمجی دباؤ کے باعث پائے جاتے ہیں۔

دوسری ساختیں جو مضبوط ہو سکتی ہیں یہ ہیں، ایک یا دوسرا بحسب سوم جس سے استرخار بعض اور دونوں نظری پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک طرف کا ساق دماغ جو یک جانی کنزوری اور باسطہ اعمی بحیثیت پیدا کرتا ہے۔ اور تیسرے بطن کے فرش میں کے نواتہ جو بیش خوابی (hypersomnia) اور کثرت بول پیدا کرتے ہیں۔ ڈی پروباؤ کے اثرات کو بالعموم لاشاعوں کے ذریعہ دیکھا جاسکتا ہے۔ دروں سرخی سلعہ، سچ ترکی کی توسیع پیش پسی اور نیچے کے رخ میں کر دیتا ہے (صفحہ ۵۶ الف)۔ فوق السرج سلعہ مہذ آساز اندوں کا تامل اور بالآخر غیاب واقع کر دیتا ہے، لیکن سچ کی جانت اور عشق طبی رہتا ہے۔ زیر نامی قناتہ کے سلعات کی اکثریت (بقول کشنگ



الف۔ گیزلوائس میں ایک دوروں ریجنی ٹی ملکہ کی وجہ سے بڑی سرجنرکی (شعاع نکاشت سٹریٹیم ورتھ۔ H. M. Worth)
 گیزلوائس ہسپتال : Guy's Hospital نے لی ہے



ج۔ ایک فوق شعریہ دوروں سے سرجنرکی کا پشاپور جہان شعاع نکاشت ڈاکٹریسی پی۔ سیمانڈ : Dr. C. P. Seymond
 اور ریجنی ٹی ملکہ : H. M. Worth کی ایک صلابت سے لی گئی ہے



الفنڈ فیر میمرز ترکی (شعاع ٹکاشت سسٹریج ایم۔ ورتھ گارڈ اپیشل نے لی ہے)



جب۔ فرانکس کے علاقہ کی ایک عورت اللہ اصابت سے ایک فیر فیر عورت پر عورت ترکی (شعاع ٹکاشت ڈاکٹر وی۔ سی۔ وارنر
Dr. E. C. Warner : از سسٹریج ایم۔ ورتھ گارڈ اپیشل کی ایک اصابت سے لی گئی ہے)
725 (نفاذ سفر)

۲۰۔ فی صدی) میں محسوس شناخت کیا جاسکتا ہے (صفحہ ۵۶، ب) طبیی سرجی صفحہ ۵ الف میں بتائی گئی ہے۔

گنا ہے ایک دروں سرجی ملعہ انفی لجوم پر حملہ آور ہو جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دماغی تنخامی سستیال ناک میں سے نپکنے لگتا ہے۔

قوق السرج اور دروں سرجی ملعات سے پیدا ہونے والے غدی علامات اس فصل میں بیان کئے گئے ہیں جو کہ غده نخامیہ سے بحث کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 495)۔

جسر کے ملعات (tumours of the pons) میں تھیزری آمارات کا انحصار آن جمعی اعصاب کی ماؤنیت پر ہوتا ہے جو اس میں واقع ہیں، اور ساتھ ہی طولی خطوں کے اتلاف کے علامات بھی ہوتے ہیں۔ عام دباؤ کے علامات کے متعلق یہ بات اہمیت رکھتی ہے کہ وہ اختتامی دروں تک غیر موجود رہتے ہیں۔

دماغ کے ملعات (tumours of the cerebellum) اکثر اوقات دروں پر پیدا کر دیتے ہیں، جو ابتداً تحت القذالی خط میں محدود المقام ہوتا ہے اور ساتھ ہی نیچے کے طرف گردن میں تشع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ عام دباؤ کے علامات جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں اور نمایاں ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ قفس منقلہ تمام عضلی حرکات کی انجام دہی میں ناہم آہنگی، اور چال چکراتی یا سرکھڑائی ہوتی ہے۔ اس ملعہ میں جو بالخصوص دماغ کے ایک ہی تحت کو ماؤٹ کرے، دروں پر بیشتر اسی جانب پر محمول ہو سکتا ہے اور وہاں رہنے سے محدود المقام الیمیت موجود ہو سکتی ہے۔

آنکھوں کا رجحان اس نقطہ کے طرف منحرف ہونے کا ہوتا ہے جو کیقدر مقابل جانب پر ہو، چنانچہ جب مریض ملعہ والی جانب کے طرف دیکھتا ہے تو قفس منقلہ زیادہ بچھا ہوتا ہے اور زیادہ آسانی کے ساتھ ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ جسم کی آؤف جانب پر اکثر اوقات کیقدر کمزوری، رعشہ اور زیر تہیدگی موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ انگشت، بینی انگشت، تواتر حرکات اور اڑی گھٹنا کا شفا کے انجام دینے میں ناہم آہنگی کا مظاہرہ کیا جاسکے (ملاحظہ ہو صفحہ 627)۔

اکثر ہیئت اور رفتار کے ممتاز خصائص موجود ہوتے ہیں۔ سرکار جہان مصلحت والی جانب کے طرف جھکا ہوا ہونے کا اور سارے جسم کار جہان اسی جانب کے طرف منحرف ہونے کا ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہم جانب شانہ دوسرے شانہ کے نسبت زیادہ اونچا رکھا جاتا ہے اور ہم جانب جارحہ زیریں کی قدر تبعید کردہ اور بروں گردانیدہ ہوتا ہے۔ ان میں سے اول الذکر کی نوعیت اس خود روا تحریف کے لئے ایک تعویضی میکا نیٹ کی ہے۔

مکن ہے کہ چلتے میں ایک خود روا جہان ضرر والی جانب کے طرف منحرف ہونے یا گرنے کا پایا جائے جو ارادی مساحی سے ٹھیک کر لیا جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض تندرست جانب کے طرف لغزش کش مکاتا ہوا انفر آتا ہے کسی ٹنگوٹ اصابت میں مریض کو باری باری سے ایک ٹانگ پر کھڑا رہنے کو کہہ سکتے ہیں جس سے اوٹ جانب کی زیادہ کمزوری اور تنزل ظاہر ہو جائے گا۔ بالعموم منکوسات غیر تبدیل رہتے ہیں، لیکن مکن ہے کہ اوٹ جانب پر گھٹنے کا جھکاؤ (اُس وقت جب کہ ٹانگ بالا سہارے آزادانہ لٹک رہی ہو) رقاصانہ (pendulous) نوعیت ظاہر کرے۔ یہ عضلاتی کش کے نقصان کے باعث ہوتا ہے۔

دماغی جصری زاویہ (cerebello-pontine angle) کے مسلحہ ان کی امتیازی خصوصیات یہ ہیں:۔ تمامی اعصاب پر دباؤ کے باعث مترقی علامات اور اس کے بعد جب مسلحہ اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ دماغ کو مضبوط کر کے تلف کر دے تو دماغ کے ایک جانبی مزر کے امارات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، عام دباؤ کے علامات متاخر آغاز کے ہوتے ہیں اور عموماً دماغی ماؤفیت کے ساتھ ہمزماں ہوتے ہیں۔

اس مقام کی سب سے زیادہ عام بالید عصبی شتم کا عصبی لینی سلحہ (neurofibroma) ہے جس کو سمعی سلحہ (acoustic tumour) کہتے ہیں۔ یہ ہمیشہ اپنی موجودگی کا اعلان پہلے اُن علامات سے کرتا ہے جو عصب سمعی (auditory nerve) سے منسوب کئے جاسکتے ہیں اور شور و غل یا کسی بھی بجانے کی آوازوں (طنین = tinnitus) اور مترقی عصبی منہم (nerve deafness) کی شکایات

ہوتے ہیں۔ اس کے بعد عصب پنجم کی حتیٰ جز ماؤف ہو کر پہلے اس جانب پر ملتی
 معکوسہ (corneal reflex) میں کمی یا نقصان واقع کرتی ہے اور ازاں بعد
 تھلائی توامی میدان کاکشن پن اور عدم حیثیت پیدا کر دیتی ہے۔ اس درجہ میں دوہری
 تعاملات (vestibular reactions) جو دہری آلہ کی حرارتی گردش یا تھیلو امی
 بھیج سے طبعی طور پر حاصل ہو سکتے ہیں، ماؤف جانب پر غیر موجود پائے جاتے ہیں۔
 عصب ہفتم ماؤف ہوتا ہے اور اس کا نتیجہ محیطی قسم کی وجہی کمزوری ہوتی ہے۔
 رقص متعلقہ موجود ہوتا ہے اور یہ اس وقت سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے جبکہ
 مریض ضرروامی جانب کے طرف دیکھتا ہے۔ اور بالآخر وہ امارات پیدا ہو جاتے
 ہیں جو دہریغ کے جانبی ضرر کی امتیازی خصوصیت کی حیثیت سے پہلے بیان کئے
 گئے ہیں اور اس کے ساتھ ہی دوسرا ذریعہ قرص بصری (papilloedema)
 اور دونوں مجموعی دباؤ کی زیادتی کے دوسرے امارات ہوتے ہیں۔

کاذب تشخیصی امارات - یہ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ دماغی
 سلعہ کی بالیدگی کے آخری درجوں میں تھلائی تھلاؤ کی زیادتی سے جو میکانیکی حالات
 پیدا ہو جاتے ہیں وہ ایسے علامات پیدا کر سکتے ہیں جن کی تشخیصی اہمیت کا وہ
 ہوتی ہے۔ یہ علامات مجموعی اعصاب پر اثر کے اثر سے پیدا ہو سکتے ہیں یا اندرونی
 استقامت دماغ کے دباؤ سے قشر پتلا پڑ جانے کی وجہ سے، یا کسی اہم عرق کے قسد و
 سے۔ اس طریقہ سے سب سے زیادہ عام طور پر متاثر ہونے والے مجموعی اعصاب وہ
 ہیں جو کہ چھٹے جوڑے کے ہیں۔ لہذا عصب ششم ایسا شکل جو دونوں مجموعی سلعہ کے علامات
 کے مرمین دیر سے نمایاں ہو ایک منفرد امارت کی حیثیت سے ناقابل لحاظ
 اہمیت رکھتا ہے۔ دوسرے مجموعی اعصاب جو مماثل طریقہ سے متاثر ہو سکتے ہیں
 سویم، پنجم، ہفتم اور ہشتم ہیں۔ قشر کا پتلا پڑ جانا ان آہل اصابتوں میں غالباً
 حرکی جیکسٹنی حلوں کے گاہ بگاہ وقوع کی، اور بالائی حرکی عصبیہ کے خطوط کی کیفیت
 کے امارات کی توجیہ کرتا ہے۔ غذائی لغتہ کے سلعہ سے خیمہ (tentorium) پر
 نیچے کے طرف پڑنے والے دباؤ سے دہنی علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔

یہ بھی ایک غیر مشکوک حقیقت ہے کہ دماغی سلعہ کی بعض اصابتوں میں

جن میں درد و جھجکی دباؤ بلند درجہ کا ہوتا ہے، وتری جھٹکے بالائی اور زیریں دونوں حجاج میں مفقود ہو سکتے ہیں۔ اس کے وجوہات کثیدر غیر واضح ہیں۔

ایک مشتبہ دماغی سلعہ کی اصابت میں ہمیشہ جھجک کا باعتماد معائنہ کرنا چاہئے۔ بچوں میں اکثر مجبوراً ہو جاتا ہے، اور درز میں مکمل باقی ہیں، خاص طور پر جبھی مدد کی درز جس پر قلع سے ایک "پھوٹی ہنڈی" کی آواز نکلتی ہے۔ ایک آہستہ نشوونما پانے والا اور پی سلعہ، ہر افسادہ ہڈی کا مکمل یا بیش عظمتیت واقع کر دیتا ہے، اور ایک سلعہ سمائیہ کی حالت میں ایسا ہونے کا خاص طور پر امکان ہے۔ شریانی و عانی سلعہ بسا اوقات ایک حرو (bruit) پیدا کرتا ہے جس کو مریض شفاخت کر لیتا، اور بعض اوقات اس کی شکایت کرتا ہے، اور جس کو طبیب راسی استماع کر سکتے ہیں۔ سن سکتا ہے۔ ایسا ہی حرو بعض اوقات ایک عروقی سریشی سلعہ پڑنا یا سکتا ہے۔

دماغی شغاعی سیال ایسے درجہ میں جب کہ ابھی بڑے ہوئے دروں جھجکی دباؤ کی دیگر شہادتیں ظاہر نہیں ہوتیں ضغط پیا کے ذریعہ دباؤ کی زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ پانی کے ۲۰۰ ملی میٹر سے اوپر کا دباؤ معنی خیز ہے۔ آخری درجوں میں یہ دباؤ ۵۰۰ ملی میٹر تک بلند ہوتا ہے۔ معائنہ کرنے پر سیال بسا اوقات طبعی ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات میں اس میں پروٹین کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ عام طور پر اس کے ساتھ خلیات کی کوئی زیادتی نہیں ہوتی۔ اس قسم کا سیال ہمیشہ ایک عروقی سلعہ کی طرف اشارہ کرتا ہے جس سے کسی بطن میں جبرار تشاح ہو رہا ہو، نیز یہ کثیدر باقاعدگی کے ساتھ سمعی سلمات کی حالت میں بھی پایا جاتا ہے۔ سیال میں خلیات کی زیادتی ایسی نوبالید کی حالت میں ہو سکتی ہے جو تخر پذیر ہو اور دماغ کی ایکسی ایکٹین کی سطح کے قریب واقع ہو۔

لا شغاعیں، سلعہ کے جرم میں بکلیں کے رقبہ جات ظاہر کرتی ہیں۔ یہ اکثر اوقات زیر نامی قنات کے سلمات میں، اور اس سے کتر اوقات مزمن قسم کے سریشی سلعہ میں (نخملوی سلعہ، قلیل شجر یہ سریشی سلعہ) اور سمائی سلمات میں دیکھے جاتے ہیں۔ جہمہ کی ہڈیوں میں جن غیر طبعی حالتوں کی تلاش کرنی چاہئے وہ یہ ہیں:۔ استسقاء الدماغ کی وجہ سے صافورہ کا عمری پستان، اور ظہر السرج

(dorsum sellae) کا ٹاکل جو کہ بہترین طور پر بچوں میں دیکھا جاتا ہے۔ دروں سرخی سلعات میں سرخ ترکی کی غبارگی۔ فوق السرج سلعات میں مہداسا زائندوں کا آٹلا اور نظیر السرج کا ٹاکل۔ سحائی سلعات میں مقامی ٹاکل یا بیش عظمت، یا بڑی کی بڑی ہوئی عروقت۔ پیش پس مشطر میں ایک طبعی طور پر ٹنگس یافتہ جسم منورہ کی ایک طرف ہٹا ہوا ہونا دوسرے نیم کرے میں سلعہ کی شہادت دیتا ہے۔ لاشعاعی تفتیش کو مزید جاری رکھنے کا طریقہ یہ ہے کہ بطنوں میں ہوا کا اشتراک کیا جائے جس کے لئے خواہ قلعنی کچھ کا دیا جائے (دماغی ترسیم = encephalogram) یا کھوپری میں برے کے ذریعہ سوراخ کر کے جانبی بطن میں کچھ کا دیا جائے (بطنی ترسیم = ventriculogram)۔ ایسی صورت میں لاشعاعیں بطنی نظام کا خاکہ ظاہر کرتی ہیں۔ ایک زیریمیتی سلعہ کی حالت میں دونوں جانبی بطن متساؤل طور پر متمد و پائے جائیں گے اور ایک پیش پس مشطر میں تیسرا بطن ان کے درمیان نظر آئے گا۔ ایک نیم کرہ کا سلعہ اس طرف کے جانبی بطن کا تشوہ یا انفلاس اور دوسری طرف کے جانبی بطن کا تمد و واقع کر جائے اور فاصلہ وسطی خط سے ایک طرف ہٹ جاتا ہے۔ تیسرے بطن کا سلعہ جانبی بطنوں کا متساؤل تمد و پیدا کرتا ہے اور تیسرا بطن خود مظلوم یا مشوہ ہو جاتا ہے۔ ایسے سلعات کی تمیز میں جو بلا کسی غیر مشتبہ امارت کے بڑھا ہوا جمجمی دباؤ پیدا کر رہے ہوں بڑی اثرا بات نہایت مفید ہو سکتے ہیں، لیکن وہ خطرے سے خالی نہیں ہیں اور ان کو صرف اس وقت کام میں لانا چاہئے جب کہ ایک سرجن (surgeon) کا تعاون حاصل ہو، تاکہ اگر بڑھے ہوئے انقباض کی علامات نمودار ہوں تو وہ فی الفور عملیہ انجام دینے کے لئے تیار ہو۔

تشخیص۔ جب دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کے امارات ایک بار قائم ہو جاتے ہیں تو تشخیص مقابلہ آسان ہوتی ہے۔ پیشیلے یا ہمیشہ مکرر ہونے والے نوبتی نوعیت کے دوسرے کے ہمراہ آذیمائے علیمہ بصری کی موجودگی تقریباً تمام اصابتوں میں دماغ کے سلعہ کا ثبوت ہے۔ ایک حالت جس کو بہ احتیاط متفرق کرنیکی ضرورت ہوتی ہے وہ ہے جو آتشکی سحائی التهاب (syphilitic meningitis) کے باعث ہوا کرتی ہے۔ آتشک کی دوسری شہادت اور خون یا دماغی نغاصی سیال کے

اندرونی و آئرن مثبت ملنے سے تشفی سے ہو سکتی ہے اور اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ گاہے یہ تعامل خون میں منفی لیکن سیال میں مثبت ہوتا ہے۔ ایک مزید امکان جس کا لحاظ کرنا چاہئے یہ ہے کہ آتشک کے مریض کو ممکن ہے دماغی سلسلہ بھی جو مشکوک اصابتوں میں دافع آتشک علاج فیصلہ کر دیتا ہے۔

بڑے ہوئے دروں جہمی دباؤ کے دوسرے اسباب جو سلسلہ سے مشابہت پیدا کرتے ہیں، مزمن دماغی خراج (chronic cerebral abscess) اور مزمن زیرجانی سلسلہ، دموئی (chronic subdural hematoma) ہیں۔ اول الذکر میں عفونت کی اور آخر الذکر میں سر کے تضرر کی روئے داد حاصل ہونی چاہئے اور نخاعی سیال میں کثیر الاشکال نواتی سفید غلیات کی موجودگی ہمیشہ خراج کا ایما کرتی ہے تاہم خراج یا سلسلہ دموئی بعض اوقات صرف ایک استقصائی عملیہ کے دوران میں دریافت ہوتے ہیں جو ایک فرضی سلسلہ کے لئے انجام دیا جاتا ہے۔

شریانی مرض کے دوران میں جس کے ساتھ کلیوی ماٹرنیت ہو یا ممکن ہے نہ ہو بیش تشفی بخوان واقع ہوتا ہے جس کی سریری تصویر بعض اوقات ایک سلسلہ کی تصویر سے ملتی جلتی ہے، لیکن شریانی مرض کی حالت میں بالعموم قعر میں بھی سر سے فاصلہ پر شبکیتی نزعات پائے جاتے ہیں اور شبکیتی عروق میں میز تیز است پائے جاتے ہیں۔ آخر آفتاب نہیں چلے کہ تمام سے بالعموم تشخیص کا فیصلہ ہو جاتا ہے۔ اس قسم کا استسقاء الدماغ جو کہ بنی سحافی التهاب اسمیہ التهاب اذن وسطیٰ اور بعض اوقات تضرر سر کے بعد واقع ہو جاتا ہے، ہر مثال میں مناسب گذشتہ رد و مداو سے تیز کیا جاتا ہے۔

سحابی التهاب دماغ یا دوسری قسم کا التهاب دماغ گاہے وقت کا موجب ہو جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں بڑے ہوئے دروں جہمی دباؤ کا فقدان، جو سریری طور پر یا قلعی کچھ کے پر مشاہدہ کیا جائے، سلسلہ کی تشخیص خارج از بحث کھینچنے کے لئے نہایت مفید ہوتا ہے۔

جب بڑے ہوئے دروں جہمی کی میز تصویر موجود نہ ہو، تو دماغی سلسلہ کی تشخیص بسا اوقات نہایت دشوار ہوتی ہے اور اس کو مختلف حالتوں سے تمیز کرنا

پڑتا ہے۔

۱۔ اصابتوں کو جن میں معمر اشخاص میں ترقی پذیر فالجِ نصنی، یک جانبی عدم حسیہ، استعماری میدان کا نقص، ہر عروقی مرض کے اثرات سے متفرق کرنا چاہئے۔ یہاں رقت و ترقی ایک نہایت اہم نکتہ ہے، کیونکہ سلعہ کی حالت میں یہ ہمیشہ اس سے زیادہ مست ہوتی ہے کہ جس کی توجیہ دماغی طغیت کی بنا پر کی جاسکتی ہے۔ اصابتوں کے اس گروہ میں مزمن زیر جانی سلعہ و مویہ کے امکان کو بھی پیش نظر رکھنا چاہئے۔

صرعی حملے خواہ مقامی یا عمومی، خود و صرع کے ابتدائی درجوں میں یا آتشک، یا قشرہ کے کسی پرانے عروقی ضرر یا تضرر کے باعث ہو سکتے ہیں۔ دماغی سلعہ اور خود و صرع کے درمیان تفریقی تشفیص نہایت ہی دشوار ہے، اور بعض اوقات صرف مرور زمانہ کے ساتھ ممکن ہوتی ہے۔ جب اس مرض کی خاندانی سرگزشت یا دوسرے سبب کے بخیر ادویہ عمر میں صرعی حملے ہوئے لگیں تو تمام مریموں میں سلعہ کا شبہ کرنا ایک صحیح اصول ہے، اور ان کی تغیش اسی نقطہ نگاہ سے کرنی چاہئے۔

دماغی سلعہ کی ذہنی علامات کو دوسری مصنوعی عصبوں کی علامات سے متفرق کرنا چاہئے، بالخصوص آتشک، شریانی صلابت، اور قبل شینوخی عصبیت کی علامات سے۔ سخامی اور فوق السرج سلعات سے پیدا شدہ ذبول عصب بصری کو دوسرے اسباب، اور خاص طور پر آتشک کے ذبول عصب بصری سے متفرق کرنا چاہئے۔

دینخ اور ساق و مانخ کے سلعات بعض اوقات ایسے علامات پیدا کر دیتے ہیں جو مشترک صلابت کے علامات سے غلط طوط ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں، لیکن آخر الذکر مرض میں منتشر علامتات اور اس کے ساتھ دونوں جھمی دباؤ کا فقدان، بالعموم تشفیص کیلئے کافی ہوتا ہے۔

جب ایک دماغی سلعہ کی موجودگی اور اس کا محل وقوع دریافت ہو جائے تو باادق اس کی نوعیت کے متعلق معقول یقین حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ علامات کے علاوہ، مریض کی عمر اور خصوصی تغیشات مثلاً لاشاعوں اور قطعی کچو کے کے نتائج کا لحاظ کیا جائے۔ یہ قول سخامی غذی سلعات، اور زیر نامی قناتہ کے سلعات اور صرعی سلعات کے متعلق خاص طور پر صادق آتا ہے۔ ایک بچے میں وسط دینی سلعہ تقریباً ہمیشہ

لب ناہضی سلعہ یا خیم خلوی سلعہ ہوگا اور اول الذکر فرد زیادہ ابتدائی عمر میں واقع ہوتا ہے اور اس میں کوئی نہ سرگزشت حاصل ہوتی ہے۔ ادھیڑ عمر یا اس سے زائد عمر کے شخص میں ایک سرعت کے ساتھ نشوونما پانے والا سلعہ جو ایک دماغی نیم کرہ میں گہرا واقع ہو تقریباً یقینی طور پر اسفنج ناہضی سلعہ ہے۔ دماغی تخامی سیال میں بلند پرسی شمول اس سلعہ کو تقویت دیتا ہے۔ سلعہ سیانیہ کے اوپر پرسی ہوئی ہڈی کا لاشعاعی منظر اس سلعہ کے لئے مہینہ ہوتا ہے۔ امراضیاتی تشخیص کی پیچیدگیوں پر زیادہ طویل بحث یہاں نہیں کی جائے گی۔ مرضی تشریح، امراضیات، اور علامات کی تفصیلات میں جو معلومات دی گئی ہے اس کے باہمی رشتہ کو مناسب طور پر سمجھ لینے سے طالب علم اپنی رائے خود قائم کر سکتا ہے۔

732

انذار۔ ان امایاتوں میں جن پر عملیہ نہیں کیا گیا تھا، بعدالہامات امتحان میں تصدیق کردہ امایاتوں کے ایک سلسلہ میں یہ پایا گیا کہ مریض کے زندہ رہنے کا زمانہ ایک سال سے لے کر دو سال تک تھا (Tooth)۔ سرخی بالیدگیوں مثلاً اسفنج ناہضی سلعہ لب ناہضی سلعہ اور مروجی سرطان میں قدرتی طور پر سب سے کم ہوتا ہے۔ سلیم ترین علامات میں یہ نسبت بہت زیادہ طویل ہوتا ہے۔ توقع حیات شاید سادہ قسم کے تخامی سلعہ میں طویل ترین ہوتی ہے جو صریح ترکی کے اندر اپنے محل وقوع کی وجہ سے دلوں جمی دباؤ کی زیادتی نہیں پیدا کر سکتے۔ تاوقتیکہ ان کے ٹوکا نہایت متاخر درجہ نہ ہو۔

جب دلوں جمی دباؤ کے امارات ایک مرتبہ نویاب ہو جائیں تو ثانوی ذہول عصب بصری کی وجہ سے اندھا بین پیدا ہونے کا اندیشہ ہے۔ آخری درجوں میں ذہنی علامات بھی طاری ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ موت جو کہ تنفسی مراکز کے قتل سے واقع ہوتی ہے، ممکن ہے انتہائی طور پر ناگہانی ہو۔ مختلف قسم کے علامات میں جراحی علاج کا انداز اس فصل میں بیان کیا گیا ہے جو کہ مرضی تشریح سے بحث کرتی ہے۔

علاج۔ آتشکی صغیہ کا علاج وہی ہے جو آتشکی التهاب سولیا کا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 603)۔ سلعہ رنیہ میں بصارت کی حفاظت کرنے کے لئے ایک غنطہ ریا

عملیہ کی ضرورت ہے۔ ورنہ اس کا علاج وہی ہے جو دوسری جگہ کے تدرن کا ہوتا ہے؛ یعنی آرام، سورج کی روشنی اور تازہ ہوا۔ دوسرے دماغی سلعات کا علاج تقریباً تمام تر جراحی ہے، جیسا کہ مرضی تشریح کی فصل میں بیان کیا گیا ہے۔ بعض قسم کے سلعات کو جن کی نمایاں ترین مثالیں لب نامہضی سلعہ، اسفنج نامہضی سلعہ اور بیرونی سلعہ ہیں، اپنے حال پر چھوڑ دینا ہی بہتر ہے، اگرچہ بعض اصابتوں میں امر انسانی کی تحیص قائم کرنے کے لئے ایک استقصائی عملیہ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ لب نامہضی سلعات کسی حد تک عمیق لاشعاعی علاج سے اثر پذیر پائے جاتے ہیں اور اسپرٹ نخامی غذا سلعات بھی۔

دوائی علاج علامات کی تسکین تک محدود ہے۔ کامل سکون و آرام، سر پر برف کی پٹیلیاں، کیفین، فینائین اور آسپرین مجموعی طور پر اور بالآخر افیون وہ ذرائع ہیں جو کہ ہم کو حاصل ہیں۔ بڑے بڑے دروں بھی دیاؤ کے علامات سے عارضی تسکین اس طرح حاصل کی جاسکتی ہے کہ بیش نشی مخلوقات دسے جائیں مثلاً ۳ اونس میگنیشیم سلف ۶ اونس پانی میں براہ مستقیم یا گلوکوس کے ۵ فی صدی محلول کے ۵۔ ۱۰ اکعب سینٹی میٹر دروں دریدی طور پر۔

مزمن استسقاء الدماغ

(chronic hydrocephalus)

استسقاء الدماغ جمعی کہند کے اندر سیال کے اجتماع کا نام ہے۔ ماد انصباب بیشتر التهاب سحاب سے پیدا ہو جاتا ہے، خواہ یہ التهاب درنی ہو یا تبتقی سحابی ہو۔ اول الذکر مرض ایک زمانہ میں ماد استسقاء الدماغ (acute hydrocephalus) کے نام سے یاد کیا جاتا تھا۔

اس لحاظ سے کہ سیال تمام تر دماغ کے بطنوں میں مشمول ہے یا باہر کے قطر دماغ اور کھوپڑی کے درمیان تخت العنکوتیہ فضا میں بنا ہے، مزمن استسقاء الدماغ کی تقسیم اندرونی اور بیرونی قسموں میں کی گئی ہے۔ یہ سچ ہے کہ بڑھاپے میں اور دیگر حالات کے باعث، تلاقیف دماغ جسامت میں گھٹ جاتی ہیں، تجاریف چوڑی

ہو جاتی ہیں اور وہ فضا جو دماغی جرم کے غائب ہو جانے سے کھویری میں اس طرح باقی رہ جاتی ہے سیال سے پُر ہو جاتی ہے۔ اس طرح دماغ کے مقامی سکڑاؤ سے جو نقصان ہو جاتا ہے وہ بھی سطح پر سیال کے اجتماع سے پورا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس تعویضی افراط سے حقیقی استسقاء الدماغ کے کوئی اثرات نہیں پیدا ہوتے۔ حقیقی بیرونی استسقاء الدماغ ایک نہایت شاذ حالت ہے جس کی ماریت اب تک سمجھ میں نہیں آئی ہے لیکن خیال کیا جاتا ہے کہ وہ سمایا کے مزمن التهابی تغیرات کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس لحاظ سے اسے مصلی التهاب سمایا (serous meningitis) بھی کہتے ہیں۔

اندرونی استسقاء الدماغ کی تقسیم جس میں تمدد دماغ کے بطنوں تک محدود ہوتا ہے پیدا اٹشی اور اکتسابی قسموں میں کی جاسکتی ہے۔

پیدائشی اندرونی استسقاء الدماغ (congenital internal hydrocephalus)۔ یہ حالت پیدائش کے وقت یا تھوڑے عرصے بعد دیکھنے میں آتی ہے اور غالباً دماغی نچھائی ستیال کے افراط اس کے دوران اور اس کے بازائخذاب میں کسی پیدا اٹشی غیرطبیعی حالت پر منحصر ہوتی ہے۔

کوئی شہادت اس مفروضہ کی تائید میں نہیں کہ اس کا سبب طبیعی تغیرے (choroid plexus) کا بیش افراط ہے۔ ایسی امابٹیں پائی گئی ہیں جن میں مصغف سلوئٹس (Sylvian aqueduct) میں یا اور کہیں ایک پیدا اٹشی انداد ملا ہے یعنی اس راستہ میں جو کہ دماغی نچھائی ستیال کے مبدائی سرخیشہ جو بالخصوص جانبی بطنوں میں ہے اور قاعدہ دماغ کے وریدی بحریات جن میں دماغی نچھائی سیال کا بازائخذاب ہو جاتا ہے کے درمیان ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۰۶)۔ پھر بھی ایک بڑی اکثریت ایسی امابٹوں کی باقی رہ جاتی ہے جن میں ایسا کوئی سبب نہیں پایا جاسکتا اور اسی واسطے یہ قیاس ظاہر کیا گیا ہے کہ فشل ان بحریات میں واقع ہوتا ہے جن میں طبعاً سیال کا بازائخذاب ہونا چاہئے اور یہ کہ ان امابٹوں میں عکسرتی غلات غیر موجود یا ناقص ہوتے ہیں۔

یہ مفروضہ تا حال پایہ ثبوت کو نہیں پہنچا ہے لیکن اس خیال کی کیفیت

تائید بعض تجربات سے ہوتی ہے جن سے ظاہر ہوتا ہے کہ جانوروں میں جب کاربن (کابل = lamp-black) کے نہایت باریک پیسے ہوئے ذرات کی تعلیق کی ذرا سی مقدار تحت المکبوتی نصاب کے اندر داخل کھاتی ہو تو یہ ذرات ان مکبوتی خلاات میں پہنچ جاتے ہیں جو کہ دریدی جو فوں میں واقع ہوتے ہیں اور جب وہ اس طرح سیال کے بازائیدابی مہربیات کو مسدود کر دیتے ہیں تو اندرونی استقواء الدماغ کی ایک ایسی تصویر پیدا کر دیتے ہیں جو انسان میں پائی جانے والی تصویر سے ہر طرح مشابہ ہوتی ہے۔

مرضی تشربیج - استقواء الدماغ کی اس قسم میں دماغ کے بطنیوں میں سید زائد سیال موجود ہوتا ہے جو بعض اوقات ایک کوارٹ (چوتھائی گیلن) کے برابر یا اس سے بھی زائد ہوتا ہے۔ اس سیال میں دماغی نخاعی سیال کے خاصائص موجود ہوتے ہیں یعنی اس کی کثافت نوعی ۱۰۰۶ تا ۱۰۰۹ ہوتی ہے، اس میں کلورائیڈ آف سوڈیم کی حقیقت مقدار، لیوین محض برائے نام اور بعض اوقات یوریا یا کولیسترون (cholestrin) موجود ہوتی ہے۔ یہ مائع تمام بطنیوں میں یا بطن چہارم کے سوائے تمام بطنیوں میں یا صرف دونوں جانبی بطنیوں میں واقع ہو سکتا ہے۔ پس کی برصتی ہوئی مقدار سے جرم دماغ بے انتہا متدد ہو جاتا ہے، تلافیف چھٹے ہو جاتے ہیں، بلکہ بعض اوقات گھٹ کر چند سوت موٹے رہ جاتے ہیں اور قاعدی عقود دیادگی وجہ سے متناظر پستلے بڑ جاتے ہیں۔ جب سیال کا اجتماع بطن چہارم میں ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ مصیبت متلویش انگلی کی جامت تک متدد ہو جائے۔ جب بطن چہارم قمع نہیں ہوتا تو یہ مصیبت اکثر مسدود ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں آن حصوں میں جن پر دباؤ سب سے زیادہ پڑتا ہے رادی اور سپید مادے کے درمیان کوئی فرق باقی نہیں رہتا۔ برغلیف اکثر دینر ہو جاتا ہے اور اس میں نشا آسا اجسام (amyloid bodies) موجود ہوتے ہیں، اور اس کی سطح باریک اریکون سے ڈھکی ہوتی ہے۔

بعض اوقات استقواء الدماغ مرکزی عصبی نظام کے دوسرے اضرار مثلاً شوکہ مشقوق = spina bifida یا نخاعی جو فیت = syringomyelia کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

علامات۔ مرض کی نہایت صریح اور ممکن ہے کہ کچھ عرصے تک دماغ غلات
 بچہ کے سر کی حالت ہے جو اس مرض سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دماغ بڑا دکھو پری
 میں منتقل ہو جاتا ہے اور جوں جوں کھوپری باہر کو پھیلتی جاتی ہے سر بڑا ہو جاتا ہے۔
 یہ کلانی اکثر انتہائی درجہ کی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ پیدا ہونے والی امواتوں میں یہ وضع عمل
 میں تشویشناک قدم پیدا کر دے۔ دوسری امواتوں میں یہ زندگی کے ابتدائی
 چند مہینوں میں نمودار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ سر کا محیط ۱۶ یا ۱۸ انچ کے بجائے
 (جو ایک سال تک کی عمر کے معمولی ناپ ہیں) ۲۴ بلکہ ۳۲ انچ تک پہنچ جائے۔ اس کے
 ساتھ ہی سر گلوبچہ نما ہوتا ہے اور کھوپری چہرے اور گردن کے اوپر سارے دور میں
 تقریباً یکساں طور پر بروز کئے ہوئے ہوتی ہے۔ چہرہ نسبت چھوٹا اور سُکڑا ہوا نظر
 آتا ہے اور شدید امواتوں میں اس کا بشرو تکلیف تشویش یا شیخوخت ظاہر کرتا
 ہے۔ اندر سے واقع ہونے والا تمد و مہجری مضمون کو باہر کے طرف وکیل دیتا ہے
 اور مغلات نیچے کے طرف گھوم جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قزحہ اور قرنبہ
 دونوں کا زیریں حصہ زیریں پوٹے کے نیچے قاسب ہو جاتا ہے اور صلیب کا بالائی حصہ
 منکشف ہو جاتا ہے۔ سر کی جسامت کی زیادتی کی وجہ یہ ہے کہ تجبی ہڈیاں ایک دوسری
 سے علاحدہ ہو جاتی ہیں جس سے یافوخ بہت بڑے اور درزیں چوڑی ہو جاتی ہیں۔
 بعض اوقات ان فضاؤں میں متوج محسوس کیا جاسکتا ہے۔ زیادہ پرانی امواتوں
 میں پایا جاتا ہے کہ ہڈیوں کے حاشیوں پر تغلم جاری دیکر درزوں کے اندر تک بڑھ
 گیا ہے چنانچہ بالآخر اگر مریض زندہ رہتا ہے تو اس ذریعہ سے اور جھلی میں جدا
 مرکزوں سے ہڈی کے تازہ حصے (عظام مثلث الزوا یا = ossa triquetra
 ورمی ہڈیاں = Wormian bones) بن جانے کے ممکن ہے کہ کھوپری کی
 قلعیں کامل طور پر پُر ہو جائیں۔ لیکن ابتدائی درجوں میں ہڈیاں پستلی ڈیڑھوں سے مترا
 اور شفاف ہوتی ہیں۔ جلد اس کا چمڑا خوب تنگ کھینچی ہوا اور حد سے زائد تپلا
 ہوتا ہے اور اس کی سطح پر بڑی بڑی نیلی وریدیں متفرع ہوتی ہیں۔ بال عموماً گرم ہوتے
 ہیں۔ بعض امواتوں میں جن میں سیال چنداں داف نہیں ہوتا، ممکن ہے کہ ہڈیاں
 اتنی کھلی جائیں کہ جرم دماغ پر زیادہ دباؤ نہ پڑنے پائے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ

علامات کلائی سر سے زیادہ آگے نہ بڑھیں۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہوتا ہے کہ کس قدر عام کمزوری اور دہلا پن پیدا ہو جاتا ہے اور اس سے بھی کچھ عرصہ کے بعد بچہ شفا پا جاتا ہے۔ لیکن بیشتر اصاباتوں میں دوسرے علامات بھی ہوتے ہیں۔ عضلی قوت میں کمی ہوتی ہے۔ بالخصوص اتنا بڑا سریدھا نہیں رکھا جاسکتا اور وہ کبھی ایک جانب کبھی دوسری جانب کے طرف گر جاتا ہے، یا جب بچہ بستر میں اٹھ کر بیٹھتا ہے تو سر کو ماتحتوں سے تھامنا پڑتا ہے۔ بچہ چل نہیں سکتا، یا معتدل اصاباتوں میں اسے چلنے کا سلیقہ محض طویل عرصہ کے بعد حاصل ہوتا ہے۔ بصارت اکثر ناقص یا مفقود ہوتی ہے، اور انتہائی مثالوں میں اعصاب بصری کا ذبول ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسرے حواس میں بھی کسی حد تک خرابی واقع ہو جائے۔ دلائف عقلیہ اکثر ناقص ہو جاتے ہیں۔ بچہ بولنا دیر سے سیکھتا ہے، اس کی بالیدگی کے لحاظ سے بہت زیادہ فضل مذہبی ظاہر کرتا ہے۔ وہ ہتھی، چڑچڑایا بد مزاج ہوتا ہے۔ شدید اصاباتوں میں اکثر اوقات رقص مقلد کمزور شدہ جواج میں کرختگی اور شج، تشنجات اور تھپے ہوتی ہے۔ ان میں سے بہت سے مریض نو عمر مر جاتے ہیں۔ ان پر بے حسی یا نیم قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے، اور وہ بستر میں اس طرح پڑے رہتے ہیں کہ انھیں بند یا پھپھکتی ہوئی ہوتی ہیں، جواج کرخت یا سخت ہو جاتے ہیں، پیشاب اور انانہ خطا ہو جاتا ہے وہ ہمیشہ کراہتے یا دھیمی آواز سے روتے رہتے ہیں اور غذا لینے سے انکار کرتے ہیں یا انھیں کھانے کا ہوکا ہوتا ہے۔

بالآخر ممکن ہے کہ تشنج، یا قوما، یا کوئی بین زومرض جیسے کہ شیمی التهاب (bronchitis) نذات الریہ، یا کھسرا (measles) اس منظر کا خاتمہ کر دے۔

بعض اوقات سیال جلد کے انشقاق سے یا ناک یا آنکھوں کی راہ سے پھوٹ کر یا ہر نکل آیا ہے۔

انذار۔ مرض کی مدت مختلف ہوتی ہے۔ تیسرے سال سے آگے بہت کم مریض زندہ رہتے ہیں۔ نہایت خفیف درجہ کی اصاباتوں میں ممکن ہے کہ شفا ہو جائے، یا یہ کہنا زیادہ صحیح ہوگا کہ مرض کی ترقی رک جائے۔ ترفر پذیرک ٹیلر نے ایک اصابہ درج کی (Clin. Trans., 1897) جس میں ایک لڑکا

کامل ذہنی نمو اور جسمانی قابلیت کے ساتھ سولہ سال کی عمر کو پہنچا اور پھر سرخ دماغی نخاعی علامات کے ساتھ مر گیا اور اس کے بطنیوں میں ۲۰ اونس سیال موجود ملا۔ چند ایک اصابتیں ایسی بھی ہوئی ہیں جن میں مریض ساٹھ یا ستر سال کی عمر تک زندہ رہے۔

تشخیص۔ اس مرض اور کساحۃ (rickets) کے باہم خلط ملط ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ کساحۃ سر کی شکل کروی ہونے کے بجائے مکعبی ہوتی ہے اور اس میں قمتہ الراس چپٹا ہوجاتا ہے۔ آنکھ کے ڈھیلے نیچے کو ہٹے ہوئے ہوتے ہوتے جو اوج کمزور ہو سکتے ہیں، گرد زہنی یا عقلی قوی ناقص نہیں ہوتے۔ علاوہ ازیں کساحۃ کی دوسری شہادتیں کسی نہ کسی وقت موجود ہوتی ہیں مثلاً دانے دار پٹیاں، موٹی کلاٹیاں، سر میں پسینہ آنا اور عام المیہ۔

علاج۔ اُن اصابتوں میں جن میں مصیبت سکڑ میں اور سورخ بخڈ میں مسدود نہیں ہوئے ہوں قطنی کچھ کے کے ذریعہ تمد و بطنیوں کی میلیت قائم کیجا سکتی ہے دوسری اصابتوں میں جن میں بطنیوں اور نخاعی تحت العنکبوتی فضا کے درمیان تمد موجود ہو، بطنی کچھ کے کے ذریعہ میلیت قائم کی جا سکتی ہے۔ لیکن اس کا اثر محض عارضی ہوتا ہے۔ مستقل میلیت قائم کرنے کے لئے بہت کوشش کی گئی ہیں لیکن تاحال کوئی کامیاب نہیں ہوئی۔ اس کی بڑی احتیاط رکھنی چاہئے کہ نگہ پر چست متمد و جلد الراس کے دب جانے سے قروح الفراش نہ بننے پائیں۔

الکتسابی اندرونی استسقاء الدماغ (acquired

internal hydrocephalus)۔ یہ بچوں اور بالغوں دونوں میں ہو سکتا ہے لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ نہایت عام طور پر یہ قاعدی سحالی التهاب (basal meningitis) کا نتیجہ ہوتا ہے (بالخصوص اس کی بنی سحالی قسم کا) اور اُن التهابی انفجانات سے پیدا ہوجاتا ہے جو دماغی نخاعی سیال کے رگد رکوں کے بطن چہارم سے باہر نکلنے کے مقام پر مسدود کر دیتے ہیں۔ ایسا ہی انفجانات کا حالات سے بھی واقع ہوجاتا ہے جو دماغ کے سلحات سے پیدا ہوجاتے ہیں (مثلاً صنفہ 724)۔ اُن رمولیوں سے جو اپنے ابتدائی درجوں ہی میں مصیبت سکڑ میں کو

راست سلسلہ دکر دیتی ہیں۔ اس کے پیدا ہونے کا اسکان خاص طور پر ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں الکسائی استقام الدماغ کی اصابتوں کا ایک چھوٹا گروہ اور بے جس کو راقم الحروف نے الکسائی استقام الدماغ کا نام دیا ہے، اور اس میں علامات التهابی ذی مغز کے دوران میں یا اس کے بعد نمایاں ہو جاتی ہیں، بالخصوص اگر اس میں باجی جونی ملقیت کی چسبیدگی واقع ہو گئی ہو۔ بعض اصابتوں میں کوئی تسلی بخش سبب دریافت نہیں ہو سکتا۔

مرضی تشریح۔ دماغی سلسلہ کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے استقام الدماغ کی اصابتوں میں جو مناظر پائے جاتے ہیں وہ بیان کئے جا چکے ہیں۔ سحائی التهاب کے بعد پیدا ہو جانے والی اصابتوں میں سوراجائے مجتذی و نوتشکا (foramina of Magendie and Luschka) التهابی مادے سے ملوس ہوتے ہیں۔

735

علامات۔ سحائی التهاب کے بعد پیدا ہو جانے والی اصابتوں میں استقام الدماغ کی حالت سرایت رساں مرض کے بعد فی الغور پیدا ہو جاتی ہے۔ شیرخواروں میں کلانی سر اور ساتھ ہی دوسرے علامات جن کا اس مرض کی پیدائشی قسم میں تذکرہ کیا گیا ہے، اس حالت کے صریح امارات ہوتے ہیں۔ نسبتاً زیادہ عمر والے بچوں اور بالغوں میں ممکن ہے کہ شدید اور ہٹیلہ درد سر کی خاص امارت ہو۔ دباؤ کی زیادتی کے علامات جو اس حالت کے ساتھ اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ یہ دماغی سلسلہ کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہو، پہلے بیان کئے گئے ہیں (لاحظہ ہر صفحہ 725)۔

وہ مشاذ اصابتیں جن میں کوئی سبب نہیں دریافت ہو سکتا، جب بالغوں میں ہوتی ہیں تو دروں بھی دباؤ کی زیادتی کے علامات پیش کرتی ہیں، جن کی تشخیص دماغی سلسلہ کے علامات سے مشکل ہو سکتی ہے۔ بعلین سویم کے تمدد کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع بصری پر دباؤ پڑنے سے ذبول عصب بصری اور فوقانی اجسام۔ باعیه قریب پر دباؤ پڑنے سے آنکھوں کی اوپر کی طرف کو حرکت کا شکل پیدا ہو سکتا ہے۔ انذار کا انحصار سبب پر ہوتا ہے۔ دماغی سلسلہ کی وجہ سے پیدا ہو جانے والی

اصابتوں میں اس کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ سحائی التهاب کے بعد پیدا ہونے والی اصابتوں میں ممکن ہے بعض بچوں یا آخر شفا یا ب ہو جائیں، مگر یہ اکثر اوقات مصریح یا ناقص الذہن ہوتے ہیں۔ بالندوں میں ممکن ہے کہ یہ حالت چند ماہ تک جاری رہ کر پھر دیکھ کر فحل تغص کے باعث ختم ہو کر مہلک نتیجہ کو پہنچے۔ نامعلوم السبب اصابتوں (اولی اکتسابی استقلاد الذہن = primary acquired hydrocephalus) میں انداز زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ ممکن ہے فترات یا وقفے ہوں جو بعض اصابتوں میں سالہا سال تک جاری رہتے ہیں۔

علاج - سحائی التهاب کے بعد کی اصابتوں میں بطنی کچھ کے اور سیلیت کی مداخلت کی گئی ہے جس کے بعد ضد سحائی متقی مصل (anti-meningococcal serum) داخل کر دینا چاہئے۔ ان اصابتوں میں جو دماغی ملمہ کے باعث ہوں علاج کی تفصیل پہلے درج کی گئی ہے۔ التهابی اذنی اصابتوں کو اس طرح تسکین دیا جاسکتی ہے کہ مکرر قطنی کچھ کا دیا جائے اور دماغی نفاخی سیال کی سیلیت کی جائے۔ بالآخر دباؤ گر کر طبی لیول پر آ جاتا ہے اور منتقل تسکین ہو جاتی ہے۔

عمومی شلل مجاہن

(general paralysis of the insane)

آتشکی التهابی دماغ (syphilitic meningo-encephalitis)

امراضیاتی لحاظ سے اس مرض کا امتیازی خاصہ دماغ کے وہ وسیع انحطاطی اور التهابی تغیرات ہیں جو آتشک کے پیچ موہ (spirochaele) سے پیدا ہو جاتے ہیں اور سرمدری لحاظ سے ترقی پذیر ذہنی خرابی اور ساتھ ہی بعض طبیی امارات اور آخری درجوں میں عمومی شلل ہے۔ جس خطاب سے یہ عام طور پر مشہور ہے وہ اس وقت سے چلا آتا ہے جب کہ یہ مرض ایک پیچیدگی خیال کیا جاتا تھا جو جنون کی بعض اصابتوں میں واقع ہو جاتی ہے اور اسے اب سے بہت پہلے ترک کر کے اس کے بجائے کوئی زیادہ طبی نام اختیار کر لینا چاہئے تھا۔ مگر اس قدیم نام کا استعمال اب مروج ہو چکا ہے۔

یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوا کرتا ہے اور بیشتر تیس اور پچاس سال کی عمروں کے مابین سہراہیت کے پانچ تا پندرہ سال بعد ہوتا ہے۔
پیدائشی سہراہیت کی وجہ سے بعض اصابتیں بچوں یا نوجوانوں میں بھی پائی جاتی ہیں۔

مرضی تشربح۔ بالعموم سحایا موٹے ہو جاتے ہیں اور ساتھ ہی ان کے دماغ اور سطح دماغ کے ساتھ انضمامات پیدا ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب جنونی عصبانیت کو اتارنے کی کوشش کی جاتی ہے تو تشربح بھٹ جاتا ہے۔ خود دماغ عموماً معمول کے نسبت چھوٹا اور ہلکا ہوتا ہے۔ تزارید بالخصوص چھٹی ٹخوں میں کے تزارید مسکڑے ہوئے اور تبادیف مقابلہ سیال سے بڑا اور چوڑے نظر آتے ہیں۔ بلیٹنوں کا بزرغلیفی استر موٹا غیر شفاف اور ناہموار ہو کر پالے مٹا خطر پیدا کرتا ہے۔

خرد بین سے دیکھنے پر عروق کے درمینی خلیات تکثر ظاہر کرتے ہیں اور ساتھ ہی دماغی جرم میں خلیات کی گرد عروقی اور منتشر در برزش پائی جاتی ہے۔ ان میں لمفی خلیات (lymphocytes) پلازما خلیے اور مختلف اقسام کے عصب برشی خلیے (neuroglial cells) پائے جاتے ہیں۔ عصبی خلیے اور پٹے انحطاط کے مختلف وجوں میں ملتے ہیں۔ عصب سریشی ریشوں میں بھی نمایاں زیادتی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حقیقی تکثر اور لینت کے رجحانات پائے جائیں لیکن یہ غیر ضروری نہیں ہوتے۔

شاحب پیچ موریہ (spirochæte pallida) جسے دماغ کے اندر ۱۹۱۳ء میں ابتداً توخوجی (Noguchi) اور مور (Moore) نے دریافت کیا بعد ازاں بہت سی دوسری اصابتوں میں بھی بتا دیا گیا ہے۔ لیکن اس کی توزیع چھدری چھدری ہوتی ہے اور وہ اسی وقت طے ہے جب کہ اسکی تلاش میں کوشش اور تن وہی سے کام لیا جائے۔ مگر ہے کہ نخاع میں انحطاطی تغیرات پائے جائیں جو دماغی امراض کا نتیجہ ہوتے ہیں اور متعدد اصابتوں میں پھیلے استوائوں کا جزاں انحطاط (نہرالی استرنا = tabo-parensis) بھی ہوتا ہے۔

علامات۔ علامات کی گروہ بندی میں بہت اختلاف دیکھا جاتا ہے۔

ابتدائی درجوں میں ذہنی علامات کی نوعیت مختلف ہوتی ہے، اور طبیعی اور ذہنی علامات کے درمیان کوئی موازات (parallelism) نہیں پائی جاتی، اور نہ انفرادی طبیعی امارات کے درمیان۔

اکثر و بیشتر ابتدائی ترمن علامات وہ غیر محسوس تغیرات ہیں جو مریض کی شخصیت میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ آدمی بے پروا اور بد احتیاط ہو جاتا ہے، وہ شراب نوشی میں بے اعتدالی پر مائل ہو جاتا ہے، یا جس قدر روپیہ پیسہ خرچ کرنے کا عادی تھا بلا وجہ اُس سے زائد خرچ کرنے لگتا ہے، یا چڑچڑایا بے چین ہو جاتا ہے، بوی اور فائنان والوں کے ساتھ اُس کی محبت میں تغیر ہو جاتا ہے، یا وہ بلا سبب بد لگا ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ابتدائی تصویر محض عصبی نہاسکت (neurasthenia) کی ہو اور اُسے غیر معمولی تھکان، بے خوابی اور چڑچڑاہٹ سے بے شکایت ہو۔ ممکن ہے کہ درد سر نمایاں علامت ہو، جس کا انحصار بلاشبہ سحائی ماؤفیت پر ہوتا ہے۔ بالعموم قوی عقلیہ ابتدائی سے معتدل طور پر باؤف ہو جاتے ہیں۔ تازہ اور بعید ماضی کے متعلق حافظہ میں نقائص موجود ہوتے ہیں اور اس کے باعث سرگذشت مریض کے واقعات کی تاریخوں کے تعیین میں ناقص پایا جاتا ہے۔ بالعموم اُسے ان نقائص کا علم نہیں ہوتا، اور وہ بھی کہتا رہے گا کہ میرا حافظہ اتنا ہی اچھا ہے جتنا کہ ہوش سے تھا۔ مزاج کی کیفیت میں اکثر اختلالات واقع ہوتے رہتے ہیں اور ان کی عام قسم وہ ہے جس میں مریض بے انتہا فرحان، فعال اور پرگو ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اُسے کمطبت نفس کے اختباطات ہوتے ہیں۔ ان کا تعلق محض اُس کی ذات سے ہوتا ہے، اور یہ ظاہر کرتے ہیں کہ وہ کیا ہے، اُس کے پاس کیا کچھ ہے، یا کہ وہ کیا کیا کر سکتا ہے۔ مثلاً یہ کہ وہ قادر مطلق، شاہ، انگلستان، یا وزیر اعظم ہے، یا دنیا میں سب سے زیادہ خوبصورت، اور سب سے زیادہ طاقتور شخص ہے۔ اُس نے پیسہ پیدا کرنے کے لئے نہایت فراست آمیز اور عمدہ ترکیبیں ایجاد کی ہیں، اور اُس کے قبضہ میں ابھی سے ہے انتہا مال و دولت ہے۔ اس کے برعکس اُس کے مزاج کی غالب کیفیت بے انتہا پستی کی ہو سکتی ہے، جس کا مخصوص و ممیز خاصہ اختباط کی زیادتی ہوتی ہے، جو اُسے سادہ دلیلیا سے

تیز کرنے میں مدد ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس حالت میں مریض اقدام خودکشی کرے۔ علاوہ ازیں ایک اور قسم کا طریقہ آغاز مرض وہ ہے جو ترقی پذیر یعنی احمی اور عدم دلچسپی کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے جس کی تہ میں مزاجی کیفیت کی کوئی خرابی ہو جو نہیں ہوتی۔

بارہ ابتدائی ترین علامات جو جاذب توجہ ہوتی ہے صریح جلوں کا وقوع ہے۔ یہ صغیر یا کثیر قسم کے، عمومی یا ماسکی ہو سکتے ہیں۔ یہ مرض کی بیشتر اصابتوں میں جلدیہ و دیر واقع ہوتے ہیں۔

جہاں تک کہ طبیعی علامات کا تعلق ہے، وہی عضلات کے شیب و فراز برابر ہو کر چہرہ غیر منظر ہو جاتا ہے اور بولنے میں عموماً لبوں اور گالوں میں رعشہ ہونے لگتا ہے۔ گفت گویے سلیقہ اور مقطوع ہوتی ہے اور ساتھ ہی شکل جلوں (میشلاً "میتھوڈسٹ اپس کوپل": "Methodist Episcopal") کے لفظ میں ارکان بھی کو حذف کر دیے کا رجحان ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصب بعری کا اولی ذبول (primary optic atrophy) موجود ہوتا ہے۔ باہر نکالی ہوئی زبان میں نہایت لطیف رعشہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ عصب تحت اللسانی کے نواتوں کی ماؤفیت کی وجہ سے ذبول بھی ہو۔ ممکن ہے کہ مرض کی ابتدا ہی میں آدھائل ابرن کے طرز کے حدقات دیکھنے میں آئیں اور آخری درجوں میں تو یہ سٹا ذہنی فیہ ہو جوتے ہیں۔ باہر پھیلائے ہوئے ہاتھ میں عموماً رعشہ دیکھا جاتا ہے اور یہی رعشہ ہاتھ سے لکھنے میں بھی پایا جاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں دتیری سکوسات کی حالت ہرجی اور پچھلے استوائوں کے ریشوں کی ماؤفیت کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ باسٹا انحصی جمیبت کے ساتھ ترکیبی اور کسی جھٹکے مبالغہ آمیز یا منقود پائے جاتے ہیں۔

مکن ہے کہ کبھی کبھی ممکنہ مناحلے فالج ضمنی کے ساتھ واقع ہو جائیں۔ اس کے ساتھ اکثر تیز تپ پائی جاتی ہے اور عموماً ایس کی تیز خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ اس میں طبیعی امارات میں اس سے بہت زیادہ سرعت کے ساتھ اصلاح دیکھی جاتی ہے کہ جتنی سرعت کے ساتھ واقعی ترفہ یا علقت میں پائی جاتی ہے۔

آخری درجوں میں دماغی اور جسمانی دونوں قسم کی ہمد گیر خرابی واقع ہو کر، عاصری اکتسار مغفوق ہو جاتا ہے، اور بالعموم مریض التهابِ مثانہ (cystitis) ذاتِ المریہ، یا کسی دوسری بین رو سراپت سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

ان بچوں میں جو پیدائشی آتشک میں مبتلا ہوں آتشکی التهابِ دماغ (syphilitic encephalitis) (طفولی عمومی شللِ مجامین: Juvenile G.P.I.) پایا جاتا ہے، اگرچہ سناؤ طور پر۔ یہ یا تو ابتدائی سے دماغی قلت (mental deficiency) کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، یا بلوغ کے زمانہ میں یا بلوغ کے بعد مترقی خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ ان اصابتوں میں ذہولِ عصبِ بصری (optic atrophy) کا وقوع عام ہے۔

تعالیٰ و ازمان تمام اصابتوں کی ۹۵ فی صدی میں خون کے اندر اور سفیدی میں شغامی سیال کے اندر شبت ہوتا ہے۔ شغامی سیال میں دباؤ عموماً بلند (۲۰۰ ملی میٹر پانی کے لگ بھگ) ہو جاتا ہے اور ضلیات کی تعداد میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ یہ زیادہ ترکیب نواتی ہوتے ہیں، لیکن کہیں کہیں اتفاق سے ایک آدھ کثیر الاشکال یا پلازمائی غلیبہ بھی ہوتا ہے۔ اور پروٹین اور فی صدی تک زیادہ ہو جاتا ہے۔ کولائیڈی تعامل (colloidal reaction) مستمر طور پر استرخائی قسم (paretic type) کا ہوتا ہے، اور اس سلسلہ کے پہلے تین یا چار انجوبات میں کامل تریسب واقع ہو جاتی ہے۔

تستخیص۔ دماغی شریانی صلا (cerebral arteriosclerosis) میں ذہنی حالت اس حالت سے مشابہ ہو سکتی ہے جو شلی متاہست (dementia paralytica) میں پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اول الذکر مرض میں مائلہ کا نقص زیادہ عام طور پر حال ہی کے واقعات تک محدود ہوتا ہے اور مریض اسکی شستانتست کر لیتا ہے۔ الکحلیمت (alcoholism) کو غلطی سے عمومی شلل سمجھا جاسکتا ہے اور یہ غلطی بڑی حد تک، لبِ زبان اور اتھروں کے رخسار کی وجہ سے ہو جاتی ہے اور التهابِ اعصاب محیط (peripheral neuritis) کے شروع ہو جانے سے اصابت میں اور بھی پیچیدگی واقع ہو سکتی ہے۔ لیکن مسلسل شراب نوشی کے ساتھ

علامات کا قریبی تعلق 'حذقات چشم میں فرق نہ ہوتا' اور عرصہ تک شراب کا
 پرہیز کرنے پر مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جائے، یہ سب انکلیت کی طرف
 اشارہ کرتے ہیں۔ ذہنی فشل (mental failure) جس کے ساتھ دماغی 'اضرار'
 مثلاً 'سلحات' موجود ہوں یا 'مناہت' (dementia) جو دو جانبی عروقی
 'اضرار' کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہو (کاذب بصلی فسالج pseudo-bulbar
 palsy) 'تشخیص میں مشکلات پیدا کر سکتی ہے۔ نیز منلشر صلابت
 (disseminated sclerosis) کی بعض اصابتوں میں جن میں دماغی 'ماؤفیت'
 جلد واقع ہو گئی ہو، احتیاط کے ساتھ تفریق کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔
 سب سے زیادہ قیمتی ثبت علامات 'حدقی تغیرات' اور 'مقطع گفتگو'
 (slurring speech) ہیں۔ اور لانا آتشکی سرایت کی سرگزشت سب سے
 زیادہ اہمیت رکھتی ہے۔

بالعموم خون اور نخاعی سیال کے امتحان سے تشخیص یقین کیا جاتا
 کی جا سکتی ہے۔

انذار۔ بالعموم علاج نہ کیا جائے تو عمر ترقی کرتا ہے اور اس زمانہ سے
 جب کہ سرورری تشخیص ممکن ہو سکتی ہے پانچ سال کے اندر مہلک اختتام کو پہنچتا
 ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ فترات واقع ہو جائیں اور چند اصاقول میں مریض کا
 خود بخود رک جانا بیان کیا گیا ہے۔ اس واسطے علاج کے اثرات کا اندازہ کرنا
 مشکل ہے۔

علاج۔ اب عام طور پر یہ تسلیم کیا جاتا ہے کہ اس مرض کا بہترین علاج
 لمبریا کی سرایت ہے۔ اس کو عموماً اس طرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ کسی قاطعی
 لمبریا والے شخص کی مدد سے ۵ سی۔ سی خون ایک پمپکاری میں نکال لیا جاتا
 ہے جس میں ۵ فی صدی سوڈیم سٹریٹ کے چند قطرے ہوتے ہیں۔ پھر
 اس کا تحت الجلدی اشراب مریض میں کر دیا جاتا ہے۔ عام طور پر سلیم ملائی
 فضلیہ استعمال کیا جاتا ہے اور زمانہ صفائت چند دنوں سے لیکر چار ہفتوں تک
 مختلف ہوتا ہے۔ مریض کو بارہ قشریہ برے ہونے دیے جاتے ہیں اور پھر

کوہن سلفنیٹ روزانہ ۵ اگرین کی مقدار میں تین روز تک اور روزانہ ۱۰ اگرین اس کے بعد کے گیارہ روز استعمال کر کے طیریا کی سرایت کو روک دیا جاتا ہے۔ بالعموم اسکے بعد نوآرسینو بیلان (novarseno-billon) کے اثرات کا ایک نصاب دیا جاتا ہے۔ اس علاج کے نتائج کے متعلق دعویٰ کیا گیا ہے کہ فترات کی فی صدی تعداد بلند درجہ کی (یعنی علاج کردہ اصابتوں کی ۲۰ فی صدی) ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ فترات متعدد سال تک جاری رہ کر بعض مثالوں میں مریض کو اس قابل بنادیں کہ وہ اپنے کام پر واپس آ سکے اور دوسری مثالوں میں مرض کا اندازہ کر کے زندگی کو بڑھا دیں۔ اس کے مقابل ۵۱ فی صدی کی شہجِ ہلاکت بھی قابل غور ہے، جو کہ اس علاج سے واقع ہوتی ہے۔

مریض کے دوستوں اور رشتہ داروں اور عامات الناس کے وسیع تر نقطہ نظر سے تشخیص کا جلد ہو جانا نہایت اہم ہے، تاکہ سب متنب ہو جائیں اور اس سے پہلے کہ مریض اپنے زور و دولت اور نیک نامی کو خاک میں ملائے اور دوسروں کی بہبودی کو خطرے میں ڈال دے، اسے کسی مناسب ادارہ کے سپرد کیا جاسکے۔

ہنڈلنگٹنی دائر الرقص (Huntington's chorea) یہ ایک شاذ اور بے مثال مرض ہے جسے دائر الرقص کی پہلے بیان کی ہوئی شکل سے اچھی طرح متفرق کرنا چاہئے، گو کئی طرح سے یہ اس سے مشابہ ہوتا ہے۔ یہ ادھیڑ عمر کا ایک موروثی مرض ہے، جو ترقی پذیر نوعیت کا ہوتا ہے اور بالآخر عتائرت (dementia) پیدا کر دیتا ہے۔

بحث اسباب - توارث اس مرض میں نہایت اہم حصہ لیتا ہے۔ یہ مرض پشت در پشت منتقل ہوتا رہتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی ممکن ہے کہ ایک پشت کے افراد ہی جائیں۔ مرد و عورت دونوں برابر متاثر ہوتے ہیں اور مرض عموماً تین اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں ایک انسانیاتی تحقیقات کے نتیجہ کے طور پر اس مرض کی ۱۹ مائتوں کے متعلق یہ لگایا گیا کہ ان کا ہر پشہم تین بھائی تھے جو سترھویں صدی کے

آغاز میں انگلستان سے امریکہ میں اترے تھے۔

امراضیات - بعض امراض میں جن کا بغور و احتیاط امتحان کیا گیا
دماغ اور صحایا میں مرن پھیلے ہوئے یا غشز الیہابی تغیرات پائے گئے ہیں۔

علامات - اصلی اور اہم علامت ایک قسم کی حرکت ہے جینی ہے جو اس سے
مشابہ ہوتی ہے جو بچوں کے دار الرقص میں دیکھی جاتی ہے۔ تمام اقسام کی غیر غانی
ناجم آہنگ حرکات کی مستمر اور سرعہ توالی ہوتی ہے جو جسم کے تمام حصوں کو متاثر
کر دیتی ہے۔ یہ حرکات جارجی عضنی نظام کے ترقی گرد ہوں کو مؤف کرنے کا اس سے
زیادہ وجہان ظاہر کرتے ہیں، جتنا بچوں کے دار الرقص میں پایا جاتا ہے۔ اس کا
قیمتہ یہ ہوتا ہے کہ جارج بڑے زور کے ساتھ ادھر ادھر بھٹکے ملتے ہیں اور مریض کی
چال یہ شدت متاثر ہو جاتی ہے۔ یہ حرکات ارادی کو کشش کے اثر سے
عارضی طور پر متنوع کئے جاسکتے ہیں۔

ذہنی تغیرات اس مرض کے ساتھ ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ یہ پہلے تو
چڑچڑے پن اور بے چینی کی شکل میں ہوتے ہیں، جو بعض اوقات خودکشی کی ہستی
پیدا کر دیتی ہے، اور بالآخر یہ معنوی قسم کی مترقی عتابت میں ختمی ہوتے
ہیں، چنانچہ مریض عمر ما ذہنی اداروں میں اپنی زندگی ختم کر دیتے ہیں۔
انذار یا اس انگیز ہوتا ہے، اور زندگی کی مدت دس سال سے لیکر
تیس سال تک ہوتی ہے۔

علاج بعض علامات ہوتا ہے۔

اب بعض ایسے امراض کا بیان کرنا باقی ہے جن میں امارات و علامات
عصبی نظام کے و قیغہ کے اختلالات کا پتہ دیتے ہیں، لیکن بعد المات امتحان میں
غالی آنکھ سے یا چارے موجودہ خرد بینی امتحان کے طریقوں سے، ساختوں میں
کوئی ایسا تغیر نہیں پایا جاتا جو ان اختلالات کی بنا سمجھا جاسکے۔

صرع (مرگی)

(epilepsy)

(نحود و صرع) = idiopathic epilepsy 'حقیقی صرع'

(genuine epilepsy =

صرع کا ذکر پہلے دماغ کے بعض امراض کی بالخصوص اُن امراض کی جو تشوہ دماغ کو موقوف کر دیتے ہیں (مثلاً دماغی سلسلہ، التهاب دماغ، دماغی آشک) نیز بعض سستی حالتوں کی (جن کی خاص مثال یوریا و مریٹ: uræmia ہے) علامت کے طور پر کیا گیا ہے۔ ایسے اسباب کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے حملے اُن حملوں کی کسی طرح مختلف نہیں ہوتے جن کا اب ذکر کیا جائے گا۔ صرع کا انحصار تمام اصابتوں میں غالباً وظیفہ دماغ کی بے ترتیبی پر ہوتا ہے، خواہ یہ بے ترتیبی پیدا ایسی نقص کے باعث ہو، یا مقامی مرض یا قفسہ کے باعث ہو یا اُن دوران کرنے والے سمیات کے اثر کے باعث ہو جو انتحابی حدوث رکھتے ہیں لیکن اصابتوں کی نہایت بڑی اکثریت میں موجود طریقوں کی مدد سے ہم ایسے کسی سبب کا صرع لگانے کے نا قابل ہیں۔ مرض کی کسی مزید مادات کے بغیر صرع کے یہ حملے غیر معین ہر تک جاری رہتے ہیں اور اگر کوئی امتحان بعد المات حاصل ہو جائے تو خود بینی امتحان سے دماغ کی کوئی غیر طبی حالت نہیں ظاہر ہوتی۔ اصابتوں کا یہی گروہ ہے جسے ہم ان اصابتوں کی امراضیات کی موجود عدم واقفیت یا جہل کی حالت میں صرع کے مسلماتی خطاب کے تحت یکجا کرنے پر مجبور ہیں۔

لہذا صرع کی تعریف یوں کی جا سکتی ہے کہ وہ ایک مرض ہے جس میں دفعہ بے ہوشی یا کئی ہوش کے حملے ہوتے ہیں، محو الاس کے ساتھ تشنجات ہوں یا نہ ہوں یا کبھی کبھی ہوش میں خلل ہوئے بنیضجات کے حملے ہوتے ہیں اور جہاں تک ہمارے موجودہ علم کی رسائی ہے، یہ حملے دماغ کے کسی قابل مظاہرہ، بنی یا مستمر التزم (toxæmia) کی حالت پر منحصر نہیں ہوتے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض مردوں کے نسبت عورتوں میں کب قدر زیادہ عام ہے۔ تمام اماتوں کی تقریباً ایک تہائی میں خاندان میں سرخ کی سرگزشت پائی جاتی ہے۔ تین چوتھائی اماتیں بیس سال سے نیچے کی عمر میں شروع ہوتی ہیں۔ بقیہ میں آغاز مرض کی عمر باقی ماندہ مشروں پر مادی طور پر پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ چنانچہ خود ورم (idiopathic epilepsy) بھیثیت مجموعی ایک عام عارضہ ہے اور ایسی اماتیں پایا جاتا کسی طرح مشاذ نہیں جو بالغ زندگی میں بلکہ بڑھاپے کی عمر میں شروع ہوتی ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ فی صد تھوڑی اماتوں میں صرع کے دورے سر کے کسی بہن تندرست راست تعلق رکھتے ہیں جس کے ساتھ دماغی کونٹک (cerebral contusion) واقع ہو گئی ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 712)۔ ممکن ہے کہ تضرر اور پہلے حملہ کے درمیان کئی سال کا وقفہ ہو۔ ایسے تعلق کا واضح ترین ثبوت بعض اماتوں سے ملتا ہے جن میں حملوں کی ابتداء ایسے علامات کے ساتھ ہوتی ہے جو تضرر کے مقام کے ساتھ براہ راست خوب کئے جاسکتے ہیں، جیسا کہ ایک امابت میں ہو جس میں بد وقت کی گولی سے بائیں حرکی قشرہ پر زخم آیا اور ازاں بعد دورے ہونے لگے جو جسم کی دائیں جانب میں تشنجی حرکات کے ساتھ شروع ہوئے۔ لیکن ان اماتوں میں بھی بعض اوقات موروئی اثر نظر آتا ہے۔ بعض اوقات حملوں کے اتفاقی اسباب پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے خاص دماغی ٹکان، جوشش و ہیجان، یا تشویش و فکر ہیں۔ نمینہ آئے، جسمانی ٹکان، اور روزہ رکھنے سے بھی حملوں کی تکمیل ہو جاتی ہے۔ بعض اماتوں میں جین کے ساتھ ایک متعین تعلق ہوتا ہے اور بالعموم ماہواری کے آغاز میں حملے ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اماتیں حاسیتی اصل کی ہوں۔

امراضیات۔ مندرجہ بالا تعریف کی رو سے وہ تمام اماتیں جن میں صرعی حملوں کے لئے کوئی امراضیاتی سبب معلوم ہو سکتا ہے خارج از بحث کر دیجیے ہیں۔ لہذا ہم صرف قیاس آرائی سے کام لینے پر مجبور ہیں۔ اگر اسباب معلوم سے اسباب غیر معلوم مستغنیہ کئے جائیں تو ہمارے پاس یہ یقین کرنے کے وجوہات

موجود ہیں کہ صرع کا انحصار (۱) دماغی قشر کے ناقص و لطیفہ پر ہوتا ہے خواہ یہ اکتسابی ہو یا غیر اکتسابی یا (۲) جسم کے اندر ایسے سموم کی موجودگی پر جو قشری عصبی خلیوں پر ایک انتہائی عمل رکھتے ہوں۔

علامات۔ صرع کی بیشتر امایاتوں میں منہ زبانا متلاہل شور ہے جو ہمیشہ نہیں گرا کر کٹر کامل بے ہوشی کی حد تک پہنچتا ہے۔ حملوں کی اکثریت میں اس کے ساتھ تشنجی حرکات ہوتے ہیں۔

تشنجی حرکات کی شدت کے لحاظ سے ”مغیر“ (minor) و ”کبیر“ (major) قسموں میں تفریق کرنا سہولت بخش ہے، لیکن ان کے درمیان کوئی مطلق خط فاصل نہیں ہے۔

صرع کبیر (major epilepsy) ("grand mal") میں عموماً کئی وجہ شناخت کی جاتے ہیں:- (۱) ضمہ (۲) بے ہوشی اور تشنجی انقباض (۳) رجعی تشنج (۴) بحالی تشنہ (یا دم) جسکی بنیاد ہے کہ بارہ سے ستر تک ہوا کے جانے کا احساس اپن علامت کی ایک شکل ہے) ہر ایسا احساس یا حرکت ہے جو مریض کو اس وقت محسوس ہوتی ہے جب کہ وہ ابھی ہوش میں ہوتا ہے۔ یہ بیشتر نہایت تھوڑے عرصے کا ہوتا ہے، اور دیکھا کہ بے ہوشی اور تشنج میں ختم ہو جاتا ہے۔

۱۔ یہ نسہ تقریباً نصف امایاتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ ان دوسری امایاتوں میں ممکن ہے کہ یہ مختلف شکلیں اختیار کرے، جن میں سے مندرجہ ذیل عام طور پر واقع ہونے والی ہیں:-
 ۱۔ ہاتھ، ٹانگ، چہرے یا زبان میں جھنجھٹ یا سن پن۔ انھیں محسوس میں جھبکے یا شنج۔ فقدان بصر یا استبصار تو ہمارے جیسے کہ روشنی کے چمکارے، یا رنگ (عموماً سرخ یا آبی)، یا معتین اشیاء یا اس پاس کی چیزوں کی کلائی (کلاں نظری: megalopsia) آوازوں کے توہمات زور کی آوازیں وغیرہ۔ ناگوار بو یا ذائقے۔ دم گھٹنے کا احساس، متلی دوران سر، شراستنی درد۔ گرمی کی ممتماہٹ، سردی، پھینہ، اختلاج قلب، خوف یا تشویش کا غیر معین احساس۔ ایک خواب آلود محال یا بے حقیقی کا احساس یا یہ احساس کہ جو کچھ واقع ہو رہا ہے وہ پہلے واقع ہو چکا ہے۔ دوڑنا یا کودنا، یا دوسری ناہم آہنگ

حرکت جس اور حرکت کے نسبی مشترک جانی ہوتے ہیں، لیکن دو جانی بھی ہو سکتے ہیں۔ ٹانگ کے نسبت ہاتھ زیادہ اکثر ماؤف ہوتا ہے، اور وجہی نسبی مشترک شعاع پر مشتمل ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اصلی دورہ ہونے سے پہلے کچھ عرصہ تک خوف کا ایک مبہم احساس ہوتا ہے، لیکن بالعموم سہم ایک لمحہ بھر کے لئے ہوتا ہے۔

۲۔ خود دورہ دیکھا گیا ہے، ہوشی کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ اگر مریض کھڑا ہے یا بیل رہا ہے تو وہ اکثر وقتاً سانسے کو گر جاتا ہے، یا معلوم ہوتا ہے کہ اسے زور سے زمین پر پھینک دیا گیا ہے، اور اس کے ساتھ ہی بعض اوقات بلاراوہ طور پر ایک چیخ، کوک، یا دیمی تھرائی ہونی کرانے کی آواز نکل پڑتی ہے، جسے صرعی تشنج (epileptic cry) کہتے ہیں۔ پھر وہ نفسی تشنج کی حالت میں پایا جاتا ہے، اسکی پشت اکڑی ہوئی اور کبھی تھرائی، ٹانگیں بسط شدہ اور سر پیچھے کے طرف کھینچا ہوا یا ایک جانب کو گھما ہوا ہوتا ہے۔ چہرہ اکثر ابتدائے شاحب ہوتا ہے۔ بعض تیز ہوتی ہے، مگر بعض اوقات محسوس نہیں کیا جاسکتی، اور اس کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلاتی انقباض سے کشریان کے مضبوط ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ بھی شاید وہ میں آیا ہے کہ بے ہوشی طاری ہونے کے وقت بعض بند ہو گئی ہے۔ عمومی نفسی انقباض سینہ کو شیت کر دیتا ہے، اور تنفس رُک جاتا ہے، جس سے چہرہ بتدریج زیادہ قائم ہو کر بالآخر بالکل زراقی ہو جاتا ہے۔ نفسی درجہ تین ثانیوں سے لے کر بیس یا چالیس ثانیوں تک جاری رہتا ہے، اور پھر دفعتی تشنج کے درجہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔

۳۔ جھٹکے چہرے، پونٹوں اور گردن کی جانب میں شروع ہو کر بہ سرعت مبہم اور جواج کے تمام عضلات میں پھیل جاتے ہیں۔ پیش پسی حرکات کی جواج کے متبادلاتی خم اور بسط ہونے کی پونٹوں اور جبروں کے کھٹنے اور بند ہونے کی سرسری توالی اور تانکے کے ڈھیلوں کا اور شاید سر کا جانی انحراف ہوتا ہے۔ زبان آگے کے طرف نکل آتی ہے اور ممکن ہے کہ دانتوں کے درمیان پکڑ لی جائے۔ لعاب دہن کا افراز بکثرت ہو کر منہ میں اس کا جھاگ بن جاتا ہے، جو کئی ہوئی زبان سے نکلے ہوئے خون کیساتھ مخلوط ہو کر لبوں کے درمیان سے خارج ہوتا ہے۔ چہرہ کبود یا تقریباً سیاہ ہو جاتا ہے اور لب اور چہرے کے خط و خال پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس درجہ میں ممکن ہے کہ

بول، براز، اور منی خارج ہو جائے، اور عضلات کے زوردار انقباض سے شان کا خلع بھی واقع ہو سکتا ہے۔ لازماً مریض بالکل بے ہوش ہوتا ہے۔ غلٹھات چھوٹنے سے بحیثیت نہیں ظاہر کرتے، اور پستلیاں پھیلی ہوئی ہوتی ہیں یا اتہزاز کرتی ہیں۔

۴۔ رجعی درجہ چند منٹ تک، شاذ ہی پانچ یا چھ منٹ سے زائد جاری رہتا ہے، اور پھر تشنج بند ریج کم ہو جاتے ہیں، مینے قلیل الوقوع ہو جاتے ہیں اور ان میں چند ثانیوں کے وقفے حاصل ہوتے ہیں۔ سانس زیادہ آسانی کے ساتھ لی جاسکتی ہے، منہ کا جمناگ موقوف ہو جاتا ہے، اور بتدریج چہرے کا رنگ زیادہ طبعی ہوتا جاتا ہے۔ بالآخر مریض محض قوما زوہ ہو جاتا ہے، اور یہ قوما قندی منہ میں تبدیل ہو جاتا ہے، یا یہ ہوتا ہے کہ تشنج موقوف ہونے کے بعد جلد ہی کیتقد روفت ہو شش آ جاتا ہے۔ جب بالآخر ہوش آ جاتا ہے تو بالعموم مریض چکرایا ہوا ہوتا ہے اور درد سر کی شکایت کرتا ہے۔

دورے کے بعد معکوسات بیشتر کچھ عرصہ کے لئے غیر موجود ہوتے ہیں، اور پھر ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے لئے عیش معکوسات زیادہ ہو جائیں۔ انھیں شکوہ عارضی غیر موجودگی کے بعد ابتداء باسط ہوتا ہے اور اس کے بعد پھر طبعاً غم کن ہو جاتا ہے۔ بول میں البیومین یا شکر کا خفیف ماحولہ موجود ہو سکتا ہے۔ ویدیمی امتلاء کے درجہ میں عروق و مویہ کے پھٹ جانے سے جلد کے نیچے نشے دیکھنے میں آ سکتے ہیں۔ بعض اوقات قے یا خطرناک ذہنی اختلالات موجود ہوتے ہیں مثلاً ہڈیاں جو اکثر ماتیائی قسم کا ہوتا ہے۔

میکانی تفصیلات جو مروجہ کو سمجھتے ہیں، بلاشبہ دورے کے بعد باقی رہتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اس وقت جب کہ دورہ دیکھنے میں نہ آیا جو ان سے مفید ولاتیں حامل ہوں مثلاً لیلی صرع (nocturnal epilepsy) میں۔ یہ حسب ذیل ہیں۔ کئی ہوئی زبان، جلد پر نشے اتر ا ہوا شانہ، اور دوسری اصابتوں میں مختلف اقسام کے خیر کے زخم، یا کوفت گیاں جو مریض کے زمین پر گرے یا سخت اشیاء کے ساتھ ٹکرانے سے پیدا ہو جائیں۔

صرع صغیر (minor epilepsy) (petit mal)۔ یہ کثیر التعداد مثالوں میں

ناگہانی بے ہوشی سے کچھ زائد نہیں ہوتی۔ بولتے بولتے شاید مکمل بند ہو جاتی ہے،
 پتلیاں چوڑی ہو جاتی ہیں، گفتگو بے ربط ہو جاتی ہے، اور مریض مریض بے خبر
 ہوتا ہے کہ اس پاس کیا ہو رہا ہے۔ اگر وہ کھانا کھا رہا ہے تو ممکن ہے کہ وہ اپنی کالی
 یا اپنے پیالہ میں اٹکل ڈال دے یا اور کوئی بے قاعدگی عمل میں لائے جس کا حالت
 ہوش میں وہ ہرگز متکب نہ ہوتا۔ یہ حالت چند سیکنڈ تک جاری رہتی ہے اور پھر
 مریض کو ہوش آ جاتا ہے، اور وہ اس کام کو جسے کر رہا تھا جاری رکھتا ہے یا شاید
 وہ پہچان لیتا ہے کہ ایک بے خبری کا وقت گزر رہا ہے، یا اسے چکر آتے ہیں یا دوسرے
 ہوتا ہے، اور وہ پسند کرتا ہے کہ ذرا دیر کے لئے لیٹ جائے۔ بعض اوقات حملہ
 کا نمایاں ترین خاصہ دوران سر ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس میں جسم کے ایک
 یا دوسرے حصے میں ایک احساس، یا ایک شنجی حرکت ہوتی ہے اور پھر جلد ہی
 ماضی بے ہوشی ہو سکتی ہے، اگر یہ مریض اول الذکر کو ہی حملہ کا خاص متمیز خاصہ
 سمجھے گا۔ یہ کبیر حملوں کے نسیموں سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور ان میں مندرجہ
 ذیل شامل ہیں:۔ وہ احساسات جو شریف، ہاتھوں، سر، ناک، آنکھ کے
 ڈھیلوں اور غلظہ قلب میں ہوتے ہیں۔ نیز شنجی اور استعماری احساسات۔
 جراح، سر، یا دماغ میں جھٹکے۔ ناگہانی رعشہ، چیخنا، یا تہر۔ ذہنی کیفیتیں، مثلاً
 خوف کی ناگہانی حالت، وغیرہ۔

بہت سی مثالوں میں کامل بے ہوشی نہیں ہوتی۔ مریض اپنے ماحول سے
 باخبر ہوتا ہے اور اکثر یہ بھی جانتا ہے کہ اس پاس کے لوگ کیا کہہ رہے ہیں لیکن
 اس کو لمحہ بھر کے لئے ہر چیز دور معلوم ہوتی ہے، وہ واقعات کی پوری اہمیت
 نہیں سمجھ سکتا اور اپنے خیالات کو صاف طور پر مضبوط کرنے کے ناقابل ہوتا ہے۔

جیکسنی یا ماسکی صرع (Jacksonian or focal epilepsy)۔

حملہ کبیر ہوا صغیر، دونوں کے علامات عمومی یا ماسکی نوعیت کے ہو سکتے ہیں۔ ماسکی
 قسم کے صرعی حملے کو اکثر اوقات ہفٹینگز، جیکسن کے متبع میں جیکسنی کہتے ہیں۔ صرع کے
 متعلق جیکسن کے سریری مشاہدات موصوع کے اس پہلو کے متعلق ہمارے معلومات کی
 بنیاد ہیں۔ ماسکی حملے وہ حملے ہیں جن کے علامات اپنے اختلال سے منسوب کئے

باسکیں جو قشر دماغ کے کسی خاص رقبہ میں پیدا ہو گیا ہو۔ چنانچہ یہ علامات حرکت یا حس ہوسکتے ہیں اور اگر آخر الذکر ہیں تو عمومی یا خاص قسم کے ہوسکتے ہیں۔ حرکتی حملوں میں ایک بارہ کے یا بارہ کے ایک حصے کے عضلات میں تشنجی شنج کے بعد دہنی شنج ہوتا ہے۔ یہ پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے جس سے جسم کی ایک پوری جانب ماؤف ہوجاتی ہے۔ ایسی صورت میں تشنجی حرکات عام ہوجاتے ہیں اور اگر ایسا ہوتا ہے تو بے ہوشی طاری ہوجاتی ہے۔ یا یہ تشنجی حرکات محدود المقام رہ سکتے ہیں اور اس حالت میں بعض اوقات بے ہوشی نہیں طاری ہوتی۔ اسی طریقہ سے ممکن ہے کہ جسمانی احساس، بُویا ذائقے، سماعت یا بصارت کا اختلال ایک عمومی حملے کا آغاز کر دے یا یہی خود صرعی واروہ (epileptic episode) کی واحد شہادت ہو۔ یہ جاننا اہم ہے کہ ایسے حملوں کی نوعیت سے محض اُن کا مبدائی مقام ظاہر ہوتا ہے مگر اُن کے امراضیات کے متعلق کوئی دلالت نہیں ہوتی۔ ماسکی یا جیکبسنی حملہ لاداعصری مبداء کا نہیں ہوتا۔ دراصل ماسکی حملوں کا عام ترین سبب خود و صرع (idiopathic epilepsy) ہے۔ لیکن یہاں یہ کہہ دینا چاہئے کہ ایسے حملے جو محدود المقام رہتے ہیں اور عمومی تشنج کی حد تک نہیں پہنچتے اور بالخصوص دو ماسکی حملے جن میں بے ہوشی نہیں ہوتی، عموماً دماغ کے عضوی مرض کے باعث ہوتے ہیں۔

صرع متواتر (pyknolepsy) یہ حالت جسے بعض ماہرین سرریا علیحدہ عنوان کا مستحق سمجھتے ہیں دوسرے ماہرین کے نزدیک صرع صغیر کی ایک شکل ہے۔ جہاں تک کہ خود حملہ کا تعلق ہے ان دونوں کے درمیان یقیناً کوئی فرق نہیں۔ دو خصائص جو اس عارضہ کو صرع کے دیگر اقسام سے ممتاز کرتے ہیں جب ذیل ہیں۔ آغاز مرض (جو عموماً دفعہ ہوتا ہے) بچپن میں ہوتا ہے، ابتدا ہی سے حملے متواتر ہوتے ہیں (روزانہ ۶ سے ۵ تک) یہ حملے یکساں اور خفیف درجہ کے ہوتے ہیں کوئی ذہنی خرابی نہیں موجود ہوتی جو دماغ میں کارگر ہوتی ہیں اُن سے کوئی تعبیر نہیں ظاہر ہوتی اور بلوغ کے بعد گھٹ کر جاتے ہیں۔ چنانچہ کامل تشنجیں تو صرف اُسی وقت ہوسکتی ہے جبکہ حملوں کا ہونا موقوف ہو جائے، لیکن بعض اوقات متذکرہ بالا دوسرے امور کی بنا پر ایک اچھے انجام کی پیشین گوئی کی جاسکتی ہے۔

بعد الصرع حالتیں (post-epileptic conditions)۔ حملہ کے بعد

عموماً کچھ عرصہ تک غنودگی اور اکثر شدید دروسر ہوتا ہے۔ صرعی دورے کے بعد شدید نفسی اختلال ایک غیر عام نتیجہ نہیں اور یہ حملہ کبیر کے نسبت ملکہ صغیر کے بعد عموماً اور بھی زیادہ کثرت سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ذہنوں کی شکل اختیار کر کے چند روز تک جاری رہے۔ ایک دوسرے مریض میں مختلف قسری افعال (automatic actions) سرزد ہوتے ہیں جن کا مریض کو اس وقت اور بعد میں بالکل ہوش نہیں ہوتا۔ شاید ان میں سے عام ترین کپڑے اتار دینے کی حرکت ہے جو ایک

سیک مقام پر ناشائستہ برہنگی کے الزام کا سبب ہو سکتی ہے یا ممکن ہے کہ مریض کسی بھی چیز کو جو اتفاق سے اس کے قریب ہو بلا یہ لمانہ کئے کہ یہ کس کی ہے اپنی جیب میں رکھے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی وہ جوش و خروش اور جنگجوبی کا اظہار کرے اور اس وقت جب کہ وہ قسری حالت میں ہے دوسروں کو جسمانی ضرر پہنچا دے۔ یہ حالتیں بڑی طبی قانونی اہمیت رکھتی ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ صرعی دوروں کے وقوع کا بالکل علم نہ ہو اور یہ مجرمانہ طرز عمل عیناً اور شعوری فعل سے منسوب کیا جائے۔ بعض اوقات یہ حملے اپنی نوعیت میں با نیائی ہوتے ہیں (صرعی مانیا = epileptic mania) اور ان قسری افعال کے ساتھ بہت کچھ ذہنی اختلال ہوتا ہے، مثلاً خوف، جوش و خروش کا جذبہ، اختلالات اور توہمات۔

اسی قدر اہم دیکھو کہ یہ شخصیں میں مشکلات پیدا کر دیتے ہیں (خفیف نفسی نتائج ہیں۔ حقیقی صرع کے حملہ کے بعد جب مریض کی طبیعت بحال ہوتی ہے تو اکثر اوقات وہ طفلانہ اور جذباتی حرکات ظاہر کرنے لگتا ہے، کبھی روتا ہے اور کبھی ہنستا ہے اور بعض اوقات اسکی حالت ہشیر یا کہ ”دورے“ کی ہوجاتی ہے۔

حمر مرض۔ صرعی حملوں کا تو اکثر مختلف مریضوں میں اور ایک ہی مریض میں مختلف زمانوں میں نہایت مختلف ہوتا ہے۔ چنانچہ عموماً پہلے حملے اور دوسرے حملے کے درمیان ایک یا زیادہ مہینوں کا وقفہ ہوتا ہے، لیکن مرض کی ترقی کے ساتھ ساتھ یہ وقفے اکثر زیادہ مختصر ہوتے جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ دورے اس قدر کثیر و اتقاع ہوں کہ ایک ہفتے میں دو یا تین بار ہو جائیں یا ایک ہی دن میں کئی دورے ہوں بعض

اصابتوں میں ممکن ہو کہ دو یا تین برس کے بعد دیگرے جلد باند ہو جائیں یا تھوڑے تھوڑے وقفے سے ہو اور پھر مریض عرصہ ورازا تک بکار رہے بخیف دورے کے نسبت شدید دورے کے بعد طویل وقفہ واقع ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ غالباً کثرت شرانوردی غیر محتاط تغذیہ اور حد سے زیادہ دماغی یا جسمانی مشقت سے دوروں کے تواتر میں زیادتی ہو جاتی ہے۔

حالت صرعی (status epilepticus) - شاذ مثالوں میں مریض کو دوروں کا ایک سلسلہ ہوتا ہے، جو چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن تک جاری رہتے ہیں اور ان دوروں کے درمیانی وقفوں میں مریض کو کبھی پوشش نہیں آتا۔ ضربات قلب زور اور تیزی کے ساتھ ہونے لگتے ہیں، تنفس تیز ہو جاتا ہے، تشنج کے قفوں میں جھپٹکے ہونے لگتے ہیں، تپش اکثر ۱۰۵ یا ۱۰۷ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ مریض مہبوط ہو کر مر جائے یا اسے بدمیان ہو جائے۔

742

حکموں یا دوروں کے درمیانی زمانے میں صحت۔ اس کا انحصار بڑی حد تک دوروں کے تواتر پر ہوتا ہے۔ جہاں دوروں کی تعداد زیادہ نہیں ہوتی، ممکن ہے کہ مریض کی صحت نہایت اچھی رہے۔ بہت سے مصروع قوی بچے جنگے اور تندرست و توانا ہوتے ہیں اور حملہ کے وقت سے قطع نظر ہرگز بیمار نہیں ہوتے۔ لیکن جب دورے نہایت کثیر و توقع ہوں یا مرض طویل زمانہ تک جاری رہا ہو، تو عموماً مریض کا ذہن ماؤف ہو جاتا ہے، وہ سست اور چرچرا ہو جاتا ہے، اس کا حافظہ ناقص ہو جاتا ہے، اور اعمال متکلیف نسبتہ زیادہ سست ہو جاتے ہیں یا ہانگ کہ بالآخر عناہت کی حالت تک نہایت پہنچتی ہے۔

صرع سے موت کا واقع ہونا کسی طرح عام نہیں اور بجز اس شاذ حالت صرعی کے جس کا اوپر ذکر کیا گیا ہے موت زیادہ تر کسی ایسے تغیر کا نتیجہ ہوتی ہے جو مریض کو دورے کے دوران میں پہنچ جائے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ دورے کے دوران میں وہ کسی بلند سی سے گر جائے، یا پانی کے اندر گر کر غرق آب ہو جائے، یا قنداسے اس کا گلا گھٹ جائے یا ممکن ہے کہ اس کا چہرہ تکیہ میں گر کر بستری میں دم بسگی ہو جائے یا ممکن ہے کہ آگ میں گرے یا گاڑی یا بائیکل سے گرنے میں اسے تضرعات

پہنچیں اور بعد میں وہ اُن کے اثر سے مر جائے۔

تختیض۔ صرع کی تشخیص اُس وقت تو بلاز یاد و وقت کے موجوداتی ہے جب کہ وہ حقیقتہً دیکھتے ہیں آجائے، لیکن اکثر اوقات ہم سے بعض دوروں کیلئے نسخہ تجویز کرنے کے لئے درخواست کی جاتی ہے جو صرف ایسے اوقات میں ہوتے ہیں جب کہ طبیب اُن کو دیکھ نہیں سکتا۔ اور مریض کے دوستوں کی بیان کی جوی کیفیت پر سے صحیح نتائج پر پہنچنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ کبیر حملوں کو ہسٹیریا کے حملوں اور تشابہ دوروں (simulated fits) سے اور صرع مغیر کو غشیان (syncope) یا دوار (vertigo) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ ہسٹیریا کے حملے مثلاً ذی کبھی ایسے وقت میں ہوتے ہیں جب کہ مریض تنہا ہو یا حاضرین کو اپنی طرف متوجہ کرنے کا امکان نہ رکھتی ہو۔ اُس کا حملہ شاذ ہی استقدر حیرت انگیز طور پر ناگہانی ہوتا ہے جتنا کہ صرع میں ہوتا ہے، علاوہ ازیں وہ عموماً کسی جذباتی شے کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ ہسٹیریا کے دورے کے حرکات سادہ منشی یا رجعی جنگلوں پر ہرگز مشتمل نہیں ہوتے بلکہ زیادہ غامض نوعیت کے ہوتے ہیں۔ مثلاً مریض اپنے اُس پاس والوں کو پکڑ لینے کی کوشش کرنے لگی، اپنا سر دیوار یا فرش سے ٹکرائے گی، اپنی منڈیاں بند کرے گی اور کھولے گی یا جو لوگ اُسے روکنا چاہتے ہیں انہیں کاٹ کھائے گی۔ صرع کے تشخیصی حرکات چند دقیقوں میں ختم ہو جاتے ہیں۔ البتہ ہسٹیریا کے حرکی مظاہر نسبت بہت زیادہ دیر تک جاری رہتے ہیں۔ ہسٹیریا کے مریض اکثر حملے کے دوران میں بولتی رہتی ہے، مصرع کبھی نہیں بولتا۔ ہسٹیریا کے مریض کبھی اس طرح نہیں گرتی کہ اُس کو سخت تعذر پہنچے، نہ وہ اپنی زبان کو کاٹ لیتی ہے اور نہ حملے کے دوران میں اُس کا پیشاب نکل پڑتا ہے۔ ہسٹیریا کے دورے میں پوچھنے اکثر زور سے بند ہوتے ہیں اور انکو کھولنے کی کوشش کی جائے تو مریض مدافعت کرتی ہے۔ دورے کے بعد ذہنی اختلالات کا وقوع عمیق معکوسات کا مبالغہ آمیز ہونا اور ساتھ ہی شکی معکوسہ کا فقدان، یہ سب امور صرع کی تائید کرتے ہیں اور باسٹا انحصاری تعبیریت جو حملہ کے بعد حاصل ہونے والی صرع نوعیت کا قطعی ثبوت ہے۔

یہ نہیں بھولنا چاہئے کہ صرع کے حملے کے بعد فی الفور ہسٹیریا کا حملہ ہو سکتا ہے،

اور یہ کہ اسی مریضہ میں صرعی دورے اور ہیریاٹنی دورے مختلف اوقات میں ظاہر ہو سکتے ہیں۔

وہ متماض (malingering) جو اپنے آپ کو صرع میں مبتلا ظاہر کر کے ہمدردی پیدا کرنے کی کوشش کرتا ہے، تھوڑی سی احتیاط عمل میں لائی جائے تو عمر بچا جاسکتا ہے۔ وہ گرتے میں اس طرح محتاط ہوتا ہے کہ خود کو چوٹ نہیں پہنچے دیتا اور اس کے برعکس صرع دفعہ گرتا ہے اور اگر وہ راستہ پر گرے تو غالباً اپنے سر یا چہرے کو پھوڑ لیتا یا سرک پر گرے گا تو خود کو بچانے کی کوئی کوشش نہیں کریگا۔ متماض کا چہرہ بجائے شاحب یا کبود ہونے کے صریح ہوتا ہے۔ شفقت کی وجہ سے اسکی جلد پر پسینہ ہوتا ہے۔ اسکی پتلیاں پھیلی ہوئی نہیں ہوتیں اور روشنی سے جس پذیر ہوتی ہیں۔ اس امر کا امتحان مختلف طریقوں سے کیا جاسکتا ہے کہ اسے بیہوشی نہیں ہوئی ہے۔ مثلاً ملحقہ کو چھو کر (ایسا کرنے سے اسے پوٹے بند ہو جائیگے اگرچہ اغلب ہے کہ اگر بالائی پوٹے کو اوپر اٹھانے کی کوشش کی جائے تو وہ اس کی مدافعت کرے گا) تنھوں میں ناس لگا کر۔ یا کوئی نہایت دردناک اثر پیدا کر کے مثلاً متماض کے انگوٹھے کے ناخن کے نیچے اپنے انگوٹھے کا ناخن زور سے چھانکر۔

صرع صغیر کو قلبی غشیدان (cardiac syncope) یا سادہ غشی سے مندرجہ ذیل امور کی بنا پر تمیز کیا جاسکتا ہے۔ اس کا وقوع ایسے حالات میں ہوتا ہے جو غشی پیدا کرنے کے لئے سادہ کار نہیں ہوتے۔ وہ دفعہ واقع ہو جاتی ہے۔ حالت جلد بحال ہو جاتی ہے اور اس کے بعد جسمانی انبطاع کے بجائے ذہنی گھبراہٹ ہوتی ہے۔ شخ کا وقوع یا غشی کے احساس کے سوا کسی دوسرے اعتباری احساس کا وقوع صرع کی تائید کرتا ہے۔ غشیدان زیادہ آہستہ آہستہ طاری ہوتا ہے اور مریض اسے ایک تدریج زیادہ ہونے والی غشی کے طور پر محسوس کرتا ہے۔ تاہم ایسا صغیر کے اعتباری احساس کے طور پر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ صرع مغز کی دوار (vertiginous) قسم کو دوران سر (giddiness) کی دوسری قسموں سے تمیز کرنے کے لئے عین یہ یاد رکھنا چاہئے کہ معمولی دوار کے ساتھ بیہوشی نہیں ہوتی اور یہ کہ ذاتی قسم (aural form) یا علامتہ مینیئر (Meniere's syndrome) میں غشی اور ہیرے نپٹنی

سرگزشت حاصل ہو سکتی ہے۔

جب کسی امابت میں یہ تیقن ہو جائے کہ حملے فی الحقیقت صرعی ہیں تو پھر بھی مرض کو صرعی قرار دینے سے قبل اسکی تین باتیں رہتی ہیں کہ وہ دماغ کے سلسلہ یا دماغی تشک مرض برائٹ کی پوریا کی (uræmia) یا دوسرے عضوی مرض کے باعث نہیں ہیں۔ خود مرض صرعی کی کثیر التعداد امابتوں میں بار بار ہونے والے تشنج کی طویل سرگزشت جس کے ساتھ کوئی علامات نہیں اُس کی تشخیص میں کارآمد ہوگی اور دماغی سلسلہ میں غالباً دوسری دلائل موجود ہوں گی جیسے کہ دوسرے قے، اذیمائے حلیمہ یعنی (papilledema) یا مقامی شلل۔ بائیںہ ممکن ہے کہ صرعی حملے مینوں تک دماغی بالیدگی و امراض علامت ہوں۔ اکثر اوقات صرعی حملے عمومی شلل مجاہدین (general paralysis of the insane) کی ابتداء میں ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ دوسری تمام امارات کی غیر موجودگی میں یہی حملے اس مرض کا پہلا امتیاز ہوں۔ اسی وجہ سے اگر صرعی ایک اور صرعی کے آدمی میں شروع ہو تو اسے ہمیشہ متعجب سمجھنا چاہئے۔ تپلیوں اور ذہنی حالت کا امتحان غور کے ساتھ کرنا چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو تعامل و ازمنہ نفاذی سیال اور خون دونوں میں کرنا چاہئے۔ صرعی برائٹ میں تشنج صرعی ہوتے ہیں مگر بالعموم مریضوں کی صحت کی حالت کے متعلق البیومین بولیت، نبض کے بلند تپ اور قلب کی بیش پردش اور یوریا دمویٹ (uræmia) سے پہلے دموی یوریا کی بلند ی سے عمدہ شہادت حاصل ہوتی ہے۔ دوروں کا آغاز اکثر عنودگی اور عضلی جھٹکوں کے ساتھ ہوتا ہے، یہ دورے نسبت بہت زیادہ مدت کے ہوتے ہیں، اسی دن میں اکثر بار بار ہوتے ہیں اور ان کے درمیانی وقفوں میں عنودگی یا نیم قوما کی حالت ہوتی ہے۔

صرعی حملے دماغی کوفتگی (cerebral contusion) کے نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہو سکتے ہیں، اکثر دو یا زائد سالوں کے مغنی وقفوں کے بعد۔ یہ حملے ماسکی یا عمومی ہو سکتے ہیں۔ بالعموم سرگزشت ایک کبیر کوفتگی کی ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 712)۔

شاید یہ عام ترین اسباب ہیں جو عضوی مرض کی حیثیت سے صرعی حملے پیدا کر سکتے ہیں، لیکن یہ حملے کسی بھی ایسے مرض کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں

جس میں دماغ کی ساخت مضرت رسیدہ ہو جائے [مثلاً التهاب دماغ (encephalitis) دماغی شریانی صلابت (cerebral arterio sclerosis) مرض سشلڈر (Schilder's disease) دماغی جانیہی فلج (cerebral diplegia) مرض ٹے سیک (Tay-Sach's disease) کی نفسی (infantile) اور طفولی (juvenile) قسموں میں] یا مرض برائٹ کو چیوڈ کر بعض دوسرے تسمات الدم میں [جیسے کہ مرض الکھلیت انسولینی غلیظ کریم (insulin hypoglycaemia) اور کثیر قلویت (alkalosis) میں]۔

انذار۔ اس سے زیادہ مشکل اور کچھ نہیں کہ کسی ایسے شخص کے مستقبل کے متعلق پیشین گوئی کی جائے جسے مرضی حملہ ہو چکا ہو اور بظاہر اس کا کوئی سبب موجود نہ ہو۔ امواتوں کی بڑی اکثریت میں اور بالخصوص اگر یہ شکایت بچپن میں شروع ہوئی ہو، حملے بے قاعدہ وقفوں کے ساتھ ساری عمر جاری رہتے ہیں۔ لیکن یہ وقفے بہت سی امواتوں میں اس قدر طویل ہوتے ہیں کہ مریض کو طبعی زندگی بسر کرنے میں کوئی شدید دقت نہیں پیش آتی۔ بعض امواتوں میں ممکن ہے کہ حملے موقوف ہو جائیں اور پھر کبھی نہ ہوں، لیکن عام طور پر ایسی امواتوں کی جو تعداد اعداد و شمار کے تخمینوں میں درج پائی جاتی ہے، وہ تقریباً یقینی طور پر اصلی شرح سے زیادہ ہے۔ ایسے واقعہ کا طائشاؤ نہیں کہ جس میں ایک مصروع کو پندرہ یا بیس سال تک بالکل اچھا رہنے کے بعد پھر حملے ہونے لگیں۔ حملوں کی قابلیت ایک مرتبہ موجود ہو تو غالباً ہمیشہ باقی رہتی ہے، چنانچہ ان مریضوں کی طرز زندگی مقرر کرتے وقت اس کا لحاظ رکھنا چاہئے۔ جو طرز روزانہ یا سبباً ہوتے ہیں، وہ ہمیشہ روزانہ یا سبباً ہی رہنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ امواتوں کے بڑے تناسب میں ذہنی خسار یا واقع ہو جاتی ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ حملے متواتر اور شدید ہوں لیکن اس میں کوئی مستقل قاعدہ نہیں۔ کبھی کبھی ہم ایک مریض ایسا دیکھتے ہیں جس میں دوسرے نسبت کم اور عتاً بہت ترقی پذیر ہوتی ہے، اور اس کے برعکس کبھی ایسا مریض جسے حملے تو بہت زیادہ ہوتے ہیں مگر قوی ذہنیہ محفوظ ہوتے ہیں۔ یہ نہیں سمجھنا چاہئے کہ مرضی حملے دماغی سلحہ کی سب سے پہلی اور کچھ زمانہ کے لئے واحد علامت ہو سکتے ہیں۔

لہذا دانشمندی یہی ہے کہ اس عارضہ کے ابتدائی درجوں میں اور بالخصوص بالنعوں کی حالت میں انذار بتائے میں احتیاط اور تاویل سے کام لیا جائے۔

علاج۔ عمومی۔ اس امر کا اعتراف ضروری ہے کہ حلوں کی قابلیت

بیشتر اصابتوں میں مدت العمر باقی رہنے کا رجحان رکھتی ہے اور بذات خود ایک شدید رکاوٹ اور تکلیف دہ امر ہے۔ اس واسطے مصرودع پر حتی الامکان کم پابندیاں عائد کرنی چاہئیں اور یہ اُسی حد تک ہوں جو اس کی بہتری اور سلاستی کے لئے ناگزیر ہے۔ خوش قسمتی سے بے ہوشی جو عموماً کبیر حلوں کا ممتاز خاصہ ہے مریض کو ان علامات سے بے خبر کر دیتی ہے جو اس کے دوستوں کے لئے نہایت تکلیف دہ ہوتی ہیں۔ ان کی روئداد جو کسی چشم دید گواہ کے ذریعہ حاصل ہو، مریض کی موجودگی میں ہرگز نہ دہرائی جاسکے۔ مریض کو باقاعدہ زندگی بسر کرنی ہدایت کرنی چاہئے جس کے ساتھ کافی تفریح اور مشغلہ ہو۔ راتوں کو دیر تک جاگنے اور شراب اور تمباکو کے استعمال کی کثرت کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ غذائی پرہیز غالباً غیر ضروری ہیں یہ استثنائات کیون پیدا کرنے والی غذا کے جس کا بیان آگے ایک ذریعہ علاج کی حیثیت سے آئے گا کسی مصرودع کو ہرگز کبھی کسی حالت میں موثر گاڑی نہ چلائی جاسکے اور نہ پُر اثر و عام سیرکوں پر بائیکل کی سواری کرنی چاہئے۔ نہ اسے حمام میں غسل کرنا چاہئے، تاوقتیکہ کوئی ایسا شخص اس کے ساتھ نہ ہو جو قابلیتِ حملت، آگاہ ہو۔ ان پابندیوں سے قطع نظر بہتر یہی ہے کہ اسے معمولی زندگی بسر کرنے دی جائے اور یہ اطمینان دلا کر اسکی بہمت افزائی کی جائے کہ بہت سے ایسے اشخاص جن میں حمل کی قابلیت موجود ہوتی ہے، شادمانی اور کامرانی کی زندگی بسر کرتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ اس طرز زندگی میں حادثات کے خطرات بھی مضمر ہوتے ہیں، لیکن فکر مند والدین کو صفائی کیساتھ یہ بتلادیا جائے کہ اس کے بجائے کامل حفاظت کا طریقہ اختیار کرنے سے زندگی ناقابلِ برداشت ہو جائے گی۔ اکثر اوقات شادی کے سوال کے متعلق اسے پوچھی جاتی ہے۔ اس کا اس شخص کوئی اثر نہیں پڑتا۔ بہ حیثیت مجموعی عورتوں کو دورِ حمل میں کم حملے ہونے کا رجحان ہر تاسہ ہے لیکن حمل کی قابلیت اولاد میں منتقل

ہو جانے کا خطرہ ضرور ہوتا ہے۔ جہاں تک کہ پہلی پیشہ کا تعلق ہے یہ خطرہ خفیف ہوتا ہے، غالباً بیس میں ایک سے زائد نہیں۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تمام مصروعوں کی تقریباً ۳۰ فی صدی تعداد میں خاندانی تجربہ کے اندر کہیں کہیں اس عارضہ کی سرگزشت پائی جاتی ہے۔ مرد کی حالت میں ممکن ہے کہ قتل کی وجہ سے اس کی قابلیت کسب معاش محدود ہو جائے۔

دوائی۔ مرع کے علاج کے لئے بہت سی دواؤں کا استعمال کیا گیا ہے جن میں سے برومائڈ کو اب بھی فوقیت حاصل ہے۔ عموماً برومائڈ کا پوٹاشی نمک استعمال کیا جاتا ہے۔ اسے پہلے خفیف مقداروں میں دینا چاہئے، بالغ کے لئے شب کو اور صبح۔ اگر مین اور عموماً اسے لاکٹو آرسینی کیس (liquor arsenicalis) کے ایک یا دو قطرہوں کے ساتھ دیا جاتا ہے جس سے کہتے ہیں کہ جلدی ثورات کے پیدا ہونے کا امکان کم ہو جاتا ہے۔ اگر ضرورت ہو تو مقدار خوراک کو دایا ۰۰۰ گریں تک بڑھا کر روزانہ تین بار دے سکتے ہیں۔ بہت سے مریض ایسی مقدار کو بلا کسی مضرت کے برداشت کر سکتے ہیں مگر بعض مریضوں کو پستی یا انقباض کی شکایت ہوگی۔ لہذا اس دوا کے بارے میں انفرادی مزاج خاص کو غور سے دیکھ کر مقدار خوراک کو اسی مناسبت سے کم و بیش کر دینا چاہئے۔

بعض اوقات جہاں برومائڈ ناکام رہے، لیومینال (luminol) کارگر ثابت ہوتا ہے یا اسے برومائڈ کے ساتھ دے سکتے ہیں۔ اسکی مقدار خوراک چوبیس گھنٹوں میں ۰۰۰ گریں تک ہے، لیکن بیشتر مریضوں میں اس اعظم مقدار کے اثر سے غنودگی طاری ہو جاتی ہے اور بعض مریضوں میں دوسرے کئی علامات ظاہر ہوں گے جیسے کہ دوران سر یا احماری طغ۔ اگر یہ تہیادیا جائے تو ۰۰۰ گریں بصورت قرص روزانہ تین بار مناسب مقدار ہے جسے حسب ضرورت بڑھا سکتے ہیں۔ چونکہ لیومینال سوڈیم (luminol sodium) پانی میں حل ہو جاتا ہے لہذا اسے برومائڈ کے ساتھ پہولت دے سکتے ہیں، اور ایک بالغ کے لئے مندرجہ ذیل نسخہ موزوں ہوگا۔

پوٹاشیئم برومائڈ — ۰۔۰ گریں

لیٹومینال سوڈیم — $\frac{1}{4}$ گرین
 لاکٹو آرسینیکیس — ۱ قطرہ
 آب کلوروفارم — سا ایک اونس

روزانہ دو یا تین بار

پرومینال (prominol) لیٹومینال کا بدل ہے جس کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ ناخوشگوار غنودگی پیدا کرنے کا کم رجحان رکھتا ہے۔ $\frac{1}{4}$ - ۱ - ۳ گرین روزانہ ۲ یا ۳ مرتبہ دئے جاسکتے ہیں۔

دوسری دواؤں میں صغیہ نفلح (tincture of belladonna) ۱۵ قطرے روزانہ تین بار دئے جاسکتے ہیں اور یہ بعض اوقات اس وقت کارگر ہوتا ہے جبکہ برومانڈ اور لیٹومینال نا کارگر ثابت ہوتے ہیں۔ بعض اوقات سوڈیم بائی بوریت (sodium baborate) بھی ۱۰ تا ۱۵ اگرین کی معتادوں میں مفید ہوتا ہے اور چونکہ یہ کوئی متعفن اثر نہیں رکھتا لہذا اسے برومانڈ کے بجائے یا برومانڈ کو اور قوی کرنے کے لئے استعمال کر سکتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ دوسری دواؤں کا کام ثابت ہوں گیلی نیو کے معتادات (Gelineau's Dragees) جن میں برومانڈ کے ساتھ پکروٹاکسین (picrotoxin) شامل ہے کارگر معلوم ہوتے ہیں۔ صبح آزمائش کیلئے ان دواؤں میں سے کسی ایک کو مسلسل کئی ہفتوں یا مہینوں تک استعمال کرتا چاہئے۔

دوران حملہ میں۔ ان امیانتوں میں نہیں متین نہ ہو بعض اوقات حملہ روکا جاسکتا ہے۔ اگر نہ ہاتھ میں ایسے احساس پرشتل ہو جو بد رجحان اور بازو کے طرف بڑھے تو اس حصے کو زور سے ٹٹلنے یا مقام احساس سے اوپر کس کر تحقیق کر دینے اور اس طرح گویا مرکزوں کے طرف اس کا ہڑتار روک دینے سے دور سے کو روکا جاسکتا ہے۔ جہاں یہ ترکیب کامیاب ثابت ہو مریش بازو کے بالائی حصے کے گرد رستی کا ایک پھندا ڈال سکتا ہے جس کا ایک سر آڑھن میں سے ہو کر کلائی تک پہنچا دوتا کہ وہ اس سر سے کو کھینچ کر بازو کی فی الفو تحقیق کیے دوسرے مریش دونوں کو اس طرح روک سکتے ہیں کہ جوں ہی نہم محسوس ہوا اپنی

توجہ جبری طور پر کسی ذہنی یا جسمانی سہی کے طرف پھردیں۔ اس طرح کی سامعی کرنے کی
 حوصلہ افزائی محنت سے کرنی چاہئے۔ کبھی کبھی نائٹرائٹ آف ایمائل (nitrite of
 amy) کو شکمانے سے حملہ کی نوبت پانی روکی جاسکیگی۔ جب دورہ فی الحقیقت سے
 شروع ہو گیا ہے تو اس کے علاج کے معاملہ میں کچھ نہیں کیا جاسکتا، لیکن مریض کو
 تشنج کے بعض نتائج سے محفوظ رکھا جاسکتا ہے۔ بالعموم اسے وہیں لیٹا رہنا
 چاہئے جہاں وہ گرا ہے، تاوقتیکہ یہ خود خطرے کا محل (مثلاً پانی کا ڈبر یا آگ)
 نہ ہو، مگر اسے اس پاس کی چیزوں سے اپنے آپ کو متضرر کر لینے سے بچایا جاسکتا
 ہے۔ اس کے کالر (collar)، نیک ٹائی (neck-tie)، کتوں (cuffs) اور دوری
 تنگ بندشوں کو فوراً ڈھیلا کر دینا چاہئے۔ اور اس کے دانتوں کے درمیان ایک
 کاغذ، گٹا پرچا یا جلاؤ لکڑی کا ٹکڑا رکھ دینا چاہئے تاکہ زبان کٹنے سے محفوظ
 رہے۔ مصروع مصنوعی دانت استعمال کرتا ہو تو انھیں دانت کو ہمیشہ نکال دینا
 چاہئے کیونکہ ممکن ہے کہ وہ دورے کے وقت ڈھیلے ہو کر بلعوم میں محفوظ
 ہو جائیں۔

حالت صرعیا کے لئے متعدد کے ساتھ علاج ضروری ہے کیوں کہ
 ممکن ہے کہ مریض خستگی کی وجہ سے ہلاک ہو جائے۔ بعض اوقات حملوں کا درمیانی
 وقفہ ایسا ہوتا ہے کہ وہ براہ دہن دیکھا جاسکتا ہے۔ اس طریقہ سے کلورل ہائیڈریٹ
 (ehloral hydrate) ۳۰ گریں اور پوٹاشیم برومائڈ ۶۰ گریں ہر چوتھے گھنٹے
 دے سکتے ہیں یہاں تک کہ حملے متوقف ہو جائیں۔ اگر مریض ادویہ براہ دہن
 نہ لے سکے تو پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) ۳ تا ۶ ڈرام کی مقدار میں چھ اونٹ
 پانی ملا کر براہ مستقیم دے سکتے ہیں۔ اس کے جذب ہونے کا ثبوت اس میں
 بوسے مل سکتا ہے جو مریض کی سانس میں پائی جاتی ہے۔ اگر حملے جیسا کہ اکثر
 اوقات پایا جاتا ہے، اس قدر متواتر ہوں کہ مستحقی انجذاب کو روک دیں، تو
 تحت الجلدی ادویہ واحد ذریعہ علاج ہیں۔ اب لیٹومینال (luminol) کے
 امپیل تحت الجلدی یا دروں عضلی اشراب کے لئے مل سکتے ہیں، جن میں
 ہر ایک میں ۲۰ فی صدی محلول کا ایک کیوبک سینٹی میٹر ہوتا ہے۔ ضرورت ہو تو

ان میں سے ایک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے استعمال کیا جاسکتا ہے۔ قباد لائوسین ہائڈروبروائڈ (hyoscine hydrobromide) سخت الجھدی راہ سے ایگرین کی معاد میں ہر دوسرے گھنٹے دے سکتے ہیں، لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ یہ ایک خافض نفس دوا ہے۔ مابعد سرع اختلاط (post-epileptic confusion) کے علاج کے لئے مشککات کی بڑی معادوں کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ نیرالڈ ہسائڈ ۲ تا ۴ ڈرام براہ دہن بہترین مشکن ہے، یا اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو ان ادویہ میں سے جو حالت مرعہ کے لئے بتلائی گئی ہیں، کوئی دوا دی جاسکتی ہے۔

غلثا بیات۔ بقرط نے ان مختلف اشیاء کی فہرست درج کی ہے جو اس کے زمانہ کے مستشرقین والوں، قطبیر کرنے والوں، عطا یوں اور نیم بھیلوں نے مصر میں کیئے ممنوع قرار دی تھیں۔ ان کے جانشینوں کی کمی نہیں۔ اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ مصر کے لئے ایک قسم کی غذا دوسری قسم کی غذا سے بہتر ثابت ہوتی ہے، باستثناء کیٹون آفرین غذا کے جس کا بیان آگے آئے گا۔ یہ اس شاہد پر مبنی ہے کہ ان مریضوں میں جنہیں بار بار حملے ہو رہے ہیں دس سے بارہ دن تک کے فاقہ سے حملے بہت کم اور اکثر بالکل بند ہو جائیں گے۔ یہ اثر اس کیٹونیت کی وجہ سے معلوم ہوتا ہے جو فاقہ سے پیدا ہو جاتی ہے، اور ایسا ہی اثر ایسی غذا کے دینے سے حاصل ہو سکتا ہے جس میں کاربوہائیڈریٹ کی کمی اور شحم کی نسبتہ افزا ہو۔ پروٹین کی اساسی ضرورت کا تخمینہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ جسم کے وزن کے ہر کلو گرام کے لئے ایک گرام پروٹین دیا جائے۔ کاربوہائیڈریٹ کی مقدار گھٹا کر اقل ترین کر دی جاتی ہے اور حراری قیمت شحم سے پوری کر دی جاتی ہے۔ اس طریقہ سے جو نتائج حاصل ہوتے ہیں وہ بحیثیت مجموعی مایوس کن ہیں۔ بالفوں کی نسبت بچوں میں کامیابی کا زیادہ امکان ہے، اور ایسے بچے میں جو کثیر الوقوع صغیر حملے اور ذہنی تنزل ظاہر کرے، اس وقت جب کہ دوسرے علاج ناکام رہیں یہ علاج خاص طور پر مفید ہوتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 474-478 پر جدول الافذیہ)۔

سراضیحی تشبیحات۔ یہ دوسرے اشخاص کے سرعی حملوں سے سریری طور پر مختلف نہیں ہوتے، الا یہ کہ شعور کا اختلال جو کہ صغیر حملوں کی مثال

خصوصیت ہے، اس عمر میں اتنا قابل لحاظ نہیں ہوتا۔

بکثرت اسباب۔ میکا بالغوں میں ہوتا ہے، حملوں کی قابلیت عضوی مرض کا نتیجہ ہو سکتی ہے یا خورد و قسم کی جوتی ہے۔ حملوں کی ایک محدود تعداد کے عام ترین عضوی اسباب، التهاب سمایا خاص طور پر دماغی التهاب سمایا اور عادات التهاب دماغ ہیں، لیکن جب حملوں کا سلسلہ اطالت پذیر ہو تو ولادت پر دماغ کا تضمر اور قشری نوکاپیدائشی نشل ذہن میں لانا چاہئے۔ ایسی اصابتوں میں یہ قابلیت حملہ زندگی کے پہلے چند دنوں یا ہفتوں میں رونما ہوتی ہے، یا اس کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔

خورد و قسم بسا اوقات زمانہ شیرخوارگی میں رونما ہوتی ہے یعنی اس عمر میں جب کہ قشری وظیفہ نہایت ہی غیر مستحکم ہوتا ہے۔ ایک یا دو حملے واقع ہو سکتے ہیں جن کی تعبیل شاید دانت نکلنے، یا دیر تک چہنچہ، مادہ سرایت، بد معنی، یا اہمال سے ہو جاتی ہے، اور بقیہ تمام عمر وہ شخص متبرار رہتا ہے، المبتدہ اصابتوں کی ایک سہتہ تعداد میں متاخر زندگی میں دور سے واقع ہوتے ہیں، اور عام تر اس عمر کہ جس میں نکس واقع ہوتا ہے بعد از بلوغ ہے۔ چنانچہ بہت سے مصرومین کی ذاتی سرگذشت میں جن کے زیادہ تشویشناک حملے بچپن یا نوجوانی میں شروع ہوتے ہیں، ایک یا دو رضیئی تشنجات کی سرگذشت حاصل ہو سکتی ہے، اور مصرومین کی خاندانی سرگذشت میں بسا اوقات ایک یا دو ایسے افراد کی داستان حاصل ہوتی ہے جن کو زمانہ شیرخوارگی میں تشنجات یا تشنجات ہوئے اور اس کے بعد کوئی نکس واقع نہیں ہوا۔

علاج۔ رضیئی حملوں کے اسباب مجملہ کو زمانہ ماضی میں ضرورت سے زیادہ اہمیت دی گئی ہے۔ شیرخوار بچہ اور بالغ مرد کے متعلق یہ کہنا صحیح ہے کہ تا وقتیکہ مرضی قابلیت پہلے سے موجود نہ ہو معاملہ مجملہ کوئی حملہ واقع نہیں کر سکتا، اور یہ کہ شیرخوار بچہ اور بالغ میں مرضی قابلیت اسی نوعیت کی ہوتی ہے اور ماضی علاج چاہتی ہے۔ لہذا ادھمکے کا وقوع ظاہر کرے کہ برومانڈ کی مناسب منتقلہ کی ضرورت ہے، مثلاً اگر سن روزانہ، یا کوئی بھی اعظم خوراک جو اپنے اثرات میں سبب ضرر ہو

اور اس کو باقاعدگی کے ساتھ چھ ماہ یا بارہ ماہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ اس علاج کی نکتہ اس امر پر منحصر ہے کہ وہ حالات کیساتھ کہ جن میں حمل واقع ہوا۔ ایسا حمل جو کسی کافی سبب کے بغیر واقع ہو، زائد صرعی قابلیت ظاہر کرتا ہے۔ جب کسی بچہ کو زمانہ شیرخوارگی میں تشنج یا تشنجات ہوئے ہوں، تو اس میں بعد ازاں اس کے امکان پر نگاہ رکھنی چاہئے تاکہ اگر یہ واقع ہو تو فی الفور علاج شروع کیا جاسکے۔

مرض جیسا کہ گورڈ (Gowers) نے زور دیا ہے، ایک خودملزم (self-perpetuating) مرض ہے، اور پہلے حملے کے بعد کامیاب علاج کا سب سے زیادہ موقع ہوتا ہے۔ جب دورہ واقع ہو تو عام طریقہ علاج یہ ہے کہ بچہ کو فی الفور گرم پانی میں رکھ دیا جائے۔ اگر حال ہی میں پانچا نہ نہیں ہوا ہے، یا اگر یہ خیال کرنے کی کوئی وجہ ہو کہ غذا اخراش پیدا کر رہی ہے، تو ایک گرین کیلومیسل (calomel) بچہ کی زبان پر رکھ دیں۔ اگر دورہ نہایت زور کا اور مسلسل ہو، تو کلوروفارم احتیاطاً کے ساتھ استعمال کر سکتے ہیں۔ ۵ گرین پوٹاسیم برومائڈ دینا چاہئے، جس کے ساتھ ۲-۵ گرین کلورل نمزج ہو۔

شقیقہ

(migraine) (megrim)

(صداع غشیانی = sickheadache، آدھا سیسی = hemicrania)

یہ درد سر کے متواتر حملوں کی شکایت ہے جس سے پہلے بعض اوقات بعض غیر طبعی احساسات ہوتے ہیں، اور درد سر کے ساتھ اکثر متلی اور تھکے ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ اولی سبب ایک جینی نقص معلوم ہوتا ہے۔ مریضوں کے بڑے تناسب میں اس مرض کی خاندانی سرگشتہ موجود ہوتی ہے۔ یہ درد سر عموماً سن بلوغ کے قریب شروع ہوتے ہیں، لیکن تحقیقات کرنے سے اکثر بچپن میں "صفر اوی حملوں" کی مابقی سرگشتہ ظاہر ہوگی، اور معلوم ہوتا ہے کہ شقیقہ اور بچوں کی نام نہاد دوری تھے ایک دوسرے کے ساتھ قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ شکایت زیادہ شاذاً اصابتوں میں متاخر مالوں میں نمودار ہوتی ہے۔

ایک بار ظاہر ہونے کے بعد یہ اکثر ساری بالغ زندگی میں جاری رہتی ہے، اور پچاس سال کی عمر کے بعد چلنے تو اتر میں کم ہو جانے یا بالکل بند ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہے، اور بیض اوقات حملوں اور حیض میں قریبی تعلق ہوتا ہے۔ متعدد مختلف عوامل جو کبھی کبھی چلے پیدا کر دیتے ہیں سبب مرض سمجھے گئے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں دماغی بار سب سے زیادہ عام ہے، اور غالباً اسی سے دماغی کام کرنے والوں اور سرینج، لاشتنال، خراج والوں میں شقیۃ کے اضافی تواثر کی توجیہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریضوں کی کچھ تعداد میں تعب چشم (eye-strain)، بالخصوص وہ جو انتطاف نور یا عقلی توازن کے ناقص کردہ نقائص کی وجہ سے بڑا ہم عامل ہو۔ قبض اور غذا کی بے اعتدالیوں سے دور سے شروع ہو سکتے ہیں۔ بیض اماتوں میں شاید حساسیت (allergy) اس کا سبب ہو سکتی ہے۔ لیکن ہمیں اعتراف کرنا چاہئے کہ جیسا صرع کی حالت میں ہوتا ہے، حملوں کی غالب تعداد بلا کسی ظاہری سبب کے واقع ہو جاتی ہے۔

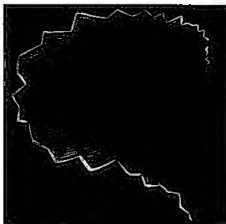
امراضیات - دماغ میں یا اور کسی جگہ ایسے کوئی تشہری تغیرات نہیں پائے گئے ہیں جن سے اس مرض کی توجیہ ہو سکے۔ حملوں کی نوعیت، بالخصوص عدد مرتبے، بطور النبض اور استبصاری اختلال کے اجتماع سے اندازہ ہوتا ہے کہ یہ سب دونوں مجموعی فشار کی عارضی زیادتی کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں جو کسی صریح سبب کی غیر موجودگی میں 'یا تو اس وجہ سے ہوتی ہے (۱) کہ قطعاً سند سے دماغی نواحی سیال کے خارجی بیباؤ میں میکافی تسد ہو کر ایک موقعی اندرونی استسقاء الدماغ پیدا کر دیتا ہے، یا اس وجہ سے (۲) کہ وعاہر کی اقتدار کا سرینج الزوال شلل واقع ہو کر شری احتقان اور دماغی آؤمیا پیدا کر دیتا ہے۔

مندرجہ ذیل حتیٰ مظاهر کی نوعیت اور ترتیب وقوع سے اندازہ ہوتا ہے کہ آخر الذکر توجیہ صحیح ہے۔

علامات - شقیۃ کا حملہ کامل ذیل کی چیزوں پر مشتمل ہوتا ہے:— (۱)

ایک قسم - (۲) دوسرے - (۳) حشائی اختلال، جو متلی ہے یا بعض اوقات اسہال کی شکل اختیار کرتا ہے۔ ناکمل حملوں کا وقوع عام ہے۔ ممکن ہے کہ کوئی

ایک علامت، یا دو علامات بدول دوسری علامتوں کے واقع ہو جائیں، جن میں سے ہر علامت اور شلی کا اجتماع سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ جب شمرہ موجود ہوتا ہے تو اکثر استقبھاری اختلال کی شکل اختیار کرتا ہے۔



تصویر ۹۱۔ وہ طیف جو کہ شقید کی بعض اصابتوں میں نظر آتا ہے اور جو دیوار بصری یا طیف تحفنی کے نام سے موسوم ہے۔

ممكن ہے کہ مریض بظاہر کامل صحت کی حالت میں ہوا کہ اس وقت یہ محسوس کرے کہ وہ دونوں آنکھوں (شاذ صورتوں میں صرف ایک آنکھ) سے اس چیز کو نہیں دیکھ سکتا جو براہ راست میدان نظر کے مرکز میں ہے، بلکہ اسے دیکھتے کیلئے اسے اپنا سر شامانہ پڑتا ہے، یا وہ فی الفور دیکھتا ہے کہ مرکز میں ایک روشن

قطعہ موجود ہے۔ چند ہی دقیقوں میں ناجائزاتی کا رقبہ بڑا ہو جاتا ہے اور اگر وہ کمرے کے تاریک حصے کے طرف یا کسی صاف سطح، مثلاً چھت، کی طرف پھرتا ہے تو اسے چمکدار رنگوں کا ایک چھوٹا سا دائرہ نظر آتا ہے جو آڑھے ٹیڑھے یا دندائے داہ جھالکے (vandyked) طرز کا ہوتا ہے۔ لمحہ بہ لمحہ یہ دائرہ ایک یا دوسری جانب گئے اور مرکز سے دور زیادہ بڑا ہو جاتا ہے اور ایک نعل کی شکل میں کھلتا ہے اور جب یہ نعل باہر کو پھیلتی ہے تو میدانِ نظر کو دھندلا کرتی جاتی ہے اور ساتھ ہی بصارت مرکز میں واپس آ جاتی ہے اور تدریج درست ہو جاتی ہے۔ نعل کا بیرونی حاشیہ رنگوں کے ایک آڑھے ٹیڑھے خط پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کے اندر رقبہ گور ہوتا ہے۔ جو اُبلتے ہوئے سیال کی طرح متحرک ہوتا ہے۔ اور پھر اس کے اندر بصارت کا درست شدہ رقبہ ہوتا ہے۔ نعل عموماً ابتدا سے نصف گھنٹے کے اندر میدان کے محیط تک پہنچ جاتی ہے۔ اب ہر چیز مرنی ہوئی ہے، اگرچہ شاید ابتر از یا روش کے احساس کے ساتھ یہ صریحاً ایک موضوعی احساس ہوتا ہے اور دماغ کے ایک اختلال کے باعث ہوتا ہے جو تقاطع بصری کے پیچھے اس طرف واقع ہوتا ہے جو میدان کے حصہ کو ر کے مقابل ہوتی ہے۔ اس عجیب و غریب طیف کو دیوالیوار بصری (teichopsia) یا تحصینی طیف (fortification spectrum) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل 91)۔ اس طیف کی عجیب و غریب نوعیت کی وجہ سے اسکی طرف بہت کچھ توجہ منحطف کی گئی ہے۔ لیکن یہ اپنی مکمل صورت میں نادر ہوتا ہے۔ علی العموم یہ احساس روشنی کے مبہم چمکاووں تک محدود ہوتا ہے جن کے بعد نصف میدان میں تاریکی چھا جاتی ہے، یا سادہ نیم بصری (hemianopia) دھندلا پن طاری ہو جاتا ہے۔ استیصادی میدان کا متاثرہ حصہ ہر جگہ میں مختلف ہوتا ہے، یعنی بعض اوقات دائیں نصف حصے، بعض اوقات بائیں نصف حصے، بعض اوقات دونوں بیرونی نصف حصے یا دونوں میدانوں کے بالائی یا زیریں حصے متاثر ہو سکتے ہیں (متعرض نیم بصری = transverse hemianopia)۔ نہایت شاذ صورتوں میں ایک متقل تیر پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں نیم بصری نوعیت غیر موجود

ہوتی ہے اور بصارت کا ایک عام و صند لاپن موجود ہوتا ہے۔ بعض اوقات استنبصاری قسم کے بعد یا اس کے بجائے حتیٰ یا حر کی مظاہر ہوتے ہیں جن کی توزیع فلج نصفی کی توزیع کی طرح ہوتی ہے۔ یہ عموماً زبان اور لبوں کی دونوں جانبوں کی جھنجھناہٹ کے احساس کے ساتھ شروع ہوتے ہیں جو پھر ایک جانب پر چہرے اور ہاتھ میں ظاہر ہوتا ہے اور جب دوسرے حصوں پر حملہ ہوتا ہے تو وہ حصہ جس پر پہلے حملہ ہوا تھا درست ہو جاتا ہے۔ اس سارے عمل میں میں تائیس دقیقے لگتے ہیں۔ کبھی کبھی جھنجھناہٹ کے ساتھ حر کی کمزوری بھی ہوتی ہے اور اگر دائیں جانب ماؤف ہو تو گویائی کا ایک عارضی اختلال بھی موجود ہوتا ہے۔

بعض اصابتوں میں درد سر سے پہلے صرف ایٹ ذہنی قسم کا اختلال ہوتا ہے یعنی پستی، نڈھال پن اور قریب الوقوع مصیبت کا خوف طاری ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ خیر و صلاح کا ایک غیر معمولی احساس ہو۔ اور یہ احساسات نصف گھنٹے سے لے کر دو یا تین گھنٹوں تک قائم رہ سکتے ہیں۔

قسم کے بعد عموماً غوراً درد سر ہو جاتا ہے۔ اس کی شدت ہر درجہ کی ہوتی ہے یعنی اتنی خفیف کہ ذہنی کام میں مارج نہ ہو یا اس قدر شدید کہ مریض کو ہر کام کے لئے بالکل ناقابل بنادے۔ یہ درد اکثر سارے دن اور بعض اوقات دو یا تین دن تک جاری رہتا ہے اور شدید صورتوں میں بتدریج بڑھتا رہتا ہے یہاں تک کہ جب وہ درجہ کمال کو پہنچتا ہے تو متلی اور قے ہو جاتی ہے جس کے بعد کسی قدر آرام محسوس ہوتا ہے۔ اس کے بعد وہ جلد غائب ہو جاتا ہے یا زیادہ تدریجاً کم ہوتا ہے یا جاری رہتا ہے یہاں تک کہ مریض رات کو سونے چلا جائے۔ جب مریض شاید طویل عرصہ کے بعد بیدار ہوتا ہے تو اچھا ہوتا ہے لیکن کمزوری یا نکلان کا کچھ احساس پایا جاتا ہے۔

یہ درد اکثر یک جانبی ہوتا ہے (مصلح نصفی - آدھا سیبی = hemierunia) لیکن ممکن ہے کہ ایک جانب پر شروع ہوا وہ جگہ بدل کر دوسری جانب کو چلا جائے بلکہ پھر اس جانب میں آجائے جہاں پہلے ہوا تھا یا دونوں جانبوں کو ایک ساتھ ماؤف کرے۔ جو جانب پہلے ماؤف ہوتی ہے وہ عموماً وہی ہوتی ہے جو استنبصاری

طیف کے مقابل ہے۔ درجہ ہی، صدغی، یا جاری خفے میں، یا آنکھ کے چھجے، اکثر ایک نہایت محدود مقام پر شروع ہو سکتا ہے، جہاں سے وہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا، یا عام ہو سکتا ہے۔ نوعیت میں وہ اکثر ناقب ہوتا ہے، اور حرکت، روشنی، یا آواز سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ اور مریض صرف لیٹی ہوئی وضع میں آرام محسوس کرتے ہیں۔ درد اس قدر سخت ہو سکتا ہے کہ مریض پر ذہول یا بلدیان طاری ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی اس کا چہرہ شاحب ہو کر کھنچ جاتا ہے، ماتھے پاؤں سرد اور نبض ضعیف، صغیر اور بطی ہو جاتی ہے۔ صرف چند اصابتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جیسے جیسے درد سر جاری رہتا ہے یہ حالتیں معکوس ہو جاتی ہیں، چہرہ نرم ہوتا ہے، اور پسینہ آنے لگتا ہے۔

شقیقہ کے حملے چند دنوں یا دو یا تین مہینوں کے وقفوں کے ساتھ مکرر ہو جاتے ہیں، مگر تین یا چار ہفتوں کا وقفہ زیادہ عام ہوتا ہے۔ خاص خاص حملے شدید کرہ بالا مخصوص اسباب سے واقع ہو سکتے ہیں، لیکن بعض اوقات یہ جاننا نامکن ہوتا ہے کہ یہ احتمال کس چیز سے واقع ہو گیا ہے۔ شایبہ کے بعض سریری خصائص کے علاوہ شقیقہ اور صرع کے درمیان ایک قسم کا اتلاف بھی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات ان دونوں کا وقوع ایک ہی مریض میں پایا جاتا ہے۔ دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ اس مریض کو جو شقیقہ میں مبتلا ہے بعد میں صرع ہو جائے اور ازاں بعد اسے شقیقہ کے حملے نہ ہوں، یا یہ تبادلہ دوسرے رخ میں ہو جائے۔

شلل العین شقیقہ (ophthalmoplegic migraine) کا نام ان شاذ اصابتوں کے گروہ کو دیا گیا ہے جن میں دوسرے متواتر حملے کسی ایک محرک العین عصب کے عارضی شلل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ بالعموم یہ شلل حلوں کے درمیان میں رفع ہو جاتا ہے لیکن ممکن ہے کہ تدریجاً مستقل ہو جائے۔ ان اصابتوں کی کوئی تشفی بخش توجیہ نہیں پائی جاتی۔ تاہم یہ امر مسلم ہے کہ اس نوعیت کے حملے خطرناک عصبی مرض کی کوئی امارت، نوایاب ہوئے بغیر، میں یا میں حال تک جاری رہ سکتے ہیں۔

تشخیص حملوں کی دوریت اور کمال صحت کے وقفے، عمر جن پر آغاز مرض ہوتا ہو

اور متلی کے ساتھ ایتلاف، یہ بالعموم تشخیص کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ لیکن برائست میں دوسرے اسباب کو خارج از بحث کرنا ضروری ہے۔ دماغی سلسلہ کے متوالی در دوسرے ہمراہ جلد یا بدیر التهاب علیمہ بصری یا دماغ کی مقامی مضرت رسیدگی کے امارات پائے جاتے ہیں۔ دوسرے کے دوسرے اسباب جو قابل غور ہیں وہ ہیں مانی اجوات کی سرایت، آتشکی التهاب سمایا، دماغی شریانی صلابت کا نتیجہ ہیں اور سہی اسباب مثلاً یوریا و مویٹ۔

شقیقہ کا نسہ مرع کے نسہ کے ساتھ غلط غلط ہو سکتا ہے۔ لیکن آخر الذکر مرض کا نسہ چند لکھوں کی مدت کا ہوتا ہے اور شقیقہ کا نسہ تقریباً بیس دقیقوں تک رہتا ہے۔ شقیقہ میں ہوش و حواس میں بھی کوئی اختلال نہیں ہوتا لیکن ہے کہ بعض مریضوں کو دوسرے کے نسبت متلی یا تے سے زیادہ تکلیف ہو اور وہ صرف انہیں علامات سے تنگین چاہیں۔

انذار۔ علاج سے حملوں کے تواتر اور شدت دونوں میں معتد بہ صلاح ہو سکتی ہے، اگرچہ کہ مرض عام طور پر برسوں جاری رہتا ہے۔ لیکن اس مرض میں جان کا خطرہ نہیں اور اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ شقیقہ میں مبتلا ہونوالے مریض دوسروں کے نسبت نزف، غلغلیت، اور دماغ کے دوسرے امراض میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتے ہیں۔ یہ مرض اکثر پچاس برس کی عمر کے بعد کم تواتر سے ہوا کرتا ہے یا بالکل غائب ہو جاتا ہے، بالخصوص عورتوں میں سن پالیس کے بعد۔

علاج۔ وقفوں کے نہ مانفا میں:۔ مریض کو نہایت صحیح حالات میں رکھنا چاہئے، اور ساتھ ہی غذا کو احتیاط کے ساتھ باقاعدہ کیا جائے، قبض سے احتراز کیا جائے، ورزش ایسی ہو کہ خستگی نہ ہو، صاف اور صحت بخش ہو، زیادہ دماغی مطالعہ نہ ہو اور دماغی انحرار سے احتراز کیا جائے۔ ہرٹسٹ (Hurst) کا بیان ہے کہ بہت سے مریضوں میں یعنی انعطاف (ocular refraction) یا عضلی توازن کے نقص کی تصحیح عینک سے کر دینے سے حملوں سے شفا ہو سکتی ہے۔

دواؤں میں لیونینال (luminol) سب سے زیادہ مفید ہے۔ یہ قرص کی شکل میں یا ایک آمیزہ میں لیونینال سوڈیم (luminol sodium) کی شکل میں دیا جاسکتا ہے۔ آدھا گرین روزانہ تین بار عموماً کافی ہوتا ہے اور اتنا زیادہ نہیں ہوتا کہ جس سے غنودگی طاری ہو جائے۔ یہ باقاعدگی کے ساتھ مہینوں لیا جاسکتا ہے اور بالعموم اس سے حملوں کے تواتر اور شدت دونوں میں کمی لگتی ہے۔ بعض اصابتوں میں آمیزہ گاؤر (Gower's mixture) بطور حفظا تقدم باقاعدگی کے ساتھ لینے سے اچھا اثر ہوتا ہے اور اس میں اجزاء ذیل مشال ہیں:-

liq. trinitrini m i

لاکٹر ٹری نائٹریٹی - ایک قطرہ

liq. strychniae m v

لاکٹر اسٹریکنائی - ۵ قطرے

linct. gelsemii m x

نخیر جلیبی - ۱۰ قطرے

sodium bromide gr x

سوڈیم برومائڈ - ۱۰ گریں

dilute hydrochloric acid m x

ڈائلوٹڈ ہائیڈروکلورک ایسڈ - ۱۰ قطرے

حملوں کے دوران میں - مریض کو عموماً تجربہ سے معلوم ہو جاتا ہے کہ کم شدہ حملوں کو مختصر کیا جاسکتا ہے۔ دس یا پندرہ گرین ایسپرین اور کسی سارک اور خاموشی کمرے میں ایک گھنٹہ تک ایک صوف پر آرام لینا اکثر کافی ہوتا ہے، بالخصوص اگر اس عرصہ میں نیند بھی آسکے۔ اگر علامات ایسے دن کے خاتمہ پر ظاہر ہوں جس میں مصروفیت کی وجہ سے نکال ہو گئی ہو تو اچھے کھانے اور ایک جام روح شراب لینے سے بعض اوقات طبیعت بحال ہو جائیگی بشرطیکہ متلی نہ شروع ہو گئی ہو۔ زیادہ شدید حملوں میں معدی حرکت دودھ باطل ہوتی ہو جاتی ہے (جیسا کہ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے) اور بجز پانی کے گھونٹوں کے منہ سے کچھ نہیں لیا جاسکتا۔ ایسی حالت میں ایک تارک کمرے میں آرام کرنا ایک واحد ذریعہ سکون ہے۔ اگر قے شدید ہو اور زیادہ عرصہ تک رہے تو ۶ فی صدی گلوکوز کے متعینی تصفیقات (rectal infusiona) دینے پائیں۔ یہ حملے کو مختصر کرنے میں مدد ہوتے ہیں اور مابعد حستگی کو کم کر دیتے ہیں۔ سپر پر

سردلا سقامت لگانا عموماً پسند کیا جاتا ہے۔ اگر درد غیر معمولی طور پر شدید ہوتا ہو تو مارفین (morphia) تحت الجلد ہی راہ سے دینا چاہئے، اور ممکن ہے کہ اس کی مقدار کو کم کر دینا پڑے۔ اگر اس کی ضرورت نہ ہو تو اسے وہ طبیب جو مصالح ہو یا ایک تربیت یافتہ ممرضہ دے سکتی ہے۔ مارفینا مریض یا اس کے دوستوں کے سپرد ہرگز نہیں کرنا چاہئے۔

عضلی رجفہ

(MYOCLONUS)

(myoclonia)

اس عنوان کے تحت وہ کثیر الشداد مالتیں مجتمع کردی گئی ہیں جن کا مینر خاصہ عضلات کا ایک مختصر سرمیلع انقباض ہوتا ہے جو صرع، ہشیریا، داء الرقص، کنج (athetosis) وغیرہ کا جز نہ ہو۔ سسبائی الٹرا داغ (encephalitis lethargica) میں واقع ہونے والے حرکات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 706)۔

ورانی کثیر عضلی رجفہ

(paramyoclonus multiplex)

فریڈرک نے اس نام کے تحت ایک شخص کی اصابت بیان کی ہے جسے بازوؤں، پیش بازوؤں، اور جاگوں کے بڑے عضلات میں صاعقہ نما انقباضات ہوتے تھے۔ جب وہ جلتا تو یہ انقباضات موقوف ہو جاتے، اور جب وہ بستر میں سکون کے ساتھ لیٹا تو بدتر ہو جاتے۔ اگر ایک ہاتھ کام میں لایا جاتا تو اس میں انقباضات موقوف ہو جاتے، مگر دوسرے ہاتھ میں جاری رہتے۔ گویا انقباضات تند ہوتے مگر جارح کی بحیثیت مجموعی کوئی حرکت نہ پیدا کرتے۔ گھٹنے کے جھٹکے زیادہ ہو گئے تھے۔ جلد کی حس پندیری، عضلی حس، دماغ کی اور افرازی منطباہر طبعی تھے۔ گلو انیت (galvanism) کے علاج سے یہ حالت غائب ہو گئی، لیکن

مکرر ہو کر اس شخص کے مرنے تک موجود رہی۔ رجبی عضلی انقباض کی متعدد دوسری اصابتیں مندرج ہیں جو فریڈرک کے مریض سے متعدد امور میں مختلف ہیں۔ اصلی چپسز جسم کے مختلف حصوں میں بعض اصابتوں میں جو ارج میں دوسری اصابتوں میں چہرے اور دھڑ میں، جدا جدا عضلات کے عضلات کے اجزاء کے خود روشنی انقباضات کا وقوع ہے جو عموماً دو جانبی ہوتے ہیں، لیکن یہ ضرور نہیں ہے کہ دونوں جانبوں پر مساوی طور پر ایک ہی وقت میں واقع ہوں۔ بعض اوقات یہ انقباضات ماؤف حصوں میں مکان حرکی اثر پیدا کر دیتے ہیں، لیکن عموماً نہیں۔ یہ فی منٹ ۶۰ تا ۱۰۰ کی شرح سے، لیکن بے قاعدگی کے ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ مختلف دھڑوں میں تو اترا اور قوت میں مختلف ہوتے ہیں۔ اور اکثر اس وقت زیادہ ہو جاتے ہیں جب کہ مریض زیر مشاہدہ ہو، یا برونی تہتبات (آواز لیس) میں منکشف ہو۔ عضلات کی میکانی پیچیدگی زیادہ ہو جاتی ہے، مگر ان کی برقی پیچیدگی غیر تبدیل رہتی ہے۔ بعض اصابتیں صرع کے ساتھ پائی گئی ہیں (عضلی رجبی صرع = myoclonus epilepsy) دوسری اصابتوں میں ہسٹیریا سے قریب مشابہت پائی گئی ہے، اور یہ ایک ہی خاندان کے دو یا زیادہ اراکین میں واقع ہوا ہے۔ مشاہداتوں میں یہ حرکات مرکزی عصبی نظام کے واضح مرض کیساتھ پائی گئی ہیں اور ضیاع مہلک ہے۔ اس مرض کے ہمارک کے لئے عموماً الفقرات پر گلو انیت، علاج بالما، انگلیا اور کلورل کا استعمال کیا گیا ہے اور اس سے شفا بھی ہوئی ہے۔ لیکن انداز اچھا نہیں ہوتا۔

قلصیات

(tics)

(عاداتی شنج = habit spasms)

قلص (tic) کی تعریف یوں کی جاتی ہے کہ وہ ایک ہم آہنگ منظم غامض فعل ہے جو روزانہ زندگی کی ہم آہنگ حرکات کو ایک غیر ارادی طریقہ پر از سر نو پیدا کر دیتا ہے (میگی: Meigs)۔

یہ حرکات عموماً بچپن میں پانچ اور بارہ سالوں کی عمر کے درمیان شروع ہوتی ہیں، یا مخصوص وجہی عضلات کو ماؤف کرتی ہیں، اور اکثر اوقات برقعہ و قصوں کے ساتھ کر رہا کرتی ہیں۔ ایسی حرکات آنکھوں کا جھٹکنا، ناک یا دہن کے زاویہ میں جھٹکے دینا، مونڈھے چڑھانا، انگلیوں میں جھٹکے دینا، آواز میں یا الفاظ نکالنا، ٹانگوں کو باہر کی طرف جھٹکنا، یا اور دوسری سادہ حرکات کا کرنا ہیں۔ غالباً ابتدائی کسی خراش کو سکون دینے کی غرض سے یا کسی مقامی احساس کی مجموعیت میں بالارادہ عمل میں لائی گئی تھیں، اور پھر ان کا سہی طور پر مکرر عمل میں آتی رہیں، یا خیال سے ان کی پیروی ہوتی رہی، اور بالآخر یہ خود بخود طور پر خود بخود واقع ہونے لگیں، یعنی ایک خراب عادت کے طور پر قائم ہو گئیں جس کے متعلق ممکن ہے کہ بچہ تقریباً بے خبر رہا ہو۔ ممکن ہے کہ شاید اس کے دوران میں یہ حرکات کم ہو جائیں، اور اسی بچہ میں ایک قسم کی حرکت کو شفا ہو جائے، اور کچھ عرصہ کے بعد اس کے بجائے دوسری حرکت ہونے لگے۔ یہ ایک سوال ہے کہ آیا بعض حشائی عوارض کو قلعیات کے زمرہ میں سمجھا جائے یا نہیں، اگرچہ زیادہ عام طور پر ان کو ہسٹیریا کی علامت شمار کیا جاتا ہے، اور اس وجہ سے ان کو اسی عنوان کے تحت بیان کیا جائے گا۔ بعض اقسام کی وطنی قے اور بلع الیوا (aerophagy) ایسے ہی ہیں۔ آخر الذکر وہ حالت ہے جس میں مریض انکائیٹا لینے کی کوشش میں اپنے معدے کے اندر مسلسل ہوائے گھونٹے داخل کرتا رہتا ہے۔

انکاسی نوعیت کی حرکات جو ابتداء میں طبی خراش سے پیدا ہو جاتی ہیں، ان اشخاص میں قلعے کے طور پر جاری نہیں رہتیں جن کا ذہنی توافق طبعی ہو۔ مثلاً بچوں میں یہ عارضہ اکثر اوقات تر بستر (bed-wetting) شب ترسی (night-terrors) اور عصباتی بنیہ کے دوسرے امارات کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور اس عادت کا آغاز غالباً ہمیشہ ایک نفسی لیول پر مجموعی شخصیت کے غلط توافق کے اظہار کے طور پر ہوتا ہے۔ اس کی تائید اس واقعہ سے بھی ہوتی ہے (جس کی تصدیق بیشتر امواتوں میں مریض سے ہو سکتی ہے) کہ

اس حرکت کے وقوع سے پہلے ایک حکمی خواہش اس کو عمل میں لانے کی پیدا ہوتی ہے اور اگر اسے روک دیا جائے تو بڑی ذہنی تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔

اکثر اسے داء الرقص (chorea) سے تمیز کرنا پڑتا ہے جس میں بالعموم حرکات زیادہ وسیع طور پر پھیلی ہوئی بلا غایت اور ہتھکاہٹ ہوتی ہیں۔

تنبیہ کے متعلق دو قسم کے عوامل پر غور کرنا پڑتا ہے: ۱۔ ایک طرف تو محیطی خراشیں کے نظر انداز شدہ شعبے جیسے کہ مزمن التهاب (chronic conjunctivitis) یا ناکھار کناروں کا کالکریا جاذب باقی نوعیت کی مشکلات میں

جیسے کہ رنجیدہ خانگی معاملات و ماحول یا طالب علمی کی زندگی کے ساتھ نامکمل توافق۔ یہ ماحولی عوامل ہیں جنہیں قدیم تیشیل کے الفاظ میں تخم مرض کہہ سکتے ہیں۔ دوسری طرف وہ عصباتی شخصیت ہے جو زمین کا کام دیتی ہے اور

اندر کا انحصار بیشتر اسی آخر الذکر چیز پر ہوتا ہے بعض اصابتوں میں خراش پیدا کرنے والے تمام ذرائع کو دور کر دینے ماحول کی کلی تبدیلی اور ذاتی مشکلات کے حل میں امداد دینے سے ممکن ہے کہ شفا ہو جائے بالخصوص بچوں میں۔ بالفل

اور زیادہ پرانی اصابتوں میں مرض کے منتقل ہو جانے کا امکان ہوتا ہے چنانچہ بعض اصابتوں میں وہ محض طرز عمل کے خرابے پن کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ زیادہ گہرے ذہنی عدم استحکام (mental instability) کی علامت

ہو۔ علاج میں برومائڈز (bromides) بوجہ اپنے مسکن اثر کے مفید ہیں جن کے ساتھ ہی ایسی ورزشیں ہوں جن میں مریض کو مآوٹ عضلات کو ڈھکیلا کرنا اور انہیں دوسرے حرکات کے لئے کام میں لانا سکھایا جاتا ہے۔ ان ورزشوں کی

مشق روزانہ ایک آئینہ کے سامنے کرانی چاہئے اور غیر طبعی حرکات موقوف ہو جانے کے بعد بھی انہیں کچھ عرصہ تک ایک معمول کے طور پر جاری رکھنا چاہئے۔ مزید برآں بنیادی نفسیاتی عوامل کے طرف بھی جیسا کہ پہلے اشارہ

کیا گیا ہے توجہ مبذول کرنی چاہئے۔

شنجی کج گردنی (شنجی صعر)

(spasmodic torticollis)

علاوہ اس عارضی عارضہ کے جسے اکڑی گردن (stiff neck) یا رشتی کج گردنی (rheumatic torticollis) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 655)، دو اور زیادہ ویر پا حالتیں جو کج گردنی کے نام سے مشہور ہیں مثبت کج گردنی (fixed torticollis) یا پیدائشی کج گردنی (congenital wryneck)، اور شنجی کج گردنی (spasmodic torticollis) ہیں۔ اول الذکر عضلہ قصیہ علمبیہ کے متقل تقصر کے باعث ہوتی ہے، جو بعض اوقاتوں میں دوران پیدائش کے تقررات سے صوب کیا جاتا ہے۔ یہ حالت پہلے اگر ابتدائی زمانہ شیرخواری میں نہیں تو بچپن کے زمانہ میں دیکھی جاتی ہے، اور چہرے کی ہڈیوں میں عدم شکل پیدا کر دیتی ہے۔

شنجی کج گردنی فتور و فلیفہ ہے، جس کا متمز خاصہ گردن کے عضلات کے متشی یا رجعی انقباضات ہیں، جن کی وجہ سے سر جبراً ایک غیر طبعی وضع اختیار کر لیتا ہے۔ یہ حالت کئی طریقوں سے قلصات (tics) سے ماثل ہے۔ بحث اسباب۔ یہ مرض تیس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی دیکھا جاتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو موقوف کرتا ہے، مگر مردوں کے نسبت عورتوں کو زیادہ اکثر۔ اس کا سبب ہمیشہ نہیں معلوم کیا جاسکتا۔ عصبانی ورثہ، عقی غدد کا یا غدد عضلات کا التهاب، سردی کا کشف، سقطہ اور تقرر، اور مخصوص پیشوں میں شائے بازو یا گردن کے عضلات پر حد سے زیادہ زور پڑنا، یہ چند امور ایسے ہیں جو بطور اسباب کے مندرج کئے گئے ہیں۔ ایسی اصاباتیں بھی بیان کی گئی ہیں جن میں یہ علامت مابقی التهاب دماغ (encephalitis lethargica) کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو گئی ہے۔

امراضیات۔ اس کے متعلق بہت کم معلومات حاصل ہیں۔ ایسا کوئی امراضیاتی ضرر نہیں پایا گیا ہے جس سے اس کی توجیہ ہو سکے، لیکن غالباً

اس کا انحصار دماغ یا سابق دماغ میں کے حرکی مرکوزوں کے وظیفہ کے اختلال پر ہوتا ہے۔

علامات۔ یہ عارضہ تدریجی طور پر شروع ہوتا ہے اور ابتداً گردن میں محض ایک تکلیف سی محسوس ہوتی ہے۔ پھر باؤف عضلات کے صریح رجحانی حرکات محسوس ہوتے ہیں جن سے سر گھوم جاتا ہے یا اس کی وضع بدل جاتی ہے۔ مثلاً اگر دائیں عضلہ قصبیہ علیہ باؤف ہے تو سر کے جھٹکے متواتر اسی عضلہ کے فعل کے رخ میں واقع ہوتے رہتے ہیں ٹھنڈی سانسے یا اوپر کو مقابل جانب کو چلی جاتی ہے اور قذال نیچے تر قوہ کے طرف کھینچ آتا ہے۔ انقباضات ایک ایک بے قاعدگی کے ساتھ اور بار بار ہوتے ہیں۔ چند لمحوں کے لئے قوہ واقع ہوتا ہے جس کے دوران میں مریض آہستہ آہستہ اور احتیاط کے ساتھ سر کو سیدھا کرنے کی کوشش کرتا ہے کہ اتنے میں عضلہ پھر منقبض ہوتا ہے اور چہرہ تدریجاً زو سے گھوم کر بائیں طرف ہو جاتا ہے۔ سر کو سہارے سے رکھنے سے یہ حرکات کچھ وقت کے لئے ٹرک جاتے ہیں اور سونے میں بھی موقوف ہو جاتے ہیں لیکن مریض کے جاگنے ہی از سر نو شروع ہو جاتے ہیں اور بلا زیادہ مکوں کے دن بھر جاری رہتے ہیں جب ان کے طرف توجہ کی جاتی ہے تو یہ عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ بار باؤف ہونے والا عضلہ عضلہ قصبیہ علیہ ہے اور اس کے بعد عضلہ مربعہ متخرفنا (trapezius) کا بالائی حصہ اور عضلہ عصا بیہ راسیہ (splenius capitis) ہے۔ بعض اوقات عضلہ مرکبہ (complexus) اور عضلہ قصبیہ علیہ (trachelo-mastoid) سر کے عمیق عضلات مدورہ (deep-rotators) اور عضلہ منتشرہ (platysma myoides) متاثر ہوتے ہیں۔ ظاہر ہے کہ سر کی وضع ان عضلات سے متعین ہوتی ہے جو منقبض ہوتے ہیں۔ عضلہ قصبیہ علیہ وہ نساخچ پیدا کرتا ہے جو پہلے بیان کئے گئے ہیں۔ عضلہ مربعہ متخرفنا سر کو نیچے اور نیچے کو خود اپنی جانب کو کھینچتا ہے اور ساتھ ہی چہرہ کو مقابل جانب کو گھماتا ہے اور عضلہ عصا بیہ سر کو نیچے کے طرف کھینچتا ہے اور ساتھ ہی کیقند اپنی جانب کو گھماتا ہے۔ ممکن ہے کہ ان عضلات میں سے دو یا زیادہ ایک ساتھ باؤف

ہو جائیں، بیشتر اوقات عضلہ قصیہ علیہ ماؤف ہوتا ہے اور اس کے ساتھ عضلہ مربعہ منفرجہ نما اسی جانب کا، یا عضلہ عصابیہ مقابل جانب کا۔ ظاہر ہے کہ اس کا نتیجہ سر کی ایک درمیانی وضع ہوگی۔ یا ممکن ہے کہ دونوں جانبوں کے متساویہ عضلات ایک ساتھ عامل ہو کر اپنے انقباض کے دوران میں سر کو پیچھے کے طرف کھینچ لیں۔ ایسی اصابتوں میں عموماً ساتھ ہی چہرے کی عضلات کا بھی انقباض ہوتا ہے جو طبعی طور پر اس وقت منقبض ہوتے ہیں جب کہ ہم اوپر کے طرف دیکھنے کی غرض سے سر کو پیچھے کے طرف جھکاتے ہیں۔ بعض اوقات مرض خود پھیل کر چہرے کے عضلات یا شاسے یا بازو کے عضلات کو ماؤف کر دیتا ہے، بالخصوص دورے کے عروج کے وقت۔ اور شاید اصابتوں میں ممکن ہے کہ قطنی یا شوکی عضلات ماؤف ہو جائیں اور ان کے متواتر انقباضات سے جسم ایک جانب کو نیچے کھینچ آئے۔ نسبتاً زیادہ خفیف اصابتوں میں، یا ابتدائی درجوں میں، ممکن ہے کہ کوئی درد نہ ہو، مگر مرض کی شدت یا قسموں میں انقباض پذیر عضلات میں صج لٹھیری درد ہوتا ہے۔ عضلات اپنے حد سے زائد فعل کی وجہ سے اکثر بیش پردہ ہوتا ہے۔ کم از کم وہ اپنا طبعی حجم تو برقرار رکھتے ہیں۔ برقی خراش پذیر طبی ہوتی ہے یا زیادہ ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ دائمی حرکات اس مرض کو پیدائشی کچ گردنی سے تمیز کرتے ہیں جس میں سر گزشتہ مرض ابتداء سے ہوتی ہے اور وجہی عدم تشاکل موجود ہوتا ہے۔ دائمی حرکات یہی اسے اس عارضی عارضہ سے تمیز کرتے ہیں جو اکثر ڈی گردن کے نام سے مشہور ہے، اور عضلات کے اس شنج سے جو عقی فقرات کی بوسیدگی (caries) میں ہوتا ہے۔

انذار ناموافق ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شنج میں چند ماد کے بعد تخفیف ہو جائے، لیکن زیادہ تر وہ کم و بیش شدید شکل میں باقی ماندہ زندگی بھر باقی ہی رہتا ہے۔

علاج۔ یہ مرض نہایت دشوار علاج ہوتا ہے۔ اگرچہ متعدد ادویہ آزمائی گئی ہیں مگر کامیابی بہت کم ہوئی ہے۔ وہ جو سب سے زیادہ مفید ثابت

ہوتی ہیں جب ذیل میں، برومائیڈز لیٹومینال (luminol)، زنک ولیرینیٹ (zinc valerianate)، 'فلح' (belladonna) اور ہیوسین ہائیڈرو برومائیڈ (hyosine hydrobromide) بذریعہ تحت الجلدی اشراب۔ (افیون آمینوویا (opiates) اور کلوروفارم کا استنشاق (chloroform inhalation) شیخ کو کچھ عرصہ کے لئے روک دیتے ہیں، لیکن تاوقتیکہ مکرر معادونہ دی جائے شیخ چند گھنٹوں میں پھر ہونے لگتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ورزشیں جیسی کہ قلعہات کے علاج میں بیان کی گئی ہیں، مفید ہوتی ہیں، بالخصوص، آؤف عضلات کو ڈھیلا کرنے کی تعلیم۔

اس مرض کے علاج کے لئے بہت علیے ایجاد کئے گئے ہیں لیکن چنداں کامیابی نہیں ہوئی۔ ابتدائی درجوں میں اگر قصی طبیعتی عضلہ تنہا آؤف ہو، تو شوکی معین عصب کو قطع کرنے سے تسکین حاصل ہو سکتی ہے، اور گاہے یہ مستقل ہوتی ہے، لیکن بالعموم شیخ دوسرے عضلات میں عود کرتا ہے (Förster) یا شدہ برسلاؤ (Breslau) نے بالائی تین یا چار عصبی جڑوں، مقدم اور دوسرے دونوں کو کاٹنے سے کامیابی کا اعلان کیا ہے، لیکن اب تک اس علیہ کو عام قبولیت حاصل نہیں ہوئی۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس مرض کا انحصار بلند تر عصبی مرکز پر ہوتا ہے، جن کا شیخ پیدا کرنے کا رجحان بالعموم ضرور ظاہر ہو کر رہتا ہے خواہ محیط پر تسد ہی کیوں نہ ہو۔

ذہنی تکان اور تشویش کے اثر سے علامات ہمیشہ خراب تر ہو جاتے ہیں۔ لہذا ممکن ہے کہ آرام اور نغیاتی علاج کے ذریعہ ان میں اصلاح ہو سکے۔

اعتقال کا تبین اور مماثل عصباتیتیں

(writers' cramp and allied neuroses)

ان اشخاص کو جن کے پیشہ میں عرصہ دراز تک پیچیدہ حرکات ضروری ہوتی ہیں (جیسے کہ محرد، پیانو نواز، رباب نواز، کارکنان تار برقی، مگریت ساز وغیرہ) کام کرتے وقت متعلقہ عضلات کے شخہار اور بے قاعدہ انقباضات

ہو سکتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حرکت بُری طرح عمل میں آتی ہے اور، حسرت کا مطلق انجام نہیں دیا جاسکتی۔ ممکن ہے کہ اس کا سبب محرک کوئی منخفص ذہنی حالت، ذہنی تشویش، یا کاروباری پریشانی ہو۔ یا کوئی تقریر یا لکھنا یا انگلیوں کا مقامی مرض۔ لیکن سب سے بڑا سبب متعلقہ پیشہ میں ہاتھ کا حد سے زیادہ استعمال ہے۔

یہ مرض اُن لوگوں میں سب سے زیادہ عام ہے جنہیں روزانہ پیشہ کے طور پر بہت زیادہ لکھنا پڑتا ہے، جیسے کہ قانون پیشہ اصحاب کے محرموں، متعین و غیرہ میں۔ اسی واسطے اس کے لئے اعتقال کا تین (writers' cramp) شکل تحریرین (scriveners' palsy)، شیخ ترسی (graphospaam) اور عسر کتابت (mogrigraphia) کھام اور فنی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ یہ قسم قدرتی طور پر عروق کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے اور بیشتر بیس اور چالیس کی عمروں کے درمیان ہوا کرتی ہے۔ گاؤرس (Gowers) نے بتلایا ہے کہ لکھنے کے فعل میں قلم کو کاغذ پر چار مختلف طریقوں سے حرکت دی جاسکتی ہے :- (۱) چلی انگلی کا تھپڑ جہاں جاتی ہے اور اس انگلی کو ایک قطبیہ کے طور پر استعمال کر کے اُن انگلیوں سے جو قلم کی حامل ہیں کام لیا جاتا ہے۔ (۲) کلائی جہاں جاتی ہے اور ایک قطبیہ کا کام دیتی ہے۔ (۳) قطبیہ پیش بازو کے مرکز میں ہوتا ہے اور شاید مینڈاؤیک کی کور کے ہمارے سے رہتا ہے۔ (۴) تمام حرکات شانے سے صادر ہوتی ہیں۔ پہلے طریقہ میں انگلیوں کی حرکات نہایت چمپیدہ ہوتی ہیں اور زور لگانے کے بعد صادر ہوتی ہیں اور آخری طریقے میں ممکن ہے کہ انگلیوں کی حرکات مطلقاً نہ ہوں۔ گاؤرس کا بیان ہے کہ اعتقال کا تین میں وہ اشخاص شاذ و نادر ہی مبتلا ہوتے ہیں جو لکھنے میں آخری دو طریقوں سے کام لیتے ہیں۔

امراضیات۔ اس عارضہ کا سبب بالکل مبہم ہے۔ ایک ممکن تو یہ یہ ہو سکتی ہے کہ جو مرکز فعل تحریر کے لئے متولف ہیں ان میں یہ نقص واقع ہو جاتا ہے کہ ان کے درمیانی مقامی تعلقات کی مزاحمت میں مرضی کمی واقع ہو جاتی ہے چنانچہ صدمات کا اشعال واقع ہوتا ہے اور وہ عضلات بھی جو فعل تحریر میں

لازمًا عامل نہیں ہوتے۔ حد سے زیادہ فعل کرنے لگتے ہیں۔

علامات - یہ عارضہ عموماً تدریجی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتداء یہ کیفیت درود مستمر یا کشیدگی کے طور پر محسوس ہو، جس میں لکھنا موقوف کرنے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد لکھنے کے فعل کے ساتھ انگلی یا انگوٹھے میں جس میں قلم پکڑی ہے شدید ارتعاشی انقباض ہونے لگتا ہے۔ انگلی قلم پر زور سے دباؤی جاتی ہے، یا وہ خم کر لی جاتی ہے تاکہ قلم اوپر کو ہٹا لی جائے، یا انگلی قلم پر سے پھسل جاتی ہے اور قلم انگشت شہادت اور بیچ کی انگلی کے درمیان گرفت میں لے لی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ انگوٹھا بھی اسی طرح نافوف ہو جائے، یا انگلیاں بٹ ہو جائیں یا کاغذ پر اٹھ جائیں، یا قلم کاغذ کے اندر گھس جائے، یا ہاتھ کی حرکتیں قطعاً موقوف ہو جائیں۔ ان حالات میں لکھنا جاری رکھنے کی کوشش سے ایک عجیب سی بے وقوفی تو کد ارتعاش حاصل ہوتی ہے، جس میں نیچے کے شوٹے موٹے موٹے ہوتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد شیعہ اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ لکھنا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ یہ بیتی ڈکٹ (Benedikt) کی مشجید (spasmodic) یا شجی (spastic) قسم ہے جو نسبتاً عام ترین ہے۔ لیکن بعض اوقات انگلیوں میں رعشہ ہوتا ہے [سرعشی (tremulous) قسم]۔ اور ایک شلی (paralytic) قسم بیان کی گئی ہے جس میں صرف مکان ہوتی ہے، لیکن یہ قسم بالکل شاذ ہے۔ شجی قسم عضلات کے کثیر الوقوع انقباض سے، اکثر ہاتھوں اور کلائی میں درد پیدا کر دیتی ہے، جو ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد صاف طور پر وجع العصبی نوعیت کا ہو جائے۔ اور ساتھ ہی اکثر کیفیت درجہ جھنجھٹ یا سن پن کا احساس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شیعہ قطعاً لکھنے کے فعل تک محدود ہو، اور دوسرے حرکات، نازک قسم تک کے بلا کسی وقت کے انجام دے جائیں۔ بعض اوقات اعتدال کا تبین کے ساتھ اسی شخص میں پیا نوا یا رباب بجاتے وقت شیعہ ہو جاتا ہے، اور شدید اماتوں میں یہ بھی شاذ نہیں کہ اس کے ساتھ ہی کوئی دوسرا عمل بھی ناقص طور پر انجام دیا جاسکے۔

عقلی طاقت خوب برقرار رہتی ہے۔ لاغری، حسی فقدان یا معکوسات کا

اختلال بالکل نہیں ہوتا۔

مرض کا مرتعیر پذیر ہوتا ہے۔ خفیف امصابوں میں جن کا علاج لکھنے سے قطعی پرہیز کر کے فی الفور کیا جائے، ممکن ہے کہ مریض کو پورا آرام ہو جائے۔ لیکن اگر اسے اپنا ہاتھ دوسرے ہاتھ سے یا میکائی ترکیبوں کی مدد سے جما کر لکھنا جاری رکھا ہے اور ہر قسم کے علاج سے روگردانی کی ہے تو مرض اکثر بالکل غیر علاج ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ اس سے کلی صحت یا بالی کبھی نہ ہو۔

تفصیص عموماً دشوار نہیں ہوتی۔ کم از کم اس کا امکان نہیں کہ اعتقالات کا تبین کو غلطی سے کوئی اور چیز سمجھ لیا جائے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ ممکن ہے کہ بعض عصبی امراض جیسے کہ داء ارتقص (chorea) فاجع ضعیفی (hemiplegia) اور دوسرے شلل جن میں ہاتھ کی قوت ماؤف ہوتی ہے، سب سے پہلے لکھنے کی کوشش کرنے میں ہی نظر آئیں اور غلطی سے اعتقالات کا تبین سمجھ لئے جائیں۔ نیز ممکن ہے کہ معصوب اشخاص جنھیں اس مرض کے متعلق کسے قدر واقفیت حاصل ہو گئی ہو، یہ آسانی یہ گمان کر لیں کہ تھوڑی سی تکان ہی اس مرض کا آغاز ہے۔

علاج۔ سب سے پہلی ضروری چیز یہ ہے کہ لکھنا قطعاً موقوف نہ کر دیا جائے۔ خفیف امصابوں میں بعض اوقات صرف یہی ایک یا دو ہمنوں میں اعتقالاتی کے لئے کافی ہے۔ گاؤرس (Gowers) نے اس امر پر اصرار کیا ہے کہ لکھنا پھر شروع کرنے پر مریض کو قطعاً سنانے سے ہی لکھنا لکھنا چاہئے۔ نسبت زیادہ شدید امصابوں میں نسبت بہت زیادہ طویل آرام کی ضرورت ہے، اور اگر مریض کے لئے نہینا ضروری ہی ہو تو اسے بائیں ہاتھ سے لکھنا لکھنا چاہئے ایک ٹائپ رائٹر استعمال کیا جائے۔ کبھی کبھی (گو کہ طرچ ہمیشہ نہیں) جدید تربیت یافتہ بایاں ہاتھ بھی ماؤف ہو جاتا ہے۔ انگلیوں کے عضلات پر بار نہ پڑنے پائے اس عزم سے خود مریضوں نے مختلف ترکیبیں ایجاد کر لی ہیں یا ان سے کام نکالا ہے، مثلاً مد شل قلم میں کاگ پہنا لیا جاتا ہے تاکہ نسبت بڑی گرفت حاصل ہو یا ہاتھ میں ایک چربی گولہ کپڑا لیا جاتا ہے، جس پر قلم کو مطلوبہ زاویہ پر لٹکایا جاتا ہے۔ نوسٹ باؤم (Nussbaum) کے کنگن کے ساتھ قلم لگی ہوئی ہوتی ہے، اور یہ کنگن انگلیوں کے

گرد ہوتا ہے تاکہ وہ ان عضلات سے جو عموماً لگنے میں استعمال کئے جاتے ہیں مختلف عضلات (عضلات بعیدہ) کے ذریعہ قلم کو پکڑیں۔ لیکن بالعموم ان آلات سے محض اس وقت میں اور تاخیر ہو جاتی ہے جب کہ کاغذ آرام لینا چاہئے۔ عصب اور عضلہ کا طبی فعل پھر بحال ہو جائے اس غرض سے عام مقویات جیسے کہ حیدر کوغنی، سنکسیا اور اسٹریکینیا (strychnia) اور مقامی علاج، جنما سنگ و رز نشوں، مجہول دست و رزیوں اور دواک کا استعمال کرتا چاہئے۔

دوسری حرفتی عصبانیوں کا علاج بہ لحاظ اصول و یا ہی ہونا چاہئے جیسا کہ اعتدال کا تبیین کے لئے بیان کیا گیا ہے۔

وجع العصب

(NEURALGIA)

یہ اصطلاح بعض اوقات اس درد کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو کسی عصب اور اس کی شاخوں کے مریض میں محسوس ہوتا ہے اور جس کے لئے کوئی عضوی سبب نہیں پایا جاتا۔ ایسا سلسلہ اسے ایک مرض کہنے کے بجائے ایک علامت کے طور پر بیان کیا جاتا ہے۔ اس طرح کی توزیع رکھنے والا درد اسباب ذیل کی وجہ سے ہو سکتا ہے:— (۱) بدن کے کسی ایسے حصے کا مرض جس میں عصب زیر پریش سے رسد پہنچتی ہو، اور یہ درد گویا اس عصب کی ساری توزیع میں محسوس ہوتا ہے۔ (۲) ایسا مرض جو محیطی اعصاب، یا پچھلی عصبی جڑوں یا گچھے گاہے نخاع کے رادی ماڈے میں کے عصبی ریشوں کو موقوف کرتا ہو۔ (۳) کسی ایسے اندرونی عضو کا مرض جس کی حتی عصبی رسد نخاع کے اس فلق سے آتی ہو جو درد کی اوپری توزیع سے متناظر ہو۔

پہلے سبب کی مثال میں سہ تو اسی توزیع کا وہ درد بیان کیا جاسکتا ہے جو ایک مٹھنہ دانت سے پیدا ہو جائے۔ دوسرے سبب کی مثال میں اصطلاح توزیع کے اس درد سے ملتی ہے جو عمود الفقرات کی درنی بوسیدگی کی وجہ سے

پچھلی عصبی جڑ پر دباؤ ہونے کے باعث ہوتا ہے۔ تیسرے سبب کی مثال وہ درو ہے جو نوجھ (angina) کی حالت میں یا میں بازو کے زندگی کنایہ پر محسوس ہوتا ہے۔ وجع العصبی درووں کا ایک عام سبب وہ مقامی عصبی التهاب (local neuritis) ہے جو ضربہ، قسم یا سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں ممکن ہے کہ متعلقہ عصب کے حقیقی مرض کی کوئی مثبت دلالت (مثلاً عضنی لاغری یا سن پن) موجود نہ ہو۔ تاہم عموماً ان مقامات پر جہاں عصب پڑی کے مقابل واقع ہوتا ہے، دبانے سے اہمیت موجود ہوتی ہے، اور بعض اصابتوں میں معین امارات کے وقوع، مثلاً عرق النساء (sciatica) میں گھٹنے کے جھکے کے فقدان سے اس امر کا نہایت اغلب گمان ہوتا ہے کہ دوسرے وجع العصبی درو بھی ایک مقامی عصبی التهاب کے باعث ہوتے ہیں۔ یہ پہلے ہی بیان کئے گئے ہیں۔ لیکن وجع العصب کی ایک قسم ایسی ہے جو بوجہ اپنے عمیز خاصا نص کے جداگانہ بیان کی مستحق ہے۔

سہ توامی وجع العصب

(trigeminal neuralgia)

[سہ وجہی وجع العصب = trifacial neuralgia]

قلص مولم = tie douloureux

اس عارضہ میں دوری درد کے متوالی حملے ہوتے ہیں جو عصب پنجم کی ایک یا زائد شاخوں کی توزیع کی طرف محمول ہوتا ہے۔ بیشتر اوقات یہ حملے اس رقبہ میں شروع ہوتے ہیں جہے عصب کے دوسرے حصے سے رمد پہنچتی ہے، اور نسبتاً کمزور قوتوں میں اس رقبہ سے شروع ہوتے ہیں جسے تیسرے حصے سے رمد پہنچتی ہے۔ پہلا یا عینی حصہ شاذ ہی ماؤف ہوتا ہے، اور یہ بھی اس وقت ہوتا ہے جب کہ دوسرے حصے کا وجع العصب بھی موجود ہو۔ چند اصابتوں میں ممکن ہے کہ اس عصب کے تینوں حصے ایک ساتھ ماؤف ہوں۔ یہ مرض بالغ زندگی کے ہر زمانہ میں واقع ہو سکتا ہے، مگر تقریباً پچاس سال کی عمر میں سب سے زیادہ عام

ہوتا ہے۔ مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ اکثر مبتلا ہوتی ہیں۔ حقیقی سہ تو آدمی وجع العصب کی تسبیب اور امراضیات بحالت موجودہ سبب ہیں۔ دندانہائی عفتوں سے اس کا راست تعلق نہیں پایا جاتا اور یہ ان اشخاص میں آہو سکتا ہے جو سالہا سال سے دانت نہیں دھکتے۔ عصب پنجم کی شاخوں میں یا عقدہ گیسٹر (Gasserian ganglion) میں کوئی مستقل تغیرات نہیں پائے جاتے۔ تاہم جس تو اثر کے ساتھ دوسرا اور تیسرا عقدہ اولی طور پر مآؤف ہو جاتا ہے، اس سے اس امر پر دلالت ہوتی ہے کہ یہ مرض ان جراثیمی سمیات کے عمل کے باعث ہوتا ہے جو دانتوں اور ہوائی جوخوں کے بغین ماسکوں میں آغاز پذیر ہو کر گرد و عصبی مروق و لمغانیہ کی راہ سے عقدہ گیسٹر تک پہنچ جاتے ہیں۔

بالعموم ابتدائی دور سے کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ دوسرا دورہ ہونے سے پہلے ہفتوں یا مہینوں کا وقفہ گزر جائے۔ لیکن یہ وقفے بہت بڑھ کر کچھ اور دور سے شدید تر ہوتے جاتے ہیں، یہاں تک کہ دن کے ہر چند دقیقوں کے بعد حملے ہونے سے مریض کی زندگی ناقابل برداشت ہو جاتی ہے۔ درد نہایت شدید ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ جب تک رہے مریض کو بالکل بے بس کر دے۔ وہ سوزشی، و ثابی، یا لرزتی ہوئی نوعیت کا ہو سکتا ہے، یا کمالوں کے اندر سنج گرم سوئیوں کے چبھنے کا احساس پیدا کرتا ہے۔ اس کے ساتھ اکثر لعاب و ہن یا آنسو جاری ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ رخسار چہتہما انھیں بالعموم دورہ مختصر عرصہ کا ہوتا ہے اور صرف چند دقیقوں تک جاری رہتا ہے۔ حملے کے دوران میں مآؤف رقبہ کی جلد اور مخاطی اغشیہ نہایت حساس ہو جاتی ہیں، اور ممکن ہے کہ کمالوں پر سرد ہوا کے ایک جھونکے، یا خدی مخاطی غشاء پر غذا کے تماس، بلکہ بولنے میں حرکت ہونے تک سے اور دورہ شروع ہو جائے۔ لیکن سکونی وقفوں میں بلکہ دوروں کی توالی کے درمیان مختصر فترات تک میں درو یا ایسیت قطعاً مفقود ہوتی ہے۔

درد کے دوروں کے علاوہ عصب پنجم کے افعال میں خرابی کی ادھ کوئی امارت نہیں ہوتی۔ قرنیہ کا معکوس طبعی ہوتا ہے۔ جلدی میں پیری ری محفوظ رہتی ہے۔

مضغ کے عضلات کی کمزوری یا لاغری نہیں ہوتی۔ حقیقی سہ تو اُمی وجع العصب کی تشخیص ان واقعات کی بنا پر اس جلی عصبوی مرض (آتشک یا رسولی) سے کی جاسکتی ہے جو عقدہ گیر یا اسکی شاخوں کو موقوف کرتا ہو۔

علاج۔ دو امیں بہت کم مفید یا بالکل بیکار ہیں۔ بنغیہ جلیب میسم (tincture of gelsemium) بڑی معتادوں میں بروماڈکے ساتھ آزما یا جاسکتا ہے

ہے۔ چہرے کی ماؤف جانب کو کسی شال یا دوسرے کپڑے کے ذریعہ سردی سے محفوظ رکھنے کا فائدہ عموماً مریضہ خود محسوس کر لیتی اور بولنے کے بجائے لکھنے سے کام نکالنے سے اور مقابل گوشہ دہن میں ایک تنکا لٹکا کر اس کے ذریعہ سے غذا لینے سے وہ دوروں کو روک سیکتی۔ ماہر با تھوں میں عصبی جڑوں کے اندر الکحل کے اشراب سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اس طریقہ سے دوسرے اور تیسرے حصوں دونوں میں یہ عمل کیا جاسکتا ہے، اور دوسرا اشراب پھر استعمال کرنے سے پہلے اکثر ایک سال تک آرام و سکون حاصل کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد یہ طریقہ آرام دینے میں ناکام رہے، اور کوئی دوسری زیادہ شدید کارروائی ضروری ہو۔ ان میں سب سے زیادہ نشئی بخشش عصب پنجم کی حسی جڑ کو عقدہ گیر اور جبر کے درمیان قطع کر دینا ہے۔ اس میں ایک کیفیت بڑے جراحی عمل کی ضرورت ہوتی ہے، مگر یہ متبادل عمل کی نسبت زیادہ یقینی کارروائی ہے، اور وہ یہ ہے کہ سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی راہ سے عقدہ گیر میں الکحل کا اشراب کیا جائے۔ ان دونوں کارروائیوں میں یہ نقصان ہے کہ آنکھ میں پرورشی تغیرات واقع ہو کر ازاں بعد نابینائی کا بڑا خطرہ ہوتا ہے۔ لیکن بیشتر مریض دو ہفتہ جاری رکھنے کے بجائے اس خطرہ کو خوشی کیساتھ منظور کریں گے۔

امراض عضلات

(DISEASES OF MUSCLES)

التهاب یعنی کوثر من ریشمی امراض کے زمرہ میں بیان کیا گیا ہے۔

عضلی ذبول

(muscular atrophy)

(amyotrophy = ذبول عضلہ)

عضلہ بابت کا ذبول مختلف حالات کے تحت واقع ہوتا ہے اور اس کی تقسیم سادہ ذبول اور انحطاطی ذبول میں کی گئی ہے۔ اول الذکر میں عضلی ریشک جسامت میں کم ہو جاتے ہیں اور آخر الذکر میں وہ تعداد میں بھی کم ہو جاتے ہیں۔ یہ دونوں حالتیں اپنے مبداء میں بالکل مختلف نہیں ہوتیں، یعنی ممکن ہے کہ وہی سبب ایک حالت میں پہلی چیز پیدا کر دے اور زیادہ عرصہ تک یا زیادہ عرصہ طور پر طائل ہو کر دوسری اور زیادہ شدید شکل پیدا کر دے۔

750

سادہ ذبول خاص طور پر عادی یا طویل مزمن کے بعد، ناقہ کشی کسی قسم کے تسمم اور مقامی طور پر عدم استعمال کے نتیجہ کے طور پر اور دماغی امراض میں شلل کے باعث دیکھا جاتا ہے۔

مفصل التهاب (arthritis) کی مختلف قسموں، حاد اور مزمن ریشیت، اوٹوزاکی، زلابی التهاب کے ساتھ اکثر اوقات متعلقہ عضلات کا ذبول پایا جاتا ہے۔ اور یہ سادہ یا انحطاطی ہو سکتا ہے۔ خفیف ترین درجوں میں ہر ایک مفصل کی حالت میں صرف ایک عضلہ مؤف ہوتا ہے۔ یہ شلنے کے مفصل کے لئے عضلہ دلتیہ (deltoid)، کبھی کے لئے عضلہ مثلث الرؤس (triceps)، کو لھے کے لئے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) گھٹنے کے لئے عضلہ باسط ساقیہ (extensor cruris)، قتی ترقوی مفصل کے لئے عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور ہاتھ کے انگوٹھے کے بعد رسنی ملائی (metacarpo-phalangeal joint) کے لئے خم کن قصیرہ (flexor brevis) ہوتے ہیں۔ اعلیٰ تر درجہ کے عضلی ذبول میں مفصل سے تعلق رکھنے والے تمام عضلات لاغر ہو جاتے ہیں اور نہایت شدید شکلوں میں ممکن ہے کہ مفصل سے دور واقعہ عضلات بھی مؤف ہو جائیں مثلاً

عضلی ذبول کا سبب اس تک مبہم ہے، مگر بعض وجوہ کی بنا پر یہ خیال ہو سکتا ہے کہ عضلی التهاب سے اگلے رادی قوتوں کے اضرار پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ کہ یہی عضلی لاغری پیدا کر دیتے ہیں (Klippel and Weil)۔ اس واسطے یہ دار النخاعی گروہ میں شمار کیا جائے گا۔

انحطاطی قسم نخاع اور اعصاب کے متعدد اضرار میں نہایت نمایاں شکل میں دیکھی جاتی ہے جو انفل عصبیہ کو کسی نہ کسی حصہ میں موقوف کر کے محیط میں انحطاط و انز (Wallerian degeneration) پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ داء النخاعی اور داء العصبی تشکیلیں پہلے بیان کی گئی ہیں (ملاحظہ ہو کثیر عصبی التهاب: multiple neuritis، مترقی عضلی ذبول: progressive muscular atrophy، حاد و رادی نخاعی التهاب: acute poliomyelitis وغیرہ)۔

مترقی عضلی سوء تغذیہ

(progressive muscular dystrophy)

(مرض العضله = myopathy)

یہ وہ حالت ہے جس میں کسی مقامی یا جینی سبب کی غیر موجودگی میں اور عصبی نظام کے مرض کے سریری یا امراضیاتی ظہور کے بغیر کالبدی عضلات کی مترقی کمزوری اور لاغری پیدا ہو جاتی ہے۔

بہشت اسباب۔ اس کا سبب نامعلوم ہے، لیکن مرض کا انحصار غالباً عضلی ریشوں کی کسی پیدائشی غیر طبعی حالت پر ہوتا ہے۔ یہ عام طور پر اسی خاندان کے متعدد اراکین میں ہوتا ہے اور عموماً عورتوں کی وساطت سے ایک نسل سے دوسری نسل میں منتقل ہو سکتا ہے۔ کاذب بیش پر روشنی شکل کی حالت کے سوائے، جو مردوں تک نہ یا وہ عام ہے، یہ دونوں صنفوں کو مساوی طور پر موقوف کرتا ہے۔ بالعموم ابستہائی علامات بچپن میں، اور تقریباً ہمیشہ ریمان کی تکمیل سے پہلے نمودار ہوتی ہیں۔

امراضیات۔ یہ تغیرات منقطع عضلات میں محدود ہوتے ہیں جن میں ابتدائی ترین تغیرات ریشوں کی بیش پرورش اور ازاں بعد انحطاط، ٹیم ٹولنے کے

نوا توں کی تعداد میں بڑی زیادتی اور میں زخمی بافت کے اندر چربی کا جواؤ ہیں۔
خو کی اعصاب اور مہمائی صفحے سالم رہتے ہیں۔

علامات۔ اس مرض کی متعدد دسیریری قسمیں ہوتی ہیں جو ابھی بیان کی جائیں گی۔ ان تمام قسموں کے مشترک خصائص یہ ہیں کہ آغاز مرض ابتدائی عمر میں ہوتا ہے اور بعض عضلی گروہوں کی مترقی کمزوری ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذبول یا کاذب ذبول بھی ہو، لیکن اس قسم کے صریح تغیرات ہونے سے پہلے عضلات میں کمزوری محسوس ہوتی ہے، اور والدین کی توجہ اس حالت کے طور عموماً اس طرح مبذول ہوتی ہے کہ بچہ بعض حرکات کے انجام دینے (مثلاً چلنے یا زینہ چڑھنے) میں بے ڈھنگ پن ظاہر کرتا ہے، یا اگر بائے کا رجحان رکھتا ہے یا گرنے کے بعد پھر کھڑی وضع میں ہونے میں دقت محسوس کرتا ہے۔ بچہ اس کمزوری کی تعویض عضلی ہم آہنگی کے نئے نئے طریقوں کے اکتساب سے کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اس کی رفتار اور وضع میں بعض مخصوص خصائص پیدا ہو جائیں جو کیفیت پر تمیز ہوتے ہیں۔ مریض کی چال بطح کی طرح ہوتی ہے، پاؤں چوڑے چوڑے پڑتے ہیں، اور وہ ہر قدم کے ساتھ جسم کو ایک جانب سے دوسری جانب کے طرف لیجاتا ہے۔ چال میں مزید ترمیم پاؤں کے پنجوں پر چلنے کے رجحان کی وجہ سے ہو جاتی ہے۔ یہ رجحان پنڈلیوں کے مرضی عضلات کے نقص سے اور اس کے باعث پیدا ہو جانے والی ترمیم شدہ کج پائی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ کھڑے رہنے میں بھی توازن قائم رکھنے کی غرض سے ناٹگیں چڑی کی جاتی ہیں، اور پشت فطاء کی وضع اختیار کر لیتی ہے، یعنی ایسا اٹھنا یا خمیدگی پیدا ہو جاتی ہے جس میں پیچھے کے طرف ایک عمیق غلطی انعقاد ہوتا ہے۔ یہ اس وجہ سے ہوتا ہے کہ عضلات الویہ اور کولے کے عضلات باسط کی کمزوری حوض کو سامنے کے طرف گرنے دیتی ہے، اور پھر جسم کا توازن صرف اس طرح قائم رہ سکتا ہے کہ کندھے پیچھے کے طرف گر جائیں، چنانچہ وہ خط جو ان سے نیچے کو کھینچا جائے، مجبور سے بھی پیچھے گرتا ہے۔ دوسرا تمیز خاصہ وہ طریقہ ہے جس سے مریض زمین پر بیٹھی ہوئی وضع میں سے اٹھ کر کھڑا ہوتا ہے۔ وہ گھوم کر اپنے ہاتھوں اور گھٹنوں پر

ہو جاتا ہے اور اگر کوئی کرسی قریب ہو تو اس کے ذریعہ خود کو اوپر کھینچ لیتا ہے۔ لیکن اگر تنہا ہو تو گھٹنوں کو زمین سے اٹھا کر اپنے ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں کے بل ہو جاتا ہے۔ پھر خود کو ایک باتب جھلا لیتا ہے اور مقابل ہاتھ متناظر گھٹنے پر رکھ کر اس کے ذریعہ ٹانگ سیدھی کر لیتا ہے۔ دوسرے ہاتھ اور گھٹنے سے بھی یہی ترکیب مکر استعمال کرتا ہے، چنانچہ ٹانگوں کو ایک دوسری سے پوڑا کر کے اور ہر گھٹنے پر ایک ایک ہاتھ رکھ کر اب وہ کھڑا ہو جاتا ہے۔ پھر بڑی کوشش کیساتھ ہاتھوں کو جانگوں سے زیادہ زیادہ اوپر لاتے ہوئے 'پشت بست' درج سیدھی کر لی جاتی ہے۔

شرکی عضلات کی کمزوری بھی اس امر سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریض فرش پر سے کوئی شے اٹھا نہیں سکتا، اور اگر وہ بیٹھا ہو اسے اور آگے کے طرف بہت زیادہ جھکتا ہے تو جسم آگے کے طرف گر جاتا ہے۔ مزید برآں زینہ چڑھنے میں بہت مشکل پیش آتی ہے جس کی وجہ سے کنبہ سے مدد لینا پڑتی ہے۔

ابتداءً ماؤف عضلات کی برقی حالت زیادہ تبدیل نہیں ہوتی۔ لیکن جب وہ نہایت کمزور ہو جاتے ہیں تو فردی اور گیلوانی دونوں قسم کی برقی حیثیت میں کمی ہو جاتی ہے۔ انحطاطی تعامل نہیں واقع ہوتا اور رنگی جھنکے جیسے کہ اگلے قرن کے خلیوں کے انحطاط کی حالت میں دیکھے جاتے ہیں، نہیں آتے۔ کچھ عرصہ کے بعد وتری جھنکے کم ہو جاتے ہیں، اور زیادہ بڑھی ہوئی اساتوں میں مفقود ہو جاتے ہیں۔

عصبی نظام اس کے علاوہ، طبعی ہوتا ہے۔ احساس ماؤف نہیں ہوتا۔ مثلاً نہ صرف کبھی کبھی ماؤف ہوتا ہے۔ ذہنی وظائف زیادہ تر خراب نہیں ہوتے۔

علامات ابتداءً نمایاں ہونے کے بعد ممکن ہے کہ مریض دو یا تین سال تک ٹھہری ہوئی حالت میں رہے، لیکن مریض کی ٹانگیں بتدریج زیادہ زیادہ کمزور ہوتی جاتی ہیں، لیفیت عضلات میں تقبض پیدا کر دیتی ہے، کھڑے رہنے کی قوت مفقود ہو جاتی ہے اور مریض کو بستر میں پڑا رہنا پڑتا ہے۔ بالآخر

اصابتوں کی اکثریت میں بلوغ کے قریب کسی بین رو مرض، مثلاً التھائیس کشش یا کسی حادثہ ساری مرض کے پیدا ہو جانے کی وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ان مریضوں میں جن میں نوزد مرض آہستہ آہستہ ہوا ہے ممکن ہے کہ یہ مہلک اختتام اتنی ہی تاخیر کے ساتھ واقع ہو۔

مندرجہ ذیل سرسری قسمیں غلغلہ کی گئی ہیں۔ لیکن یاد رکھنا چاہئے کہ غلو طویا

برزخی قسمیں بھی دیکھی جاتی ہیں اور تمام قسموں کے درمیان ایک قوی خاندانی مشابہت پائی جاتی ہے۔

کاذب بلیش پرورشی قسم (pseudo-hypertrophic type)

یہ خاص کمردوں میں ہوا کرتی ہے۔ اس کے علامات بچپن میں غلغلہ

شروع ہو جاتے ہیں اور وہی ہوتے ہیں جو نطااق (pelvic girdle)

کے عضلات کی کمزوری کے ساتھ پاسے جاتے ہیں، یعنی فطار اور بطخ

چال اور اُفتی وضع میں سے اُسٹے کی وقت۔ بیش پرورش بعض عضلات

کو خاص طور پر متاثر کرتی ہے بالخصوص

پنڈلیوں کو اور عضلہ والیہ (deltoid)

عضلہ اور اسٹین محسد یہ (bicep)

(brachii) عضلات تحت الشوک

(infra-spinati) عضلات

نا صیب الشوک (erectores spini) عضلات الویہ (glutei) اور عضلات

واسعہ (vasti) کو۔ بالعموم بیش پرورش عضلات انگلیوں کو سخت اور لینی محسوس



تصویر ۹۲۔ ایک لڑکے کی تصویر جو عضلی سور

تغذیہ کی کاذب بیش پرورش میں مبتلا ہے۔

ہوتے ہیں اور باوجود اپنی بڑی جسامت کے نہایت کمزور ہوتے ہیں۔ بیش پرورش ابتدائی درجوں میں بالکل عام طور پر عضلہ کے ایک حصہ میں محدود ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کے چرم میں سلعہ نما توڑے نمودار ہو جاتے ہیں۔ پنڈلی کے عضلات کی لینیت سے اکثر نسبتاً ابتدائی درجہ میں ہی تقبض ہو کر فرسی کچی پائی (talipes equinus) پیدا ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹۲) اور پھر مریض کے صاحب فراش ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس قسم کے مرض میں درجی عضلات ماؤف نہیں ہوتے، لیکن کبھی کبھی عضلات مضغیہ (masseters) بیش پرورش ہو جاتے ہیں۔

کتنی ذرا عیبتی قسم (scapulo-humeral type)

اس قسم میں باوجود نوز صنفوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتی اور پہلے بیان کی ہوئی قسم کے نسبت بچپن میں زیادہ دیر سے شروع ہوتی ہے کمزوری اور لاعنصری کتنی نطاق (shoulder girdle) کے عضلات میں شروع ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کتنی ہڈیاں پر جیسی ابھرتی ہیں اور شانے جھک جاتے ہیں۔ منصل شانہ کے گرد کے عضلات کی زخمت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مریض کو ہر بغل کے نیچے ہاتھ رکھ کر اٹھایا جائے تو وہ ایک سیقدہ زمین پر پتہ سے ہمارے ہاتھوں میں سے نکل جانے کا رجحان ظاہر کرتا ہے۔ بعد میں کمزوری اور لاعنصری نطاق حوض کے عضلات کو بھی ماؤف کر کے رفتار اور وضع کی وہ پتقاعدہ گبیاں پیدا کر دیتی ہیں جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے۔ مرض کی اس قسم میں بیش پرورش نہیں ہوتی۔

وجہی کتنی ذرا عیبتی قسم (facio-scapulo-humeral type)

(Landouzy-Dejerine)۔ یہ مندرجہ بالا قسم سے قریبی مشابہت رکھتی ہے، باستثنائے وجہی عضلات کی ماؤفیت کے، جو اس قسم کا ایک متعل اور بالعموم ابتدائی خاصہ ہے۔ اس میں عضلات محیطۃ الاجفان (orbicularis palpebrum) اور محیطۃ الفم (orbicularis oris) خاص طور پر ماؤف ہو ا کرتے ہیں۔ جب مریض کو اپنی آنکھیں بند کرنے کی ہدایت کی جاتی ہے تو چوٹوں کے درمیان ایک فصل باقی رہ جاتا ہے جس سے اس کا بشرو عجیب و غریب اور قریب قریب

ہیمنی ہو جاتا ہے۔ لیوں کی کمزوری سے ایسے حرکات جیسے کہ چوسنے، تھوکنے یا میٹھی بچانے میں دقت ہوتی ہے اور چہرے کے خدو خال میں جذباتی اظہار ہمیز طور پر منقود ہوتا ہے۔

اس قسم میں مرض کی رفتار اکثر نہایت سُست ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کمزوری کچھ عرصہ تک وجہی عضلی نظام تک محدود ہو۔ کتنی نطاق خلیہ یا بیدیر ماؤف ہو جاتا ہے اور حسی نطاق صرف آخری درجوں میں ماؤف ہوتا ہے۔

بُعدی قسم (distal type)۔ یہ کسی قدر عضلی ذبول کی ششوی قسم (peroneal form) سے مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 685)۔ اس امر میں کہ لاغری پاؤں اور ہاتھوں کے چھوٹے عضلات میں شروع ہوتی ہے اور بتدریج ترقی کر کے ان عضلی گروہوں کو ماؤف کرتی ہے جو دست سے قریب تر ہوتے ہیں۔ سرری طور پر ذبول کی ششوی قسم سے ایک تمیز وجہی عضلی نظام کی ماؤفیت کی وجہ سے اور ساتھ ہی ماؤف عضلات میں ریشکی جھٹکوں کی غیر موجودگی کے باعث اور امراضی لحاظ سے ان نچاخی تغیرات کی کمال غیر موجودگی کے باعث کیجا سکتی ہے جو دراصل قسم میں تمیز ہوتے ہیں۔

تفخیص۔ فائدہ انی اور موروثی حدوث مرض، حملہ مرض ابتدائی عمر میں ہونا اور سُست رفتاری کے ساتھ ترقی پذیر عمر تشخیص کو نسبت آسان کر دیتے ہیں۔ عضلی امراض کو اس ذبول سے تمیز کرنے میں جو اگلے قرن کے خلیوں کے انحطاط کے باعث واقع ہو جاتا ہے، ریشکی ریشوں کی غیر موجودگی ایک اہم نکتہ ہے۔ مقدم نچاخی رمادی التهاب (anterior poliomyelitis) میں شلل کی بڑی ہوئی نوعیت اور ناگہانی آغاز اس مرض کو تمیز کرنے میں کارآمد ہیں۔

انداز۔ اندازاً ان امیبتوں میں نسبت زیادہ محدود شش ہوتا ہے جو حملہ شروع ہو کر بہ سرعت ترقی کرتی ہیں۔ ترقی مرض ان امیبتوں میں سُست ہوتی ہے جن میں وجہی عضلات ابتداً ماؤف ہوتے ہیں۔ کاذب بیش پروڈی قسم میں تقبضات پیدا ہو جانے کی وجہ سے نسبت ابتدائی درجہ ہی میں مریض کے بستر میں فریش ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ تاہم مریضوں کی کچھ تعداد ایسی بھی ہے

جن میں ترقی مرض اس قدر مست ہوتی ہے کہ وہ آزادانہ زندگی بسر کر سکتے، شادی کر سکتے اور اپنے بچوں کے لئے کسب معاش کر سکتے ہیں۔ صحت یا اپنی کبھی نہیں ہوتی۔
علاج سے زیادہ سے زیادہ یہ ہو سکتا ہے کہ مرض کی ترقی چند
ہسٹے یا چند سال تک رک جاتی ہے۔ دواؤں کا غالباً کچھ اثر نہیں ہوتا، اور برق کا
اثر اگر کچھ ہوتا بھی ہے تو بہت کم۔ حال ہی میں یہ پایا گیا ہے کہ گلیائسین
(glycine) اتنا ہ اگر ام کی معاد میں روزانہ دوسرے دینے سے اصلاح واقع
ہو سکتی ہے۔ غور کے ساتھ تجویز کی ہوئی جناسٹک ورزشیں مفید ہوئی ہیں اور
ممکن ہے کہ سلتے ڈنک اور مجبوں حرکتوں سے کچھ فائدہ ہو۔ جب عضلات
بطنیہ ساقیہ (gastrocnemii) اس قدر کوتاہ ہو گئے ہوں کہ مریض کھڑا نہ رہ سکے
تو اوتار کو قطع کر دینا چاہئے۔

مرض تھامسن

(Thomsen's disease)

(میلڈ فشی عضلی تنیدگی = congenital myotonia)

یہ مرض عضلات کی ایک عجیب کنرتگی پر مشتمل ہے، جو اس وقت پیدا
ہو جاتی ہے جب کہ کچھ عرصہ آرام کے بعد وہ ارادی حرکات سے انقباض کی
حالت میں ہو جاتے ہیں۔ مثلاً اگر مریض چلنا چاہتا ہے اور اپنی نشست سے
اٹھنے کی کوشش کرتا ہے تو اس کے عضلات کنرت ہو جاتے ہیں اور وہ حرکت
نہیں کر سکتا۔ یہ کنرتگی چند ثانیوں تک جاری رہ کر پھر ذہیلی ٹر جاتی ہے اور
بالآخر وہ اٹھ سکتا ہے۔ اس کے پہلے چند قدموں میں ویسی ہی وقت ہوتی ہے
لیکن غلبہ ہی انقباضات زیادہ طبعی ہو جاتے ہیں اور تھوڑی دیر میں یہ تکلیف
بالکل موقوف ہو کر وہ پوری ارادی اور آسانی کے ساتھ چلنے لگتا ہے۔ لیکن اگر وہ
ایک دقیقہ کے لئے نہر جاتا ہے تو جب وہ پھر چلنا شروع کرتا ہے تو عضلات
کنرت ہو جاتے ہیں۔ اس طرح آرام کے بعد فوراً تیز حرکات ناممکن ہوتے ہیں
اور بعض اوقات حادثے ہو جاتے ہیں مثلاً جب مریض ریل سے اتر رہا ہے اور

اُس نے اپنا ایک پاؤں زمین پر رکھ لیا ہے تو اُس کے بعد وہ اپنا دوسرا پاؤں بلند نہیں لاسکتا اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گر جاتا ہے۔ بازوؤں کے عضلات کی ماؤفیت دستی کام کرنے والوں میں بڑی ناقابلیت پیدا کر سکتی ہے۔ ایک چیز کو مضبوط پکڑ لینے کے بعد بالخصوص جب کہ یہ فعل دیر تک ہو، بعض اوقات مریض کئی دقیقوں تک اپنی گرفت ڈھیلی نہیں کر سکتا۔ معلوم ہوتا ہے کہ سردی اور جذباتی بار سے کرخستگی کا رجحان زیادہ ہو جاتا ہے۔ معائنہ کرنے پر بالعموم ماؤف عضلات میں کوئی غیر طبیعی حالت نہیں پائی جاتی، نہ ان کی طاقت کم ہوتی ہے۔ مگر راست میکانیکی ٹیسٹ پر ان کی تحریک پذیری متغیر ہوتی ہے۔ جب عضلہ کے سببے پر ایک قریبی مقبوضی سے چسکی لگائی جاتی ہے تو اس سے جو انقباض پیدا ہوتا ہے وہ فوراً غائب ہو جانے کے بجائے کئی ثانیوں تک جاری رہتا ہے۔ یہ نام نہاد "عضلی تنشی تعامل" (myotonic reaction) تمام ماؤف عضلات میں ہمیشہ نہیں حاصل ہو سکتا، اور جس آسانی سے یہ ظاہر کیا جاسکتا ہے وہ وقتاً فوقتاً مختلف ہوتی ہے۔ قوی گینوانی روؤں سے پیدا ہونے والا اجسرافی انقباض ان کے لگانے کے وقت سے بہت دیر بعد تک رہتا ہے اور اگر اس رد کو مسلسل لگایا جائے تو انقباضات کا ایک سلسلہ زیر برقریرے زیر برقریرے ایک لہر کی مانند جاتا ہوا دیکھا گیا ہے۔ فرا دیت پر تعلقات اکثر طبیعی ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ وہ قوت اور مدت میں مبالغہ کے ساتھ ہوں۔ یہ مرض اکثر نہایت طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، لیکن اس میں تخفیف بھی ممکن ہے۔

بحث اسباب۔ یہ اکثر اوائل زندگی میں ہوتا ہے، خاندان کے ایک سے زائد رکن کو مبتلا کر سکتا ہے، اور عام طور پر پیدائشی سمجھا جاتا ہے۔

امراضیات۔ ڈی جیرین (Dejerine) اور سوتاس (Sottas) 2

ایک اصابت کی اطلاع دی ہے، جس میں مریض کی موت التهاب گردہ سے واقع ہوئی۔ عضلات بڑے، ابھرے ہوئے شکل میں معمول سے زیادہ گلوب غما رنگ میں زیادہ دھندلے سرخ، اور کم لچکدار تھے۔ عضلی خواتوں کی تعداد اور جماعت زیادہ بڑی ہوئی پائی گئی۔ ریشے جماعت میں بہت مختلف تھے، اور

بعض تو فی الحقیقت نہایت ہی بڑے اور گویا متورم تھے۔ بعض اوقات لمبی عناصر
بدلے ہو گئے تھے اور غلاف ذرات سے پُر تھا۔ یا عضلی جرم انحطاط یافتہ اور
خالیہ دار ہو گیا تھا۔ اعلیٰ یافتہ ویسی بیش پروردہ یا شخمی نہ تھی جیسی کہ کاذب
بیش پروردہ شل میں ہوتی ہے۔ یہ نتائج اس سے قرینہ ہی مطابقت رکھتے تھے
جو دوران زندگی میں کاٹ کر نکالے ہوئے عضلی حصوں میں دیکھا گیا تھا۔ عضلی
اعصاب، عصبی تنے، نخاع اور بصلہ تندرست پائے گئے۔

علاج۔ کوئی چیز مفید نہیں پائی گئی ہے۔ تاہم نے 'جرس مرض
میں خود مبتلا تھا' مسلسل سرگرمی کی زندگی بسر کرنے کا مشورہ دیا ہے۔

ذبولی عضلی تنیدیگی

(myotonia atrophica)

اس مرض میں عضلات کی کرخستگی کے ساتھ جو مرض تھامین کی عضلی کرخستگی
سے ماٹش ہوتی ہے، عضلی ذبول بھی ہوتا ہے۔ یہ کرخستگی یا عضلی تنیدیگی خاص طور پر
عضلات خم کن (flexor muscles) کو ڈھیلا کرنے کی ناقابلیت ہے جو ہاتھ کو
زور کے ساتھ پکڑنے کے بعد دیکھی جاتی ہے۔ ذبول سے ماؤف ہونے والے
عضلات یہ ہیں:۔ عضلہ محیطۃ الفم (orbicularis oris) اور عضلہ محیطۃ الجفن
(orbicularis palpebrum) (چپا پنچہ لٹاؤ دی ڈیجی رینی طور پر
Landouzy-Dejerine type = کے عضلی سور تغذیہ کے ساتھ کی قدر شاہت
ہوتی ہے) عضلات مضغیہ (masseters) عضلات صدغیہ (temporals)
عضلات تغذیہ ملیہ (sterno mastoids) (شدید طور پر) پیش بازو اور لمبھوں کے
عضلات عضلات واسعہ فخذیہ (vasti femoris) (انگلے قصبیتی anterior
tibial اور شطوی peroneal) عضلات۔

وتری جھٹکے اکثر منعقد ہوتے ہیں، اگرچہ اس علامت کی توجیہ کے لئے
عضلی ذبول کافی ہے۔

عصبی نظام سے باہر انحطاطی نوعیت کے اور دوسرے علامات ہوتے ہیں

جن میں سب سے زیادہ نمایاں قبل از وقت گنچ، عام لاغری اور وزن کا نقصان اور ذکور میں خصیتین کا ذبول اور ساتھ ہی شہوت کی کمی ہیں۔ یہ مرض عموماً اومیٹر عمر میں شروع ہوتا ہے اور آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہوتا ہے۔ اکثر اوقات یہ اسی خاندان کے کئی افراد میں واقع ہوتا ہے اور بالعموم صرف ایک ہی پشت کو موقوف کرتا ہے۔ اس کے ساتھ اکثر موتیا بند ہوتا ہے اور اسلاف میں بھی موتیا بند کی سرگزشت ہوتی ہے۔ امراضیاتی لحاظ سے عصبی نظام میں کوئی بستر تغیرات نہیں پائے گئے ہیں۔ عضلات اسطفاطی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔

پیدائشی عدم تنش عضلہ

(amyotonia congenita)

(myotonia congenita) پیدائشی عضلی بے تنیدگی

اس مرض میں عضلات نہایت لمبیلے اور بے تنش ہوتے ہیں اور بچہ ہر وضع میں لیٹتا پھرتا ہے اور ہلچل نہیں سکتا۔ یہ حالت پیدائش کے وقت یا بعد میں دیکھی جاتی ہے اور ممکن ہے خاندانی ہو۔ ازاں بعد بچہ چل نہیں سکتا۔ اس کے تمام حرکات کمزور ہوتے ہیں اور جوڑوں پر مجبور حرکات غیر معمولی طور پر آزادانہ ہوتے ہیں۔ فراوی تحریک پر عضلات کی بوجہیت کم ہوتی ہے اور عمیق معکوسات منقود ہوتے ہیں۔ بہت سی اماتوں میں مرض میں آہستہ آہستہ اور بتدریج تخفیف ہوتی ہے، لیکن مریضوں کی اکثریت جن روشکایتوں سے بچپن ہی میں مر جاتی ہے۔ عضلی امراض (myopathies) سے اس مرض کی تفریق آغاز مرض کی عمر سے، جو کہ بالعموم زیادہ ابتدائی ہوتی ہے اور اصلاح کے رجحان سے کی جاتی ہے۔ امراضیات مبہم ہے، لیکن اس امر کی تائید میں کیقند ثبوت ملتا ہے کہ اسفل حرکی عضلیوں کے نمونے ایک پیدائشی رکاوٹ ہو جاتی ہے۔ واک، فراویست، اور ورزشیں دستی میں حمد ہوتی ہیں۔

خاندانی نوبتی شلل

(family periodic paralysis).

اس عجیب و غریب شکایت میں مریض ایسے حملوں میں مبتلا ہوتا ہے جن میں دھڑ اور جوارح کے عضلات کا شلل بتدریج نمودار ہو جاتا ہے جو ہر موقع پر چند گھنٹوں تک رہ کر پھر بالکل رفع ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض ایک ہی خاندان کے کئی اراکین میں کیا گیا ہے اور مریضوں کی اولاد میں منتقل ہوتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو مساوی طور پر متاثر کرتا ہے، اور پہلے حملے عموماً چھ اور چوبیس سال کی عمروں کے درمیان ہوئے ہیں۔

علامات - یہ شلل اکثر رات کے وقت شروع ہوتا ہے۔ ٹانگ کے عضلات، پھر بازو کے عضلات، اور بالآخر دھڑ اور گردن کے عضلات بتدریج کمزور ہو جاتے ہیں، چنانچہ پاریا پاچھ گھنٹوں کے عرصہ میں مریض اپنے جوارح بالکل بلا نہیں سکتا۔ یہ کمزوری پہلے جوارح کے قریبی حصوں کو مآؤف کرتی ہے اور ازاں بعد بعدی حصوں کو۔ مین منتلی عضلات کمزور ہونے جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تنفس کم گہرا اور کمزور ہوتا ہے۔ غالباً ڈایا فرام بھی مآؤف ہو جاتا ہے۔ جن عضلات کو مجموعی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے وہ عموماً بچ جاتے ہیں اور عضلات عاصرو (sphincters) بھی غیر مآؤف رہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قلب متع اور نبض سریع اور غیر منتظم ہو جائے۔ معلومات بتدریج مفقود ہو جاتے ہیں۔ اور فراوی اور گیلوانی دونوں قسم کی روؤں سے جوئے والے تعاملات، جو کمزوری کے بڑھنے کے ساتھ بہت ریح زیادہ کم ہوتے جاتے ہیں، اکمل شلل پیدا ہونے پر بالکل مفقود ہو جاتے ہیں۔ جس اور ذہنی حالت میں خرابی نہیں ہوتی۔ چند گھنٹوں کے بعد حالت درست ہونا شروع ہوتی ہے۔ جس ترتیب سے عضلات کی قوت مفقود ہوئی تھی اُس سے برعکس ترتیب میں اُن کی قوت بحال ہوتی جاتی ہے، اور مزید

چھ تا بارہ گھنٹے گزرنے پر قوت بالکل بحال ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی معکوسات اور برقی تعاملات بھی بحال ہو جاتے ہیں۔

حلقے پہلے مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں، لیکن وہ زیادہ جلد جلد ہونے لگتے ہیں یہاں تک کہ وہ ہر ہفتے یا اس سے بھی زیادہ جلد ہو سکتے ہیں۔ ادھیڑ عمر میں وہ پھر نسبتاً کم ہونے لگتے ہیں۔

امراض ضیائی - فی الحال مبہم ہے۔ اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ کوئی سم عضلی ریشوں پر عامل ہوتا رہتا ہے۔ اور حلوں کے ساتھ بول اور کرتہ نشین (creatinin) کے اخراج کے تعلقات کے بارے میں بعض دلچسپ مشاہدات کئے گئے ہیں۔

عسلاج - سمیات تکہ اخراج کے لئے مالمات اور آب ہائے معدنی کے فدیہ اور اربول بڑھانا چاہئے۔

مترقی عضلی نہاکت

(myasthenia gravis)

یہ ایک اور مرض ہے جو عضلات کے فعل کو بہ شدت موقوف کر دیتا ہے۔ عصبی مرکوزوں یا اعصاب میں کسی مستقل تغیر کی غیر موجودگی میں اور اس بنا پر کہ اکثر اوقات عضلات میں پائے جاتے ہیں، اسے فی الحال انھیں سائنٹول کا اتالی عارضہ سمجھنا چاہئے، جو غالباً کسی مبادار کا ہوتا ہے۔

بحکث اسباب - یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں کسی قدر زیادہ کثیر الوقوع ہے (۱۰۸ کے مقابلہ میں ۱۴۲ Starr) اور بیشتر اوقات بیس اور تیس سال کی عمروں کے درمیان ہوتا ہے، لیکن کوئی بھی عمر اس سے مستثنیٰ نہیں۔

مرضی تشریح - متعدد امصابوں کا بعد الممات امتحان کیا گیا ہے۔ ایک چوتھائی سے زیادہ تعداد میں غدہ تیموسیہ (thymus) برابر موجود یا بڑھا ہوا یا منفی لحمی سلسلہ کا موضوع پایا گیا ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں وہ

طبعی حالات کے مطابق غیر موجود تھا۔ تقریباً تمام اصابتوں میں عضلات کے اندر اور بعض اعضاء جیسے کہ تیموسید، جگر، لبالبہ، گردہ اور برگردوں میں، لمفی غلیظوں کے اجتماعات (سیلانات لمف = lymphorrhages) پائے گئے ہیں۔ خون اور لمفی غدوتند درست ہوتے ہیں۔

علامات۔ اس مرض کا تمیز خاصہ ارادی عضلات کی کمزوری ہے، جو محنت کرنے سے نہایت جلد تھک جاتے ہیں، لیکن آرام کے بعد ان کی طاقت بحال ہو جاتی ہے۔ شدید اصابتوں میں کمزوری قائم رہتی ہے، اور موت اکثر یا تو یکایک یا بھر کے ساتھ تنفسی شلل سے واقع ہو جاتی ہے۔ وہ عضلات جو عموماً پہلے اور بیشتر اوقات ماؤف ہوتے ہیں آنکھوں، سر اور گردن کے عضلات ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے مریض کو استرخاء البھن، دو نظری، چہرے کی حرکت ناپذیری، چبانے یا نگھنے میں تکلیف، ناقص تلفظ، آواز کی آغنی نوعیت اور کمزوری جو بڑھ کر بے صوتی تک پہنچتی ہے، اور سر کو میدان رکھنے کی ناقابلیت کی شکایت ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ جسم کے تقریباً تمام عضلات ماؤف ہو جائیں اور بارہ فی صدی اصابتوں میں کمزوری کا آغاز، جواج کے عضلات میں ہوا ہے لیکن ہے کہ مریض بیٹھ نہ سکے، وہ بغیر ٹہرے صرف چند گز چل سکتا ہے، یا اس کے تنفس میں رکاوٹ ہوتی ہے، اور اسے بھر کے خطرناک چلے ہو جاتے ہیں۔ جواج میں ترقی عضلات پر اس سے زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے کہ جتنا بعدی عضلات پر ہوتا ہے۔ عورتیں جب اپنے بالوں میں لٹکھی کرتی ہیں تو ان کے بازوؤں میں تنکان ہو جاتی ہے۔ یہ حالت اپنی شدت میں بہت مختلف ہوتی ہے، اور جذبہ، سردی اور غورتوں میں وظیفہ حیض سے زیادہ ہو جاتی ہے۔ گھٹنے کا چھٹکا عموماً فاعلی ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ متواتر تہیج سے خستہ ہو جائے۔ جتنی علامات شاذ ہی موجود ہوتے ہیں اور عضلات عاصرو غیر ماؤف ہوتے ہیں۔

حال ہی میں بتلایا گیا ہے کہ اس مرض کی اصابتوں میں شکر کی برداشت کم ہو جاتی ہے (۱۵)۔ ماؤف عضلات بیشتر (لیکن ہر اصابت میں نہیں) برقی روں کے مخصوص طریقہ پر تعامل ظاہر کرتے ہیں (عضلی ٹھاسکتی تعامل

(myasthenic reaction)۔ اگر عضلات کو فردی رد لگائی جائے تو وہ طبیعی طور پر منقبض ہوتے ہیں، لیکن اگر رد لگانا جاری رکھا جائے تو وہ بند نہ ہوتے ہو جاتے ہیں اور پھر منقبض نہیں ہوتے۔ اب اگر برقیوں کو دور کر دیا جائے تو عضلہ بحال ہو جاتا ہے اور پھر رد لگانے سے بخوبی منقبض ہوتا ہے اور پھر بند ہی نہ ہوتا ہے۔ گیلوانی رو سے انقباض برابر جاری رہتا ہے اور رد کو کتنی مدت تک بھی لگائی جائے وہ مشاذ ہی متاثر ہوتا ہے۔

مکن ہے کہ عارضی طور پر اصلاح ہو جائے، اور ایسے طویل فترات منبج ہیں جن میں علامات سے نسبت آزادی حاصل تھی، لیکن عموماً تنفسی فشل سے یا دم گھسنے سے مہلک نتیجہ دیکھا گیا ہے۔ اسٹار (Starr) کی جمع کردہ اصابتوں کی ۵۴ فی صدی بعد اچھ ماہ کے اندر موت کا نشان بن گئی، لیکن بہت سے مریض دس سال یا زائد تک زندہ رہے ہیں۔

تشخیص۔ یہ مرض غلطی سے ہشیریا، خناق و ایٹنی شکل، اور مہلکی شکل سمجھا جاسکتا ہے۔ آخر الذکر سے اس کی تفریق عضلات کے عدم ذبول، عضلی نہاکتی تعامل اور مختلف درجوں کی کمزوری کی بنا پر کیجا سکتی ہے۔

علاج۔ اسٹارڈ میں ڈاکٹر ایم۔ بی۔ واکر (Dr. M. B. Walker) نے دریافت کیا کہ فائوسٹگمین بذریعہ اشراب دینے سے مترقی عضلی نہاکت

762

کی ایک اصابت میں علامات میں فوری اور حیرت انگیز اصلاح ہو گئی۔ یہ مشاہدہ اب کئی مرتبہ دہرایا گیا ہے۔ سب سے زیادہ موثر دوا پروستگمین (prostigmin) ہے، جس کو محلول میں تیار کیا جاتا ہے، جس کے ایک سی سی میں اسکے ۵ ملی گرام مشمول ہوتے ہیں۔ اس محلول کے ۲-۵ سی سی زیر جلدی اشراب کے ذریعہ دیئے جاتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی انٹروپین سلفیٹ کے بیلم گریمن اس غرض سے کہ قلب کے فعل کے بطور اور حرکت دودید کی زیادتی کا ازالہ کیا جائے جو بصورت دیگر پروستگمین سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا اثر صرف چند گھنٹہ تک قائم رہتا ہے، لہذا سردست اس طریقہ علاج کی خاص منفعت ایک عارضی تدبیر کی ہے جو مریض کو کوئی کام انجام دینے یا آرام سے کھانا کھانے کے قابل بنادیتی ہے، اور مکن نہ ہے

اس وقت اس کی انتہائی اہمیت ہو جب کہ میں روانہ تھاب شعلی کے نتیجہ کے طور پر تنفسی عضلات مکان کی وجہ سے خطرے میں ہوں۔

افیڈرین ہائیڈروکلورائیڈ (ephedrine hydrochloride) ۱/۲ گریں

روزانہ تین مرتبہ مریمضوں کو اصلاح کا ایک موصوعی احسان بخشی ہے۔

معلوم ہوتا ہے کہ سٹرکینین (strychnine) طاقت بڑھاتی اور بعض اساتو

میں زندگی کو طویل کرتی ہے (6)۔ اس کی بڑی مقادیر دینی چاہئیں۔ تحت الجھدی

اشرابات اسٹرکینین سلفاس کے ۱/۲ گریں سے شروع کرنا چاہئیں اور انکو تدریج زیادہ

کر کے ۱/۲ گریں تک روزانہ دو بار دینا چاہئے۔ اگر اس کا اثر اچھا ہو تو اسے غیر مہین

عرصہ تک دیا جاسکتا ہے، یا مادی مقداریں براہ دہن دی جائیں۔

تنفسی تکلف اس امر کا اشارہ ہے کہ کامل آرام و سکون حاصل کیا جائے۔

عضلات تنفس کا عارضی تھبی شکل بعض اوقات مصنوعی تنفس سے دفع کیا جاسکتا ہے۔

جب عضلات ابتلا شدت کے ساتھ ماؤف ہوں تو انہوں کی تغذیہ کی ضرورت ہوتی ہے۔

عضلات کے بعض دیگر عوارض

اس شعل اور شکل کے علاوہ جو مرکزی اور محیطی عصبی عوارض کا نتیجہ ہیں اور

جن کا بیان پہلے درج ہو چکا ہے، بعض دوسرے عوارض بیان کئے جائیں گے

جن کے نسبت یہ کہنا مشکل ہے کہ آیا یہ اولی طور پر عصب کے فشل کے باعث ہوتے

ہیں یا عضلات کے فشل کے باعث، یا کبھی ایک کئے اور کبھی دوسرے کے باعث

ہوتے ہیں۔

عضلی خستگی یا تھکان (muscular exhaustion or fatigue)۔

عام طور پر سمجھا جاتا ہے کہ کثرت استعمال کے باعث عضلہ کی قابلیت انقباض میں تدریج

کمی ہو جانے کا سبب یہ ہے کہ عضلہ کے فعل سے کیمیائی حاصلات (جیسے کہ

سارکولیکٹک ایسڈ (sarcocactic acid) ملا نہ جات، اور ممکن ہے کہ ایک خاص

سم بھی پیدا ہو کر اس کی سیری کر دیتے ہیں، گو یہ بھی بیان کیا گیا ہے کہ معمولی طور پر

جو تھکان پیدا ہو جاتی ہے وہ سمیات کا اثر عصبی مراکز پر جوئے کا نتیجہ ہے نہ کہ

ان کا اثر عضلات پر رونے کا۔ اس عمل میں خود عضلی ریشے کا حقیقت صرف ہونا بھی کلی طور پر نظر انداز نہیں کیا جاسکتا۔

خستگی پیدا کرنے والے امراض اور عمومی حملوں کے بعد اور بڑھاپے میں عضلی قوت کا فقدان غالباً عضلی آلات اور عصبی نظام دونوں کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے۔

ریشکی انقباضات (fibrillary contractions) (ریشکی ہرے)
 = fibrillary tremors ایہ عصبی امراض کے علامات کے زمرہ میں بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 626)۔ لیکن یہ علامت طبی صحت کی حالتوں میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ عام ترین قسم عضلہ محیطۃ البص (orbicularis palpebrum) کے جھٹکنے ہیں جو پونے کے کیتھر پھرنے کی حرکت پیدا کر دیتے ہیں جسے مریض محسوس کرتا ہے اگرچہ ممکن ہے کہ کوئی پاس والا تماشائی اسے نہ دیکھے۔ یہ حرکت اتنی کافی عام ہے کہ عوام نے اسے غفلت البین یا آنکھ پھڑکنے ("live blood") کا نام دیا ہے۔ بعض اوقات ایسے ہی ریشکی انقباضات دوسرے عضلات جیسے کہ عضلہ دلتوئڈ (deltoid) یا عضلہ ذور اسین (biceps) میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ وہ گھٹنہ و گھٹنہ پائون کلیف دیتے ہیں اور پھر بالکل جلتے رہتے ہیں۔ انکے وقوع کی توجیہ آسانی نہیں ہو سکتی خواہ یہ ظاہر صحت کی حالت میں واقع ہوں یا عضلی ذبول کے تعلق میں۔

آخر الذکر میں وہ ان ذبولات میں عام ہیں جو اگلے قرن کے طبیوں کے انحطاط کے باعث ہوتے ہیں جیسے کہ ترقی عضنی ذبول (progressive muscular atrophy) میں اور وہ محیطی اعصاب کے مرض میں بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ البتہ وہ اس وقت نہیں واقع ہو سکتے جب کہ لاغری مکمل ہو گئی ہو، بلکہ صرف اس وقت ہوتے ہیں جبکہ انحطاط ہو رہا ہو۔ اگر وہ برادر راست شخاع کے اگلے قرنوں کے تغیرات پر منحصر ہیں تو یہ سمجھنا چاہئے کہ انحطاط پذیر غلوی جسم جداگانہ عضلی ریشکوں کو بے ترتیب تہتبات بھیجتا رہتا ہے۔ ایسے تہتبات میں تحریک پذیریری پر حملوں کئے جاتے ہیں اگرچہ یہ واضح نہیں کہ ایک انحطاط پذیر غلیہ کو کیوں زیادہ تحریک پذیر ہونا چاہئے۔ جب وہ تندرست شخص میں پیدا ہوں تو ان کی توجیہ اور بھی مشکل تر تشخیص ہوتی ہے

زور اسی تکلیف جو ہوتی ہے بالکل باقی رہتی ہے اور کوئی ایسی چیز باقی نہیں رہ سکتی جو عصب یا عضلہ میں کوئی مستقل تغیر ظاہر کرے۔ کوئی چیز ایسی نہیں معلوم ہوتی جس سے یہ ظاہر ہو کہ آیا یہ ریشہ کی انقباض عصبی تحلیل میں کسی ناراضی یا وظیفی تغیر سے پیدا ہوا ہے یا عضلی ریشہ کے کسی اولی وظیفی فتور سے۔

بے قراری (fidgets)۔ یہ ایک خفیف چیز معلوم ہوتی ہے لیکن اس بھٹ کے تعلق میں دلچسپی رکھتی ہے۔ جسمانی بے چینی کی یہ حالت جسے عام طور پر اس نام سے یاد کیا جاتا ہے اکثر زیادہ محنت سے پیدا ہو جاتی ہے۔ جراح میں بیشتر اسفل جراح میں ایک بے آرامی محسوس ہوتی ہے اور اس کے بعد ایک پورے عضلہ کا انقباض ہوتا ہے جو ناگہانی اور بعض اوقات تھوڑے عرصہ کے لئے رجفی ہوتا ہے اور جس سے اس بے آرامی میں ایک ناراضی تخفیف حاصل ہو جاتی ہے۔ یہ انقباض غیر ارادی ہوتا ہے اور اس کی روک تھام نہایت مشکل یا ناممکن ہوتی ہے اور یہ جارح کو قدرے حرکت دینے کا اثر رکھتا ہے۔ یہ احساس عضلہ کے اندر معلوم ہوتا ہے۔ بہر حال یہ عمیق المقام ہوتا ہے اور درد کی قسم سے نہیں ہوتا بلکہ صرف حرکت کی خواہش محسوس ہوتی ہے۔ اگر انقباض مسکوس ہو (جیسا کہ غالباً ہوتا ہے) تو بھی یہ ممکن ہے کہ عضلہ میں کے حسی ریشے عضلی ضل کے کیمیائی حاصلات سے مسموم ہو گئے ہوں۔

جب بے قراری ان حالات کے تحت واقع ہو رہی ہو لیکن یہ ان حالات تک محدود نہیں تو اس کا معقول علاج عموماً جراح اسفل کے ذکاوت کیا جاسکتا ہے اور یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس سے سخی حاصلات کے اخراج میں آسانی ہو جائے گی۔ بعض اوقات وضع کی تبدیلی مثلاً لیٹی ہوئی وضع سے نشست کی وضع میں ہونا کافی ہو جاتا ہے۔

اٹھٹھن (erap)۔ یہ غالباً بظاہر عضلہ کا غیر ارادی مسرت زور وار طویل اور دردناک انقباض ہے جس سے پہلے کسی طرح کا اسباب نہیں ہوتا اور یہ صرف آہستہ آہستہ کامل ارتخا میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ فی الفور یا چھیند و قیٹوں کے وقفہ سے کتر ہو۔ یا محض شاذ ہو اور طویل وقفوں کے بعد ہو۔ یہ اکثر اوقات زیادہ محنت کا نتیجہ ہوتی ہے اور اکثر دن بھر ملنے کے بعد

یا دوسری مسلسل محنت کے بعد بستر میں ہوتی ہے۔ گو یہ اکثر خود بخود واقع ہوتی ہے تاہم ارادائی کوشش سے ماؤف عضلہ میں پیدائی جاسکتی ہے۔

اس کی حقیقی تفسیر بیان کرنا اس قدر مشکل ہے جس قدر کہ پہلے بیان کئے ہوئے عضلی عوارض کی تفسیر۔ تھکان کی اینٹھنوں میں عضلی سموم کا اثر ہمارے ذہن میں اتنی قدر طور پر آتا ہے۔ ایک تائید بعض امراض (مثلاً ہیضہ غذائی سمیت سے پیدا ہو جانے والے ہیضہ نما اسہال اور بعض سرخے تسلی پیدا کرنے والے امراض) میں واقع ہونے والی مشہور اینٹھنوں سے ہوتی ہے۔ گزاز (tetanus) اسٹرکینیا (strychnia) اور گزاز (tetany) کی اینٹھنوں اور الکلی اور دوسری قسموں کے سمی التهاب عصبی اینٹھنوں میں یقیناً سموم کا تعلق ہوتا ہے۔ ان میں سے پہلی دو قسم کی اینٹھنوں میں عضلات کو ان کے تنہجات پہ ظاہر مسموم خلع سے پہنچتے ہیں۔ مگر ذہن امارت شواشک (Chvostek's sign) کی موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ محیطی اعصاب کی خراش شنج پیدا کر دے گی۔ لیکن کثیر عصبی التهاب (multiple neuritis) میں شاید یہ امر کہ عضلات اتنا خود اپنے جرم میں وردان کرنے والے سموم سے حرکت میں نہیں آتے جس قدر کہ عصبی تنوں کے تغیر سے زیادہ واضح نہیں ہے۔ یہی نفرس (gout) اور مرض براسٹ کے متعلق کہا جاسکتا ہے جن میں اینٹھنیں قلیل الوقوع نہیں۔ اس کے برعکس ہشیریا کی اینٹھنیں اور نام نہاد حرفتی اینٹھنیں (professional cramps) (ملاحظہ ہو صفحہ 752) اپنے مبداء میں زیادہ صریح طور پر مرکزی ہوتی ہیں۔

اینٹھنوں کا علاج پیدا ان تشنی بخش نہیں۔ جہاں کوئی تسمی عمل شناخت کیا جاسکے وہاں سم کی تبدیل یا اخراج صریحاً مطلع نظر ہونا چاہئے۔ جہاں تھکان کے بعد یا دیگر طور پر ایک واحد عضلہ میں اینٹھن ہو وہاں فی الفور صحتہ قنازع عضلہ کو حرکت میں لانا چاہئے تاکہ ماؤف عضلہ تن جائے۔ ایسا کرنے سے شنج عموماً فی الفور دور ہو جائے گا۔ کثیر الوقوع کر رہے والی اینٹھنوں کے لئے دلک کا استعمال مفید ہے۔

ذہنی امراض

(MENTAL DISEASES)

اب جس آن بیماریوں کے متعلق غور کرنا ہے جن کے ملاقات جسمانی ارتباط کے بلند ترین لیول پر یعنی انسان کے ذہنی اعمال کے اختلالات سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان اختلالات کے طریقہ پیدائش کو سمجھنے کے لئے اس کا کسی قدر علم ضروری ہے کہ ذہنی فعالیتیں لمبی حالات میں کن قوانین کے تحت ہوتی ہیں۔

نفسیاتی اصول

توافق - ہمارے عملی مفروضات اس تصور پر مبنی ہیں کہ زندگی کا ایک توافقی عمل ہے۔ ہم یہ فرض کرتے ہیں کہ ہر زندہ عضو یہ میم اس کوشش میں مصروف ہے کہ وہ اپنے آپ کو بیرونی ماحول سے متوافق کرے اور اپنی اندرونی ترقیوں میں توازن قائم رکھے۔ اس توافق کے اغراض کے لئے عضویہ میں پیچیدہ اعمال ضروریاب ہو جاتے ہیں اور نظام عصبی ان میں سے پیچیدہ ترین کو انجام دیتا ہے۔ اگر ہم عضویہ کے توافقی عمل کے متعلق یہ سمجھ لیں کہ یہ براہ راست ہوتی ہے جیسی کہ لیولوں کے سلسلہ میں انجام دیا جاتا ہے تو وہ خالصتہً قسری مصیبتیں جو مثلاً ہضمی و لمیفہ میں مضمر ہوتے ہیں سادہ ترین یعنی بنیادی لیول پر ہو نا خیال کیا جائیگا اس سلسلے میں بلند ترین لیول یعنی توافقی فعالیت کے حسی حرکی یا تنجائی لیول میں عضلات اور عصبی مراکز کے ذریعے ان کی حرکات کی آہستگی اور تنجاء میں ان مراکز کے تعلقات شامل ہیں اور داغ میں اس سے بھی زیادہ پیچیدہ اور متغیر اعمال انجام دے جاتے ہیں (دماغی لیول)۔ اس سے بھی اوپر پہنچتے سب سے زیادہ پیچیدہ اعمال انجام دئے جاتے ہیں یعنی وہ جن کو ہم ذہنی کہتے ہیں۔ آخر الذکر

خاص طور پر مجموعی عضو کے توافقی سے متعلق ہوتے ہیں جو کہ وہ مجموعی احوال کے ساتھ اور خاص طور اس کے معاشرتی احوال کے ساتھ حاصل کرتا ہے۔
 فعلیاتِ جنہوں میں کامیاب نہیں ہوئی اس کا اس لیول پر کی فعالیت کو خود اپنی اصطلاحات میں بیان کر سکے، لہذا نفسیات کی زبان ہی ہمارے لیے کارآمد ہے، اور اگر ہم کو ذہنی لیول پر انفرادی عضو کے افعال کو بیان کرنا ہو تو سچی کو یکساں پڑے گا۔

ارتباط کے "لیول"۔ اس طرح اگر ہم عضو کو بڑھتی ہوئی پیچیدگی کے لیولوں کے سلسلے سے بنا ہوا تصور کریں، تو ہم کو تسلسل دکھائی دیتا ہے، اور ذہنی اعمال تو فنی اعمال کے سلسلہ میں سب سے پیچیدہ نظر آتے ہیں۔ اس طرح ہم کو اس امر کے متعلق پریشان ہونا نہیں پڑتا کہ ذہنی اور دماغی اعمال کے درمیان کس طرح کا تعلق ہے۔ اور ہم یہ سمجھ سکتے ہیں کہ کبھی لیول پر ادلی طور پر فتوح پیدا ہو سکتا ہے چنانچہ ذہنی بیماری کی توجیہ کے لیے دماغی بیماری فرض کرنی نہیں پڑتی لیکن اس اسکیم میں یہ امر بھی اتنا ہی واضح ہے کہ ایک لیول پر کا فتور دوسرے لیول پر کا وظیفہ کو تروا کر سکتا ہے چنانچہ دماغی وظیفہ کا فتور ذہنی وظیفہ کا فتور پیدا کر سکتا ہے، اور ذہنی وظیفہ کا فتور دماغی وظیفہ کا فتور۔

جذبائی تعامل۔ یہ بہت سے طبی علامات کے سمجھنے کے لیے جو مریض طبی امتحان پر نظر آ رہے ہیں اور جن کے لیے کوئی قابل دریافت طبی اساس نہیں پائی جاتی ایک مفید تصور ہے۔ یہ علامات اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ ذہنی لیول پر ایک واقعہ زیرِ افادہ دماغی شعلی اور باقی لیولوں پر اختلال پیدا کرتا ہے۔ مثلاً کسی شخص کے راستہ میں مشیر دکھائی دینے کا طبی نتیجہ ضربِ قلب کی سرعت، شرییف میں بے آرامی کا احساس اور شاید کسی قدر کنگھی ہوتی ہے ان اثرات کے ہمراہ جو ذہنی واقعات پائے جاتے ہیں ان کو جذبات کہتے ہیں۔ مثلاً ابھی جن تذکرہ کیا گیا ہے ان کے ساتھ خوف کا جذبہ وابستہ ہوتا ہے۔ اس امر پر بڑی بحث کی گئی ہے کہ آیا خوف یا کوئی دوسرا جذبہ اس قسم کے جسمانی اضطراب کے بغیر بھی وجود ہو سکتا ہے۔ یعنی اس لیے کہ اس قسم کا جسمانی اختلال کسی شعوری جذبہ کے بغیر

موجود ہو سکتا ہے، اور اس کے باوجود یہ حیدگی کے ذہنی بیول برکے واقعات پر منحصر ہو سکتا ہے۔ ایک مریض جس نے نہ تو کوئی شہر دیکھا ہے اور نہ اس کو خوف محسوس ہوا ہے، اپنے ڈاکٹر کے پاس آتا ہے اور پوچھتا ہے کہ وہ کیوں بیمار ہے۔ جدید نفسیات کے انکشافات میں سے ایک یہ ہے کہ ممکن ہے کہ کچھ ذہنی چیز موجود ہو لیکن موضوع کو ہم کوئی شعریہ الفاظ دیگر ذہنی بیول پر کے عمل کے پہلوؤں میں شعور یا ایمانے یا جیسا کہ بالعموم کہا جاتا ہے عمل غیر شعوری ہے کم از کم اس وقت کیلئے یہ نتیجہ اخذ کرنے کیلئے بہت سے دلائل ہیں لیکن یہاں صرف ایک مثال کافی ہوگی۔ ایک کارگر کام پر اپنی پشت کو تھک کر کر لیتا ہے اور بعد ازاں تھک رہی کوئی امداد تھک نہیں کرتا۔ اور اس کے باوجود عام کمزوری میں مبتلا ہو جاتا ہے جس کے لیے کوئی طبیعی اساس دریافت نہیں ہو سکتی۔ اس کے ذہن کا انتقصاء کرنے سے پہلے گاہکہ وہ اپنے کام پر واپس جانے سے ڈس رہا ہے شاید اپنی عمر کی وجہ سے بڑھتی ہوئی ازکار رفتگی کی وجہ سے، اگرچہ وہ اس خوف کو اپنے ذہن میں بھی تسلیم نہیں کرتا۔ بالفاظ دیگر یہ خوف شعور کی اقلیم کے اندر نہیں ہے لیکن اس کے باوجود کمزوری کے اساس کا باعث ہے۔

جسمانی نظامات پر جذبہ کے اثرات مختلف ہوتے ہیں اور بنظر سہولت ان کو حسب ذیل جاہت بند کیا جاسکتا ہے

دوسرا فی نظام: ایک ناکامی اور شدید جذباتی توجہ، نامحسوس امتناع کے ذریعہ ضربت قلب کو ماضی طور پر موقوف کر سکتا ہے۔ اس سے بے ہوشی ہو جاتی ہے اور یہ جذباتی اصل کی معمولی غشی کا سبب ہے۔ کم شدید تہیج سے نبض سریع ہو جاتی ہے، قلب زور سے دھڑکنے لگتا ہے اور بڑے عروق کی تنگی پائی جاتی ہے۔ مچیلی شریں اور عروق شعریہ شدید جذبہ کے اثر کے تحت منقبض ہو سکتے ہیں، جس کا نتیجہ شحوب ہوتا ہے، لیکن زیادہ اکثر وہ تسخ ہو جاتے ہیں، اور شرق کا منظر اسی سبب سے ہے۔ شدید جذبہ کی صورتوں کے سوا جن میں نامحسوس امتناع ہو جاتا ہے، دھوی فشار بڑھ جاتا ہے۔

نظام غلافی: لمب دہن کا افراتفر کم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے بلعوم اور مری کا شنج ہو جائے۔ عمدہ اور امعانی حرکات اور تنفس کم ہو جاتے ہیں، ہوائی

اور نفعی تو لونی عاصرت کا شہج ہو جاتا ہے۔ حار جذبہ میں آتے ہو سکتی ہے۔
 معدی افزا موقوف ہو جاتا یا کم ہو جاتا ہے۔ حوضی تو لون منعقب ہو جاتا ہے اور
 مبرزی عاصره ڈھیل ہو جاتا ہے جس سے بعض اوقات آنکھوں کا افراز ہو جاتا ہے
 تنفسی نظام۔ تنفسی حرکات متنی و تواتر میں بڑھ جاتی ہیں اور اس کے
 ساتھ مکن ہے دم گھٹنے کا احساس ہو۔

تناسلی بولی نظام۔ بول کا افراز بڑھ جاتا ہے اور مثلاً منعقب ہو جاتا ہے
 اس سے شباب کرنے کی حاجت ہوتی ہے یا انتہائی اصابتوں میں مکن ہے عاصہ
 کا غیر ارادی ارتقاء واقع ہو کر سلس البول واقع ہو جائے۔ مردوں میں قدایتی افزا
 اور انزال واقع ہو سکتا ہے۔

دسروں افرازی غذا سے اور تحول۔ ایڈرینالین کی برآمد بڑھ جاتی
 ہے اور یہ بھی اپنی باری پر ان اعضا کی مزید تہیج کرتی ہے جن کی تعصب نظام کی
 سے ہوتی ہے۔ دوسری شکر بڑھ جاتی ہے اور شکر بولیت پیدا ہو سکتی ہے۔
 تحول عمومی طور پر زیادہ ہو جاتا ہے۔

نظام عصی۔ تشویش کی ذہنی حالت کے علاوہ جو کہ ذہن پر طاری ہو جاتی
 ہے اور اس سے تمام غائی تخیل اور عینہ کو خارج کر دیتی ہے مکن ہے جواج کار عرشہ
 اور سن پن کے احساسات ہول میں بے آراخی یا درد بالعموم محسوس ہوتے ہیں
 جو غالباً دائمی دوران خون میں تغیرات کا نتیجہ ہوتے ہیں پتیلیا میل جاتی ہیں اور
 آنکھیں باہر کو نکل آتی ہیں۔

جلد۔ شعری جرابوں کے نامبات تحریک میں آسکتے ہیں جس سے وہ
 منظر پیدا ہو جاتا ہے جو کہ قاری جلد (goose-flesh) کے نام سے مشہور ہے۔ تعریقی
 کثرت سے واقع ہو سکتی ہے۔

جذباتی تعامل اگر زیادہ مدت تک قائم رہے تو اس کے ساتھ غیر معمولی
 ذہنی اور جسمانی نکال محسوس ہوتی ہے۔

احوالی معکوسہ (conditioned reflex)۔ پاؤلوپ (Pavlov)

نے تجربہ کے ذریعہ حیوانوں میں یہ ثابت کر دیا ہے کہ ایک ایسا تہیج جو پہلے

بے اثر تھا، ایک موثر نتیجے کے ساتھ اس قدر متعلق ہو سکتا ہے کہ خود بھی موثر ہو جائے۔ وہ تجربہ جس میں ایک گھنٹی کی آواز رقی معکوس کا نتیجہ بن گئی، فعلیات کے طلب کو خوب معلوم ہے اسی طریقہ سے ایک بے اثر نتیجہ اپنے اختلاف کی وجہ سے جذباتی تعامل پیدا کرنے کے قابل ہو سکتا ہے۔

یہ اختلاف متواتر تکرار سے واقع ہو سکتا ہے یا خاص حالات کے عہد ایک خاص طور پر شدید جذباتی تعامل پائے جاتے ہیں اس قسم کے اختلاف سے احوالی جذباتی تعامل پیدا ہونے کی بہت سی مثالیں پیش کی جاسکتی ہیں۔ غالب جنگ میں وہ آدمی جو طویل مدتوں تک ایسی حالت میں رہے کہ ان کو کبھی بھی شیل چلنے کی آوازیں آتی تھیں، بعد ازاں کسی بھی بلند اور غیر متوقع شور و غل پر غشہ اور اشتکات ظاہر کرتے تھے۔ ایک عورت کو ٹیلیفون پر نہ سننے کے لیے بلا لیا گیا کہ اس کا غاوت مکمل ہو گیا ہے اور بعد میں کئی مہینوں تک اس کا یہ حال رہا کہ جب کبھی اس کو اس آلہ کی طرف بلایا جاتا تو وہ انتہائی تشویش کے احساس اور احتجاج میں مبتلا ہو جاتی۔ جب کسی آدمی کو موٹر گاڑی پھلتے ہوئے کوئی حادثہ پیش آتا ہے تو دوسری مرتبہ صدمہ پر ہاتھ رکھنے پر اس کو ویسا ہی جذباتی اضطراب محسوس ہوتا ہے خواہ وہ ایک تجربہ کار موٹر ڈرائیور کیوں نہ ہو اور سڑک بالکل صاف ہی کیوں نہ ہو۔ اس قسم کے اختلافات بالعموم مزید تجربہ سے زائل ہو جاتے ہیں اسی طرح جس طرح حیوانات میں قائم شدہ سادہ تر احوالی معکوسات، تقویت کی عدم وجہ دہی میں توڑے جاسکتے ہیں۔

ذہنی ارتباط (mental integration) ، جھگٹنگن جکسن (Hughlings Jackson) کا نظام معنی میں لیولوں کا تصور تشبیلی قیاس سے ذہنی لیول کی اندرونی ترتیبوں تک پھیلا یا جاسکتا ہے اور یہاں بھی جیسا کہ نظام معنی میں ہوتا ہے، تنظیمی زیادہ تر سرگشت کی اصل کا ہوتا ہے۔ ذہنی لیول کی سب سے بالائی یہ جھگٹنگن جکسن کے الفاظ میں سب سے آخر میں کتاب کردہ سب سے زیادہ پیچیدہ، اور کمترین تنضحی ہوتی ہے۔ سب سے زیرین نہیں رضعی تجربہ کی ہوتی ہیں۔ بین میں گویا وہ سب کچھ ہوتا ہے جس کا تجربہ زندگی کے دوران میں کیا گیا ہے۔

لیکن عضو کے متعلق یہ امر اتنا بھی ضروری ہے کہ اس میں جلیتیں قبائلی اور قافی طور پر ودیعت ہوتی ہیں اور حسی تجربات تک کی بنیاد ہوتی ہیں۔

دھائی (release)۔ اس قیثل کی بنا پر ہم مختلف ممکن کے ایک اور تصور کے انداز پر خیال کر سکتے ہیں، یعنی وہ جو کہ مرہانی کا مظہر ہے۔ بلندہ تریوں کے فصل کا تسلسل سب سے پہلے زیادہ ابتدائی تعلقات کا وقوع ہونے دیتا ہے۔ شاید یہ امر سب سے زیادہ آسانی کے ساتھ اگلی قسم میں دیکھا جاسکتا ہے، جس کا اثر بعض اوقات غیر متوقع رجحانات کو بے نقاب کر دیتا ہوتا ہے۔ اسی طرح کی رہائی، خاص نفسیاتی عوامل کی کار فرمائی سے بھی واقع ہو سکتی ہے۔

شعور کی صفت اس ذہنی فعل کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے جس کے ساتھ توافق اس وقت سب سے زیادہ متعلق ہوتا ہے۔

غیر شعور ہی ذہنی واقعات۔ قبضہ ذہنی تجربات، ایک ایسی شکل میں موجود ہوتے ہیں جس کا ایسا بعض اوقات شعور کے اندر شفقت سے کہا جاسکتا ہے۔ لیکن بیانیہ اور اسباب یعنی جلیتیں چونکہ انفرادی تجربہ نہیں ہوتیں بلکہ محض اس قسمی پشت پر ایک قوت ہوتی ہیں، لہذا شعور سے باہر یعنی غیر شعوری رہتی ہیں۔ آگے چل کر ہم دیکھیں گے کہ شعور سے ذہنی تجربے کے دور رہنے کے لیے اس امر کے علاوہ کہ اس کا شعور کسی ہواچی نہیں تھا اور بھی وجوہات ہو سکتی ہیں۔ یہ امر بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ نام نہاد جلیتیں کوئی ذاتیں (entities) نہیں ہوتیں بلکہ مجرد تصورات ہوتے ہیں جو بہت سے مظاہر پر مشتمل ہوتے ہیں جن کی توجہ سے کتاب کردہ تجربہ کی بنا پر نہیں کیجا سکتی۔ ان مظاہروں کو حقائق میں تقسیم کیا جاسکتا ہے، یعنی ان میں جو کہ ادعا نفس یا خود مخالفت کے ساتھ وابستہ ہیں، اور ان میں جو تولید نوع یا ابتداء کے ساتھ وابستہ ہیں۔

یہ امر قابل لحاظ ہے کہ توافق کے دو پہلو ہیں۔ اس کو دو طرف رخ رکھنا پڑتا ہے۔ باہر کے حالات سے توافق کرنا پڑتا ہے، اور اندر کی جلیتی تحریکات سے توافق کرنا پڑتا ہے۔ لہذا ایک فرد میں توافقی و غیرہ کے متعلق ہم یہ تصور کرتے ہیں کہ گویا یہ دو قوتوں یعنی ماحولی تجربات، اور اندر کے تجربات (اور رجحانات جو جلیتی قوتوں سے

پیدا ہوتے ہیں) کے درمیان کارفرما ہوتا ہے اور ان کے درمیان اس کو توازن قائم رکھنا پڑتا ہے۔ ظاہر ہے کہ یہ توافقی وظیفہ اس چیز کے ساتھ کب جسے خودی یا اصلاحی الفاظ میں انا کہتے ہیں نہایت قریبی طور پر تعلق رکھتا ہے۔

ماحولیاتی تعلیمات میں تمام تجربہ شامل ہے۔ بلند ترین یا ذہنی لیول پر جو چیز ان کو توافقی کے لیے اہم بناتی ہے وہ ان کی شخصی صفت ہے۔ توافقی کی وہ قسم جس کا نفل ذہنی طرز کے علامات کے پیدا ہونے کا موجب ہوتا ہے ہمیشہ شخصی تعلیمات سے وابستہ ہوتی ہے۔ کسی فرد کو معیسی بیماری محض اس لیے نہیں ہوتی کہ اس نے کچھ دیکھا یا سنا ہے بلکہ صرف اس وقت ہوتی ہے جب کہ اس کے لیے یہ چیز ماحول کے دیگر اشخاص کے بارے میں ایک خاص معنی رکھتی ہو۔ اہم اشخاص، خاندان کے دیگر اشخاص ہیں یا دو جن کو ان کا بدل سمجھا جاسکتا ہے مثلاً مرضات وغیرہ رفقاء، عشاق، مسلمین و دشمن۔ ان سب کو ماحولی تعلیمات کے زمرہ میں شمار کیا جاسکتا ہے اور اندرونی تعلیمات وہ اجنبی تحریکات ہیں جو کہ بیشتر اوجائے نفس مثلاً مجلسی جاہ طلبی، یا صنعتی تعلیم (اس کے پورے معنوں میں صرف جسمانی تعلیم کے معنوں میں نہیں) سے تعلق رکھتی ہیں۔

نزاع تفریموں کی اس پیچیدگی کا ایک اہم نتیجہ نزاع کا امکان ہے خاص طور پر ماحولی تعلیمات کے ساتھ جس میں اجنبی تحریکات ایک طرف اور وہ جو کہ دوسرے اشخاص کی خواہشات تصور کی جاتی ہیں دوسری طرف ہوتی ہیں۔ اس قسم کا نزاع یا تو نتیجہ پیدا کرتا ہے (ا) اگر برسرِ بیکار قوتوں میں سے ایک یا دوسری بالکل کٹھم ہو جاتی ہے، اور اس صورت میں کوئی علامات پیدا نہیں ہوتیں (یا جب) دونوں قوتیں غلبہ کے لیے برسرِ بیکار رہتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک یا دوسرے لیول پر اختلال کی امارت کی شکل میں علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ پھر جزوی کٹھم واقع ہوتا ہے، اور اس کے نتیجے کے طور پر شعوری لیول پر کٹھم شدہ نزاع کی شہادتیں نمودار ہو جاتی ہیں، اگرچہ وہ بالعموم سنخ شدہ اور مخفی ہوتی ہیں۔ شہادتیں علامت بناتی ہیں، مثلاً پستی اور تشویش، خوف، اذیتاں و دشمنی۔

لہذا کٹھم (repression) اگر کامیاب ہو تو اس کے یہ معنی ہیں کہ کٹھم شدہ

رجحانات شعور سے بالکل محو ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ کظم صرف جزوی طور پر کاسیا ہو تو یہ رجحانات شعور میں مخفی شکل میں نمودار ہوتے ہیں۔ اس خفا کی بہترین مثال ایک آرزو جس کو ضمیر متضوع قرار دیتا ہے (کظم اور شعور میں خوف کی شکل میں اس کا ابدائی ظہور ہے۔ بعض اوقات کظم کا عجیب اثر یہ ہوتا ہے کہ نزاع کی دونوں مثالیں غیر شعوری ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ فرد کے ذہنی تجربہ کا کچھ حصہ اس کے شعور کے لیے ناقابل حصول ہو جاتا ہے، اور اس کو نسیان ہو جاتا ہے جو تھوڑے سے زمانے سے لے کر فرد کی پوری عمر پر شامل ہوتا ہے۔

اس سے پتہ چلتا ہے کہ ذہنی قسم کی ان شقوں کے علاوہ جو کبھی شعوری نہیں ہوتیں (جلیتیں) اور ان شقوں کے علاوہ جن کو ارادہ سے یاد کیا جاسکتا ہے، بعض شقیں اس لیے غیر شعوری ہوتی ہیں کہ وہ کظم شدہ ہوتی ہیں۔

کظم کو کسی چیز سے ہوتا ہے۔ نظام مصبی کے زیرین ترلیو لوں سے لی ہوئی مثال، یعنی فنیاتی مثال، ایک قسم کے کظم کی توضیح میں مدد دے گی کیونکہ یہ بدیہی ہے کہ جہاں نزاع دو فریقوں کے درمیان ہو اور ان میں سے ایک کظم ہو جائے اور دوسرا شعوری میدان میں قائم رہے تو جو کچھ ظہور میں آتا ہے وہ امتناع سے مثال ہے۔ برسرِ سکار جماعتوں میں سے ایک فرقہ تقریباً ہمیشہ انایا خودی ہوتی ہے، جو اکثر اوقات کسی ناخوشگوار واقعہ کو عداً کظم کر لیتی ہے، یعنی ایسے واقعہ کو جو انا کے مقرر کردہ آؤرش کے لیے ناخوشگوار ہے۔ اس سے قریبی طور پر مثال ہوا ایک اور برسرِ سکار عنصر "ضمیر" ہے جو ایک قسم کا ذہنی رسوب ہے ان احمکات اور منافستوں کا جو فرد کے خیال میں ماحول اور خاص طور پر اس کے والدین نے صادر کی ہیں۔ لہذا اس قسم کی ضمیر ایک ذہنی ساخت ہے جو فرد کی سرگذشت کی گہرائیوں میں پیوستہ ہے، اور محض اسی وجہ سے خود و اور غیر شعوری طور پر فعل میں آتی ہے۔ اکثر اوقات یہ کتری اور گنہگاری کے ان احساسات کا سبب ہوتی ہے جو عصبانی شخصیتوں میں اس قدر عام ہیں۔

اپنے ناگوار نوعیت کے جذبات سے بے خبر رہنے کا یہ رجحان جوان میں ہوتا ہے، نفسی عصبانیتوں کی قسیب میں بہت اہمیت رکھتا ہے۔ مثلاً لڑکتہ

جنگ میں ایک شخص جس نے یہ تربیت پائی چوٹی کہ خوف کے جذبہ کو بزدلی کا ہم پل سمجھا جائے بعض اوقات اپنے اندر اس جذبہ کی موجودگی سے بخیر رہتا۔ اسی صورت میں جذباتی تعادل بغیر جذبہ کے علم کے موجود ہوتا، اور وہ شخص 'اختلاج' پسینہ وغیرہ کے منظر کی قوجہ اس طرح کرتا کہ یہ جسمانی مرض کے ظواہر ہیں۔

مزید برآں نوٹ کرتے ہیں کہ فرض منجمبی سے بھی چرلنے پر مجبور کر سکتا، اور اسے اس مجبور کرنے والے محرک کی خبر بھی نہ ہوتی۔ جسمانی مرض ایسے حالات میں پیدا ہو سکتا ہے کہ اس سے تشویش کرتا، اور ایسی ذہنی حالت میں انسان باوجود تمام متعول وجوہات کے جسمانی اثر کا ارتکاب کے خفیف ترین اشارہ کو قبول کر سکتا۔

768

کسی ضرب کی وجہ سے بازو عارضی طور پر شرم ہو جائے تو اس بارہ کے تشویش کا خیال پیدا ہو جائے گا۔ یہ خیال لاشعوری محرک کی وساطت سے ایک توئی مثبت اثر ڈال کر توجہ کو اپنے اوپر جا ہوا رکھے گا۔ اسی وجہ سے وہ تمام شہادت جو اس کے مخالفت ہو شعوری توجہ سے خارج رہے گی، جس کا نتیجہ یہ ہو گا کہ تھوڑے ہی عرصے میں شل بازو ایک راسخ عقیدہ بن جائیگا۔

روزانہ زندگی کے بہت سے مظاہر کا انحصار لاشعوری محرکات کے اس اثر پر ہوتا ہے کہ وہ توجہ کو اپنی ذات اور ماحول کے بعض رتوں کے طرف پھیرتے اور بعض رتوں کے طرف سے ہٹاتے ہیں۔ چنانچہ انسان اس باب میں بدنام ہے کہ خود اپنی غلطیوں سے چشم پوشی کرتا ہے۔ اپنی خوبیوں اور کامیابیوں کو یاد رکھنے، اور اپنی ناکامیوں اور نغزوں کو بھول جانے کا رجحان رکھتا ہے۔ بہت سی فراموشی کامیوں کا انحصار ایسے ہی سبب پر ہوتا ہے۔

ایسا شخص جو اپنے اعمال یا اپنے محاکمات میں کسی لاشعوری محرک کا اثر قبول کر رہا ہے۔ عموماً منطقی وجوہات کے ذریعہ اپنے طرز عمل کی حمایت کرنے کے لیے تیار رہتا ہے۔ لیکن اس کے دلائل خواہ بظاہر دمکتے ہی اچھے ہوں، تجزیہ کرنے پر محالہ آمیز ثابت ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت وہ اس غمی محرک کی مزید پیداوار ہیں اور ان میں حقیقی استدلال کے اعمال سے تمیز کرنے کے لیے ماہرین نفسیات نے 'تعلیقات عقلی' یا 'تعلیقات' (rationalisations) کا خطاب

دیا ہے (۴)۔

توالتی، نیوٹوں کے ارتباط، باقی تعلقات، غیر شعوری ذہنی واقعات، کلم اور نزاع کے ان اصولوں کے ذریعہ ہم نفسیاتی بیماری کے خاص مظاہر کو سمجھنے کے قابل ہو جاتے ہیں۔

جماعت بندی

امراض النفس کی جماعت بندی بالخصوص شکل اور خاص طو پر مبنی پیدا کرنے والی ہوتی ہے۔ ہر اصابت اپنی ایک شخصی نوعیت رکھتی ہے اس کو محض ایک مرض نہیں تصور کرنا چاہئے۔ مرض تو وہ شخص ہی ہے۔ اصلی چیز مرض کی شخصیت کا سمجھنا ہے نہ کہ اس کو کسی جماعت میں شمار کرنا۔ مرض کی ذہنی حالت صرف اسی طرح سمجھی جاسکتی ہے کہ تمام عملی طریقوں سے اس کی سرگذشت اور حالات کا لحاظ کیا جائے۔ ہر مرض کو کسی جماعت میں شمار کرنا صرف اسی وقت جائز ہے جبکہ بعض سرلیح حفظ یا تقدمی علاجی اور اندازی نتائج پر ہنچنا مقصود ہو۔ مستدرجہ ذیل جماعت بندی کام میں لائی جاسکتی ہے لیکن اسکے متعدد گروہوں کے درمیان کوئی اطمینان بخش خطی اصل نہیں ہے:۔ (۱) نفسی عصبانیتیں (psychoneuroses) (۲) تاؤ شری یا وجدانی تعامل والی قسمیں (affective reaction types) (۳) اشتقاق الذہنی تعامل والی قسمیں (schizophrenic reaction types) (۴) عقابیت (عقابت قباد) (۵) جھنشی (paranoic) اور جھنشی آریا (paranoid) تعامل والی قسمیں۔ (۶) عضوی تعامل والی قسمیں۔ (۷) صرع۔ (۸) نفسی مرضی تعامل (psychopathic reaction) والی قسمیں۔ (۹) کم ذہنی (mental deficiency) گروہ ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ اور ۷ و ۸ است نفس (psychoses) کہلاتے ہیں تاکہ ان کو کم ذہنی گروہ (۸) اور نفسی عصبانیتوں (گروہ ۱) سے تمیز کیا جاسکے۔ اس میں شک نہیں کہ ناقص العقل ایشیا خاص میں بھی دار النفس یا نفسی عصبانیت کا مریاب ہو جاتا مکن ہے (۵)۔

ذہنی عوارض کی موٹی تقسیم حسب ذیل کی جاسکتی ہے۔ (۱) اور جن کا انحصار ذراخ کے قابل شناخت معنوی مرض (ناہض برداری) انحصار طبعی اتہابی (ٹوٹکونی یا سٹما) پر ہو۔ (۲) وہ جن کا انحصار اس پر ہو۔ اول الذکر جماعت میں جو تناقص پائے جاتے ہیں وہ تمام تر نہیں مگر زیادہ تر جمع الحواسی میدان میں ہوتے ہیں (یعنی ادراک، فہم اور حافظہ میں)۔ آخر الذکر جماعت میں مثبت انکشافات بالخصوص دگو ہمیشہ اور تمام تر نہیں (برتاؤ، تاثر یا جذبہ) اور خیالاتی مافیہ کے میدانوں میں پائے جاتے ہیں۔

یہاں ذہنی مرض کی ان خاص اقسام کی مختصر سریری تعریفات ایک ابتدائی شکل میں صبح کی جاتی ہیں۔

(۱) نفسی عصبانیتیں (psychoneuroses)۔ بالعموم نفسی عصبانیتوں میں شخصیت کا اختلال اس سے بہت کم واقع ہوتا ہے کہ جتنا دوسرے گروہوں میں نفسی عصبانیت کے مریض کا اپنے روزانہ کاروبار کے لیے جانا اور مصروف رہنا اس سے بہت زیادہ عام ہے کہ جتنا دوا النفس کے مریض کا اتفاقاً طور پر پاس کھڑے ہوئے شخص کو عموماً ایک نفسی عصبانیت کی موجودگی کا ہرگز کوئی پتہ نہیں چلتا۔ مگر دوا النفس کا پتہ عام طور پر لگ جاتا ہے۔ نفسی عصبانیت کا مریض واقعات کی غلط تعبیر نہیں کرتا۔ لیکن اس کے برعکس دوا النفس کا مریض عموماً متنبہ تھا یا تو ہمت میں مبتلا ہوتا ہے یا کم از کم اُسے یہ احساس ہوتا ہے کہ بیرونی دنیا میں تغیر واقع ہو گیا ہے۔ نفسی عصبانیت کے عام ترین عوارض یہ ہیں۔ مکان، دوسرے ہمد اقسام کے درد و فسادات جس سے بے نیاز خوف، تشلل، غمٹھے اور تھکن، حافظہ میں احتمالات (میدان حافظہ کے بعض قطعات میں) اور احتمالات شعور جیسے کہ مشی فی النوم (somnambulism) اور آوارہ گردی (fugues)۔

(۲) ہماثری یا وجدانی تعامل والی قسم (affective reaction)۔ (types) ان کا مخصوص و میسر سریری خاصہ کیفیت مزاج (mood) یا کیفیت جذبات (affect) میں خرابی ہے اور دوسرے علامات کم و بیش اس کا ساتھ دیتے ہیں۔ مثلاً انسانی حالت میں بے اتہاشادانی (خرجانیت) کے ساتھ

بہت ہی بیکار رہی جو اکثر چیلن کی قسم سے ہوتی ہے، اور تصویلات کی صورت (ضلع گوئی: punning) اور تک بندی کے ساتھ) پائی جاتی ہے۔ پستی کی حالت میں غمگینی پیدا ہو جاتی ہے، جس کی تھوڑے بولنے اور کام کرنے میں سستی ظاہر ہوتی ہے (بطو) اور اکثر اوقات اپنی نالائقی اور خطا داری کے اور اپنے غمگین اور مصالحت کی بربادی کے غمناک اختیالات بھی موجود ہوتے ہیں۔

حکشی مالتھولیا (involutional melancholia) پستی کی وہ قسم ہے جو زندگی کے کھٹکشی زمانے میں خاص طور پر ہوا کرتی ہے (گو صرف اسی زمانے میں نہیں) اور اس کے غیر خصائص غمگینی (جو بجائے بطو کے بے وقوفی کے ساتھ ہوتی ہے) بہت اندیشہ مندی اور امدادیستی (nihilistic) اور مراقی (hypochondriacal) تصورات ہیں۔

(۳) انشقاق الذہنی تعالٰی والی قسمیں (schizophrenic reaction types)

ان کے غیر خصائص یہ ہیں کہ ماحول کے ساتھ کم و بیش نمایاں بے تعلقی کا اظہار ہوتا ہے اور سرسری تصویر میں اندرونی تناقضات پائے جاتے ہیں۔ مریض تنہائی پسند اور بے پروا ہوتا ہے، وہ اپنی ایک عظیم دنیا میں رہتا ہے، اس کی گفتگو کم و بیش بے ربط ہوتی ہے، اس کی مزاجی کیفیت اور خیالات اکثر باہم اتفاق نہیں کرتے۔ اس کا طرز طریقے متلون، اضطرابی یا مجموعی پسند ہوتے ہیں۔ بے اختیار اختیالات اور توہمات (بالخصوص سمی) اور کوئی بیرونی اثر پرستے کے احساسات موجود ہوتے ہیں۔

اس ملائیم کے اندرونی قسموں کی تفریق کرنا مصنوعی ہے، کیونکہ بیشتر اصہتیں کئی ایک ذیلی قسموں کے خصائص ظاہر کرتی ہیں۔ ان ذیلی قسموں میں سب سے زیادہ متنازعہ ذہنی (catatonia) ہے، جس میں جزیرہ نما اور مزاحمت کے ساتھ وحشاذ اضطرابی جوش و خروش متبادل کرتا ہے۔

(۴) جنتہ (paranoia) اور جنتہ آسا حالتیں۔ ان حالتوں

میں نمایاں ملاقاتیں (ازدحامانی) کے یا زیادہ شاذ صورتوں میں غفلت نفس کے کم و بیش منظم اختیالات ہوتے ہیں کوئی صریح جذباتی یا عقلی خرابی

نہیں ہوتی اور اختلالات اپنے اندر خاصہ ربط رکھتے ہیں چنانچہ اگر بعض مقدمات مان لئے جائیں تو ان سے ان اختلالات کا مستنبط کرنا کم و بیش قرین عقل ہوگا۔
 فتور عقل (paraphrenia) کو جنت سے معنوی طور پر اس طرح متفرق کیا گیا ہے کہ اول الذکر میں تو حقائق موجود ہوتے ہیں بحیثیت مجموعی ابیہ دستور ہو گیا ہے کہ ان اصابات کو کہ جن میں اختلالات اچھی طرح متفکر نہ ہوں، تو حقائق نمایاں ہوں اور عام شخصیت میں اس سے زیادہ ابتری ہو گئی ہو کہ جتنی جنت میں فتور عقل قرار دیا جائے لہذا فتور عقل بلحاظ جماعت بندی جنت اور جنت الہا انشقاقی لذ کے بین بین ہے۔

(۵) معنوی تعامل والی قسمیں (organic reaction types) سمیٹا سرائیوں اور عصبی انحطاطی اعمال کا نتیجہ ہیں۔ ان کی خاص مہتر خصوصیت ولہا لعل عقلی و با لخصر ص حافظہ اور فہم کا بگڑ جانا ہے جس سے ماحول شناسی اور توجہ میں خامیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس حالت کی شدت گھٹتی بڑھتی رہتی ہے جسے لطباب ذہن کا نقص (mental tension defect) کہتے ہیں۔ مزید برآں معنوی تعامل کی حادثہ شکل (یعنی ہڈیاں) میں عموماً تو ہمت بھی ہوتے ہیں۔ مزاجی کیفیتوں کی خرابیاں بھی واقع ہو جاتی ہیں (مثلاً خوف ہڈیاں) اور آخر الذکر اور عقلی خرابی کی بنا پر طور طریقے میں تغیرات واقع ہوتے ہیں چنانچہ مجموعی شخصیت میں نقص واقع ہو جاتا ہے کہ کم از کم مفر من شکلوں میں۔

(۶) صرع (epilepsy)۔ اس کا اہم ترین سریری خاصہ نوبتوں کا واقع ہے، خواہ یہ کبیر ہوں یا صغیر، لیکن بعض اصاباتوں میں کہ وارس بھی ایک صریغ تغیر واقع ہو جاتا ہے جو بین نوبتی زمانوں میں موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ گاہے گاہے یا مسلسل طور پر بذات ایک کم بیش شدید عارضہ بن جائے۔ صریغ کردار عقلی طور خود غرضانہ غفلانہ اور سخت اندہی ہوتا ہے اگرچہ احساسات میں کوئی حقیقی کمی نہیں پائی جاتی اور بہت سی اصاباتوں میں توجہ فہم اور حافظہ کے عقلی نتائج موجود ہوتے ہیں۔ حادثی احتمالات بھی پستی جس طرح سرے بن جوش و خروش اور وجد و بلخودی (ecstasy) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔

اور نوبت تک فوراً بعد کے زمانے میں قسریٰ افعال (automatic actions) سرزد ہوتے ہیں جو بعض اوقات جسمانی تشدد یا دیگر خلاف معاشرت افعال (مثلاً دن و حاضے چوری کرنے اور بے حیائی کے ساتھ بدن کو برہنہ کرنے کے افعال) کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔۔۔ صریح کا نام بیان پہلے درج ہو چکا ہے۔

(۷) نفسی مرضی تعامل والی قسمیں (psychopathic reaction types)

ان حالتوں کی نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ تقریباً ہر مریض کے جذبات بے ثبات رہتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ کبھی کبھی سنگینی، خلاف معاشرت یا اضطرابی طرز عمل کا مرتکب ہوتا ہے۔ ان مریضوں میں سری قسموں کی ذہنی خرابیاں بھی جلد نمودار ہو کر اسی قدر جلد رفع بھی ہو جاتی ہیں۔

(۸) کم ذہنی (mental deficiency)۔ اس گروہ میں دو کام افراد شامل

ہیں جو پیدائش کے یا ادنیٰ عمر ہی سے عقلی قلت (intellectual deficiency)

میں مبتلا ہوں جس کی تعریف ۱۹۱۳ء اور ۱۹۲۷ء کے قوانین کم ذہنی (Mental

Deficiency Acts of 1913 & 1927) میں بیان کی گئی ہے۔

امراض النفس کے امتحان کے طریقے

ذہنی اختلال اس اصطلاح کے کل مفہوم میں معاشرتی توافقی کا ایک نقص ہے اور چونکہ طبی امتحان بھی ان متعدد معاشرتی موقعوں میں سے ایک موقع ہے کہ جن سے مریض کو توافقی حاصل کرنے کی کوشش کرنی پڑتی ہے، لہذا امتحان کرنے والے طبیب کو مریض کے علامات میں سے بعض کچھ جز کو دیکھنے کا موقع ملتا ہے۔ لہذا اس کو ان تمام معلومات کا پورا لحاظ کرنا چاہئے جو دوسرے ذرائع سے اور دوسرے حالات (مثلاً گھر، مدرسہ، رفقہ وغیرہ) میں مشاہدہ کرنے والوں سے حاصل ہو سکتے ہوں۔ اس میں اور جو کچھ عام طب میں واقع ہوتا ہے صرف درجے کا فرق ہے کیونکہ عام طب میں بھی علامات و امارات یا تو امتحان کے وقت دریافت کر لئے جاتے ہیں یا براہ راست

مریض سے سوال کرنے پر امراض النفسی مریضوں کی صورت میں اکثر اوقات ملاقات کے وقت کوئی ایسی بات جو صاف طور پر غیر طبعی ہو بہت کم معلوم ہو سکتی ہے مریض کا غیر طبعی طرز عمل مخصوص حالات و ماحول کے لیے محفوظ ہوتا ہے بالکل اس شہر پرچے کی طرح جو گھر پر تو ایک سخت گیر ہوتا ہے مگر در سے میں فرشتہ صفت پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ ذہنی مریض کے امارات بھی اکثر مسمیٰ قدر متین ہوتے ہیں جس قدر کے طبعی مرض کے امارات، بشرطیکہ میں یہ معلوم ہو کہ انھیں کیونکر ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ مندرجہ ذیل حکیم امتحان کا ایک با ترتیب نظام پیش کرتی ہے۔ جب کسی مریض پر اس کا اطلاق کیا جائے تو نتائج کو آخر میں ایک جدول کی شکل میں درج کرنا چاہئے اور ان سے استنتاج کرنا چاہئے۔

شاید امتحان کا اہم ترین فریضہ یہ ہے کہ مریض سے گفتگو کرائی جائے مخصوص اور معین سوالات کرنے کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ وہ ایک اختصار العمل سے جسے صرف اسی صورت میں اختیار کرنا چاہئے کہ مریض کے خود بخود گفتگو کرنے سے کچھ مزید فائدہ نہ ہو یا ایک منظم طریقہ سے جس کی مدد سے مریض سے کسی دوسرے پر گفتگو کرائی جاسکتی ہے جسے تجربہ نے نتائج اشد کرنے کے لیے نہایت کارآمد ثابت کیا ہے۔

مندرجہ ذیل خاکہ تقریباً ہر ایک قسم کی ذہنی امصابت پر صادق آنے کے لیے تجویز کیا گیا ہے۔ یہ اس کی نسبت زیادہ یکسانیت کے ساتھ تفصیلی ہے کہ جتنا ایک انفرادی مثال میں ہونا چاہئے یہ صرف تجربہ سے معلوم ہوگا کہ کسی خاص مثال میں کن واقعات پر زور دینا چاہئے۔

سرگزشت مرض

مشکایات۔ ابتدا اس سے کرنی چاہئے کہ مریض کی شکایات کی نہایت خود مریض سے حاصل کی جائے یا اس مریض کی حالت میں جو اس امر میں تعاون نہ کرے اس کے رشتہ داروں یا دوستوں سے آخر اندک صاحب کی ملاقات میں

اعتیاد اور غور سے کام لینا چاہئے، ممکن ہے کہ ان کا بیان مریض کے بیان سے نہایت مختلف ہو، ایسے اختلافات بذات خود مسمیٰ خیز ہوتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ پہلے ہی سے یہ خیال دل میں نہ بٹھایا جائے کہ رشتہ داروں کا بیان لازمی طور پر غور و مریض کے بیان کے نسبت زیادہ قابل اعتماد ہے۔ جب غیر طبی امور کی موجودگی کا شبہ ہونے کی کوئی وجہ ہو تو مخصوص موضوع جن کے حلقے دریافت کرنا ضروری ہے حسب ذیل ہیں:۔ خود کشی کی کوششیں، غصہ یا تشدد کا اظہار، الکلیت، کافی، بستر میں دیر تک لیٹے رہنے کا رجحان اور ملی ہدایتیں بالعموم ان امور کے متعلق واقفیت مریض کے نسبت اس کے رشتہ داروں سے زیادہ آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتی ہے۔

771

موجودہ علامات کی سرگزشت۔ موجودہ علامات کی سرگزشت اعتیاد کے ساتھ ترتیب زمانی کے لحاظ سے اگر ممکن ہو تو خود مریض سے حاصل کرنی چاہئے۔ نفعیاتی طب میں عمدہ اصول یہ ہے کہ علامت کی ظاہری ابتدا پر اعتماد نہ کیا جائے بلکہ اس سے مابقی حوادث کی تلاش کی جائے۔ اکثر ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ ایک اصابت میں جس کا انکشافی طور پر شروع ہونا بیان کیا جاتا ہے، عرصہ دراز سے علامات شدید موجود تھیں۔ بالخصوص یہ امر نہایت اہم ہوتا ہے کہ موجودہ علامات کا آغاز کس نفس میں ہوا، مزید برآں خود گھر میں، کاروبار میں، مالی حالات اور ذاتی تعلقات میں ماطلت سبیل کی موجودگی کے امکانات کو خبر داری کے ساتھ ملحوظ خاطر رکھنا چاہئے۔

ذاتی سرگزشت۔ ان وجوہات اور دوسرے وجوہات کی بنا پر شخصی سرگزشت کا بیان کسی قدر وضاحت کے ساتھ نہایت ضروری ہے۔ مندرجہ ذیل عنوانوں کے تحت منظم طور پر تحقیقات کرنا چاہئے۔

(الف) قبل پیدائش حالات میں اشتقاقی اور عمل کے زمانہ میں خاندان کی صحت، عادات اور معاشرتی حالات، ذاکم، ادویہ، آشک، تمدن، اور والدین کے مرنے سے مریض عمومی طور پر شامل ہیں۔ (ب) پیدائش کے وقت کے حالات ایسے ہوتے ہیں

جیسے کہ وضع عمل کی نوعیت (اطالات پذیر، آلتی، پیچیدہ، قبل از میعاد)، غیر معمولی مقدار میں اشتقاق یا جھجھکاؤ کا حقیقی تفسیر واقع ہونا۔ (الف) اور (ب) سے بر محل اور مناسب سلوات حاصل ہونے کا زیادہ امکان اولیٰ ذہنی نقص کی اعتباروں میں ہوتا ہے۔

(ج) پیدائشی مواعید اور بعد از میلانٹس وغو۔

(۱) جسمانی۔ عام صحت کے متعلق دریافت کرنا چاہئے، کہ آیا مریض بچپن میں صحت مند رہتا تھا یا کمزور اور بیمار سا تھا، اس زمانے کے بعد اس کو نوعی امراض کیا کیا ہوئے، اور اس نے اپنی جسمانی حالت پر کس قدر توجہ مبذول کی، آیا اس کی ماں اس کی طالت کے متعلق کوئی غیر معمولی توجہ ظاہر کرتی تھی اور غذائی اور دوسری قسم کا شوق ظاہر کرتی تھی۔ عام نشوونو کے متعلق دریافت کرنا چاہئے (مثلاً دانت نکلنے، چلنے اور بولنے کے زمانوں، عصبیات عاصرو sphincters) پر اقتدار پر بستی، سین بون، اور مندی حادث اور مقدار کے متعلق یکایک کر کے عام عادتوں کے متعلق بھی دریافت کرنا چاہئے (آیا مریض شگفتہ مزاج تھا یا پرسکون طبیعت رکھتا تھا، تیز اور پھرتیلا تھا یا کامل الوجود، چست و چالاک تھا یا سست)۔ عصبی نظام کے متعلق با تفصیل دریافت کرنا ضروری ہے، مثلاً تشنجات، مقامی شنج، قلعص (سرگردانی یا سرپیش جتباتی، جینی خاری، ناخن گزی) زیادہ رونے یا چلائے، مشی فی النوم، بے خوابی اور اندھیرے سے ڈرنے کے متعلق۔

(۲) عقلی۔ اس میں مدرسہ کار بیکار ڈشال ہے، جس سے یہ معلوم ہو کہ مدرسہ چھوڑنے کے وقت مریض کو فسی جماعت میں تھا اور اس کی کیا عمر تھی، اس کی عام بیاقت کیسی تھی، اور آیا وہ مخصوص مضامین میں کوئی خاص قابلیت یا کمی ظاہر کرتا تھا۔ مدرسے کے بعد کی تعلیم نوٹ کرنی چاہئے، یا مخصوص اس لحاظ سے کہ آیا اس کو اس کے مواقع حاصل تھے یا اس کو اس کی آرزو تھی۔ بالغ کی عقل کا اظہار یا مخصوص پیشہ بینی کرنے، نظام عمل تیار کرنے، خیالات کو یکسو کرنے کی قابلیت، اور مختلف اقسام کی دھبیوں (ادبی، سائنٹیفک،

فنی یا منفی وغیرہ) میں ہوتا ہے۔ جہاں پس ماندگی کا کوئی شبہ ہو ذہانت کی
تعمین کر لینی چاہئے۔ (بجے سائمن کے پیمانہ: Binet-Simon scale کی
ترمیمی ترمیم: Terman modification) جو برطانوی بچوں کے لیے متوافق
کر لی گئی ہے، نہایت سہولت بخش ہے۔ اس کے ضروری فارم جی۔ ہر آپ
اینڈ سنسر: G. Harrap & sons نے شائع کر دیئے ہیں، لیکن اس طریقے
سے معتبر نتائج صرف وہی لوگ حاصل کر سکتے ہیں جو اس کے استعمال کے مادی
ہوں۔

(۳) جذباتی۔ ان جذباتی تعلقات کے متعلق خاص طور پر دریافت کرنا
ضروری ہے جو مریض بچپن کے زمانے میں اور بعد میں نمایاں طور پر ظاہر کر چکا
ہو گیا وہ بے غول، فکر مند، خوش مزاج یا تنہید، مزاج، لول یا مطمئن یا پریشان
رہنے کا مادی تھا؟ کیا اسے عقد کا مہمان ہوا کرتا تھا؟ کیا وہ بے آسانی، تکلیف یا
بے آسانی شادیاں و فرماں ہو جاتا تھا؟ کیا وہ کسی چیز سے کوئی غیر معمولی دلچسپی
رکھتا تھا، مثلاً مذہب سے؟ کیا وہ ایسا پذیر تھا۔ یہ وہ موضوع ہیں جن کے
متعلق قدرتی طور پر نہایت اطمینان کے ساتھ واقفیت حاصل کرنی پڑتی ہے
اور بہترین طریقہ یہ ہے کہ جوں جوں مریض کے ساتھ شناسائی بڑھتی جائے ان کے
متعلق بتدریج دریافت کیا جائے۔

(۴) نفسی صنفی۔ جہاں اس کی ضرورت سمجھی جائے، مندرجہ
ذیل میں سے بعض امور کے متعلق دریافت کرنا چاہئے، لیکن نہایت
حکمت عملی کے ساتھ۔ اس امر کے متعلق تحقیق کرنی چاہئے کہ مریض کو صنفی
معلومات ابتداء اور بعد میں کس ذریعے سے حاصل ہوئیں اور ان کی
نوعیت کیا تھی۔ اسی طرح یہ بھی معلوم کرنا چاہئے کہ صنفی شوق جنس کے
ابتدائی خواہر کیا تھے؟ خلق کا شوق کس زمانہ میں تھا؟ مریض صاف گو تھا یا
شرمیلہ؟ کیا کوئی صنفی تغلل موجود ہیں؟ اپنی صنف یا صنف مقابل کیا تھے
اس کا برتاؤ کیا ہے؟ یہ اس کی دلچسپیوں سے اور عشق و محبت کے واقعات
اور ان کے نتائج سے شادی کے متعلق اس کے رویہ سے اور تجربہ کے وقت

سے معلوم ہو جائے گا۔

(۵) معاشی - یہ اہم ہے کہ مریض نے معاشی آزادی کس حد تک حاصل کر لی ہے۔ اس نے کن کن خدات پر کام کیا ہے؟ ایک خدمت چھوڑ کر دوسری خدمت کیوں اختیار کی؟ ان پر اس کی عام کارکردگی کس نوعیت کی تھی؟ اور معاوضہ یا تنخواہ کیا تھی؟ ان تفصیلات سے ایک مفید معروضی اساس حاصل ہوتی ہے جس کی بنا پر یہ اندازہ لگایا جاسکتا ہے کہ عام معاشرتی توفیق حاصل کرنے میں مریض کو کس درجہ تک کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

(۶) معاشرتی خاندانی احوال بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ والدین کے مزاج اور خصال کے متعلق حتی الامکان قریبی تحقیقات کرنی چاہئے، اسی طرح ان بھائیوں اور بہنوں کے مزاج اور طبیعت کے متعلق جن کے ساتھ مریض قریبی طور پر مانوس تھا۔ یہ بھی دریافت کرنا چاہئے کہ آیا مریض کسی ایک یا دوسرے کو زیادہ پسندیدگی کی نظر سے دیکھتا تھا؟ اسی طرح یہ بھی اہم موضوع ہیں کہ مدرسہ کس قسم کا تھا؟ اور مریض دوسروں (استادوں، آقاؤں، رفیقوں) کے ساتھ کس حد تک نباہ کر سکتا تھا۔

شخصیت - حالات سے پہلے مریض کی سرگزشت کے معطیات جو اس طرح حاصل ہوں، ان کی بنا پر یہ رائے قائم کی جاسکتی ہے کہ ایک فرد کی حیثیت سے اور سوسائٹی کے ایک رکن کی حیثیت سے مریض کا کس طرح نشوونما ہوا ہے؟ یہیں معلوم ہو جائے گا کہ اس کو کیا کیا رکاوٹیں پیش آئیں اور ان کو دور کرنے میں وہ کس حد تک کامیاب رہا۔ نیز یہ کہ اس کو کیا کیا مواقع حاصل ہوئے، اور اس نے ان سے کس طرح فائدہ اٹھایا۔ اس سے نہ صرف مریض کی سرگزشت حاصل ہو جاتی ہے، بلکہ اس کی شخصیت کا تصور بھی قائم کیا جاسکتا ہے۔ علم امراض النفس میں شخصیت ایک اہم نکتہ ہے۔ یہ کسی فرد کے کردار و مزاج کے خصائص کا محض حاصل جمع نہیں ہے، بلکہ ایک علی اور مربوط وحدت ہے۔ پوشیدہ پایا گیا ہے کہ کسی فرد کی شخصیت میں اور اس فزیکی عارضہ کی قسم میں جو اسے لاحق ہو جاتا ہے، اکثر ایک نوعی تعلق ہوتا ہے۔

شخصیت کے نہایت صاف و صریح اقسام یہ ہیں: ۱۔ ہم ملوٹی یا زوری جنونی (syntonic) ،
 (paranoid) or cyclothymic) ، ۲۔ تشقاق آسا (schizoid) ، ۳۔ جھٹ آسا (paranoid) ،
 ۴۔ ہسٹیریا یا غلو انیا (hysteric or mythomaniac) ، اور ۵۔ عصبی رجس کی
 اہمیت میں اختلاف رائے ہے۔ مزید برآں شاہدہ کیا گیا ہے کہ ذہنی علالت کی
 بیشتر صورتوں کی رفتار کا انحصار بڑی حد تک اس شخصیت پر ہوتا ہے جو علامات
 ظاہر ہونے سے پہلے مریض کی ملکیت تھی۔ مریض جس قدر بہتر نفسی جوہر سے نوازا ہوا ہے
 اُنقدر اُنکی صحت یابی اچھی ہوگی، بالکل اسی طرح جس طرح کہ جسمانی امراض میں مینشی
 مدافعت بڑا اثر رکھتی ہے۔ اسی واسطے اس امر کا جاننا نہایت ضروری ہے کہ
 بیمار سے پہلے مریض کو زندگی کے جو مختلف مسائل پیش آئے ان کا حل اس نے
 کس طرح کیا۔ اس نے اپنی مشکلات کا مقابلہ سیدھے سادھے طریقے سے اور غم الخ
 کے ساتھ کیا، یا وہ جیلے جولے کرتے والا بزدل، ڈنڈن پوک، یا سریع الجس تھا،
 یا جلد پست و پریشان ہو جاتا تھا۔ جب مصالحت میں خرابی واقع ہو جاتی تو آیا
 مریض بجائے خود کو الزام دینے کے دوسروں کو الزام دینے کا رجحان رکھتا تھا،
 یا بجائے کام کرنے کے زیادہ تر خیالی بلاؤں کا پکا یا کرتا تھا، ادا کیا اس مریض (یا
 مریضہ) کو اپنے دکھ و درد کو بہت بڑھا کر بتلانے کی، یا دوسرے امور میں
 مبالغہ آمیز خود نمائی کی عادت تھی؟ یہ تفتیش کے بیشتر طریقوں میں سے محض
 چند ہیں جن سے نہ صرف مریض کا بحیثیت ایک انسانی نوع انسان کے تصور
 قائم کرنے میں بلکہ متعدد علامات کی اہمیت سمجھنے میں مدد ملتی ہے۔ قدرتی طور
 پر ایسے قسم کی تحقیقات دائر النفس کی ”دروں زاد“ قسم میں جو زیادہ تر شخصیت
 کے اندر سے نوازا ہوتی ہے (مثلاً جھٹ میں) اس سے زیادہ اہم رکھنی
 ان قسموں میں جو باہر سے ضرب کے باعث پیدا ہو جائیں جیسے کہ سرایتوں
 مثلاً تشک میں جو عمومی شکل پیدا کر دے۔

ذہنی امتحان

(۱) عام وضع قطع اور رنگ و طغنگ: اس کو جاننے کے لیے مریض کا

براء راست شاہد کرنا چاہئے۔ مندرجہ ذیل امور قابل توجہ ہیں۔ (۱) چھکنا
 کچھ جذبات ظاہر کرتا ہے یا نہیں مثلاً یہ اُداس، بیچین، فکر مند یا خوف زدہ، ناخوش
 فرحان، روحانی یا وجد میں ملوم ہوتا ہے یا 'سست'، بے اشتیاق، بطنی، انتہائی
 یا چہرہ پوش نما ہے۔ (۲) لباس۔ بعض مریض بے پروا اور میلے کپیلے ہوتے
 ہیں، اور بعض اپنے لباس کے متعلق حد سے زیادہ اہتمام کرتے ہیں یا بالکل
 اور خود نمائی پسند کرتے ہیں۔ (۳) عام پھرتی۔ بعض مریض معمول سے کم
 پھرتیلے ہوتے ہیں، مزید بڑا ممکن ہے کہ ان کی نقل و حرکت میں سستی ظاہر ہو
 (ابطال)۔ دوسرے مریض حد سے زیادہ پھرتی ظاہر کرتے ہیں، نفسی حرکی محرک
 (psychomotor excitement) جو ان کی اس کیفیت مزاج کے مطابق
 ہوتی ہے جو کہ اس وقت موجود ہوتی ہے، مثلاً خوف یا اندیش کی حالت میں
 ہاتھوں کا غلبہ بہت سے مریض عجیب و غریب یا خاص قسم کی فعالیت ظاہر کرتے
 ہیں مثلاً معین قسم کی حرکات (stereotyped movements) اور ریتیں،
 متواتر نقالی (echopraxia) (جو کچھ دوسرے کر رہے ہیں اُسے دیکھ کر
 خود بخود اس کی نقل اُتارنا) اور ریتیں (mannerisms) 'مووی جسم پندیری
 (flexibilitas cerea) 'مووی پنچک' مریض کے جوارح ایک فیئرستین مرصہ
 تک اُسی وضع میں رہتے ہیں جس میں متھن نے انہیں رکھا ہے)۔ وظیفہ کے
 مقامی اختلالات، جیسے کہ قلع (tie) یا ریش، کھٹکی، مشکل یا غیر لمبی رفتار
 کو بھی نوٹ کرنا چاہئے۔ (۴) گفتار، وسیع گفتگو کی روانی اور لفظی کے اختلالات
 دوسرے انکلام = dysarthria اور جشی = aphasia، اختلالات کے۔
 لفظ بہ لفظ نمونے لینا اہم ہے، بالخصوص اس کلام کے جو مریض خود بخود بولے۔
 (الف) ممکن ہے کہ مریض اپنی گفتگو میں ایک موضوع سے دوسرے موضوع پر
 نگاہ ہادیاری اختلاف کے ذریعے بہ سرعت منتقل ہو جائے ('پرواز خیال')
 یا ممکن ہے کہ محض گفتگو کا سیلاب ہو، یعنی بسیار گوئی ہو مگر موضوع جلد نہ بدلا جائے
 یا تفصیلیت (circumstantiality) ہو، یعنی ایسی گفتگو جس میں سب سے تفصیلی
 Mrs. Nickleby کی گفتگو کی طرح تفصیلات کی بھرمار ہو، یہ بطور دست گفتار

یا انسداد ہو یعنی بولتے بولتے وقفہ از خود رک جانا، اور بے ربطی کے جملہ مدارج ہوں اختی کر لفظی سلاوہ ("word-salad") یا خلط الفاظ ("verbigation")
 یعنی الفاظ بالعموم اسما و ذات = substantives کا سطحی طور پر بے معنی تسلسل۔ جب بعض مریضوں میں، بکلم (mutism) (صمات تلفظ اور سرگوشی دونوں قسم کی گفتار کی غیر موجودگی کی شکایت جس کے ساتھ گفتے کی قابلیت ہو یا نہ ہو) موجود ہوتی ہے، بالخصوص ذہول (ہر قسم کے تستیجات کی مجہولیت کے قتل) کے ایک جزو کے طور پر۔ (رج، نطق کا اختلال آراء بیچو (mannered intonation) کے طور پر مثلاً عجوبہ جنتیوں (fantastic peronoies) میں، یا قاطعات (slurring) اور لغزش لفظی (syllable-stumbling) کے طور پر چٹکل عمومی میں واقع ہوتا ہے۔ (د) جسے اختلالات (aphasic disorders) اگر موجود ہوں تو ان کے لیے عصبیاتی فصل میں بیان کئے ہوئے طریقوں کے ذریعے خاص تستیجات کی ضرورت ہوتی ہے۔ (لا) تحریر۔ اس کا ایک نمونہ عصبیاتی امتحان کے ایک جز کے طور پر ہمیشہ لے لینا چاہئے، لیکن بولی ہوئی گفتار کی غیر موجودگی میں بعض اوقات تحریر میں معلومات حاصل کرنا ممکن ہوتا ہے، اور پھر یہ انتہائی درجہ کی اہمیت رکھتی ہے ناقابلیت تحریر کے ساتھ گفتار کی غیر موجودگی یا نقص دو طرح کا ہوتا ہے (۱) یہ عضوی ضرر کے بغیر ہوتا ہے، بکلم (mutism) کے طور پر، جس کا انحصار مریض کے اس عقیدہ پر ہوتا ہے کہ مجھے بولنا نہیں چاہئے یا میں بول نہیں سکتا، یا بے صوتی (aphonia) کے طور پر، جس کا انحصار اعمال الصوت کے وظیفہ شکل پر ہوتا ہے۔ (۲) یہ عضوی ضرر کے ساتھ ہوتا ہے، جب کہ وقت تحریر کسی جیسی یا عسر الکلامی مارضہ کا ایک جز ہو۔

(۲) ماحول کے ساتھ کس حد تک تعاون (ماحولی ارتباط = rapport) موجود ہے؟ طبی امتحان، علاج، عام اہتمام، اور انداز کے لحاظ سے۔ دیکھنا نہایت اہم ہے کہ کس حد تک تعاون موجود ہے، بعض مریض کھانا کھاتے ہیں، اور بعض دوا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ بعض طبیعت سے

نہیں ملنا چاہتے اور بعض شفا خانہ جانے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ذہنی مریضوں میں اور دوسرے بیشتر مریضوں میں یہ فرق ہوتا ہے کہ اول الذکر میں سے بہت سے یہ اعتراف نہیں کرتے کہ ہم کسی معنی میں بھی بیمار ہیں۔

(۳) خود مریض کا بیان، اُن واقعات کے متعلق جو موجودہ حالت پر منتج ہوئے ہوں، انتہا اہمیت رکھتا ہے۔ مریض کو ترغیب دینی چاہئے کہ وہ خود اپنا حال کہے، لیکن ہے کہ وہ خود بخود اپنا حال بیان کرنے لگے (ایسی صورت میں لفظ بہ لفظ نوٹنے پہلے ہی حاصل کر لیے گئے ہوں گے) اور اس میں صرف کبھی کبھی درمیان میں ایک آدھ سوال کرنے کی ضرورت پیش آئے۔ یہ ممکن ہے کہ مریض صرف سوالات کے جواب میں اپنا بیان دے۔ ابتدا میں سوالات کے الفاظ (اور لفظ بہ لفظ نوٹ کرنا چاہئے) مثلاً اس طرح کہ ”آپ کا کیا نام ہے؟“ آپ کا پیش کیا ہے؟“ ممکن ہے کہ مریض کی توجہ اسی سوال کو دہرانے کے بعد حاصل ہو (مثلاً مشغول ذہنی میں، اور بعض مضوی حالتوں میں)۔ جوابات کی مناسبت کو دیکھنا چاہئے۔

(۴) فعالیت مریضی لحاظ سے (کیونکہ مریضی عملیات شوق (۱) سے حاصل ہو چکے ہیں)۔ کیا تم کام اسی قدر اچھا کر سکتے ہو جتنا کہ پہلے کرتے تھے؟“ (عدم کفایت کا احساس)۔ ”کیا تمہیں کسی کام کا آغاز کرنے میں وقت پیش آتی ہے؟“ (استدلال بطور)۔ کیا تم اپنا کام کرنے کے لیے خود کو قابل سمجھتے ہو؟“ سوالات ہر اصابت کی مناسبت کے لحاظ سے مختلف ہونے چاہئیں۔ ممکن ہے کہ ایک حد سے زائد فعال فرحان مریض پر مندرجہ بالا سوالات کا محض یہ اثر ہو کہ جب اسے پوچھا جائے کہ کیا تم اپنا کام آسانی کر سکتے ہو، وغیرہ تو وہ برا فروخت ہو جائے۔

(۵) ناموشری حالت (مزاجی کیفیت = mood) کا اندازہ جب ذیل طریقوں سے کیا جاسکتا ہے:-

(الف) طلعت اور برتاؤ کے مشاہدہ سے۔

(ب) خود بخود بیان کردہ حال، مثلاً خوشی، خوف یا ہستی کے متعلق جس کا اظہار اکثر براہ راست ایسے الفاظ سے کیا جاتا ہے جیسے کہ

”طبیعت پست“ یا ”بد مزہ“ ہے یا بالواسطہ طور پر اس طرح کہ کوئی دلچسپی نہیں معلوم ہوتی وغیرہ وغیرہ) تاہم اکثر براہ راست دریافت کرنے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔ جذبات کی زبان افسوس ناک طور پر ناقص ہے اور بہت کم مریض ایسے ہوتے ہیں جو اپنی ماضی حالت بیان کرنے کا کلمہ رکھتے ہیں، خواہ الفاظ ان کے سامنے پیش ہی کیوں نہ کر دیئے جائیں۔

(ب) راست استفسار۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ عام سوالات سے ابتدا کی جاتی ہے مثلاً یہ کہ ”کہنے کیسا معلوم ہو رہا ہے؟“ ”مزاج کی کیا کیفیت ہے؟“ ”طبیعت کی انک کا کیا حال ہے؟“ اگر ان سوالات سے کوئی شخصی بخش حال معلوم ہو تو ایسے مختلف الفاظ بتلا مانع ہو گا جو مزاج کی کیفیت کو ظاہر کرنے والے ہوں مثلاً کہ مریض ان میں سے کوئی لفظ جو مناسب حال ہو منتخب کر سکے۔ مثلاً ”کیا تم اداس“ یا خوش“ یا خوف زدہ“ یا فکر مند ہو؟“ یہ معلوم کرنا اہم ہے کہ مریض کو انہی ماضی حالت کے غیر طبیعی ہونے کے متعلق کس درجہ تک بصیرت حاصل ہے۔ ”تم کیوں افسردہ خاطر“ ”پست“ ”فکر مند“ وغیرہ ہو؟“ کیا تمھاری پستی حق بجانب ہے؟“ بالخصوص پستی کی مزاجی کیفیتوں میں مریض اس کے ناقابل ہوتا ہے کہ وہ ہر دو کے احساسات کی جذباتی بحیثیت کر سہ یا ان کے احساسات میں شریک و ہمنوا ہو۔ ممکن ہے کہ یہ مریض کے لیے تکلیف دہ چیز ہو اور یہی اس کی خاص شکایت ہو ممکن ہے کہ مریض کو اشیاء کی بے حقیقتی کا احساس ہو کہ وہ یہ جانتا ہے کہ اشیاء وسیع صحیح موجود ہیں، لیکن اپنی جذباتی بحیثیت کے فقدان کی وجہ سے محسوس نہیں کر سکتا کہ وہ موجود ہیں۔

774

(ج) ماضی یا ماضی کی کیفیتوں کا آماج گاہ۔ اکثر ایک ہی ماضی حالت میں دو مختلف اشتدادات ہوتے رہتے ہیں۔ پست مزاج مریض عموماً صبح کے وقت اپنی حالت اور زیادہ خراب پاتے ہیں۔ تشویش اکثر حلوں کی صورت میں لاحق ہوا کرتی ہے۔ پستی کی گہرائی میں استعدا اختلاف عظیم ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے ایسے وقفے ہوں بالخصوص شام کے وقت جب کہ مریض تقریباً طبیعی حالت میں نظر آتا ہے اور وہ خود بھی یہی محسوس کرتا ہے تاہم عموماً

ہمیشہ خبردار اور محتاط نہ رہیں یہ اختلاف نہایت متناظر ہو سکتا ہے۔

ہنسنا یا رونانا غیر معمولی آسانی کے ساتھ ہو سکتا ہے اور ممکن ہے یہ اس ناوش کی مناسبت سے ہو جس کا غلبہ ہے مثلاً مانیائی جوش و خروش میں یا پستی کی حالت میں اگرچہ اکثر ایک پست مریض مثلاً یہ شکایت کرتا ہے کہ مجھے رونا نہیں آتا۔ یا ممکن ہے کہ ہنسنا یا رونانا بلا کسی مناسبت کے ہو یعنی ہا کسی متناظر اثر کے یا کسی ایسے موقع پر جو ایک مختلف قسم کی جذباتی مجموعیت کا تقاضا ہو۔ ممکن ہے وہ اس کی بصیرت رکھتا ہو جیسے کہ بعض عقوی ربا مخصوص شران صلابتی حالتوں میں دوسری حالتوں میں نفس زوا افتراق = psychogenic dissociation جیسے اشتقاق الذہن = schizophrenia میں مریض اس سما قاض کی کوئی بصیرت ظاہر نہیں کرتا۔

وہ نوعی تعالیٰ رجحانات جو اہم شری حالت سے پیدا ہو جاتے ہیں گہرا شت اور علاج کے نقطہ نظر سے بڑی علمی اہمیت رکھتے ہیں۔

خودکشی کی خواہشیں یا اس کے تحقیقی اتھامات جو عموماً پستی کے اثرات میں ہوتے ہیں اور جارحانہ افعال (تظان) یا رجحانات جو ناگہانی سببیت اور خوف یا مرضی غیض و غضب یا ایذا رسی کی حالتوں میں پائے جاتے ہیں ان کے متعلق مریض اور اس کے دوستوں دونوں سے نہایت احتیاط کے ساتھ دریافت کرنا چاہئے۔ یہ بہتر ہے کہ پستی کے مریض کو اپنے خودکشی کے خیالات کا اظہار کر کے اپنی طبیعت کو ہلکا کرنے دیا جائے نہایت اس کے کہ طبیعت اس غلط خیال کی بنا پر کہ میری گفتگو سے ایسے مریض کو خودکشی کے خیالات سوچیں گے وہ دریافت ہوا نہ کرے اور اس طرح غیر ضروری اشتباہ میں رہے۔

خیالاتی مفہم اور مزاجی کیفیت دونوں کی موافقت یا عدم موافقت کا انداز اس شق اور شق (۶) پر فوراً کرنے سے ہو سکتا ہے۔ صریحاً موافقت ایک تشوشاک قسم کے مارضہ (اشتقاق الذہن = schizophrenia) پر دلالت کرتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک مریض کو نہایت پریشان کن خیالات اور نہایت ڈاؤن توہمت ہوں اور پھر بھی وہ غیر متاثر اور بے پروا نظر آئے۔ یا ممکن ہے کہ کوئی بری خبر

مثلاً کسی عزیز کی موت کا حال سن کر یا تو بے پروائی ظاہر کرے یا غیر مستدل طور پر تہقّق لگائے۔

(۶) خیال میں سوچے یا موضوعی تجربہ اور سوچنے کی شکل مثال ہو جیسے اس کے مافیہ سے متفرق کرنا چاہئے۔ آخر الذکر یہ ہے کہ مریض کیا بیان کرتا ہے۔ اول الذکر یہ ہے کہ وہ اسے کس طرح بیان کرتا ہے۔

(الف) موضوعی تجربہ۔ یہ کیا سوچنے کا عمل پہلے کے نسبت زیادہ آسان یا زیادہ مشکل یا وہ تیز یا زیادہ سست ہے؟ کیا تم خیالات کو جھٹک کر سکتے ہو؟ خیالات کو کیسوں کے رکھنا نفیس تو ہے (نیچے ملاحظہ ہو) کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جیسے کہ ذہنی خیالات کی وضوئی قسم میں۔ سلسلہ خیالات قائم رکھنے کی قابلیت کے امتحان کا ایک سادہ اور کارآمد طریقہ یہ ہے کہ مریض سے کہا جائے کہ خیالات سے یکے بعد دیگرے سات سات منہا کرنا چاہئے یہاں تک کہ کچھ باقی نہ رہے۔ یہ کوئی کاغذ دان عام طور پر پاس اس کا نتیجہ ہے کہ مریض کی توجہ شخصی معاملات (تفکرات وغیرہ) میں نہ مرکب رہتی ہے۔

(ب) مشکل۔ خیال کی شکل کا تغیر مریض کی گفتگو سے مستنبط کیا جاسکتا ہے۔ ہر درجہ کا عدم تسلسل پایا جاسکتا ہے حتیٰ کہ غیر مرکبیت۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض معمولی الفاظ کو اپنے ہی رمز میں منہا لے، یا نئے نئے الفاظ ایجاد کر لے (مصل کلامی = neologisms)۔

(ج) مافیہ۔ عام تحقیقات میں ایسے سوالات شامل ہیں جیسے کہ کیا تم کسی امر کے متعلق پریشان ہو؟ "تو کس چیز کے متعلق؟" کیا تمہیں کوئی غیر معمولی تجربات پیش آئے ہیں؟ "کیا تم نے محسوس کیا ہے کہ لوگ تمہیں نگاہ میں رکھتے ہیں یا تمہارے متعلق باتیں کرتے ہیں؟" (خیالات اشارہ)۔ ایذا رسی کے (اعتقائی) رجحانات کے متعلق دریافت کرنا چاہئے، ابتداً براہ واسطہ طور پر کیا کوئی تمہارے ساتھ بری طرح پیش آتا ہے؟ "کیا اس میں کوئی سازش کی گئی ہے؟" "تم ایسا کیوں سمجھتے ہو؟" "تعلیٰ اور تفاخر کا رجحان، اگر موجود ہے تو یہ عموماً دوران گفتگو میں جلد ظاہر ہو جاتا ہے۔ اگر یہ ظاہر نہ ہو اور اس کی موجودگی کا

مشبہ ہو تو اس کی جستجو ایسے مخصوص سوالات کے ذریعہ سے کرنی چاہئے جو ایک انفرادی اصابت کے متعلق ہماری معلومات ہم کو سمجھائے۔ بالائے
خصاوصی کے اختباہات موباً خود بخود ظاہر ہو جاتے ہیں، لیکن اگر وہ ظاہر نہ ہوں،
اور ان کی موجودگی کا مشبہ ہو تو موزوں اصابتوں میں وہ اس طرح ظاہر کئے
جاسکتے ہیں کہ مریض سے پوچھا جائے کہ کیا تم محسوس کرتے ہو کہ تم کسی خطا کے
مترکب ہوئے ہو؟ اور کس طرح؟۔ مراثی اختباہات کا انکشاف جسمانی حالت
کی تحقیق کے دوران ہی میں ہو جاتا ہے۔ اس تحقیقات کے دوران میں مریض سے
ہمیشہ اس کے جسمانی نظامات کے وظائف کے متعلق دریافت کرنا چاہئے۔ وہ
تشویش جو جسمانی مرض یا اس کے امکان کے متعلق ہوتی ہے، اور مرض کا وہ کمزور
راسخ (اور عمر آہے بنیاد) یقین جو مرقاق میں موجود ہوتا ہے ان دونوں باتھیا
تفریق کرنی چاہئے۔ تفریق مریض کے طریزیان سے اور اس امر سے کہ اُسے
کس حد تک مطمئن کیا جاسکتا ہے نیز تاثری اختلاف سے کی جاسکتی ہے۔

کسی خارجی قوت کا اثر پڑنے (influence) کے یا جمہوریت کے احاسات عجیب و غریب افحال یا جسمانی اوضاع کی صورت میں ظاہر ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ وہ صرف سوالات کرنے میں ظاہر ہوں۔ ”کیا تم کوئی طرفہ یا انوکھا فعل کرتے ہو؟“ ”کیا تم کیوں کرتے ہو؟“ ”کیا تم ایسے فعل کا نام لے کر جس کی وجہ معلوم نہ ہو“ ”کیا تم کیوں کرتے ہو؟“ ”کیا تمھارے دماغ میں ایسے خیالات آتے ہیں جو تمھارے اپنے نہیں ہوتے“ ”ذاتی خیالات = autochthonous ideas۔“ ”کیا تم نے کبھی تنویم کیے جانے کا یا نفس خوانی (mind-reading) کا احساس کیا ہے یا اپنے یا دوسروں کے خیالات سننے ہیں؟“ مریض کے ایسے افعال جیسے کہ کان لگا کر سننے کی وضع اختیار کرنا دل ہی دل میں بڑبڑانا، تشبیر یکایک یا مسلسل خاموش رہنا اور قیصری عادات تو سبھی تجربات کا حصہ دیتے ہیں۔ زیادہ اکثر ان کے متعلق استفسار عمومی طور پر کرنا پڑتا ہے مثلاً اس طرح کہ ”کیا تم میں کوئی عجیب عجیب خیالات ہو کر رہے ہیں؟“ ”کیا تم آوازیں سنتے ہو؟“۔ سبھی توہمات کی موجودگی سے ایسے سوالات پیدا ہو سکتے ہیں جیسے کہ ”تجسّس کچھ سنائی دیتا ہے وہ شور و غوغا ہوتا ہے یا آوازیں؟“ ”وہ سچ سچ

آوازیں ہوتی ہیں یا صرف تمھارے خیالات؟“ (کاذب توہمات)۔ ”وہ کیا کہتی ہیں؟“۔ ”استبصار توہمات“۔ ”تمہیں کیا چیزیں نظر آتی ہیں؟“۔ ”کیا وہ حقیقت ہیں یا صرف ایک رویا ہیں؟“۔ ”کیا وہ چھوٹی چھوٹی چیزیں (Lilliputian)“۔ ”یا جگہیں ہیں؟“۔ ”کیا وہ ایک جانب کو ہیں یا دوسرے جانب؟“۔ ”نیم بھری توہمات (hemianopic hallucinations)۔ ”ذائقہ، نو اور سماعت کے توہمات کے

متعلق بھی دریافت کرنا چاہئے۔ یہ جاننا ضروری ہے کہ آیا کوئی قریب حواس، التباس کی قسم سے ہے اور اس کا انحصار رٹائوف عضوں کے مقامی مرض پر ہے یا، ”میں کہ بعض اوقات ہوا کرتا ہے کسی دوسرے مقام کے مرض پر ہے جس سے حسی عضو معکوس طور پر رٹائوف ہو گیا ہو۔ عضوی خلط تعبیرات تو بھی ہونے کے پائے زیادہ اقباسی نوعیت کی ہوتی ہیں، گو بعض تجربات ”جیسے کہ“ سعد سے ایک آواز آنے“ کی تعبیر کرنا مشکل ہے کہ یہ عضوی احساس کے اختلال پر مبنی ہیں۔

(۷) کشمکش (orientation)، شخص مقام اور جگہ کے لحاظ سے۔ ”تمھارا کیا نام ہے؟“ ”میرا نام کیا ہے؟“ ”میرا پیشہ؟“ ”یہ کیا جگہ ہے؟“ ”آج کیا تاریخ ہے؟“ اور اگر آخر الذکر کا جواب غیر مستقیم ہو تو یہ ”کو سا مہینہ ہے؟“ ”کو سا سال ہے؟“

۸۱۔ حافظہ کا امتحان بے ربطیوں یا حقیقی ظلمات کے لیے۔

(الف) شخصی واقعات (۱) واقعات بعید وہ ”کب پیدا ہوئے؟“ اور کہاں؟“۔ ”اس حساب سے تمھاری عمر کیا ہوئی؟“۔ ”جب قوت حافظہ کے متعلق شبہ ہو تو دریافت کرنا چاہئے کہ مدرسہ جانا کس عمر سے شروع ہوا؟“ اور کب چھوڑا؟ اور ملازمت یا خدمات بدلنے، شادی اور بچہ پیدا ہونے وغیرہ کی تاریخیں بھی دریافت کرنی چاہئیں۔ ان میں سے بعض مناسب اور کا جواب اسی وقت مل چکا ہو گا جب کہ مریض نے اپنی ذاتی سرگزشت بیان کی تھی۔ (۲) تازہ واقعات۔ اس عنوان کے تحت بعض اشارات مریض کے اس بیان سے مل چکے ہوں گے جو مریض نے اپنے مرض کے پہنچ وارتوں کے متعلق دیا تھا۔ ان تاریخوں کی تصحیح مریض کے جواب کی جان کر وہ سرگزشت کی مدد سے کیا جاسکتی ہے۔ ”تم میں کب سے تغیر ہو گیا ہے؟“ ”تم یہاں کیسے آئے؟“ ”کس کے ساتھ آئے؟“ ”تم نے آج کون کون سے کھانے کھائے؟“

”تم کل کہاں تھے؟“

(ب) نہایت تازہ حافظہ کے دھمکی کاشفات (۱) میں یوں کہتے ہیں یا دکر نے کہ لیے کہو۔ کوئی یہ مثلاً ۱۵۔ ۱۶۔ ۱۷۔ ۱۸۔ ۱۹۔ ۲۰۔ ۲۱۔ ۲۲۔ ۲۳۔ ۲۴۔ ۲۵۔ ۲۶۔ ۲۷۔ ۲۸۔ ۲۹۔ ۳۰۔ ۳۱۔ ۳۲۔ ۳۳۔ ۳۴۔ ۳۵۔ ۳۶۔ ۳۷۔ ۳۸۔ ۳۹۔ ۴۰۔ ۴۱۔ ۴۲۔ ۴۳۔ ۴۴۔ ۴۵۔ ۴۶۔ ۴۷۔ ۴۸۔ ۴۹۔ ۵۰۔ ۵۱۔ ۵۲۔ ۵۳۔ ۵۴۔ ۵۵۔ ۵۶۔ ۵۷۔ ۵۸۔ ۵۹۔ ۶۰۔ ۶۱۔ ۶۲۔ ۶۳۔ ۶۴۔ ۶۵۔ ۶۶۔ ۶۷۔ ۶۸۔ ۶۹۔ ۷۰۔ ۷۱۔ ۷۲۔ ۷۳۔ ۷۴۔ ۷۵۔ ۷۶۔ ۷۷۔ ۷۸۔ ۷۹۔ ۸۰۔ ۸۱۔ ۸۲۔ ۸۳۔ ۸۴۔ ۸۵۔ ۸۶۔ ۸۷۔ ۸۸۔ ۸۹۔ ۹۰۔ ۹۱۔ ۹۲۔ ۹۳۔ ۹۴۔ ۹۵۔ ۹۶۔ ۹۷۔ ۹۸۔ ۹۹۔ ۱۰۰۔ ۱۰۱۔ ۱۰۲۔ ۱۰۳۔ ۱۰۴۔ ۱۰۵۔ ۱۰۶۔ ۱۰۷۔ ۱۰۸۔ ۱۰۹۔ ۱۱۰۔ ۱۱۱۔ ۱۱۲۔ ۱۱۳۔ ۱۱۴۔ ۱۱۵۔ ۱۱۶۔ ۱۱۷۔ ۱۱۸۔ ۱۱۹۔ ۱۲۰۔ ۱۲۱۔ ۱۲۲۔ ۱۲۳۔ ۱۲۴۔ ۱۲۵۔ ۱۲۶۔ ۱۲۷۔ ۱۲۸۔ ۱۲۹۔ ۱۳۰۔ ۱۳۱۔ ۱۳۲۔ ۱۳۳۔ ۱۳۴۔ ۱۳۵۔ ۱۳۶۔ ۱۳۷۔ ۱۳۸۔ ۱۳۹۔ ۱۴۰۔ ۱۴۱۔ ۱۴۲۔ ۱۴۳۔ ۱۴۴۔ ۱۴۵۔ ۱۴۶۔ ۱۴۷۔ ۱۴۸۔ ۱۴۹۔ ۱۵۰۔ ۱۵۱۔ ۱۵۲۔ ۱۵۳۔ ۱۵۴۔ ۱۵۵۔ ۱۵۶۔ ۱۵۷۔ ۱۵۸۔ ۱۵۹۔ ۱۶۰۔ ۱۶۱۔ ۱۶۲۔ ۱۶۳۔ ۱۶۴۔ ۱۶۵۔ ۱۶۶۔ ۱۶۷۔ ۱۶۸۔ ۱۶۹۔ ۱۷۰۔ ۱۷۱۔ ۱۷۲۔ ۱۷۳۔ ۱۷۴۔ ۱۷۵۔ ۱۷۶۔ ۱۷۷۔ ۱۷۸۔ ۱۷۹۔ ۱۸۰۔ ۱۸۱۔ ۱۸۲۔ ۱۸۳۔ ۱۸۴۔ ۱۸۵۔ ۱۸۶۔ ۱۸۷۔ ۱۸۸۔ ۱۸۹۔ ۱۹۰۔ ۱۹۱۔ ۱۹۲۔ ۱۹۳۔ ۱۹۴۔ ۱۹۵۔ ۱۹۶۔ ۱۹۷۔ ۱۹۸۔ ۱۹۹۔ ۲۰۰۔ ۲۰۱۔ ۲۰۲۔ ۲۰۳۔ ۲۰۴۔ ۲۰۵۔ ۲۰۶۔ ۲۰۷۔ ۲۰۸۔ ۲۰۹۔ ۲۱۰۔ ۲۱۱۔ ۲۱۲۔ ۲۱۳۔ ۲۱۴۔ ۲۱۵۔ ۲۱۶۔ ۲۱۷۔ ۲۱۸۔ ۲۱۹۔ ۲۲۰۔ ۲۲۱۔ ۲۲۲۔ ۲۲۳۔ ۲۲۴۔ ۲۲۵۔ ۲۲۶۔ ۲۲۷۔ ۲۲۸۔ ۲۲۹۔ ۲۳۰۔ ۲۳۱۔ ۲۳۲۔ ۲۳۳۔ ۲۳۴۔ ۲۳۵۔ ۲۳۶۔ ۲۳۷۔ ۲۳۸۔ ۲۳۹۔ ۲۴۰۔ ۲۴۱۔ ۲۴۲۔ ۲۴۳۔ ۲۴۴۔ ۲۴۵۔ ۲۴۶۔ ۲۴۷۔ ۲۴۸۔ ۲۴۹۔ ۲۵۰۔ ۲۵۱۔ ۲۵۲۔ ۲۵۳۔ ۲۵۴۔ ۲۵۵۔ ۲۵۶۔ ۲۵۷۔ ۲۵۸۔ ۲۵۹۔ ۲۶۰۔ ۲۶۱۔ ۲۶۲۔ ۲۶۳۔ ۲۶۴۔ ۲۶۵۔ ۲۶۶۔ ۲۶۷۔ ۲۶۸۔ ۲۶۹۔ ۲۷۰۔ ۲۷۱۔ ۲۷۲۔ ۲۷۳۔ ۲۷۴۔ ۲۷۵۔ ۲۷۶۔ ۲۷۷۔ ۲۷۸۔ ۲۷۹۔ ۲۸۰۔ ۲۸۱۔ ۲۸۲۔ ۲۸۳۔ ۲۸۴۔ ۲۸۵۔ ۲۸۶۔ ۲۸۷۔ ۲۸۸۔ ۲۸۹۔ ۲۹۰۔ ۲۹۱۔ ۲۹۲۔ ۲۹۳۔ ۲۹۴۔ ۲۹۵۔ ۲۹۶۔ ۲۹۷۔ ۲۹۸۔ ۲۹۹۔ ۳۰۰۔ ۳۰۱۔ ۳۰۲۔ ۳۰۳۔ ۳۰۴۔ ۳۰۵۔ ۳۰۶۔ ۳۰۷۔ ۳۰۸۔ ۳۰۹۔ ۳۱۰۔ ۳۱۱۔ ۳۱۲۔ ۳۱۳۔ ۳۱۴۔ ۳۱۵۔ ۳۱۶۔ ۳۱۷۔ ۳۱۸۔ ۳۱۹۔ ۳۲۰۔ ۳۲۱۔ ۳۲۲۔ ۳۲۳۔ ۳۲۴۔ ۳۲۵۔ ۳۲۶۔ ۳۲۷۔ ۳۲۸۔ ۳۲۹۔ ۳۳۰۔ ۳۳۱۔ ۳۳۲۔ ۳۳۳۔ ۳۳۴۔ ۳۳۵۔ ۳۳۶۔ ۳۳۷۔ ۳۳۸۔ ۳۳۹۔ ۳۴۰۔ ۳۴۱۔ ۳۴۲۔ ۳۴۳۔ ۳۴۴۔ ۳۴۵۔ ۳۴۶۔ ۳۴۷۔ ۳۴۸۔ ۳۴۹۔ ۳۵۰۔ ۳۵۱۔ ۳۵۲۔ ۳۵۳۔ ۳۵۴۔ ۳۵۵۔ ۳۵۶۔ ۳۵۷۔ ۳۵۸۔ ۳۵۹۔ ۳۶۰۔ ۳۶۱۔ ۳۶۲۔ ۳۶۳۔ ۳۶۴۔ ۳۶۵۔ ۳۶۶۔ ۳۶۷۔ ۳۶۸۔ ۳۶۹۔ ۳۷۰۔ ۳۷۱۔ ۳۷۲۔ ۳۷۳۔ ۳۷۴۔ ۳۷۵۔ ۳۷۶۔ ۳۷۷۔ ۳۷۸۔ ۳۷۹۔ ۳۸۰۔ ۳۸۱۔ ۳۸۲۔ ۳۸۳۔ ۳۸۴۔ ۳۸۵۔ ۳۸۶۔ ۳۸۷۔ ۳۸۸۔ ۳۸۹۔ ۳۹۰۔ ۳۹۱۔ ۳۹۲۔ ۳۹۳۔ ۳۹۴۔ ۳۹۵۔ ۳۹۶۔ ۳۹۷۔ ۳۹۸۔ ۳۹۹۔ ۴۰۰۔ ۴۰۱۔ ۴۰۲۔ ۴۰۳۔ ۴۰۴۔ ۴۰۵۔ ۴۰۶۔ ۴۰۷۔ ۴۰۸۔ ۴۰۹۔ ۴۱۰۔ ۴۱۱۔ ۴۱۲۔ ۴۱۳۔ ۴۱۴۔ ۴۱۵۔ ۴۱۶۔ ۴۱۷۔ ۴۱۸۔ ۴۱۹۔ ۴۲۰۔ ۴۲۱۔ ۴۲۲۔ ۴۲۳۔ ۴۲۴۔ ۴۲۵۔ ۴۲۶۔ ۴۲۷۔ ۴۲۸۔ ۴۲۹۔ ۴۳۰۔ ۴۳۱۔ ۴۳۲۔ ۴۳۳۔ ۴۳۴۔ ۴۳۵۔ ۴۳۶۔ ۴۳۷۔ ۴۳۸۔ ۴۳۹۔ ۴۴۰۔ ۴۴۱۔ ۴۴۲۔ ۴۴۳۔ ۴۴۴۔ ۴۴۵۔ ۴۴۶۔ ۴۴۷۔ ۴۴۸۔ ۴۴۹۔ ۴۵۰۔ ۴۵۱۔ ۴۵۲۔ ۴۵۳۔ ۴۵۴۔ ۴۵۵۔ ۴۵۶۔ ۴۵۷۔ ۴۵۸۔ ۴۵۹۔ ۴۶۰۔ ۴۶۱۔ ۴۶۲۔ ۴۶۳۔ ۴۶۴۔ ۴۶۵۔ ۴۶۶۔ ۴۶۷۔ ۴۶۸۔ ۴۶۹۔ ۴۷۰۔ ۴۷۱۔ ۴۷۲۔ ۴۷۳۔ ۴۷۴۔ ۴۷۵۔ ۴۷۶۔ ۴۷۷۔ ۴۷۸۔ ۴۷۹۔ ۴۸۰۔ ۴۸۱۔ ۴۸۲۔ ۴۸۳۔ ۴۸۴۔ ۴۸۵۔ ۴۸۶۔ ۴۸۷۔ ۴۸۸۔ ۴۸۹۔ ۴۹۰۔ ۴۹۱۔ ۴۹۲۔ ۴۹۳۔ ۴۹۴۔ ۴۹۵۔ ۴۹۶۔ ۴۹۷۔ ۴۹۸۔ ۴۹۹۔ ۵۰۰۔ ۵۰۱۔ ۵۰۲۔ ۵۰۳۔ ۵۰۴۔ ۵۰۵۔ ۵۰۶۔ ۵۰۷۔ ۵۰۸۔ ۵۰۹۔ ۵۱۰۔ ۵۱۱۔ ۵۱۲۔ ۵۱۳۔ ۵۱۴۔ ۵۱۵۔ ۵۱۶۔ ۵۱۷۔ ۵۱۸۔ ۵۱۹۔ ۵۲۰۔ ۵۲۱۔ ۵۲۲۔ ۵۲۳۔ ۵۲۴۔ ۵۲۵۔ ۵۲۶۔ ۵۲۷۔ ۵۲۸۔ ۵۲۹۔ ۵۳۰۔ ۵۳۱۔ ۵۳۲۔ ۵۳۳۔ ۵۳۴۔ ۵۳۵۔ ۵۳۶۔ ۵۳۷۔ ۵۳۸۔ ۵۳۹۔ ۵۴۰۔ ۵۴۱۔ ۵۴

(ج) بلعید حافظہ۔ اس سے کہو کہ حروف متہجی سال کے مہینوں کے نام کبھی دیئے گئے اور کبھی نہ دیئے گئے۔

(۴) توجہ (التواضع) کا نالہ دوران امتحان میں عام مشاہدہ سے کیا جاسکتا ہے۔ اگر خود بخود اس کے گھٹنے بڑھنے کا کوئی رجحان ہو تو اسے نوٹ کر لینا چاہئے۔ (جب) جہاں توجہ کے تسلسل کے متعلق کوئی شبہ ہو (مثلاً بعض عصبی حالتوں میں) تو مخصوص لاشعات کام میں لائے جاسکتے ہیں، بشرطیکہ کافی اشتراک عمل حاصل ہو سکے۔

(۱۰) اوراک (apperception)۔ مریض سے ایک استحقاقی کہانی فی بندہ اولیٰ سے پڑھنے کو کہا جاتا ہے، (مثلاً مندرجہ ذیل) جو اسے معمولی ٹائپ میں دیکھائی ہے:- "ایک مرد اسے کالز کا اپنا کتا ساتھ لے کر آریزونا سے سان فرانسسکو گیا۔ کتا اس نے ایک دکان کے باہر چھوڑ دیا اور خود کیڑوں کا ایک نیابوڑا خرید لیا۔"

اس عہد لباس سے آراستہ ہو کر وہ اپنے نکتے کے پاس گیا اس کے طرف بیٹھی بچائی، اسے نام لے کر بلایا اور تمسکاً لیکن مالک کو نئی ٹوپی اور نئے کوٹ میں لبوس پا کر کتا اس سے بالکل دور رہا اور وہیں سے ایک غناک آواز نکالی جب چکارا بلند ہوا تو گرنا کار گر نہ ہوا تو چرواہے کا لہکا وہاں سے چلا گیا اور اس نے اپنے وہی پرانے کپڑے زیب بدن کر لیے۔ اب کتا اپنے مالک کو اسی لباس میں دیکھ کر فوراً بے حد خوش ہوا کہ جس میں وہ سمجھتا تھا کہ اسے ہونا چاہئے۔

اگر بڑھنے میں کوئی غلطی ہو تو اسے نوٹ کر لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کی آنکھیں پڑھنے کے لیے کافی اچھی حالت میں نہ ہوں تو قصہ آہستہ آہستہ پڑھ کر اسے سنا دینا چاہئے پھر اسے کہا جاتا ہے کہ وہ اسے اپنے الفاظ میں بیان کرے۔ اس سے جو نتیجہ حاصل ہوتا ہے اس سے توجہ (۹) دیکھنی تازہ حافظہ (۸) جہاں تفصیلات فراموش ہو جائیں وہاں اختراع کے رجحان و سخن سازی (confabulation) جذباتی تجدیت اور نکتے کو سمجھنے کی قابلیت پر روشنی پڑتی ہے۔

(۱۱) گذشتہ اور تازہ واقعات کی عام واقفیت۔ اہل الذکر پر عبور حاصل ہونا بالخصوص تعلیم و تربیت اور یادداشت پر منحصر ہے آخر الذکر پر بالخصوص ان واقعات پر جو بیماری کے آغاز کے بعد سے ظہور میں آئے ہوں) عبور کا انحصار زیادہ تر دیکھنی کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو معمولی معاملہ متعلق حال ہی میں لی گئی ہو۔ مثال کے طور پر مریض سے کہا جائے کہ یورپ کے چند خاص ممالک کے دارالسلطنتوں کے نام یا گزشتہ جنگ کی تاریخیں بتلائے۔ زیادہ تازہ واقعات کے علم کا اندازہ ایسے سوالات سے لگایا جاسکے جو تازہ اخباری خبروں کی بنیاد پر کیے جائیں۔

(۱۲) عام ذہانت۔ بنیاد مٹنی پیمانہ (Binet-Simon scale) کے واسطہ پانچ "والے" کاشفات کئی یا جزئی طور پر کام میں لائے جاسکتے ہیں مثلاً کام کی کاپی اور سیکاری ارتقا اور انقلاب، افلاس اور کم بختی، کروارا اور نیکی نامی کے درمیان فرق اور چھ ہندسوں کو الٹ کر دہرانے کی قابلیت۔ جہاں

نقص ذہانت کا شبہ ہو، بنیاسا منی سلسلہ کے کاشفات یا ان میں سے منتخب کاشفات کافی طور پر کام میں لا کر ذہنی عمر (mental age) کی تخمینہ کرنی چاہیئے (ذہنی عمر مریض نے بنیاسا منی کاشفہ میں کتنے نمبر لئے ہیں)۔

(۱۳) بصیرت (insight) - انداز اور علاج دونوں کے لئے یہ امر ب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے کہ مریض کو اس حقیقت کا کہ وہ بیمار ہے کس درجہ تک صحیح علم ہے اور وہ اپنی علامات مرض کی اصلی حیثیت سمجھنے کی کس حد تک قابلیت رکھتا ہے۔ اس پر ان سوالات سے جو کہ "مزاجی کیفیت" اور "خیال" کے عنوانات کے تحت اس سے قبل درج کئے گئے ہیں، اور مریض کے از خود بیان کردہ حالات سے کسی قدر روشنی پڑ سکتی ہوگی۔ اس کے علاوہ خاص استعداد کر نے چاہئیں، مثلاً جیسے کہ "تم اپنی موجودہ حالت کے متعلق کیا خیال کرتے ہو؟" کیا تم اپنی موجودہ حالت کو کسی طرح غیر طبعی سمجھتے ہو؟" کیا یہ کوئی بیماری ہے؟ مخصوص حادثات کے متعلق مریض سے وضاحت کرانی چاہئے مثلاً اضطرابی یا عجیب افعال، خودکشی کے یا قاتلانہ اقدامات، اخلاقی لغزشوں، اور فقدان محاکمہ ظاہر کرنے والی کسی اور چیز (مثلاً فضول خرچی) کے متعلق۔

بالآخر مندرجہ بالا تحقیقات کا خلاصہ تیار کرنا چاہئے اور مثبت امکانات کو ایک جدول کی شکل میں اس طرح ترتیب دینا چاہئے کہ جس سے علاماتی تصویر کے لیے ان کی تقریبی اہمیت ظاہر ہو۔

طالب علم اس معتدل طور پر کل ذہنی امتحان کے مندرجہ بالا بیان کو پڑھ کر اور ساتھ ہی جس قدر مریض مل سکیں ان میں اس کے اطلاق سے امراض النفسیہ امتحان کے اصلی مفہوم و مدعا اور عام اصول پر عبور حاصل کر سکتا ہے۔ اس ابتدائی تربیت کے بعد مندرجہ ذیل مختصر اسکیم ایک غامض خاکہ کے طور پر نسبت زیادہ سرریح سریری امتحان کے لیے کام میں لائی جاسکتی ہے، جو کہ اختیارات وقت و مذاولت کی وجہ سے ضروری ہو جاتا ہے۔

ذہنی حالت کے امتحان کا دستور العمل

(۱) عام ہر تاؤ۔

(۲) گفتگو کی سہولت۔ مخصوص و تمیز خاص نصوص نوٹ کرو، جیسے کہ بطور

پر واز خیال، بے ربطی، مختصر لفظ، لفظ نمونے دہر کر۔

(۳) مزاجی کیفیت (mood)۔ "تمہارا مزاج کیسا ہے؟" اگر ضرورت

ہو تو اس سوال کی زیادہ وضاحت کر دینا چاہئے، مثلاً "کیا غمگین؟" "خوف زدہ؟" "خوش؟" وغیرہ ہو۔

(۴) مخصوص مشغول ذہنیاں (preoccupations)۔ کیا کوئی تازہ

پریشانی یا کوئی نوٹ کئے تجربات پیش آئے ہیں؟ "کیا تمہیں کوئی تشکلات

(imaginations) ہوئے ہیں؟" "کیا تمہارے ساتھ اچھا برتاؤ کیا گیا؟"

"تمہیں ستایا گیا؟" "کیا تم پر کوئی خاص اثر، مثلاً تنویم برقی وغیرہ کا ڈالا گیا

ہے؟" "توہمات۔" "کیا تمہیں آوازیں سنائی دیتی ہیں؟" "کیا کوئی چیز نظم

آتی ہے؟" "کیا کہاں اور کب؟" احتضارات (obsessions) اور اجار

(compulsions)۔ "کوئی تکلیف دہ خیالات؟" "کیا تمہیں بعض افعال کو ایک

خاص انداز سے کرنا پڑتا ہے۔

(۵) مجموع الاحساس (sensorium) اور حواس عقلیہ

فشرقی (orientation) و مقام اور تاریخ اور اشخاص کے متعلق، حافظہ

(یہ عمومی اور انفسی امراض میں بالخصوص اہم ہے)۔ (الف) ماضی بعید

و حالات زندگی تاریخوں کے ساتھ جس کی ترتیب سرگشت مرض روج کرتے

وقت کرتی گئی ہو۔ (ب) ماضی قریب (گزشتہ چند روز کا کچھ حال) (ج) فوری

ادراشت (عدو نام و کھلائی ہوئی چیزوں، ہندسوں کے متعلق)۔ توجہ مسلسل

ہے یا کم و بیش ہوتی رہتی ہے؟ توجہ کا اجاٹ ہو جانا۔ عام معلومات کو

سمجھنے کی قابلیت (سلاطین، صدر اعظم، جنگ وغیرہ)۔ حساب

۔۔۔ (ظہان و وقت ثانیوں میں)۔ قوت محاکمہ (judgment)۔ معقول

تجویریں سوچنے کی قابلیت۔ گفتار اور تحریر کے متعلق کاشفات۔
(۶) مرض کی بصیرت۔ بیمار یا معصوب ہونے کا کوئی اعتراف؛ عارضہ کی نوعیت سمجھنا۔

(۷) نیند اور خواب (dreams)

(۸) ان موضوعات کو جن کی مزید تحقیق بعد کی لاتاتوں میں کرنا ہے، خاص طور پر نوٹ کر لینا چاہئے۔

نفسی عصبانیتیں

(PSYCHONEUROSIS)

تشویشی نفسی عصبانیت

(anxiety psychoneurosis)

نفسی عصبانیت ذہنی تکلیف یا تشویش کی ایک حالت ہے جس کے ساتھ عموماً طبیسی امارات ہوتے ہیں۔ یہ تکلیف یا تشویش ظاہری موقع کے لحاظ سے کہ جس میں وہ پیدا ہو جاتی ہے، بہت زیادہ ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ ا۔ توارث ایک اہم اثر رکھ سکتا ہے بعض افراد زہنی لحاظ سے حساس معلوم ہوتے ہیں اور اسی واسطے ان میں جذباتی بیش تعامل کا امکان ہوتا ہے۔

۲۔ بالعموم ذہن کے اکتسابی عادات خاص سبب مرض ہوتے ہیں۔ بہ اکثر اوقات بچپن میں احوالی مسکوسات کے طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں۔ بچے کے جذباتی تعاملات کا انحصار زیادہ تر اس کے گرد و پیش کے بالغوں کے جذباتی تعاملات پر ہوتا ہے۔ وہ بچہ جس کی ماں گرج کر دک کے طوفان سے خوف و سبب کے امارات ظاہر کرتی ہے، خود بھی اس نتیجے کا شدید جذباتی تعامل حاصل کر لے گا۔ یہی حال دوسرے اور زیادہ عامیانه واقعات کے ساتھ ہوگا۔ اگر ماں بچے کی محبت

متعلق تشویش ظاہر کرتی ہے تو اس کا امکان ہے کہ خود سچ بھی بیماری کے ایک بڑے آمیز خون کے ساتھ بڑھے۔ اس طریقے سے ممکن ہے کہ مخصوص جذباتی تجربات کا بھی ایک دیرپا اثر پڑے۔ اس لڑکی میں جو کسی ناشائستہ حلاکت شکار ہوئی ہے، مردانہ منف کا مرضی خوف نوباب ہو جانا ممکن ہے اور یہی حال دیگر اقسام کے جذباتی صدمہ کا ہے۔ بالغ زندگی میں مضمحل صور جہالت یا لاعلمی ہوتی ہے۔ کسی کافی تہیج کے جواب میں ایک جذباتی تعامل واقع ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس کے جسمانی لوازم کا سلسلہ بھی ہوتا ہے۔ شل غشیان کا احساس اور اختلاج قلب موجود ہوتا ہے۔ موضوع اس کو مرض قلب کی شہادت سمجھتا ہے اور اسے اپنے علامات کے متعلق تشویش پیدا ہو جاتی ہے۔ پھر اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ مزید جذباتی تعامل اور اختلاج پیدا ہو جاتا ہے۔ اس طرح اکثر اوقات ایک دائرہ فاسدہ پیدا ہو جاتا ہے جو رفتہ رفتہ ایک اصلی عادت بن جاتا ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا کسی ایسے موضوع میں بھی جس میں مزاج تربیت یا موجودہ کشاکش کی وجہ سے پہلے سے اس کی استعداد موجود نہ ہو کبھی اس طریقے سے تشویش پیدا ہو جاتی ہے۔

ممکن ہے کہ ابتدائی جذباتی تعامل محض غلط سمجھ لیا گیا ہو۔ لیکن اکثر اوقات ممکن ہے کہ خود جذبہ لاشعوری ہو اور اس کی وجوہات ویسی ہی ہوں جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہیں۔ شل ممکن ہے کہ جب کسی شخص کو اپنے افسروں کے سامنے اپنے کام کا حساب پیش کرنا پڑے تو وہ شدید تشویش کے علامات میں مبتلا ہو جائے۔ اس کے ساتھ شرمندگی کا جذبہ ہوتا ہے اور اسی واسطے وہ میدان شعور کے اندر نہیں آنے پاتا۔ ایسی حالت میں جذباتی تعامل (جس کا نتیجہ اختلاج، عدم اشتہا، صدمے کی تکلیف یا دوسرے طبیی علامات ہوتے ہیں) ایک جدا گانہ منظر کے طور پر نمودار ہو کر حقیقتہً مزید تشویش کا ذریعہ بن جاتا ہے۔ بد قسمتی سے ایسی صورتوں میں غلط یا غیر یقینی طبی تشخیص بہت نقصان کا باعث ہو سکتی ہے۔ اگر طبیب ان علامات کا جسمانی مرض پر مبنی ہونا تسلیم کر لیتا ہے تو مریض کی تشویش کے بڑھ جانے اور علامات میں اور زیادہ شدت پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

۳۔ جسمانی مرض اور متورود مختلف طریقوں سے تشویشی تعامل کے نہیں مد ہو سکتے ہیں۔ اولاً اگر مریض گزشتہ تجربہ کی بنا پر اپنی صحت کے متعلق ضرورت سے زیادہ مشوش ہو جائے کی مابقی استعداد رکھتا ہے، اگر اس کا معالج اس کے مرض کی نزاکت کے متعلق مبالغہ آمیز رائے رکھتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ ایک دایرہ فائدہ کا نقطہ آغاز بن جائیں، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ثانیاً ممکن ہے کہ مکان اور جسمی ماوریت ذہنی اعمال پر براہ راست اثر انداز ہو کر قوت محاکر میں خرابی یا نقص پیدا کر کے ایک غلط نقطہ نگاہ زندگی کا موجب ہوں۔ چنانچہ زندگی کے راستے میں دل بھی وہ تشویش پیدا کر دیتے ہیں جو پہاڑوں سے ہونی چاہیے تھی۔

۴۔ بیان کردہ تعریف میں ماحولی بار کو تشویشی نفسی مصائبیت کی تسبیب سے خارج از بحث نہیں کیا گیا، بلکہ اس امر پر زور دیا گیا ہے کہ بظاہر ماحولی وجہ مریض کے تعامل کے لیے کافی نہیں ہوتی۔ ایسا اس وجہ سے ہوتا ہے کہ مریض حالت ماحول کو اس سے زیادہ اہم سمجھنے لگتا ہے جنکا کہ خود اس پر ایسی مشاہد پر شعوری طور پر واضح ہوتا ہے۔

علامات - ذہنی۔ تمام علامات کی جڑ مرضی تشویش ہے۔ تاہم یہ شکا سب سے زیادہ کثیر الوقوع نہیں۔ ممکن ہے کہ خود تشویش مغنی رہے اور سب سے پہلے ثانوی علامات کے لیے طبی مشورہ کیا جائے۔ عام شکایتیں حسب ذیل ہوتی ہیں:-
 ۱۔ ارتکاز خیالات کی ناقابلیت، حافظہ کا فقدان، پس و پیش کرنا اور عدم کفایت کا ایک عام احساس۔ یہی ہیں قدرتی نتائج اس مسلسل تشویش کے جو دوسرے موضوعوں کو دماغ سے خارج کر کے خود ذہن پر مستولی ہو جاتی ہے۔
 لیکن مریض اکثر ان کے غلط معنی سمجھتا ہے اور انھیں قریب الوقوع دیوانگی کے آمارات سمجھتا ہے۔ بعض اوقات ایک اہم علامت ہوتی ہے۔
 اس کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں۔ پہلی قسم میں جو نمایاں تشویش کے ہمراہ ہوتی ہے، مریض کے ذہن پر اس کے انکار اس قدر مسلط ہوتے ہیں کہ نیند آنے ہی نہیں پاتی۔ دوسری قسم کی بے خوابی اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ کلمہ واقع ہو گیا ہو

اور اس صورت میں مریض اپنے مرض کے جذباتی مبادی سے بڑی حد تک ناواقف ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں اکثر سوتے وقت یہ ہوتا ہے کہ ذہن پر غیر حقیقی موضوعوں کے خیالات کی روشنی ہو جاتی ہے اور وہ مخفی تشویش نظر سے غائب رہتی ہے اور غیند بھی غائب رہتی ہے۔ ایسی حالت میں جب بالآخر گوشش کے ساتھ غیند آ جاتی ہے تو وہ اکثر ڈراؤنے خوابوں یا کابوہوں (nightmares) کی وجہ سے اوجاٹ ہو جاتی ہے جس سے مریض انتہائی خوف و وحشت کے جذبات کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے۔ بلکہ خرابی اور اس کے ممکن اثرات کے متعلق تشویش سے حالت بدتر ہو جاتی ہے۔

تشویش جب نمایاں ہوتی ہے تو وہ عام یا خاص نوعیت کی ہو سکتی ہے۔ عام تشویش کا اظہار مشکلات کے متعلق مبالغہ کرنے اور تمام تہتبات سے شدید جذباتی تعامل ظاہر کرنے کے رجحان سے ہوتا ہے۔ مخصوص تشویشیں جن کو بعض اوقات خوفوں: phobias کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، کثیر التعداد و مختلف ہیں۔

ہیبت مرض - کسی غیر طبعی احساس کی وجہ سے مریض کو یقین ہو جاتا ہے کہ وہ ایک خطرناک مرض میں مبتلا ہے۔ ایسی عام ہیبتیں سرطان، آتشک اور ریوی تدر کی ہوتی ہیں۔ اگرچہ ممکن ہے کہ امتحان کرنے اور اطمینان دلانے سے کچھ عرصہ کے لیے یہ خوف رفع ہو جائے، لیکن جب تک کہ بنیادی عصبانیت کا معقول علاج نہ کر دیا جائے، یہ اکثر پھر طاری ہو جاتا ہے۔ قلبی، کلوئی اور معدی معوی مرض کے ڈر بھی عام طور پر ہوا کرتے ہیں۔

دیوانگی کے خوف کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ یہ عام طور پر ہوا کرتا ہے اور مریض کا یہ خیال ذہنی ارتکاز کی وقت پر اور اس جذباتی طغاب پر جس میں وہ مبتلا ہے بنی ہوتا ہے۔

بعض مقامات کا خوف - ایسے خوف کثیر التعداد ہیں۔ عام ترین میں سے بعض یہ ہیں:۔ کھلے ہوئے مقامات کا خوف، ازدحام اور ہجوم کا خوف، بندھنوں کا خوف، ریل میں سفر کرنے کا خوف، لیکن ہے کہ یہ اپنی شدت میں مشلول کن ہوں، اور مریض کی زندگی میں خطرناک طور پر مزاحمت پیدا کر دیں۔

صنعتی معاملات کے متعلق خوف۔ ان میں سب سے زیادہ عام جلق سے متعلق ہوتا ہے۔ مریض شاید گزشتہ زمانے میں اس کا عادی رہا ہے یا اب بھی کچھ وقفوں کے ساتھ اسے بہت جذباتی نزاع کے ساتھ جاری رکھتا ہے۔ وہ محسوس کرتا ہے کہ میں نے اپنے ذہنی اور جسمانی صحت برباد کر لی ہے اور یہ کہ میری بیماری اسی سبب سے ہے اور میرے گناہوں کی سزا ہے۔ صنعتی مباحث سے کبھی اتفاقی طور پر دوچار ہونے سے جذباتی بیش تعامل پیدا ہو جاتا ہے۔ چونکہ موضوع ایسا ہے جس سے وہ بھل اور شرمندہ ہے، لہذا اس کی تشویش کا مبداء اکثر کم از کم اس وقت غیر شعوری ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس سے شامل خوف بھی ایسی تشویش کے باعث ہوں جو مریض کو شرمندہ کرنے والے صنعتی خیالات سے متعلق ہو۔ یہ زندگی کی بعض ہیئتوں میں، اور بالخصوص بعض اشخاص میں، اہم صنعتی نوعیت کے ہو سکتے ہیں۔

بعض اوقات اخراج منی باعث تشویش ہوتا ہے۔ چونکہ خود تشویش سے بھی اخراج منی ہو سکتا ہے، لہذا اس سے ایک دائرہ فاسدہ کے آغاز ہو جاتا ہے۔

عنانست (impotence) کی شکایت مردوں میں غیر عام نہیں۔ یہ علامت انزال قبل از وقت ہونے یا برابر استادگی حاصل نہ ہو سکنے پر مشتمل ہو سکتی ہے۔ یہ عام طور پر گزشتہ جلق یا اخراجات منی کے متعلق خوفوں کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔

عصبی۔ ذہنی اور جسمانی خستگی کی انتہائی قابلیت ایک عام علامت ہے۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ وہ کام کے ناقابل ہو گیا ہے، لنگو میں اپنا حصہ برابر نہیں لے سکتا، اور زینہ چڑھنے کے بعد تھک جاتا ہے۔ اعتبار کے ساتھ دریافت کرنے پر عموماً معلوم ہوگا کہ یہ نکان اپنے فعل میں تفریق ہے، اور مریض جنس مد تک اپنے گرد و پیش کے ماحول میں دلچسپی لیتا ہے، اس کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ایک شخص ایک ہی نوعیت کے کام میں آدھے گھنٹے سے زیادہ از نکاز توجہ نہ کر سکے، مگر کسی کھیل میں گھنٹہ گھنٹہ

دو یا تین گھنٹے تک اپنی پوری توجہ دے سکے۔ اپنی اس ناقابلیت کے باوجود کہ معمولی مجلس گفتگو کے فرائض ادا کرنے میں بھی قاصر رہتا ہے، وہ اپنی بیماری کے علامات پر بڑی تفصیل اور انتہائی سرگرمی اور شوق کے ساتھ بحث کرے گا، اور گواہوں سے طبیعت کے پاس جانے کا یار نہ ہوگا، تاہم فٹ بال کا میچ دیکھنے کے لیے ایک میل چل کر جائے گا اور اسے کوئی غیر معمولی تکان نہ ہوگی۔

دوسرا علامت ایک عمومی عام علامت ہے۔ بعض اوقات اسے ایک درد بتلایا جاتا ہے اور پھر بالعموم یہ وقتہ دار اور شدید تشویش کے لمحات کے ساتھ ہزناں ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر اسے ایک قسم کی تکلیف بیان کیا جاتا ہے اور یہ چنداں نشست سر پر ایک دباؤ کے احساس کے طور پر مسلسل موجود ہوتا ہے یا رملی احساس یا آنکلی، پُری یا حرارت کے احساس کے طور پر۔

دو یا تین دس (giddiness) کی شکایت اکثر واقع ہوتی ہے۔ مسلسل ہو سکتا ہے یا ایسے لمحوں کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو چند منٹ سے کئی گھنٹے جاری رہتے ہیں۔ چکر کھانے کا احساس (جیسا کہ عضوی مرض کے دوران میں ہوتا ہے) نہیں ہوتا، لیکن لڑکھڑاہٹ کا ایک موضوعی احساس اور ساتھ ہی گر جانے کا خوف ہوتا ہے۔ یہ خوف اس قدر نمایاں ہو سکتا ہے کہ مریض حرکت کرنے کی مجال نہیں رکھتا اور دوسروں سے چمٹ کر سہارا لینے لگتا ہے جب یہ علامت مسلسل ہوتی ہے تو بعض اوقات مریض شکایت کرنے لگتا ہے کہ میں کسی دوست کے بازو کا سہارا لئے بغیر جو مجھے تھامے رکھے باہر چل پھر نہیں سکتا۔

جوارح کا رعشہ (tremor) کبھی کبھی واقع ہونے والی علامت ہے جو خوف کے دورے کے ساتھ ہوتی ہے۔

غذائی نظام۔ عسر البلع (dysphagia) غیر عام نہیں۔ یہ ایک حد تک لعاب دہن کی کمی کے باعث ہو سکتا ہے، لیکن عموماً شکایت یہ ہوتی ہے کہ غذا حلق میں آگ جاتی ہے اور نیچے نہیں اترتی۔ عسر البلع اکثر زبان کے خوف کے ہمراہ ہوا کرتا ہے۔ اس میں معدی تکلیف اور ریخت عام شکایات

ہیں۔ ایک پری کا احساس ہوتا ہے جس کا غذائینے سے کوئی مستقل رشتہ نہیں ہوتا، مگر یہ احساس عموماً غذائینے کے دوران میں یا کھانا کھانے کے فی الفور بعد ہوتا ہے یہ فیض چاہتا ہے کہ ڈاکٹر اگر اس احساس میں تخفیف ہو جائے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ ہوائ بگل لیتا ہے جس سے ممکن ہے کہ معدے کا حقیقی تمدد پیدا ہو جائے۔ اس قسم کے سوا ہضم کا ایک متحرک خاصہ عموماً اس کی انتہائی نوعیت ہے۔ مثلاً مریض ہیں قہقہہ دلائے گا کہ گائے کا گوشت کھانے کے بعد اُسے ہمیشہ بدبھٹی ہو جاتی کرتی ہے، لیکن بعض دیگر گوشت کھانے کے بعد نہیں ہوتی۔ چائے اس کے معدے کے لیے مہلک ہے، لیکن تہو و بے فہرہ ہے۔ وہ سبز ترکاریوں کا استعمال نہیں ہو سکتا، لیکن کچے سیب بلا سبز کھا سکتا ہے۔

قبض ایک عام شکایت ہوتی ہے۔ کسی ادنیٰ سے سبب سے مریض کو پاخانہ نہ ہونے پر وہ سہل الے لیتا ہے، اور اب دوسرے موقع پر وہ فکر مند ہو جاتا ہے کہ آیا دوا کی مدد کے بغیر پاخانہ ہو گا یا نہیں۔ یہ تشویش خود تیز کے ممکن عمل میں مزاحم ہوتی ہے، اور پھر یہ ذہن کی ایک ایسی عادت پیدا کر دیتی ہے کہ جس میں اس امر کا شعور کہ کوئی مفتوح دوا پہلے لے لی گئی ہے کامیابی کے لئے ضروری ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات اسہال کی شکایت کی جاتی ہے، مگر تجزیہ کرنے پر یہ صرف نام کی غلطی ثابت ہوتی ہے، اور واقعہ یہ ہوتا ہے کہ مریض پاخانہ جانے کی ضرورت بالخصوص حالات و ماحول کے تحت محسوس کرتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ اس کے لیے کوئی سہولت میسر نہ ہو۔

قلبی عروقی نظام۔ اس عنوان کے تحت بیش قلبی تکلیف اور متلاجم نمایاں شکایات ہیں۔ ممکن ہے کہ تشریح کا انتہائی ارکان تشویش کا باعث ہو۔ تنفسی نظام۔ دم ٹھٹھنے کے موضوعی احساسات اور بہرہ، ناگہانی دہشت کے دوروں اور غمغریب نازل ہونے والی موت کے خوف کے ساتھ ہو سکتے ہیں۔

جسٹ - پسینہ بکثرت آسکتا ہے، اور یہ عموماً سہل ریوی (consumption) کے خوف کے ہرماہ ہوتا ہے گا ہے کسین پن اور جھنجھناہٹ کی شکایت ہوتی ہے۔

بہت سی نام نہاد "عصبی نہائیں" (neurasthenias) درحقیقت تشویشی معیائیں ہیں جن میں نکان کی شکایات، بالخصوص نمایاں ہوتی ہیں۔
تفصیل - اس کا انحصار کچھ تو اکسس امر پر ہوتا ہے کہ عضوی مرض علامات کے راستہ بہت ہی خیریت سے خارج از بحث ہو جائے اور کچھ اس شناخت پر کہ مرضی تشویش ہی ان کا سبب ہے، مگر مشکل نہیں ہوتا۔ لیکن یاد رکھنا چاہئے کہ بعض نرمن تستامت بھی جن کی خاص شال سہل ریوی ہے، اہم امدادی علامات ہو سکتے ہیں۔

یہ شناخت ہونے پر بھی کہ مرض ایک ذہنی خرابی ہے، اب اسے دوسری ذہنی خرابیوں جیسے کہ متاہت متباہ (dementia praecox) اور مانیائی انخفاضی دیوانگی (manic depressive insanity) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔

متاہت متباہ کی بعض اصابتوں میں مرضی تشویش اور خوف استعدائی علامات کے طور پر واقع ہو سکتے ہیں۔ لیکن تشویشی عصبیت کی تشویش و خوف سے اس امر میں مختلف ہوتے ہیں کہ یہ نہ صرف بچا اور غیر معقول ہوتے ہیں بلکہ اقبال توجہ بھی ہوتے ہیں، الامرض کے منطاسات کی بنا پر بشرطیکہ یہ ظاہر ہو سکیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ مریض اپنے باطن کی حالت کے متعلق مشویش ہو لیکن اس کی تہ میں یہ راسخ عقیدہ ہو کہ میری غذا میں سموم داخل کر دیے گئے ہیں جنہوں نے معدے کے اسٹر کو کھایا ہے۔

مانیائی انخفاضی دیوانگی کی ایک خفیف اصابت کے علامات کئی لحاظ سے تشویشی نفسی معیائیت کے علامات سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ لیکن مونا اول الذکر مرض میں پستی ایک زیادہ نمایاں اور متمیز خاصہ ہوتی ہے اور اس کا انحصار ماحول پر ہوتا ہے ہوتا۔ مریض کو اپنے ماحول میں دلچسپی لینے کے لئے اس قدر آسانی کے ساتھ نہیں آمجا رہا ہو سکتا۔ اس کے علامات اس کے دل میں تغیرات کے ساتھ بہت کم

متغیر ہوتے ہیں۔ طبیب کے اطمینان دلانے سے اسے بہت کم تشنہ حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی، مگر عیاضیت کے مریض میں طبیب کی ملاقات اور ایسی گفتگو کے بعد تقریباً ہمیشہ نمایاں (گرمراضی) اصلاح نظر آتی ہے۔ سہیلہ فی الخفاضی مریض اپنی تکالیف کا الزام خود ہی کو دینے پر نہایت شد و مد سے مائل ہوتا ہے اور اپنی سرگذشت بیان کرنے کے دوران میں اسی قسم کے اشارات کرتا رہتا ہے۔ مزید برآں اس کا انخفاص ایک روزانہ لے لیا کر کرنے کا رجحان رکھتا ہے اور علی الصبح سب سے زیادہ برا ہوتا ہے۔ کام کے بعد شب کو نیند آنے کی دشواری اسے اتنا نہیں ستاتی، جتنا کہ صبح چھٹے بجے کے وقت شدید بخمینی اور افسردگی کے احساس کے ساتھ جاگ پڑنا۔ ممکن ہے کہ تفریق تشخص کے لیے بعض اصابتوں میں کچھ عرصے تک سانس و مشاہد ضروری ہو۔ ایک مشکوک اصابت میں یہ ضروری ہے کہ تشخص طے ہو جائے، کیونکہ دونوں حالتوں کا علاج غیر مشابہ ہے۔ مزید برآں مابین انخفاضی مریضوں میں خودکشی کا شدید خطرہ ہوتا ہے۔

انذار۔ جہاں تک کہ عظمیٰ ناک شایع کا تعلق ہے، انذار اچھا ہوتا ہے۔ یہ مریض دیوانے نہیں ہو جاتے، لیکن اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ وہ طویل عرصوں تک کام کرنے سے معذور اور مجلسی تعلقات کے ناقابل ہو جائیں، اور اس دوران میں وہ خودکشی اور نیز اور دوسروں کے لئے بار ہو جاتے ہیں۔ معمولی علاج کے ساتھ تو قعات اچھی ہوتی ہیں، باستثناء ان اصابتوں کے جن میں موروٹی عامل نمایاں ہو۔ علاج۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ علامات کا تجزیہ کیا جائے، مریض کو سمجھایا جائے اور دلاسا دیا جائے (اس کا رروانی کو نفسیاتی معالجہ کہتے ہیں)۔ بعض اصابتوں میں آرام و سکون اور ادویہ کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ ابتدائیں اکثر اوقات دوستوں سے ملحدگی مناسب ہے، اور خط و کتابت کی ممانعت بھی قسمین مصلحت ہوگی۔

اس حالت کے علاج اور تشخص دونوں کے لیے سرگذشت مرض کا اندراج اور طبیعی امتحان نہایت اہم امور ہیں (11)۔

مریض کو ترغیب دینی چاہئے کہ اپنے خاص علامات با تفصیل بیان کرے

اور پھر مختلف جسمانی نظامات کے متعلق مزید سوالات کرنے چاہئیں۔ یادداشتیں
 لکھ لی جائیں۔ پھر مریض کا باقاعدہ امتحان کیا جائے۔ اگر سرگزشت مرض کا تجربہ
 اور جسمانی امتحان عضوی مرض کو خارج از بحث کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئے
 ہیں، تو یہ مریض سے کہہ دینا چاہئے۔ اگر کسی مزید تحقیقات کی ضرورت ہو تو
 اس سے اس کو مطلع کر دینا چاہئے اور اسے عمل میں لانے کے لیے حتی الامکان
 جلد انتظام کرنا چاہئے۔ اگر جسمانی مرض کے کوئی متین آمارات موجود ہوں تو
 مریض کو اس سے لاعلم نہیں رکھنا چاہئے، بلکہ اسے یہ محسوس کر دینا چاہئے کہ اس کا
 علاج بالکل بے تکلفی کے ساتھ کیا جا رہا ہے اور کوئی بات پوشیدہ نہیں رکھی جاتی۔
 مزید برآں اسے کسی قدر یہ بھی سمجھا دینا چاہئے کہ آمارات کیا ہیں اور ان سے
 کیا ظاہر ہوتا ہے۔ اس طرح پر اسے ذہن نشین کرایا جاسکتا ہے کہ جو عضوی
 نقص یا خرابیاں موجود ہیں وہ بطور خود اس کے علامات کی توجیہ کے لیے
 ناکافی ہیں۔

سرگزشت مرض کے اندراج اور طبی امتحان میں کم از کم ایک گھنٹہ صرف
 ہونا چاہئے۔ اکثر اوقات یہ ناکافی ہوتا ہے، لہذا ایک بار اور ملاقات کا انتظام
 کرنا چاہئے۔ یہ ضروری ہے کہ مریض کو اس امر کا پورا یقین ہو کہ اس کی پوری سرگزشت
 اچھی طرح سمجھ لی گئی ہے، اور جسمانی مرض کے کسی امکان کو نظر انداز نہیں کیا گیا
 ہے، کیونکہ یہی ابتدائی امور آئندہ علاج کی اساس ہیں۔

جب اس امر کے متعلق مریض کا اطمینان کر دیا جائے کہ اس کے علامات
 عضوی مرض کے سبب سے نہیں ہیں تو پھر طبیب کو آگے یہ سمجھانا چاہئے کہ
 بلاشبہ وہ حقیقی علامات ہیں، خیالی نہیں ہیں، اور ایسے ہیں کہ ان کا مبدائی
 سبب جذباتی اختلال ہو سکتا ہے۔ متذکرہ بالا تعقیباتی اصول راجح ہو
 (صفحہ 778) کا خاکہ مناسب الفاظ میں بیان کر دینا چاہئے۔ مثلاً یہ بتلایا جاسکتا
 ہے کہ جب ایک بچی کسی کتے سے ڈر جاتی ہے تو اس کے جسمانی اعضا نہیں
 بہت سے اختلالات ظاہر ہو جاتے ہیں جن میں خون کے کیمیائی تغیرات شریعت
 شرح نبض، صفیہ دوسری کا ارتقاع (جسے ناپا جاسکتا ہے) اور مندی حرکتیں

تبدیلیاں (جولہ شاعروں سے مشاہدہ کی جاسکتی ہیں) شامل ہیں۔ تاہم یہ تغیرات نہ تو ناؤف اعصاب کے اور نہ ان پر اقتدار رکھنے والے اعصاب کے کسی حص پر دلالت کرتے ہیں۔

چنانچہ ان اصولوں کے تحت مریض کے علامات کے تجزیہ کے لیے پھر مزید لحاظاتوں کا انتظام کرنا چاہئے۔

پہلے علامات کے آغاز کی تاریخ کا سراغ لگایا جاتا ہے اور مریض سے جرح کی جاتی ہے کہ آیا کوئی جذباتی مشکلات اُس وقت موجود تھیں۔ لیکن یہ کہ ابتداء اُسے ایسی کوئی تکالیف یاد نہ آئیں۔ پھر اُسے لاشعوری ذہنی اعمال کی موجودگی کے متعلق سمجھایا جائے اور مثالیں دی جائیں کہ کس طرح پر جذباتی احتلال میدان شعور سے باہر ہونے کے باوجود جذباتی تعامل کے علامات پیدا کر سکتا ہے۔

اس طریقہ سے مختلف علامات کے کافی اسباب کا دریافت ہو جاتا ہے لیکن ہوتا ہے اور جب بتدریج ان کی توجیہ کر دی جاتی ہے تو ان کے فائدہ ہو جانے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے نیز ذہن کی بنیادی عادتوں کا جو مرض پر مستحیج ہوئی ہیں یہ لگتا کہ مریض پر ان کی توجیہ کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ بعض اصابتوں میں مریض انھیں صاف صاف معلوم کر لیتا۔ دوسری اصابتوں میں اس جذباتی گفتی کو سلجھانے میں بڑی ہوشیار اور بوجہ کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔

بعض اصابتوں میں اہم لاشعوری ذہنی اعمال کے انکشاف کے لیے ذہنی تجزیہ کے مخصوص طریقوں کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ ان کے متعلق فریڈ (Freud) اور اُس کے متبعین کی تصانیف سے استفادہ کرنا چاہئے جو نفسیاتی تجزیہ سے بحث کرتی ہیں۔ اصابتوں کی بڑی اکثریت کا علاج تفسیر کہ پیچیدہ طریقوں سے کیا جاسکتا ہے۔ جیسے جیسے مریض پر یہ ہوجیدا ہوتا جاتا ہے کہ میرا علاج ہمدردی اور سمجھ بوجھ کے ساتھ کیا جا رہا ہے اور یہ کہ علاج سے دراصل صحتیابی کی قری آمید ہے۔

ویسے ویسے اس کی اشتراک عمل کی خواہش اس کو تقویت دیتی ہے کہ وہ توجہ کی روشنی کو ذہن کے ان زخموں پر منطف کرے جو اس سے پہلے شرم یا خوف کی وجہ سے مخفی رکھے گئے تھے۔ اس طرح مریض بتدریج اپنے راز طیب پر کھول دیتا ہے جو اس کی سرگذشت کے منتشر اجزا کو جمع کر کے اس کی عدالت کے اسباب کا پتہ لگانے میں کامیاب ہو سکتا ہے۔ ان اسباب کو پیش کرنے میں ضرورت ہے کہ طیب بھر دوی کے ساتھ پیش آئے، کیونکہ اس کا دروائی میں مریض کو اپنے عیب اور کمزوریاں تسلیم کرنی پڑیں گی جن سے وہ چشم پوشی کرتا رہا ہے لیکن یہ مریض اس سے زیادہ کسی چیز کو پسند نہیں کرتے کہ عند سے دل سے ان کی کشتی اور خاطر جمعی کر دی جائے کہ وہ دوسروں کو بھی اسی قسم کے تجربات پیش آئے ہیں اور تمہارے بہت سے دوست و احباب بھی وجہ کے مقابلے میں شاید تم خود کو زیادہ بد نصیب سمجھ رہے ہو، تقریباً یقینی طور پر (شاید پوشیدہ طور پر) ایسے ہی خوف و ہراس اور آلام و مصائب میں رہے ہوں۔

چونکہ علاج کا تعلق خاص طور پر علامات کے انکشاف اور ان کی بہت کی جانچ سے ہے، لہذا مناسب ہے کہ مذکورہ بالا علامات پر اس عنوان کے تحت مکرر غور کر لیا جائے۔

تشویشی مصائب، اگر وہ شدید اور طویل ہے، حقیقی خشکی پیدا کر دینے کا امکان رکھتی ہے۔ لہذا مناسب یہی ہے کہ جب کبھی غیر معمولی ذہنی یا جسمانی مکان کی قابیلیت کے علامات نمایاں ہوں تو علاج کی ابتدا کچھ عرصہ آرام و سکون لینے سے کی جائے۔ بد خوابی کو ہمیشہ اس امر کا داعیہ سمجھنا چاہیے کہ ابتدائی بستر میں آرام کیا جائے اور پھر مزید علاج کیا جائے۔ مریض کو اس کا دروائی کے وجوہات سمجھا دینا ضروری ہے، اور اسے یہ نتیجہ ہوگا کہ اسے کامیابی دینا چاہیے کہ صرف آرام لینے سے صحت ہو جائے گی۔

عموماً کافی ہوگا کہ ایک ہفتہ بستر میں گذار کر ازاں بعد مزید دو یا تین ہفتوں کے اندر معمولی مشاغل دوبارہ اختیار کیے جائیں۔ اسی کے ساتھ ساتھ نفسیاتی بھی ہوتا ہے، اگر لیکن ہر علاج کے اس حصہ کے لئے مریض کو ایک بیمارستان میں رہنا چاہیے۔

ذہنی علامات - عدم قابلیت ارتکار توجہ کو اکثر غنی جنون کی علامت سمجھ لیا جاتا ہے لہذا اس کے متعلق ہمیشہ دریافت کر لینا چاہئے مریض اس ڈر کو خود سے نہ بھی دوسروں سے اکثر غنی رکھتا ہے۔ اس کا بہکان اُس وقت بالخصوص ہوتا ہے جب کہ ذہنی مرض کی کوئی خاندانی سرگزشت موجود ہو اس حقیقت کو بعض اوقات پہلی ملاقات میں غف کر دیا جاتا ہے یا اس سے انکار کر دیا جاتا ہے اس امر کے متعلق مریض کو پورا اطمینان کر دینا چاہئے بغیر یہ محاذ کر دینا چاہئے کہ کو اس کام میں ایک ذہنی عارضہ ہے، تاہم اس کا تعلق ان خفیف عوارض کے زمرہ سے ہے جن کو نفسی صبا نیت کہتے ہیں، جو بڑے ذہنی عوارض یا ادوائش سے مطلقاً جدا گانہ ہے، اور یہ کہ مریضوں میں ایک عارضہ دوسرے عارضہ میں شاذ و نادر ہی تبدیل ہوتا ہے۔ پھر توت ارتکار توجہ کی کمی کی توجہ یوں کر دینی چاہئے کہ وہ تشویش کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ایسا شخص جس کے ذہن پر کسی ناز نفع کر وہ فکر یا پریشانی کا بار ہوا اپنے کام کے طرف اپنی پوری توجہ منڈول نہیں کر سکتا۔ پھر تشویش کے مبداء اور اس کے استمرار کے اسباب کے متعلق پہلے بتلائے ہوئے طریقوں پر عمل کرنا چاہئے۔

بیخوابی - جہاں تک کہ اس کا انحصار براہ راست تشویش پر ہے سبب کے علاج کے ساتھ اس میں اصلاح کی توقع کی جاسکتی ہے۔ اس خاص علامت کے متعلق مریض کو اکثر حد سے زائد تشویش لاحق ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں اُسے یہ اطمینان دلانے کی ضرورت ہوتی ہے کہ بہت سے اشخاص اس سے بھی کم غفلتوں کی نیند کے بعد اپنا کام بہ طریق آسن انجام دینے کے مادی جوتے ہیں اور ان میں نیند کی کمی کی وجہ سے کوئی بڑے علامات نہیں ظاہر ہوتے۔ مزید برآں یہ بھی سمجھا دینا چاہئے کہ تشویش بیخوابی کا ایک قلمی سبب ہے اور یہ کہ جن جن علاج جاری رہے صحت آئے اپنی حالت میں اس لحاظ سے بھی اصلاح نظر آئے گی۔ اس امر پر بھی بحث کرنی چاہئے کہ غنی تشویش ڈباوئے خواب پیدا کر دینے کی توت رکھتی ہے۔

اگر بیخوابی کا آغاز صال ہی میں ہوا ہے تو ایسی سادہ تدبیریں اکثر کارگر

ہو جاتی ہیں۔ لیکن خیند ایک معکوس عمل ہے جس کا اختصار بڑی حد تک عادت پر ہوتا ہے اور بد قسمتی سے بخوابی پر بھی یہی بیان صادق آتا ہے۔ لہذا اگر یہ علامت چند روز سے زائد تک جاری رہی ہے تو لازم ہے کہ طبیعت نفسی علاج کے علاوہ دوسرے ذرائع سے بھی اس کا علاج کرنے میں پس و پیش نہ کرے۔ جیسا کہ ہمیشہ ہونا چاہئے، مریض کو ان ذرائع علاج کی توجیہ اور علم سمجھا دینا چاہئے۔

مزید ذرائع علاج یہ ہیں :- (۱) ادویہ، (۲) عادت پیدا کرنا، اور

(۳) عقلی ارتخا۔

۱۔ اگر بخوابی نسبتاً حال ہی میں ہونے لگی ہے اور اس کی وجہ سے بہت تشویش پیدا ہو گئی ہے، تو مندرجہ ذیل ترکیب مناسب ہے۔ پہلی شب مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ خیند لانے کی کسی قابل اعتماد منوم دوا کی ایک خوراک کافی مقدار میں لے [مثلاً میڈینال (medinal) دس گرین، پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) دو ڈرام، یا کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) میں گرین، چائیس گرین پوٹاشیم برومائڈ (pot. brom.) کے ساتھ]۔ اسے فحاش کی جاتی ہے کہ دوسری شب دوا اپنے بستر کے پاس تیار رکھے اور اگر دوا کے بغیر خیند نہ آئے تو بلا پس و پیش اسے لے لے۔ منوم دوا کا نسخہ ایسی مقدار میں تجویز کروایا جاتا ہے جو ایک ہفتہ کے لئے کافی ہو۔ مریض کا ایذا کر دینا چاہئے کہ اس طریق عمل سے دوا کی عادت ہو جائے گا کوئی خطرہ نہیں۔ چند راتوں کے بعد عموماً پایا جائے گا کہ مریض کو قدرتی طور پر نیند آگئی ہے اور دوا بغیر چکی ہوئی بستر کے پاس رکھی ہوئی ہے۔ اب مریض کا اعتماد پھر قائم ہو گا کہ میں بلا کسی مدد کے سونے کی قابلیت رکھتا ہوں۔ جب بخوابی زیادہ مدت کی ہوتی ہے تو ممکن ہے کہ خیند لانے کے لئے منومات کا استعمال زیادہ طویل عرصہ تک کرنا پڑے۔ جوں جوں نفسیاتی علاج اور علاج کے دوسرے طریقے زیادہ ناکارگر ہوتے جاتے منومات کی مقدار خوراک بتدریج گھٹا دی جاتی ہے۔ دوائی علاج کے ساتھ ساتھ ہمیشہ دوسرے طریقوں کو جن کا حوالہ

دیا گیا ہے شامل کرنا چاہئے۔

۲۔ بیشتر اشخاص کسی نہ کسی قسم کی رسم کے پابند ہوتے ہیں، جو معمولی حالات میں نیند سے پہلے ادا کر لی جاتی ہے اور کچھ خواب ہوتی ہے۔ ساعت کرہ لباس اٹارنے کی ترتیب، کتاب جو بستر میں پڑھی جاتی ہے، یہ سب حالات معکوسہ قوم میں آسانی پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں۔ بخوانی کی حالت پر بھی یہ بات صادق آتی ہے۔ اسی واسطے اس مریض کو جسے نیند کی عادت بحال کرنا تعلیم دی جا رہی ہے، تبدیلی ماحول سے اور سونے کے وقت کی عادتوں کو بدلنے سے فائدہ پہنچے گا۔ سونے کا کرہ بدل دینا بھی اکثر بذاتہ مفید ہوتا ہے۔

۳۔ عقلی ارتخا نیند آنے کے لئے ایک نہایت اہم جسمانی حالت ہے۔ وہ مریض جو تشویش میں مبتلا ہوتے ہیں، اکثر اوقات شدید عقلی تنیدگی کی حالت میں ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے وہ فوراً وقت محسوس کرتے ہیں۔ کس علامت کا انحصار بلاشبہ بنیادی عصبانیت پر ہوتا ہے، اور سبب کا علاج کرنے سے اس میں بھی اصلاح ہوتی جاتی ہے۔ تاہم بخوانی کے ایک سبب کی حیثیت سے اس کی روک تھام کسی حد تک اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض کو اپنے جوارح ڈھیلے کرنے کی مشق لائی جائے۔ طریب کو چاہئے کہ مریض سے اپنا ایک جوارح بالکل ڈھیلے پٹار کھینے کو کہے اور پھر اسے اٹھا کر اور ہاتھ لگا کر اس کے ڈھیلے پن کا امتحان کرے۔ عموماً پایا جائے گا کہ مریض بجائے اس کے کہ اپنے جوارح کو جاذبہ کے رخ میں گرنے دے، اُسے ہمیشہ اپنے ارادے سے حرکت میں لاتا رہتا ہے۔ روزانہ مشق اور ارگن کا توجہ کے ذریعہ بیشتر اشخاص کو گردن، دھڑ اور جوارح کے تمام عضلات کو باری باری سے اور بالآخر ایک ساتھ ڈھیلے کرنا سکھایا جاسکتا ہے اور نیند کے لیے یہ ایک مفید ذریعہ بن جاتا ہے۔

مریض کا ڈس۔ ابتدائی امتحان کافی طور پر مکمل ہونا چاہئے تاکہ طریب کو ایک ایسی مستحکم حیثیت حاصل ہو جائے جس کی بنا پر وہ مریض کو پورا اطمینان دلا سکے کہ علامات کی عضوی مریض کے سبب سے نہیں ہیں۔ اس قسم کے اطمینان

والسنے سے گو عارضی آرام و تسکین ممکن ہے مگر یہ بذاتہ کافی علاج نہیں ہو سکتا ایک ذہن مریض عموماً یہ بیان کرتا رہے گا کہ علامات ہنوز موجود ہیں اور ان کا کچھ نہ کچھ سبب ضرور ہونا چاہئے۔ اس پر طبیب یہ سمجھانے کی کوشش کرے گا کہ جسمانی علامات جو اکثر عضوی مرض کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، اس طرح جذباتی اختلال سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ خوف کی سیخ آغاز کا سراغ لگایا جاتا ہے اور اس کا تجزیہ اور توجیہ جاری رکھی جاتی ہے۔ امراض کے خوفوں کے ہمراہ بیماری کے متعلق ایسے ابتدائی خیالات پائے جاتے ہیں جیسے یہ کہ یہ گذشتہ گناہوں کی پاداش یا قہر الہی ہیں، چنانچہ اکثر اوقات ان خوفوں کا اصلی سبب صنفی غلط کاریوں پر پشمانی ہوتی ہے۔

مخصوص مواقع کے خوفوں کے تجزیہ کے لئے مریض سے سادہ الفاظ میں احوالی سکھو۔ اور لاشعوری ذہنی اعمال کی ابتدائی توجیہ بیان کر دی جائے۔ مریض کو پہلے یہ ذہن نشین کرادیا جاتا ہے کہ اس کے بعد از عقل اور بیجا خوف و ہراس کے پس پر وہ کوئی مقبول اور قابل فہم سبب موجود ہونا ممکن ہے۔ پھر اس پر اصرار کیا جاتا ہے کہ وہ اپنے خیالات کو سمجھ کر بیان کرے اور اس گذشتہ زمانے کو یاد کرے جب کہ اس کی تکلیف شروع ہوتی تھی اور اس وقت کی زندگی کے متعلق اور بالخصوص اگر کوئی مخفی آرزو میں، خوف و ہراس یا ناکامیاں پیش آئی ہوں تو ان کے متعلق بھی آزادانہ طور پر گفتگو کرے۔ اگر خود طبیب کے کافی طور پر یقین ہو جائے کہ کوئی سبب ضرور دریافت ہو سکتا ہے تو عموماً واقعات بتدریج اپنے آپ کو بے نقاب کر دیں گے۔ مریض کو ایک صداقت کے تسلیم کرنے پر آمادہ کیا جاتا ہے اور اس کی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے کہ جن واقعات سے اس پر خوف طاری ہوتا ہے ان سے گریز نہ کرے بلکہ اس قرن قیاس توجیہ کے پیش نظر جو اسے بتائی گئی ہے وہ ان کا مقابلہ کرنا سکھے۔

صنفی امور کے متعلق خوف۔ ان میں سے عام ترین طبقے سے تعلق رکھتے ہیں۔ اس موضوع پر گو طبیب کے ذاتی تعصبات کچھ بھی

ہوں، اُسے ایسا مشورہ دینا چاہئے جو طر فدا ری اور ذانیات سے پاک ہو۔
مریض کو اکثر یہ احساس ہوتا ہے کہ اس عادت کے ازکتاب سے وہ
صرف خود اپنے معیار سے گر گیا ہے، بلکہ اُس نے خود کو اخلاقی طور پر ذلیل اور
اپنے رفیقوں کے ساتھ ملنے جُٹنے کے ناقابلِ ثبات کر دیا ہے۔ اُسے راستہ
کے ساتھ اطمینان دلانا چاہئے کہ تندرست ذکور میں شاذ ہی چند ایسے ہوتے ہیں
جو کسی نہ کسی وقت جلق کے ترکب نہ ہوئے ہوں اور اُن دوست آشناؤں
کو بھی جن کے مقابل میں وہ خود کو اس قدر برا سمجھتا ہے، یقیناً اُس کے جیسے
ہی تجربات پیش آچکے ہیں۔

ملاوہ بریں دوسرے خوف بھی ہوتے ہیں، جن کا تعلق اُن خراب اثرات
سے ہوتا ہے جو خیال کیا جاتا ہے کہ جلق سے صحت پر مترتب ہو جاتے ہیں۔
کبھی کبھی نادانف والدین یا اساتذہ ایسے خیالات ذہن نشین کر دیتے ہیں،
جیسے یہ کہ اس عادت سے دیوانگی یا سہل ریوی لاحق ہو جاتی ہے، اور
عطائی نیم حکیم ذاتی منفعت کے اغراض سے پسمنی تمام ان کو ترقی دیتے
رہتے ہیں۔

درحقیقت ایسی کوئی شہادت نہیں ہے جس سے یہ ظاہر ہو کہ جلق کا
فعل بطور خود فطری منفی مباحثرت کے نسبت زیادہ مضر اثر رکھتا ہے۔ ایسے
نتائج جیسے کہ درد سر اور پستی، جن کی مریض کو شکایت ہوتی ہے، خود اس
فعل کا نتیجہ نہیں ہوتے، بلکہ اس فعل کے ساتھ کی ذہنی تکلیف کا نتیجہ ہوتے
ہیں جو بڑی حد تک اُس خوف سے متناسب ہوتی ہے جو مریض کے دل میں
نتائج کے متعلق ہوتا ہے۔ مریض اکثر مصر ہو گا کہ منی کا ضائع ہونا بذاتِ مضیف بڑے
اس کے جواب میں یہ بتلایا جاسکتا ہے کہ یہ اُس سے زیادہ نہیں جو طبعی منفی
جامع میں ہوتا ہے، جو ہزار یا ہشتاد شخص کی زندگیوں میں برابر واقع ہوتا رہتا ہے
اور وہ اس کی وجہ سے کوئی بڑا اثر نہیں محسوس کرتے۔ ندامت کے متعلق چوں
میسار سے گر جانے کی وجہ سے پیدا ہوئی ہے، جو مریض نے اپنے لئے سفر
کر لیا ہے، مریض کو بتلانا چاہئے کہ ایسے معیارات کا رکھنا ہی ایک خوبی کی

بات ہے، نیز یہ کہ نصب العین کا خواہہ ہی یہ ہے کہ جو کچھ انسان بننا چاہتا ہے وہ اس سے بلند تر ہو کہ جو وہ حقیقت میں ہے۔

متواتر اخراجات منی کے متعلق خوف و اندیشہ کا تدارک بھی اسی طریقہ سے کرنا چاہئے۔ ایسے نقصانات "وہ علامات نہیں پیدا کر سکتے جو مریض ان سے منسوب کرتا ہے" اور یہ بطور خود بے ضرر ہوتے ہیں۔ بلکہ تشویش ہی اخراجات منی کا سبب ہو سکتی ہے۔

عموماً ان موضوعوں کے متعلق بے تکلف بحث سے ان کی اہمیت میں تخفیف ہو کر وہ اپنی اصلی حیثیت میں نظر آنے لگیں گے، اور اس عصبانیت کے آغاز کے متعلق مزید تحقیق کے لیے راستہ صاف ہو جائے گا۔ وہ مریض جو اس نوعیت کی تشویش میں مبتلا ہوتا ہے، اکثر ان کے اعتراف سے شرماتا ہے، مگر اگر معقول طریقے سے دریافت کیا جائے تو وہ ہمیشہ جواب دے گا۔ اس کو کہہ دینا چاہئے کہ تمام طبیعی اشخاص کسی حد تک صنفی مشکلات میں مبتلا ہوتے ہیں، اور اس سے اخراجات منی اور بلی کے بارے میں اس کے ذاتی تجربات کے متعلق براہ راست سوال کرنا چاہئے۔

مورتوں میں اس نوعیت کی مشکلات نسبتاً کم پائی جاتی ہیں، اور جب یہ موجود ہوتی ہیں تو ان کا انکشاف بھی کم آسان ہوتا ہے۔ بایں ہمہ بلی کے متعلق پریشانی ان میں بھی عام ہوتی ہے، اور اگر اس کی موجودگی کے شبہ کے لیے وجہ ہو تو اس پر بھی ویسی ہی بے تکلفی کے ساتھ بحث کرنی چاہئے۔

مرد میں صنفی عنانت (sexual impotence) (ناروی) عموماً گذشتہ بلی کی پریشانیوں کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ ایسا شخص شادی ہونے پر ہم ستری کے وقت تشویش کی حالت میں ہوتا ہے اور اُسے اندیشہ ہوتا ہے کہ کہیں اُسکی گذشتہ غلط کاریوں نے اُسے جماع کے ناقابل نہ کر دیا ہو۔ یہ تشویش بذاتِ عنانت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ جب مریض کو یہ سمجھا دیا جائے کہ بلی ایک عالمگیر عادت ہے تو اُسے پھر اعتماد حاصل ہو جائے گا۔ لیکن ہے کہ ایک شخص جو پہلے اس معاملے میں طبیعی تھا، جماع کا اقدام اُس وقت کرے جب کہ وہ دراصل تنگی میں مبتلا ہے،

اور ایک بار ناکام رہنے کے بعد پھر اُسے تشویش پیدا ہو جائے جو اُسے آئندہ موقعوں پر نامرد بنادیتی ہے۔ یہاں بھی بے لکھنی کے ساتھ بحث اور توجیہ اکثر اس حالت کو درست کرنے کے لئے کافی ہوگی۔ بعض اوقات اس کی ضرورت ہوتی ہے کہ ہوی سے علیحدہ گفتگو کر کے صنفی اصول صحت کے موضوع کے متعلق اُس کی تفہیم کر دی جائے دوسری کوئی چیز غمناک پیدا کرنے کا اس قدر قوی سبب نہیں ہوتی جس قدر کہ وہ ہوی جو اپنے شوہر کی صنفی قابلیت کے متعلق شبہ یا تشویش ظاہر کرتی ہے۔

طبیعی علامات۔ صنفی طبی امتحان کے بعد مریض کے علامات کا تفصیلی امتحان کر کے ان کی یہ توجیہ کرنی چاہئے کہ وہ جذباتی تعال کی وجہ سے ہیں۔ ایسی توجیہ مریض کے لئے اکثر نئی چیز ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ اُسے سمجھنے کے لئے اُسے کچھ وقت درکار ہو۔ اگر تفہیم میں کسی طرح کا جبر کرنے کی کوشش کی جائے گی تو اس کا امکان ہے کہ وہ مخالفت کرنے لگے۔ اسی واسطے دلائل بار بار پیش کرنے پڑتے ہیں اور دوسرے مریضوں سے یا روزانہ زندگی سے مثالیں دینی پڑتی ہیں۔ مثلاً ہر شخص جانتا ہے کہ فکر و پریشانی سے درد سر پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ ایک عام تجربہ کی بات ہے کہ ایک شخص جو ایک بڑے مجمع کو مخاطب کرنے کے لئے کھڑا ہوتا ہے سماعین پر اچھا اثر پیدا کرنے کی تشویش کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ اُسے دوران سر کا احساس ہو یا اس کے پاؤں لڑکھڑانے لگیں۔ اکثر اوقات خوف کے ساتھ جو الجھ میں پڑنے لگتا ہے۔

سوہضم تشویش کی ایک مشہور علامت ہے ممکن ہے کہ ایک ایسا شخص جس کے فعل مبہم میں کسی مخفی فکر یا پریشانی کی وجہ سے نفل واقع ہو گیا ہے اپنی تکلیف کو غذا کی کسی خاص شے سے منسوب کرے۔ یہ خیال ایک بار ذہن نشین ہونے کے بعد جب کبھی وہ یہ غذا کھاتا ہے تو اسی خوف اندیش کے ساتھ کھاتا ہے کہ اس سے علامات پیدا ہو جائیں گے۔ یہ خوف بذاتِ لہی مبہم میں مداخلت پیدا کر دینے کے لیے کافی ہوتا ہے۔ اس طرح ایک دائرہ فاسد قائم ہو جاتا ہے جس سے وہ اتنا خفاہی سوہضم پیدا ہو جاتا ہے جو تشویشی عصبانیت کی ایک عام علامت مست ہے۔ رجحیت (flatulence) پڑی کے احساس کی غلط ادویل کے سبب سے پیدا ہو جاتی

ڈکار میں لینے کی کوشش میں مریض ہوا نکل لیتا ہے، اور مدد کے کا حقیقی تمدد پیدا کر دیتا ہے۔ اگر مریض کو محض یہ ہدایت کر دیا جائے کہ ڈکار لینے کے اضطراب کو روکنے کو اس توجہ کی صداقت کا ثبوت اُسے خود دل سکتا ہے۔

اسی طرح پیش قلبی تکلیف اور احتیاج کو زارتیاک تنفس اور پسند آنا بھی تشویش کے مشہور لوازم ہیں۔ جب مریض کو اطمینان ہو جاتا ہے کہ اس کے مخصوص علامات کوئی عضوی آسان نہیں رکھتے بلکہ ایسے ہیں کہ جو جذبات سے پیدا ہو سکتے ہیں، تو پھر اسے پہلے بیان کئے ہوئے اصولوں کے مطابق اپنی علامت کے مدد اور اس کے جذباتی ماحول کو یاد کرنے کی ترغیب دی جاتی ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ اندونی سرگند شربت مرض رفتہ رفتہ ظاہر ہو جائے۔

علاج کا مقصد یہ ہے کہ مریض کو اپنے علامات کے متعلق ایسی بصیرت حاصل ہو جائے کہ جس سے اس کو اپنی علامات مرض نظر نہ آئیں۔ یہ مقصد حاصل ہو جانے پر بھی اس کے آلام و مصائب ضرور نہیں کہ ختم ہو جائیں، کیونکہ ممکن ہے کہ اب بھی اُسے ان جذباتی مشکلات سے مقابلہ کرنا پڑے جو اس مرض کی اسکا ہیں۔ اکثر خود اس مرض کی وجہ سے ان مشکلات سے محتر زاور دور رہنے کے لئے کچھ عذر حاصل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شفا یابی کے ساتھ ہی نامرغوب ماحول میں رہی کی ضرورت لاحق ہو۔ لہذا اس موقع پر رجحان نکس ہوتا ہے۔ مریض کو معمولی زندگی کے لئے اپنی ذہنی یا جسمانی قابلیت میں پھر شبہ ہونے لگتا ہے۔ اس رجحان کا تدارک اس لاشعوری محرک دینی ناخوشگوار فرائض سے بچنے کے لئے مرض کو ایک بہانہ بنانے کی خواہش کے تجزیہ اور توجہ کے ذریعہ کرنا چاہئے جو اس کا اصلی سبب ہے۔ مریض کے رشتہ داروں یا دوستوں سے ملاقات کرنے اور ان کی ہمدردی منسلک کر لینے سے اکثر صورت حال مریض کے لیے زیادہ آسان ہو جاتی ہے۔

ہسٹیریا (اعتناق الرحم)

(hysteria)

ہسٹیریا کی اصطلاح ذہنی خرابی کی ایک خاص قسم بیان کرنے کے لیے استعمال

کی جاتی ہے جو جسمانی علامات کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے، یا جو ایک میٹیر و مخصوص طرز کا غیر طبی رویہ پیدا کر دیتی ہے (مشی فی النیوم: somnambulism) یا آوارہ گردی (fugues) لیکن ہسٹیریا فی ذہنی خرابی کے کلی یا جزوی ظواہر کے طور پر بعض صورتوں میں پر ذہنی علامات بھی پیدا ہو سکتے ہیں جیسے کہ جزائر نسیان یا توہمات۔

بحث اسباب۔ ہسٹیریا کے علامات شیر خواری کے بعد کسی بھی عمر میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ وہ زیادہ عام طور پر ضعیف نازک میں پائے جاتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ استثنائی حالات میں (جیسے کہ جنگ عظیم میں پائے گئے تھے) ان کا ظہور بعض اوقات بالغ مردوں میں بھی پایا جائے۔ امواتوں کی اکثریت میں تو اثر تسمیم مرض میں ایک نسبت غیر اہم حصہ رکھتا ہے۔ نسبت بہت زیادہ اہمیت ان ذہنی مادیات کو حاصل ہے جو طفلی اور یرقان کے دوران میں دوسروں کے اقوال سن کر اور مثال کو دیکھ کر نمودار ہو جاتی ہیں۔ بہت سی مثالوں میں والدین خفیف جسمانی امراض یا حادثات کے متعلق مبالغہ سے کام لیتے ہیں اور سچ کو کھلم کھلوں یا شعیوں سے بہلاتے بھاتے ہیں، یا یہ علامتیں کسی ناگوار فرض کو ادا کرنے سے بچنے کا بہانہ ہوتی ہیں، یا ان کی مدد سے سچے مرکز توجہ بننے کی پسندیدہ حیثیت حاصل کر سکتا ہے۔ اسی طریقے سے اکثر و بیشتر ذہن کی اس عادت کی بنیادیں پر حبصاتی ہیں جس کا رجحان یہ ہوتا ہے کہ وہ شخص روزانہ زندگی کی مختلف مشکلات سے بچنے کے لئے لاشعوری طور پر جسمانی علامات کا سہارا لینے لگتا ہے۔ اس کے برعکس اس شخص میں جو اپنی عقیدتی قوتوں کو کام میں لانے کی تربیت پا چکا ہے اور اپنی زندگی کے مشکل مسائل پر کم و بیش منطقی نظر ڈال سکتا ہے وہ گودہ ان کو حل نہ کر سکے، ہسٹیریا فی علامات پیدا ہونے کا امکان نہیں تا وہ فیکل مخصوص طور پر زہم الاماز سے اس کی عقیدہ کو کمزور نہ کر دیا جائے۔ تربیت کا قیاسی عامل ہونا گذشتہ جنگ عظیم کے دوران میں صاف طور پر ظاہر ہو گیا۔ اس زمانے میں گوانسروں اور معمولی سپاہیوں میں وظیفی جسمی امراض غالباً مادی طور پر عام تھے لیکن ہسٹیریا فی علامات آخر الذکر میں نسبت بہت زیادہ پائے گئے۔

ہسٹیریا کے جدید تصور کے مطابق کسی خاص ہسٹیریا فی ظاہر کی تسمیم میں

اہم چیز یہ ہے کہ اس کے لیے کوئی لاشعوری محرک موجود ہو۔ سابق الذکر مثال میں پہلے بتلایا گیا تھا کہ جنگ کی شدت و سختی کے بارے میں ہسٹریائی شکل پیدا ہو گیا، جب کہ اصلی لاشعوری محرک خطرے سے بچنے کی خواہش تھی۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ محرک کا سمجھنا نسبتاً بہت زیادہ مشکل ہو لیکن اغلب یہ ہے کہ وہ تمام اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ بتلایا جاسکتا ہے کہ ایک نوعمر عورت میں ہسٹریائی نوعیت کے دوروں کا وقوع اس دینی ہوئی خواہش کا نتیجہ ہو سکتا ہے کہ غفلت شہار عاشق کو اس کے پاس رہنے کی ترغیب ہو۔ ایسے حالات میں جن میں ایک ناخوشگوار خط لکھنے کی ضرورت لاحق ہوا و اس بات میں شکل یا عرشہ واقع ہو سکتا ہے، یا کسی شرمیلے شخص میں، خود کو نمایاں کرنے اور مرکز توجہ بن جانے کی خواہش ان علامات کی اصلی محرک ہو سکتی ہے۔

ان علامات کا ایک اور سبب عموماً ایماذ (suggestion) کی شکل میں قیام ہے۔ یہ ایماذ اندرونی ہو سکتا ہے۔ مثلاً ایک عورت کو پشت میں ٹیس اٹھتی ہے۔ اسے یاد آتا ہے کہ ایک بھولی کو بھی یہی علامت تھی جس کے بعد ملاگوں میں شکل ہو گیا تھا، اور اسے یقین ہو جاتا ہے کہ میں بھی ویسے ہی مرض کا مبتلا ہوں۔ یا ممکن ہے کہ یہ ایماذ بیرونی طور پر دوستوں کے اتفاقی کلمات سے یا طبیب کی غلط رائے سے پیدا ہو جائے۔

ایماذ مرض خواہ کچھ بھی ہو، پس پر وہ لاشعوری محرک کی وجہ سے دوم فطرتی وجہ قبول کر لیا جاتا ہے۔ جذباتی مسائل سے بچنے کے لیے ادعاے مرض سے زیادہ تشفی بخش کوئی دوسرا عند نہیں۔ یہ بلاشبہ تمارض (malingerer) بھی بخوبی جانتا ہے۔ لیکن ایک تمارض اور اس مریض کے درمیان جو ہسٹریائی علامات میں جتنا ہے ایک حقیقی فرق ہوتا ہے۔ اول الذکر کا کام دوسروں کو دھوکا دینا ہے ہمیشہ یا کامریض خود کو دھوکا دیتا ہے، اور اس کی مشکلات کے تشفی بخش حل کے لئے یہ ضروری ہے کہ یہ خود فریبی کامل درجہ کی ہو۔ تمارض اپنے علامات کو جب سہولت ہو ترک کر سکتا ہے، اور ترک کر دے گا۔ ہسٹریائی از کار رفتی خواہ ایض طریقوں سے

کیسی ہی غیر ہولناک بخش ہوا، جو شے موجود رہتی ہے، مادہ تھک اس کی صداقت کے متعلق مریض کا یقین دور نہ ہو جائے۔

ہسٹیریا کے علامات نہایت گونا گوں نوعیت کے ہو سکتے، اور عضوی مرض کی بہت سی قسموں سے قریبی مشابہت پیدا کر سکتے ہیں، جنسے ان کی تفریق محض محتاط امتحان کے ذریعہ سے ممکن ہے۔ گزشتہ زمانے کے بعض مصنفین نے بعض طبعی امارات کے کارآمد ہونے کے متعلق بہت کچھ زور دیا ہے، جو اس حالت کے لئے والد مرض سمجھے جاتے اور اسی واسطے عیاں سم ہسٹیریا یا (stigmata of hysteria) کے نام سے شہور ہیں۔ لیکن حال ہی میں بتلادیا گیا ہے کہ یہ امارات غالباً تمام امراض میں ان ایذاؤ کی وجہ سے پیدا ہو گئے تھے جو طبی امتحان کے دوران میں بطیب کے طرف سے ہوئے تھے۔ یہ یاد رکھنے کی بات ہے کہ ہسٹیریا میں تو بہت تنقید کا فقدان ہوتا ہے، اور اسی واسطے اپنے جسمانی احساسات کی نوعیت کے متعلق مریض کی قوت فیصلہ کسی دوسرے شخص کے خفیف ترین ایذا سے متاثر ہو جائے گا، امکان یہ کہتی ہے، بالخصوص جب کہ یہ ایذا خود مریض کے اُس جھے ہوئے خیال کے مطابق ہو جو وہ اپنے خندہ خجانی مرض کے متعلق رکھتا ہے، اور جب کہ یہ ایذا کسی ایسے شخص کے طرف سے ہو جس کی معلومات امراض پر مریض کو بلا فحمت اعتماد ہو۔ اسی واسطے مثلاً، جلدی میں پیری دیکھنے کے امتحان میں یہ ممکن ہے کہ ہم جس لہجہ میں دریافت کریں اس پر ہی مریض کا جواب منحصر ہو، اگرچہ ہر لحاظ سے عقل سلیم کے خلاف ہو۔ اس طرح ممکن ہے کہ جلدی بے حسٹی و رد کے ایسے رقبہ پیدا ہو جائیں، جن میں مریض بیان کرتا ہے کہ وہ الین کا چھینا نامحسوس نہیں کر سکتا، گو یہ اتنی گہری چھینائی جائے کہ خون نکال دینے کے لئے کافی ہو۔ یا استبدادی میدان کے امتحان میں ایسی غیر طبعی حالتیں مشکف ہوں، جو طریقہ امتحان کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں اور اسی پر منحصر ہوتی ہیں (Hurst)۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ ہسٹیریا کی کثیر التعداد امراض میں ایک زرا قیادہ عضوی مرض کے امارات موجود ہاں گئے جاتے ہیں (خدا یہ عضوی مرض عصبی نظام)

ہو یا دوسرے جسمانی نظامات کا، جو ایک عصبانیت کے نمو کے لئے نقطہ آغاز بن گیا ہے۔ لہذا الجلیب کو بعض موقوف پر ہٹیر یا کسے آمارات اور عضوی مرض کے امارات ایک ہی مریض میں دیکھنے کے لئے تیار رہنا چاہئے اور مریض کی حالت کا آخری خلاصہ پیش کرتے وقت فیصلہ کرنا چاہئے کہ علامات کا کس قدر تناسب وظیفی ہے اور اسی واسطے نفسیاتی معالجہ کے ذریعہ قابل شفایابی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک مریض ایسا لے جسے شانہ سے لے کر نیچے کے طرف سارے بازو کے شکل کی تشکلات ہے جس کا آغاز ایک تضر سے ہوا جو کام کرتے وقت پہنچا تھا۔ امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ تضر کا ندیکہنی سے نیچے ہے۔ اس لیول پر عصب زندگی کے کٹ جانے کے امارات ہاتھ کے چھوٹے عضلات کے موزوں ذبوں کی تشکل میں موجود ہیں۔ لیکن امتحان جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ عدم حسیت اوپر کو بقل کے لیول تک پہنچتی ہے، عضلات کی طاقت کلی طور پر منقود ہے اگرچہ اس کے ساتھ نہ کو کوئی لاغری ہے اور نہ وتری جھکوں میں کوئی تبدیلی پیدا ہوئی ہے۔ ایسی حالت میں نفسیاتی علاج کے طریقوں سے دجن کا بیان آگے درج ہے، ان علامات کا بیشتر حصہ دور کیا جاسکتا ہے جس سے ایک خفیف عضلانی ایسا رہ جاتا ہے جس کے لیے جراحی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ ایک ایسی عورت دیکھنے میں آئے جو ٹانگوں کے کلی تشکل کی وجہ سے چند ماہ سے صاحب فراشس ہے۔ نظام عصبی کے امتحان سے عضوی مرض کے واضح امارات یا اسطہ انحصی حیثیت کی موجودگی اور تشکی سکوسات کی عدم موجودگی کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں اور سرگزشت مرض کا محتاط تجربہ صلاحیت منتشرہ (disseminated sclerosis) کی تشخیص تسلیم کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اس پر عمومی وظیفہ کی خرابیاں (جو تشکل نقدان جس پذیرى، خبیثیت یا عدم ہم آہنگی کی شکل میں موجود ہوتی ہیں) پہلے کی ناقابلیت کی توجیہ کے لیے ناکافی ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ نفسیاتی علاج کی تدابیر سے مریض میں چلنے کی طاقت بحال کی جاسکے گو ظاہر ہے کہ ذرا تعداد عضوی مرض پران کا کوئی اثر نہیں ہوگا۔ اب ہٹیر یا کے بعض عام تر مظاہر کا بیان ذہنی، عصبی، اور حشانی عنوانات کے تحت کیا جائے گا۔

ہسٹیریا میں ذہنی حالت ہسٹیریا کی تعریف میں پہلے بیان کر دیا گیا ہے کہ یہ مرض اتنی طور پر ذہنی اعمال کا ہوتا ہے، اور گویا اس عارضہ کے بیرونی مظاہر عموماً جسمانی علامات کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، مگر ہم ہمیشہ اوقات میں یہ مذکورہ عام طرز عمل سے اس کی ذہنی حالت کا پتہ چل سکتا ہے۔ ہسٹیریا کی ذہنی حالت سماجی اور عذری خاصہ عمل رفتہ رفتہ ہے جس کی وجہ سے تصورات اور جذبات کا ایک مجموعہ یا مخلوطہ جن کا تعلق شخصیت سے ہوتا ہے میدان شعور سے باہر رہ جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ عارضی طور پر اس حالت کے بالکل برعکس حالت پیدا ہو جائے، چنانچہ سارا میدان شعور فی الوقت انہیں میں تصورات اور جذبات و خیالات سے پر ہو جاتا ہے جو پہلے خارج کر دیے گئے تھے اور وہ تصورات اور جذبات جو پہلے اس مریضہ کی شعوری ذہنی فعالیتیں بناتے تھے اب باہر نکال دیے جاتے ہیں۔ اس طرح دو ہی شخصیت کی وہ اصابتیں پیدا ہو جاتی ہیں جن میں ممکن ہے کہ مریضہ دقیقوں گھنٹوں بلکہ دنوں کے عرصہ تک ایسے طریقے سے گفتگو اور برتاؤ کرے جو اس کے معمولی طرز عمل سے بالکل متضاد ہو، اور پھر جب اس کی شخصیت اپنی معمولی حالت پھر اختیار کر لیتی ہے تو ممکن ہے کہ جو کچھ گذرا ہے وہ اسے سفاقی یاد رہے۔ سادہ ترین شکل میں ایسا مفترق طرز عمل خواب خرابی (sleep walking) کی حالت اختیار کر سکتا ہے جس کی مشہور و معروف مثال ملہم ادب میں آئیہا ہے۔ ڈراما، لیڈی میک بیتھ کی ہے۔ چلنے کے حادثات (walking episodes) کو جو ایسی ہی مگر زیادہ پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں ہسٹیریا کی آوازہ گردی (hysterical fugues) کہتے ہیں۔ یہی ذہنی عمل انسانی اس حالت کا سبب بھی ہے جسے نام نہاد طور پر ہسٹیریا کی آسٹیا (hysterical amnesia) کہتے ہیں، اس میں مریض اپنی زندگی کی کئی سی کیفیت کو بالکل بھول جاتا ہے جو دردناک اور ناخوشگوار تجربات سے وابستہ ہوتی ہو۔

بالعموم ہسٹیریا کے طبی علامات رکھنے والا مریض جذباتی بار کے امارات نہیں ظاہر کرتا، لہذا وہ عامیانہ معنوں میں عموماً "ہسٹیریا کی نشانیوں سے"

اس کے برعکس یہ بارہا دیکھا گیا ہے کہ یہ مریض اپنی علامات سے نجات پانے کی ظاہری خواہش کے باوجود اس بارے میں گہرا احساس نہیں ظاہر کرتے، اور درحقیقت اپنی حالت سے غیر معمولی طور پر راضی اور مطمئن ہوتے ہیں۔ یہ آسانی سمجھ میں آسکتا ہے، یہ شرطیکہ یہ تسلیم کر لیا جائے کہ یہ علامت بذاتہ مریض کے ذہن کی بعض زیرِ فائدہ خواہشوں کو تسکین پہنچاتی ہے جن کی موجودگی کی خود غرض کو صاف صاف خبر نہیں ہوتی۔

عصبی علامات۔ ہسٹریائی (hysterical fit)۔ یہ حملے جو ہسٹریائی تشنجات اور ہسٹریک کے دروں کے نام سے مشہور ہیں، عموماً جذباتی اختلال سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عموماً دوسروں کی موجودگی میں یا ایسے حالات میں ہوا کرتے ہیں، جہاں دوسروں کی توجہ کو اپنے طرف متوجہ کر سکنے کا امکان ہو۔ ممکن ہے کہ مریض کو دم چھٹنے کے احساسات دوران ہسٹریا غشی کی شکایت ہو، اور اس پر رونے یا ناقابلِ ضبط ہنسی کا دھڑکا ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں مریض زمین پر گر جاتی ہے، عموماً آہستہ سے، یا کسی کرسی یا صوف پر، اور فی الفور تشنجی حرکات کی حالت میں ہو جاتی ہے۔ اگر طبیب نے انہیں دیکھا ہے تو عموماً یہ آسانی معلوم ہو جاتا ہے کہ یہ غشی نوعیت کے ہیں۔ ممکن ہے تشنجی انقباض کی ہمتیں پائی جائیں، جن میں جسم اور جوارح اکٹرا لیے جاتے ہیں اور ہاتھوں کی ٹمٹیاں بندھ جاتی ہیں، لیکن یہ تشنجی عضلات کو اس درجہ تک مآؤف نہیں کرتیں کہ جس سے ذرا قی پیدا ہو جائے۔ پھوٹے عموماً بند ہوتے ہیں، اور ان کو کھولنے کی کوششوں کی منت کی جا ہے۔ اگر ان کو کھولیا جائے تو آنکھ کے ڈھیلوں کو اوپر کے طرف بالائی پوٹے کے نیچے پھرا لیا جاتا ہے۔ حقیقی رجعی جھٹکے نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ مریض اپنے کپڑے توچے اور پھیلاؤ ڈالے اپنا سر اپنے ہاتھوں سے پیٹے، یا قریب کھڑے ہوئے لوگوں کو پنچوں سے پکڑنے لگے، ممکن ہے کہ وہ اپنے دانت کچکچیا مئے اور منہ سے لعاب نکل آئے۔ لیکن زبان نہیں کٹتی۔ عارضی اقدار معقود نہیں ہوتا۔ اکثر حملے کے دوران میں تھوڑے تھوڑے وقفے سے

چشم کی نکتی میں، اگر اسے نہ کی آوازیں نکلتی ہیں، یا صاف، انماط میں، اور بنا ہوتا ہے۔
 حقیقی مہوشی نہیں ہوتی۔ اگرچہ مریض سوالات کا جواب نہیں دیتی، اس کی
 موجودگی میں جو کچھ کہا یا کیا جاتا ہے اس سے متاثر ہوتی ہے۔ اس کا اس واسطے
 جسدِ زلیخہ گھبراہٹ ظاہر کرتے یا شور و غوغا مچاتے ہیں مریض کے جوش و خروش
 کی نیش اسی قدر زیادہ شدید ہوتی ہے۔ اس طرح یہ حملہ دو تین گھنٹے تک جاری
 رہ سکتا ہے۔ اگر مریض کے طرفِ التفات نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ ابتدائی ان
 علامات کی شدت بڑھ جائے لیکن اگر خاموشی سے کام لیا جائے تو یہ جسد
 کم ہو جاتے ہیں۔ معکوسات میں کوئی اختلال نہ تو حملہ کے دوران میں ہوتا ہے اور
 اس کے بعد۔ بالعموم حملہ کے اختتام پر طبیعت بہ سرعت بحال ہو کر چند لمحوں میں
 مریض کی تمام قوتیں عود کرتی ہیں لیکن اسے کہ مریض اس حادثہ کے متعلق قطعی لاعلمی
 ظاہر کرے۔ یہ اکثر تو بہانہ ہوتا ہے مگر ممکن ہے کہ ہسٹیرائی نسیان کی وجہ سے ہو
 اور اس صورت میں ممکن ہے کہ علاج کرنے کے بعد مریض کو حملہ کے دوران کے
 واقعات یاد آنے لگیں۔

حواس مخصوصہ کی خرابیاں۔ ہسٹیرائی ناسانی کسی طرح عام نہیں،
 لیکن جنگِ عظیم سے اس کی بہت سی امثالیں پیدا ہو جائے گا اندراج ہوا ہے۔ بیشتر
 مثالوں میں یہ ایسے شخص کی حالت میں واقع ہوتی ہے جو خراش اور گیس میں متکشف
 رہا اور اس وقت کے لئے حاد التهابِ ملتہم (acute conjunctivitis)، ذریعہ
 (photophobia) اور شخجہ الجفان (blepharospasm) کی وجہ سے دیکھنے
 کے ناقابل رہا۔ ان میں سے بعض مریض سالہا سال تک اندھے رہے اور ہسٹیرائی
 علاج کے ذریعہ ان کے علامات دور ہوئے۔ بلاشبہ ایسی امثالوں میں چشم میں
 کے ذریعہ امتحان کرنے پر کوئی غیر طبی حالت نہیں پائی گئی۔ ہسٹیرائی صمم
 (hysterical deafness) بھی نادر نہیں اور یہ دوسری علامت تھی جو دورانِ جنگ
 میں ایسے شخص میں دیکھی جاتی تھی جو گولے کے دھماکے سے عارضی طور پر بہرا ہو گیا ہو۔
 یہ عموماً ایک جانی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ دونوں جانبوں کو ماؤف کر دے۔
 ہسٹیرائی صمم کی تشخیص ایسی کسی سرگذشت یا امارت کی غیر موجودگی سے ہو سکتی

ہے جن سے درمیانی گوش کا نر من التهاب ترشح ہوتا ہوا نیر و لطیفہ و لمینر کے لیے کاشتات عمل میں لاتے سے۔ اگر ان حالات میں ان کاشتات سے تعاملات طبعی میں تو یہ صمم تقریباً یقیناً ہیشیریائی مبداء کا ہے۔

تحتی اعصاب (cranial nerves) عضلات محیطۃ الجہن کا ہیشیریائی شخ، شیخ، الایجن ان نہایت عام طور پر ہوتا ہے اور اکثر ہیشیریائی نایابی کے ساتھ ہوتا ہے۔ یہ اکثر ملحقہ شسم کی خراش کے بعد ہو جاتا ہے جیسے کہ نر من التهاب ملحقہ میں اور دوران جنگ میں اس کا عام سبب خراش آدرگس تھی۔ چہرہ اور زبان بھی بعض اوقات شخ سے موقوف ہو جاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ ہیشیریائی کے مریض میں چہرے کی ایک جانب کا انقباض وحشی شکل سے اس لئے شدید ہوتا ہے کہ وہ سری جانب حالت سکون میں بوجہ تضاد کمزور نظر آتی ہے۔

ہیشیریائی بک (hysterical mutism) غیر عام علامت نہیں اور اس کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ یہ شدید جذباتی صدمے کے بعد نمودار ہو سکتا ہے مثلاً جنگ والی اصابتوں میں جن میں یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ وہ شخص اس لمحہ کے لئے عادی خوف کے گونگا ہو گیا۔ بولنے کی کوشش کرتے پر مریض کسی قسم کی آواز نہیں نکال سکتا تاہم بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ خاصی آواز کے ساتھ کھانسنے کے۔ ہیشیریائی بے صوتی (hysterical aphonia) کی حالت میں مریض صرف سرگوشی میں گفتگو کر سکتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر نازلی التهاب حنجرہ (catarrhal laryngitis) کے حملے کے بعد پیدا ہو جاتی ہے اور اسے اس علامت کا جواہر ابتدائی عضوی تھی قسمل سمجھا جائے۔ خجروہ بن سے استکان کرنے پر احوال الصوت کے عضلات مقربہ غیر حرکت پذیر نظر آسکتے ہیں۔ یہ امر نوٹ کرنے کے قابل ہے کہ ایسی متعدد اصابتوں میں مریض بلا کسی بھرائی آواز کے بلند مرتفع آواز میں سرگوشی کرتا ہے اور یہ کثرت بذات خود تسخیمی اہمیت رکھتا ہے۔ ملاحظہ ہو شکل عضلات خجروہ ۱۔

حسی علامات۔ درد اور الیمیت کی شکایتیں یا ہیشیریائی کو۔ کی مقامی ملامتوں کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ دوسری درجہ کی

اور چند یا پریافتہ قوتوں پر اعلیت کی شکایت ہو یا جوارح کے ہسٹریائی قبض کے ہمراہ حرکت کی کوشش کرنے پر بہت درد کی شکایت ہو۔ ہسٹریائی عدم حسیت کا ذکر پہلے کیا گیا ہے جب یہ بیان کیا گیا تھا کہ یہ علامت عموماً عصبیاتی امتحان کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے۔ نیز یہ اکثر ہسٹریائی شکل کے ہمراہ موجود ہوتی ہے۔ یہ عموماً اپنی توزیع کی نوعیت سے شناخت ہو جاتی ہے کیونکہ یہ توزیع کسی تشریحی قانون کے مطابق نہیں ہوتی بلکہ محض مریض کے اپنے تصور تشریح پر منحصر ہوتی ہے۔ مثلاً جب عدم حسیت ہاتھ یا پاؤں کے قفل کے ساتھ ہوتی ہے تو عموماً "موتنا" یا "جراہ" کی توزیع رکھتی ہے۔

حرکی علامات - ان کی تقسیم شللات اور قبضات اور غیر ارادی حرکات

میں ہو سکتا ہے۔ حرکی شلل (motor paralysis) تمام ہسٹریائی علامات میں

سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ ایک عضوی فالج، فالجِ نصفی یا فالج، یا چاروں جوارح کے شلل کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔ یہ شلل عموماً کامل ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ رزخوہ اس کے ساتھ عضلات کا قبض ہو۔ آخر اندک شکل نسبتاً عام ہوتی ہے۔ بالعموم اس کا آغاز ناگہانی اور عموماً جسمانی یا جذباتی ضرب کے بعد ہوتا ہے یا ممکن ہے کہ یہ اکثر کسی عضوی المبداء کمزوری کے تسلسل کی شکل میں ظاہر ہو جائے، مثلاً ایک کسر کے بعد جس کے لئے کمزور جارح کو عرصہ دراز تک جیمیرہ بند رکھا گیا ہو۔ تو قسم اور قبضی قسم دونوں میں شلل عموماً عضلات کے سب گروہوں کو مساوی طور پر اوٹ کرتا ہے اور تشریحی، فلتی، یا محلی عصبی توزیع کا کوئی لحاظ نہیں ہوتا۔ جب مریض سے شل جارجہ کو حرکت دینے کیلئے کہا جاتا ہے تو کوشش کی بہت کچھ نالیش کے باوجود حرکت بہت کم ہوتی ہے یا کچھ نہیں ہوتی۔ یہ نوٹ کرنے کی بات ہے کہ اگرچہ عدم استعمال کے باعث عضلات کا کسی قدر ذبول ہو سکتا ہے مگر یہ کبھی اتنا نمایاں نہیں ہوتا جتنا کہ اسفل حرکی عصبیہ کے حشر کی حالت میں ہوتا ہے۔ نیز یہ کہ جن اصابتوں میں قبض ہوتا ہے ان میں کئی قسم کے لحاظ سے ایٹمی توزیع کے لحاظ سے اس شخصیت کی سرری تصویر کے ساتھ کوئی مطابقت نہیں رکھتی جو

بالائی حرکتی عصب کے ضرر سے پیدا ہو جاتی ہے۔ مزید برآں وہ عدم حسیّت جو اکثر موجود ہوتی ہے اپنی توزیع میں کسی تشہر کی قانون کی متابعت نہیں کرتی اور نہ وتری جھنکوں کی کوئی غیر طبی حالت ہوتی ہے۔ ہسٹیریا کی تشہر کی تشخص میں ایک منظر جو قطعی اہمیت رکھتا ہے یہ ہے کہ کسی خاص حرکت کو عمل میں لانے کی کوشش میں اصلی محرکات اور ان کے ضد متنازع عضلات کا ہمزان یا برعکس تبادل کرتے والا انقباض ہوتا ہے۔ مثلاً اگر ہسٹیریا کی طور پر مشلول بازو والے مریض سے کہنی کے مقام پر جھدگی کی حرکت عمل میں لانے کو کہا جائے تو شاید عضلہ ذورائین اور عضلہ ثلاثیہ الرکوس دونوں کا بیک وقت جس کر کے محسوس کر سکتا ہے کہ دونوں عضلات ہمزان طور پر یا برعکس متحرک ہونے لگے بعض ہوتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ شفت کے بہت صرف کے باوجود یا تو حرکت بالکل ہوتی ہی نہیں یا صرف جھنکوں کا یکے بعد دیگرے ایک تسلسل واقع ہو جاتا ہے۔ یہ منظر کسی ایسی حالت میں نہیں واقع ہوتا جو عضوی مرض کی وجہ سے ہو۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ہسٹیریا کی بعض عضوی حالت سے قریبی طور پر مشابہ ہو۔ لیکن محتاط عصبیاتی امتحان سے عموماً اس کی تفریق کیا جاتی ہے۔ عضوی عصبی مرض کی حرکتگی کے خلاف ہسٹیریا میں یہ پایا جائے گا کہ معمول حرکت کی مزاحمت جس قوت کے ساتھ کی جاتی ہے وہ اس قوت کے لحاظ سے جو کہ شاید استعمال کر سکتا ہے براہ راست اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ تشہر کی ایک شکل جو ہسٹیریا میں علی الاکثر ہوا کرتی ہے، لاعزمی تشہر (astasia) (abasia) کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ اس حالت میں مریض جب تک کہ وہ بستر میں لیٹی ہوئی ہے جارحہ اسفل کی تمام ارادی حرکتیں طبی قوت کے ساتھ اور ٹھیک ٹھیک انجام دے سکتی ہے۔ لیکن جب اُسے بالکل ٹانگوں کے بل کھڑا کر دیا جاتا تو وہ چل نہیں سکتی۔ ہسٹیریا کی غیر ارادی حرکتیں نہایت مختلف الاشکال میں ہوتی ہیں، جن میں ریشہ کی مختلف قسمیں بعض اوقات عضوی مرض کے ریشوں سے بمشکل تمیز کی جاسکتی ہیں۔ مگر وہ امارات غیر موجود ہوتے ہیں جو عموماً مرض گریوز (Graves' disease)، صلابت منتشرہ (disseminated

(sclerosis) شعلہ ہتھنری (paralysis agitans) اور دوسرے امراض کے عضوی ریشوں کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔

بالعموم ہسٹیریا میں معکوسات کوئی غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتے، اگرچہ یہ بیان کیا گیا ہے (Hurst) کہ شکم کی ہسٹیریا کی عدم حیثیت کی اصابتوں میں شکمی معکوسات غیر موجود ہو سکتے ہیں، اور جب عدم حیثیت باقی رہتی ہے تو یہ معکوسات بھی خود کرتے ہیں۔

بعض اوقات قبویں اور تیز کے وظائف ماؤف ہو جاتے ہیں اور عام ترین علامات یہ ہوتے ہیں کہ یا تو احتباس بول ہوتا ہے یا عسر تیز۔ ایسی اصابتوں میں عضوی مرض کے امکان کو خارج کرنے کے لیے بہت احتیاط سے کام لینا چاہئے۔

بالعموم ہسٹیریا میں وضع اور رفتار کی غیر طبعی حالت اس غیر طبعی حالت سے یہ آسانی تیز کی جاسکتی ہے جس کا انحصار عضوی اثر پر ہو۔ بعض مثالوں میں رفتار کی خرابیاں آدیتوں (mannerisms) کی شکل اختیار کرتی ہیں، مثلاً پھدکنے یا جست کرنے بلکہ لیکرے کی طرح ایک جانب کو چلنے کی وضع کی غیر طبعی حالتوں میں سے خمیدگی پشت بیان کی جاسکتی ہے جو ریڑھ کے منطقی مفصلی التهاب (osteoarthritis of the spine) کی بعض ترقی یافتہ اصابتوں کی خمیدگی پشت سے مشابہ ہوتی ہے۔

ہسٹیریا میں تغیرات پیرورشی (trophic changes) جداگانہ علامات کے طور پر نہیں واقع ہوتے۔ اگرچہ ہاتھ پاؤں کے حصہ دراز کے شعلہ میں جلد کا نیلا پن اور انگوٹھ کی بھریمبر ایسٹ دیجی جاسکتی ہے مگر یہ تغیرات عدم متعلی کے لوازمات ہیں۔ طویل المدت تعقب کی بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ متاعل کے قرب و جوار میں جلد کا اسطرح واقع ہو جائے۔

ہسٹیریا کی عسر البلع (hysterical dysphagia) بھی غیر عام نہیں اور ممکن ہے کہ یہ ہسٹیریا کی گولہ (globus hystericus) کے احاس کے ہمراہ پایا جائے۔ یہ خیال کرنے کی کوئی وجہ نہیں کہ یہ مخصوص احاس اپنی

نفسیات کے لحاظ سے اس کو لے کے احساس سے مختلف ہے جو طبعی اشخاص
وفاقاً تو محسوس کرتے ہیں اور جو مری میں پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 333)۔
نام نہاد ہسٹیریا فی قئے اور بلع الہوا (aerophagy) کا تذکرہ
قلعات (tics) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ اور ان کا بیان صفحات 333
اور 341 میں ملے گا۔

ہسٹیریا یا فی مرحت متفلس (hysterical polypnoea) وہ
حالت ہے جس میں بلا کسی ریوی مرض کے شدید سرعت تنفس ہوتی ہے۔ مگر
بچے کے تنفس کی شرح فی دقیقہ ساٹھ یا ستتر تک پہنچے، مگر ہر ایک سانس بہت
غیر عمیق ہوتی ہے۔

تفصیل۔ اس کا انحصار اولاً تو عضوی مرض کے ایسے امارات کو خارج
از بحث کرنے پر ہوتا ہے جو مشاہدہ کردہ علامات کی توجیہ کر سکیں۔ لیکن بعض
علامات ایسے ہوتے ہیں جو تشخیص قائم کرنے میں بذات خود قطعی اہمیت رکھتے
ہیں جیسے کہ اہمال الحواس، مقدرات کے انفرادی شکل کے ساتھ بے صوتی، اور کسی مشغول
جارج یا عضل میں اصلی محرکات اور ضد تنازعات کی ایک ساتھ حرکت۔

نیز ایسے شکلات کا اجتماع جن کی توجیہ ایک منفرد عنصر کی بنا پر نہیں
کی جاسکتی ہو، ایک مشتبہ امر ہے، مثلاً ایک آنکھ کو کھولنے کی ناقابلیت جس کے
ساتھ چہرے کی اسی جانب کا ظاہری شکل ہو۔ شہادت میں یہ امر بھی کارآمد ہو سکتا
ہے کہ ایک عضل ایک حرکت کی انجام دہی میں تو بروئے کار نہ آئے مگر دوسری حرکت
کی انجام دہی میں اچھی قوت رکھتا ہو۔ نیز وہ حالات جن کے تحت مرض پیدا ہوا ہے
اور مریض کی مابقی سرگذشت (خاص طور پر اس کے جذباتی مشکلات کے بحال سے
مخلوق) کارآمد ہوتی ہے۔ لیکن محض اس واقعہ کو کہ جذباتی صدمے کے فوراً بعد ملائیں
پیدا ہوئیں، اس امر کی شہادت نہیں سمجھ لینا چاہئے کہ وہ ہسٹیریا فی نوعیت کی ہیں
کیونکہ ایسے حالات سے دماغی نزف (cerebral hemorrhage) یا حقیقی صرع
کے حمل میں تسبیل ہو سکتی ہے۔

عضوی عصبی امراض میں ملائیت منتشر (disseminated sclerosis)۔

کے ہسٹیریا سے غلط طوط کر دیئے جائے گا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن غلطی عموماً یہ ہو جاتی ہے کہ عضوی حالت کو ذہنی تشخیص کر لیا جاتا ہے۔
عارضہ پر ہسٹیریائی ازکار رکھی مستزاد ہو جائے، آخری فیصلہ تشخیص کے لیے نفسیاتی علاج سے مدد لینی پڑے۔ وہ علامات جو ان طریقوں سے دور ہو جائیں ذہنی المبداء ہوں گی۔

ہسٹیریائی دوسرے کی تشخیص۔ اگر طبیب دورہ کو دیکھ سکے تو صفحہ 788 پر بیان کردہ متفرق خاصاں اسے صریح دورے سے متفرق کرنے میں کار آمد ثابت ہوں گے۔ لیکن اکثر اوقات تشخیص ممض سرگزشت مرض سن کر کرنی پڑتی ہے۔ یہاں امور ذیل معین طور پر صریح کی تائید میں ہوں گے۔
حلوں کا اس وقت واقع ہونا جب کہ مریض تنہا ہو، بالخصوص جب کہ وہ گر جانے اور اسے چوٹ پہنچے۔ حقیقی بے ہوشی۔ زراقی زبان کا کٹنا۔ سلس البول اور حملہ کے بعد ایک ایسا عرصہ ہونا جس میں مریض سر ہلکایا ہوا ہوتا ہے یا قسری طور پر حرکات کرتا ہے۔ مہر و ع اکثر آغاز حملہ کے وقت ایک درد ناک آواز نکالتا ہے، لیکن پھر اس کے بعد خاموش ہو جاتا ہے۔ ہسٹیریائی مریض اکثر سارے حملہ کے دوران میں چلاتا رہتا ہے۔ صریح حملہ میں حرکتوں کی مدت مختصر ہوتی ہے (بالعموم دس منٹ سے زیادہ نہیں ہوتی)۔ مگر ہسٹیریائی دورے میں حرکتیں عموماً زیادہ عرصہ تک رہتی ہیں۔ اس کا خیال بھی گزنا پڑتا ہے کہ حملے کا آغاز کن حالات میں ہوا۔ یاد رکھنا چاہئے کہ مہر و ع کو ہسٹیریا کے دورے بھی ہو سکتے ہیں اور صریح صغیر (minor epilepsy) کے حملے کے بعد مریض بعض اوقات ہسٹیریائی حالت میں ہو جاتا ہے۔

ہسٹیریائیں اندازہاً جہاں تک کہ انفرادی علامات کا تعلق ہونی بامحلہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اس کا انحصار کسی حد تک اس پر ہے کہ تشخیص جلد اور علاج معقول ہو۔ ہسٹیریائی یا فالج (hysterical paraplegia) میں اگر طبیب نے حالت کو مقدوش بتلایا ہے تو مریض ممکن ہے برسوں صاحب فراش

رہے۔ مگر بایں ہمہ ممکن ہے کہ وہ خود بخود اچھی ہو جائے اور علامات دفعہ غائب ہو جائیں اور بیشتر اصابتوں میں جذباتی صدمہ سے غصہ کئے جائیں عطائیوں کے کئے ہوئے بہت سے کراماتی علاج ایسی ہی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ فی الجملہ کہا جاسکتا ہے کہ ایک علامت جس قدر زیادہ عرصہ تک قائم رہی ہے، وہ اسی قدر زیادہ مشکل سے دور ہوگی جب علامات کم عرصہ سے ہوتے ہیں تو آسانی سے دور کئے جاسکتے ہیں۔ لیکن ذہنی اعمال کی زیر افادہ خرابی کا تدارک کسی طرح اس قدر آسانی سے نہیں ہو سکتا، اور اسی واسطے یہ مشہور واقعہ ہے کہ ہسٹیریا کی مریضہ کو ایسے ٹکس ہوتے کا امکان ہوتا ہے جن میں ممکن ہے کہ ابتدائی علامات مکرر پیدا ہو جائیں یا جدید اقسام ظاہر ہوں۔ انذار کا اندازہ کرتے وقت مریضہ کی قوت فہم عقلی کا اور ان ماحولی حالات کا جن کا مقابلہ اسے کرنا پڑتا ہے، مناسب لحاظ ضروری ہے۔

علاج۔ چونکہ ہسٹیریا ذہنی اعمال کا عارضہ ہے، لہذا علاج کے لیے ذہن کے طرف توجہ کرنا چاہئے اس میں جو طریقہ استعمال میں لائے جاتے ہیں ان کو نفسیاتی علاج (psychotherapy) کا نام خطاب دیا گیا ہے ہسٹیریا کے علاج میں نفسیاتی علاج جن شکلوں میں استعمال کیا جاتا ہے ان کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:۔ ۱۔ ایجاز، ترغیب اور تجزیہ۔

ان تینوں طریقوں کا خاکہ اور ہر طریقہ کے استعمال کے بعض وقتے آگے درج کیے جائیں گے، لیکن پہلے ہسٹیریا کی کسبیب کے متعلق متذکرہ بالا نقطہ کو مختصر آکر بیان کر دینا نفع بخش ہو گا۔

چنانچہ یہ حالت ایسی ہے جس میں مریض ان محرکات سے جن کا اسے شعور نہیں ہے، یہ ایجاز قبول کرتا ہے کہ وہ جسمانی مرض میں مبتلا ہے۔ ان دو اسباب، یعنی لاشعوری محرک اور ایجاز کی اضافی اہمیت مختلف مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ جب لاشعوری محرک طاقتور ہوتا ہے جیسے

اس کا دیگر کی حالت میں جو حرجاء کا طالب ہے تو ایسا ذہنی غلبہ کا ہونا ہے۔ اس کے برعکس جب کوئی بلند مرتبہ طبیب عصبوی مرض موجود ہونے کی معین تشخیص کر دے تو پھر مشیر یا بی علامات کی پیدائش کے لئے اپنے آپ کو حوالہ مرض کر دینے کے فطری رجحان کے سوا اور کوئی مددگار نہیں ہوتی۔ اعمال ذہنیہ کا وہ سلسلہ جس نے بالآخر مشیر یا بی حالت پیدا کر دی ہے خواہ کچھ بھی ہو اس آخری نتیجہ سے پہلے کی کڑی مریض کا یہ ایتقان ہوتا ہے کہ مجھ میں علامتیں موجود ہیں اور ان کا انحصار ایسے طبعی اسباب پر ہے جن پر مجھے قابو حاصل نہیں نفسیاتی علاج کا مقصد اسی ایتقان کو دودھ کرنا ہے اور یہ متذکرہ بالائین طریقوں میں سے کسی ایک سے یا تینوں کے مشترک استعمال سے حاصل ہو سکتا ہے۔

ان طریقوں کی غایت یہ ہوتی ہے کہ مریض اپنی علامتوں کے متعلق جو ایتقان رکھتا ہے اسے دور کر کے اس کے بجائے اس میں ایک دوسرا برعکس عقیدہ پیدا کر دیا جائے۔

ایمان کے طریقہ میں اس مقصد کو حاصل کرنے کے لیے مریض کے ذہن کے جذباتی یا جلتی رجحانات سے کام لیا جاتا ہے جن میں سب سے زیادہ اہم دو ہیں ایک تو وہ اعتقاد کامل جو مریض طبیب کے علم و فضل اور طاقت کے متعلق رکھتا ہے۔ دوم مریض کی وہ استعداد ہے جس سے وہ ایسے علاج و معالجہ سے جو انوکھا ناگھٹی اور پراسرار ہو معجزہ فاشا کی توقع رکھتا ہے۔ تیسرا یہ ہے کہ اس طریقہ کی کامیابی کا انحصار بڑی حد تک طبیب کی شخصیت، شہرت اور تکنیکی پر ہوتا ہے نیز اس پر کہ مریض اپنی تنقیدی قوتوں سے کام لیتا چھوڑ دینے پر مائل ہو۔

اس طریقہ کے طرز عمل کی مثال ذیل میں درج ہے :- طبیب سے ایک ایسی عورت کو دیکھنے کی استدعا کی جاتی ہے جس کا بازو مشلول ہے۔ مہمان کے بعد یہ معلوم ہو جائے کہ مشلول وظيفی ہے طبیب کو مریض سے کہنا چاہئے کہ یہ ایک عصبی شکایت ہے جس میں ایک نئے قسم کے برقی

علاج سے۔ آسانی شفا ہو سکتی ہے۔ طیب یہ مفکرہ سکون اور نیندگی کے ساتھ اور ایسے انداز سے کرے جس سے ظاہر ہو کہ اُسے ایسی اوصاتوں سے اکثر واسطہ پڑتا رہا ہے اور وہ ان کے علاج کا عادی ہے۔ پھر ایک دو اوصاتوں کی مثالیں بیان کرے جو اس کے زیر علاج آئیں اور جن میں یہ نیا علاج ایک ہی بار استعمال کرنے سے اس قسم کا طویل المدت فکشل بالکل دور ہو گیا۔ اسی طرح مریض کے احباب و اعزاء میں بھی فوری اور نفسی شفا کے توقعات پیدا کرے پھر وہ کچھ عرصہ بعد ایک فراوی مورچہ (faradic battery) اور تاروں کا برش لے کر مریض کے پاس آئے اور اس کے ذہن میں مزید صلاحیت اور آمادگی پیدا کرنے کے بعد آؤف جارح کے عضلی گروہوں کو پہنچ کرنے کے لیے رُو لگائے اور ساتھ ہی یہ اصرار ضرور دیتا رہے کہ مریض کی حرکت انا دی کی طاقت بحال ہو گئی ہے۔ دوسری سیر یا بی علاقوں کے لئے بھی مثال طریقے استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ اس کی کوئی اہمیت نہیں کہ فلاں آلہ ہی استعمال کیا جائے، مگر شرط یہ ہے کہ مستعمل طریقہ مریض کے لیے نیا ہو۔ مثلاً اگر پہلے فراویت کا استعمال کیا گیا ہے اور اس سے کامیابی حاصل نہیں ہوئی ہے تو اور کوئی نئی ترکیب نکالنی چاہئے۔ کامیاب علاج کے لئے ضروری امر یہ ہے کہ مریض کے دل میں طیب کی طرف سے کامل اعتماد پیدا ہو جائے۔ اس طریقے پر عمل کرنے سے معلوم ہو گا کہ مریض کے ذہن میں اتقان مرض کے بجائے اتقان صحت یا بی کسی مدلل سلسلہ اعتقاد پر نہیں بلکہ جلتی احساس پر مبنی ہوتا ہے۔

تنویم (hypnosis) کو ایذا کی ایک قسم سمجھنا چاہئے۔ جسے اب بڑی حد تک ترک کر کے ہشیر یا کا علاج نسبت زیادہ راست طریقوں سے کیا جاتا ہے۔

ترغیب (persuasion) کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ مریض کو اس پر راغب کیا جائے کہ اپنے مرض کے متعلق جو غلطہ ایقان اس کے ذہن میں قائم ہو گیا ہے وہ اسے ہٹا کر اس کے بجائے ایک مدلل یقین قائم کرے۔ اگر ہم بازو کے تلمبی شکل کی مثال پھریں تو ایسی صورت میں طیب مریض کو یہ سمجھا

کہ ”اُس جارح کے عضلات کے مرض کے کوئی امارات، یا اُس پر اقتدار رکھنے والے اعضاء کے مرض کے کوئی امارات موجود نہیں ہیں۔“ نیز یہ کہ ”ایک عضلہ جو ایک حرکت کے لئے کام میں لایا جاسکتا ہے اُسے دوسری حرکت کے لئے بھی برابر کام دینا چاہئے لہذا اگر تم پہلے ماؤف جارح کے عضلات کو ڈبیل کر دو اور پھر یہ واحد مقصد پیش نظر رکھ کر کہ میں ایک معین حرکت ضرور عمل میں لاؤں گی حرکت شروع کرو تو اُسے ضرور انجام دے سکو گی۔“ ایسا ذریعہ کس طریقہ کو یہ نتیجہ حاصل ہے کہ اس سے مریضہ میں ایک ایقانِ صحت پائی پیدا ہو جاتا ہے جو باہر و جسم زیادہ دیر پا ہوتا ہے کہ اس کا انحصار مدّ تہلّ سلسلہ دلائل پر ہوتا ہے جنہیں مریضہ ضرورت کے وقت اپنے لئے دُہرا سکتی ہے۔ اس طریقہ میں یہ نقایص ہیں کہ اس میں مریضہ کی عقلی اور بالخصوص تنقیدی قوتوں پر زور ڈالنا پڑتا ہے، اس میں زیادہ عرصہ درکار ہوتا ہے، اور شاید اسی وجہ سے یہ اپنے فوری اثرات کے لحاظ سے کم یقینی ہے۔

عملاً اکثر ایسا ذرا ترغیب، ان دونوں طریقوں سے مجموعی طور پر کام لیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صاف ظاہر ہے کہ آخر الذکر طریقہ کی کامیابی کا انحصار حیطہ اس امر پر ہے کہ غیر جذباتی طریقہ ہائے استدلال سے کام لیا جائے اس طرح اس امر پر بھی ہے کہ مریضہ کو طبیب پر کامل اعتقاد ہو۔

تجزیہ کے ذریعہ علاج کے طریقہ کا متعین ثبوت بہت زیادہ گہرا ہوتا ہے، یعنی اُن ذہنی اعمال کے پورے سلسلہ کو دریافت کرنا جن سے بالآخر بشیر یا بی علامات پیدا ہو گئے۔ اور پھر ان کو دفع کرنے کے لئے مریض کو اس امر میں مدد دینا کہ وہ تجزیہ سے رہنمائی حاصل کر کے اپنے ذہنی نقطہ نگاہ کو دوبارہ درست کر لے۔ اگر مریض اس رہنمائی سے اپنی حالت کے متعلق بصیرت حاصل کر سکے اور تجزیاتی طریقوں کی مدد سے اس قابل ہو جائے کہ اُسے اُن مفترق تصورات کو جو اس کی بشیر یا بی علامتوں کی بنیاد ہے وہ دوبارہ شعور میں لاسکے، تو جیسے جیسے وہ تصورات اور جذبات جن کے ساتھ یہ علامات وابستہ ہیں اُس کے ذہن میں متشکل ہوتے جائیں گے

بشریاتی علامتیں غائب ہوتی جائیں گی۔ اس طریق عمل میں اس امر کی ضرورت ہے کہ مریض کو کم و بیش مکمل خود فہمی حاصل ہو اور یہ طریقہ مریض کو دوسرے طریقوں کے مقابلہ میں زیادہ موثر طور پر نکس سے محفوظ رکھتا ہے۔

ممکن ہے کہ اس قسم کا تجربہ مقابلہ ایک سادہ اور آسان امر ہو یا ممکن ہے کہ اس میں طبعی کو بہت صبر و استقلال تدبیر اور حکمت عملی سے کام لے کر بعض فنی طریقے استعمال کرنا پڑیں (ملاحظہ ہو صفحہ 781) ہم اس نوجوان عورت کی حالت کو جسے بازو کے ولفیغی شغل کی شکایت تھی ایک مفروضہ مثال کے طور پر پھر لیتے ہیں لیکن یہ طبعی پر یہ حالات مختلف ہو جائیں کہ وہ اب تک اپنے گھر میں ہی رہتی تھی اور ساری عمر میں اسے پہلی مرتبہ خانگی ملازمت کیلئے اپنے گھر سے باہر جانے کا اتفاق ہوا۔ نئے فرایض منصبی اسے بہت صبر آزما معلوم ہوتے ہیں گھر کی یادرات دن بے چین رکھتی ہے۔ اس ہستائیں اسے جس ہمدردی اور غمگساری کی ضرورت تھی وہ اسے ساتھ کام کرنے والیوں کی طرف سے حاصل ہوئی نہ والدین کی طرف سے۔ مریضہ کے اندرونی خیالات و جذبات نیز اس کے طرز عمل اور کلمات کے مزید تجربہ سے بالآخر یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اس کی بیماری کا لاشعوری محرک اس کی یہ خواہش تھی کہ ناگوار فرائض سے نجات اور اس پاس والوں کی ہمدردی حاصل ہو۔ اس خواہش کی موجودگی میں ایک خفیف سے تفرنے جو کام کرتے ہوئے اسے پہنچا بیماری پیدا کرنے میں ایک عامل متعجلہ کا کام دیا۔ مریضہ اس کے مرض کی یہ توجیہ بیان کر دی جاتی ہے، ترغیب و تحیاتی ہے کہ وہ اپنے جذباتی مشکلات کا مقابلہ صاف دلی کے ساتھ کرے اور کہہ دیا جاتا ہے کہ ایسا کرنے پر اس کی علامتیں جاتی رہیں گی۔ سندرجہ بالا سے صاف ظاہر ہے کہ جو شخص اس طریقہ پر عامل ہوتا ہے وہ دراصل ایسا اور ترغیب دونوں سے ساتھ ساتھ کام لے رہا ہے اور یہی چیزیں غالباً اس طریق عمل میں معتد بہ طور پر بروئے کار آتی ہیں، کیوں کہ اس میں دو باتوں سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، ایک تو اس اعتماد کامل سے جو مریض کو

طبیعی پر ہوتا ہے، اور دوسرے اُس کی اُس قوت استدلال سے جسے مراد اپنے ذہنی اعمال کے متعلق بروئے کار لاتی ہے۔

عموماً ہسٹیریا کے عملی علاج میں ایساؤ، ترغیب اور تجزیہ ان تینوں طریقوں سے مجموعی طور پر کام لیا جاتا ہے، اور ہر اس بات میں یہ فیصلہ کرنے کے لئے کہ ان میں سے کون سے طریقہ پر بالخصوص اعتماد کیا جائے گا مریض کے عقلی، جذباتی اور اُس مدت کا جو علاج کے لئے حاصل ہے منقول لحاظ رکھا جاتا ہے۔ مریض ادنیٰ تعلیمی حیثیت کے ایسے ہوتے ہیں جن کے لئے ایساؤ کے صرف ان گھڑ طریقے ہی بہترین طور پر کارآمد ہوتے ہیں۔ دوسری تمام اصابتوں میں مناسب ہے کہ ابتدائی قدم یہ ہو کہ مریض کو اُس کے مرض کے متعلق کچھ نہ کچھ توجیہ ایسے الفاظ میں مبتلا دی جائے کہ جس سے اُسے اپنی بیماری کی نوعیت اور مجوزہ علاج کا لم سمجھنے میں مدد ملے۔ اس کے بعد بہتر ہے کہ ایساؤ (suggestion) اور ترغیب کے ذریعہ سے علامات کو دور کرنے یا ان میں تخفیف پیدا کرنے کی کوشش شروع کی جائے، اور ازاں بعد منتخب اصابتوں میں تجزیہ سے کام لیا جائے۔ جب کبھی ممکن ہو مریض کو یہ باور کرانے کی کوشش کرنی چاہئے کہ اُس کی بیماری ذہنی اعمال کے اختلال کا نتیجہ ہے، اور یہ اعمال ایسے ہیں کہ اگر وہ چاہے تو ان کا خود امتحان کر سکتا ہے اور ان پر اقتدار حاصل کر سکتا ہے۔ چونکہ اکثر اوقات ہسٹیریا کی علامات کی مدد سے انحصار مریض کے ان جذباتی تعاملات پر ہوتا ہے جو وہ ماحولی معاملات کی طرف ظاہر کرتا ہے، لہذا بیشتر اصابتوں میں علاج شروع کرنے سے پہلے اُسے کسی بیمارستان یا شفا خانہ میں منتقل کر دینا اور تا مدد قید کا کل طور پر شفا ہو جانے سے خطوط وصول کر لے کر اُن علاقوں سے ملنے کی ممانعت کر دینا نفع بخش ہے۔

ان اصولوں پر ذہنی علاج جاری رکھنے کے ساتھ ساتھ مریض کی جسمانی حالت پر بھی غور کے ساتھ توجہ دینی چاہئے، اور جسمانی ناکارکردگی کے طبیعی اسباب کو دور کرنے کی ہر طرح کی کوشش کرنی چاہئے خواہ یہ اسباب عین ماسکوں کی نوعیت کے ہوں یا غلط عادات یا بد رہائش کی نوعیت کے۔

ماذثری یا وجدانی تعامل والی قسمیں

(AFFECTIVE REACTION TYPES)

مانیائی انخفاضی ادواء النفس

(manic-depressive psychoses)

ان کا میز خاصہ وجدانی (جذباتی) غیر طبیعی حالت کا قلب ہے جو فطری طور پر (قرعائیت = elation) یا فطری حزن (انخفاض = depression) کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی خیال اور عمل دونوں میں ایک متناظر اختلال ہوتا ہے اور یہ تناظر فطری طور پر ہم آہنگ ہوتا ہے۔ چنانچہ فرمان مریضوں دونوں طرح سے معمول سے زیادہ فعال ہوتا ہے (بیش نفسی حرکی فعالیت) یعنی مسلسل مشغولیت کے نسبت زیادہ جسمانی معنوں میں اور خیال اور حکم کی تعلیموں میں (جیسا کہ اس کی مسلسل بسیار گوئی سے ظاہر ہوتا ہے)۔ اور اس کے برعکس متخفیف مریض میں فعالیت کی متناظر کمی پائی جاتی ہے اور وہ بیک وقت گھٹنوں پر ہاتھ رکھ کر یا تھکے ہوئے بیٹھا رہتا ہے۔ اس کے خیال اور عمل دونوں کی فعالیت معتدلہ میں کم ہو جانے کے علاوہ نشست بھی ہو جاتی ہے (نفسی حرکی بطور)۔ یہ مانیائی انخفاضی داء النفس کی تیشیلی شکلوں کے نمایاں اور تمیز خصایں ہیں۔ لیکن بعض ورمیائی اور غیر تیشیلی شکلیں بھی ہوتی ہیں جن کا بسیاران فریل میں درج ہے (8)۔

جدوجہد مرض۔ اس قسم کے داء النفس میں مبتکامریضوں کی تعداد دماغی امراض کے شفاخانوں میں داخل شدہ مریضوں کی سولہ فی صدی ہوتی ہے۔ لیکن ان کے علاوہ اور بہت سے مریض ایسے ہوتے ہیں جن میں یہ حالت خفیف درجہ کی ہوتی ہے اور جوشفاخانہ میں اقامت گزریں نہیں ہوتے۔ بحکمت اسباب۔ اس کے متعلق واقعات چند اور نظریات

متعدد ہیں۔ تو اشد بلاشبہ اکثر اوقات عامل ہوتا ہے۔ انشی فی صدی مریضوں میں حالیہ آب و اجداد یا ہم جہی نسلوں میں کسی نہ کسی قسم کا امراضی ٹوٹ پایا جاتا ہے لیکن یہ اعداد ایسی مختلف غیر متجانس حالتوں پر بھی مبنی ہیں جیسے کہ عضوی یا مانی مرض اور آوارہ گردی۔ نسبت زیادہ اہم یہ شہادت ہے کہ ایسا بلا واسطہ متاثر تو اجداد یا والدہ سے بچہ کو حاصل ہو نسبت عام ہے۔ اگر ان میں کوئی ایک اس قسم کی نفسانیت میں مبتلا رہے تو کہا جاتا ہے کہ ایک تہائی بچے بھی اس میں مبتلا ہو جائیں گے اور دوسرے ایک دوری جنونی شخصیت ظاہر کریں گے۔

”نسبت“ خواہ یہ ذہنی جو یا جسمانی، ایک عامل مجتہد ہے۔ اس مزاج کو جو دوسرے مزاجوں کی نسبت مانیائی، انتخاضی دار النفس پیدا کر دینے کا امکان زیادہ رکھتا ہے، ”ہم اسلوبی“ (“syntonic”)، ”دورانی“ (“cycloid”) یا ”دوری جنونی“ (“cyclothymic”) کے مختلف ناموں سے یاد کیا جاتا ہے۔ اس کے تیز خصائص مستقل بے شاشی یا پرسکون ٹکینی ہیں، اور ساتھ ہی ایسی ایک حالت سے دوسری حالت میں منتقل ہونے کا رجحان ہوتا ہے، اور مریض اپنے برتاؤ میں صاف دل ہے بے تکلف اور منسا ہوتا ہے۔ مریضوں کے ایک سلسلہ میں دوری جنونی شخصیت کی انتخاضی قسم ۶۴ فی صدی میں پائی گئی۔ اس سلسلہ کے مخصوص انتخاضی خصائص یہ تھے۔

فکر و پریشانی، حزن یا ٹکینی کے وقفے اور عدم اعتماد۔ دورانی شخصیت کی فروغان یا خفیف مانیائی (hypomanic) قسم ہمیشہ نہایت فعال اور ہر شاش و بے شاش، کاروبار اور معاملات میں مصروف و سرگرم اور انتہا درجہ کی منسا ہوتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ مانیائی انتخاضی دار النفس دوسرے اقسام کے دار النفس کی نسبت ٹکینی گھٹیلے پن والے اشخاص میں زیادہ عام طور پر پایا جاتا ہے، اگرچہ اس کا وقوع کسی طرح اسی جسمانی ساخت والے اشخاص تک محدود نہیں ہوتا۔ ٹکینی گھٹیلے جسم کے خصائص جب ذیل ہیں :- درمیانہ قد، لمیم اور مائل بہ فرہی، گردن کوتاہ، سر اور چہرہ گول مول۔

مردوں کی نسبت عورتیں زیادہ عام طور پر (۷۰ عورتیں : ۳۰ مرد)۔

اور غیر یہودیوں کی نسبت یہودی اکثر زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ تمام پہلے حملوں میں پچاس فی صدی حملے تیس سال کی عمر سے پہلے واقع ہوتے ہیں۔ ایک ایسی اصابت کا اندراج بھی ہوا ہے جس میں حملہ پانچ ہی سال کی عمر میں ہو گیا، لیکن پندرہ سال تیس سال کی عمر کا زمانہ سب سے زیادہ اثر پذیری کا ہوتا ہے۔ عمر کی زیادتی کے ساتھ مرض کی شکل بھی بدل جاتی ہے، اور انخفاضات، (یہی شکل پیشہ زیادہ عام ہوتی ہے) مانیائی بیجان کی مثالوں کے مقابل میں اور زیادہ کثیر الوقوع ہوتے جاتے ہیں۔

اسباب محتملہ۔ بارزہنی یا جسمانی، عموماً پہلے حملہ کے فوری پیشرو ہوتے ہیں۔ استعداد سابقہ رکھنے والے شخص میں ممکن ہے کہ کسی بھی جسمانی مرض سے حملہ کی تعمیل ہو جائے۔ لیکن یہ ایک بالکل جداگانہ بات ہے کہ مانیائی انخفاضی مرض اپنی بے احتیاطی کی وجہ سے جن زوہراتوں کی غویانی کی قابلیت رکھتے ہیں۔ خطرناک جسمانی بار و محنت کی نسبت ذہنی بار اکثر اوقات زیادہ پائے جاتے ہیں۔ سوگ، مالی نقصان، خانگی مشکلات، کسی قسم کی مایوسی، عشق و محبت کے معاملات میں نامرادی، اور ایسے ہی امور، سب اکثر پہلے حملہ کے اسباب محتمل ہیں۔ مابعدہ حملے نسبت بہت خفیف تر مروج بیرونی تحریک سے یا بلا کسی ایسی تحریک کے واقع ہو جاتے ہیں۔

فطریات۔ (الف) جسمانی۔ عقل تحول، عصبی منبہ، مثلاً ساختہ دماغ کے مرض کی اور تہی مبداء، یہ سب اب تک ناکافی شہادت کی بنا پر سبب مرض بتائے گئے ہیں۔ (ب) نفسیاتی۔ دائمی جذباتی اختلال کی توجہ کے لئے جو مانیائی انخفاضی ادوار النفس کا اس قدر متمیز خاصہ ہے، ایک خاص، اکثر موروثی، ماثری منبہ پیش کیا جاتا ہے، اور کہا جاتا ہے کہ یہ بنی رجمان مست ذکرہ حالات میں اپنا وجود ظاہر کرتا ہے۔ نفسی تجزیہ ایک نیئی عامل کے علاوہ یہ بھی فرض کرتا ہے کہ شہوت کا نمبرز یا صاداتی (sadistic) لیول پر رک گیا (یا شہوت ہو گیا) ہے۔

نفسی امراضیات۔ مانیائی فرمانیت کو اس فطاسیہ (phantasy) کا جذباتی لازمہ سمجھا جاسکتا ہے، جس سے مریض کو سرور حاصل ہوتا ہے اور

جس میں وہ بالکل اس طرح مہلک ہو جاتا ہے کہ حقیقت کو نظر انداز کر دیتا ہے۔ اس کے برعکس، انخفاض محض اس پستی کا مبالغہ ہو سکتا ہے (شاید نبی بنا پر) جو طبعاً ناامیدی کے ساتھ ہوا کرتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ تصور واری یا غلط کاری کے اس جذبہ کا شعوری لازمہ ہو جس کا مبداء دبا ہوا اور لاشعوری رہتا ہے۔ جب فرحانیت یا انخفاض کی بنیاد اس طرح لاشعوری رہتی ہے تو مزید باقی اختلال قدرتی طور پر مریض اور مشاہد دونوں کو ناقابل توجیہ نظر آتا ہے (9)۔

ذہنی علامات۔ بالعموم یہ علامات کی صورت میں بیان کئے جاتے ہیں جو ایک طرف تو فرحانیت، حرکی فعالیت، اور پرواز خیالات کے بنے ہوئے ہیں (مانیائی ہیئت) اور دوسری طرف، انخفاض، فعالیت کی کمی اور تنہی کی شستی (بطوع) کے جو انخفاضی ہیئت پیدا کر دیتے ہیں۔ مزید برآں بعض مخلوط حالتیں بھی ہوتی ہیں جن میں علامات مختلف طور پر مخلوط ہوتے ہیں مثلاً فرحانیت کے ساتھ عدم حرکت اور ساتھ ہی تصورات کی قلت سے "مانیائی ڈھول" ("manic stupor") پیدا ہو جاتا ہے۔

مانیائی ہیئت (manic phase)۔ اس کی شدت کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں:۔ خفیف انیا (hypomania) حاد انیا اور حاد مانیائی انیا بڑھتی ہوئی شدت کی ترتیب کے لحاظ سے۔ ان سب میں آغاز مرض عموماً ناگہانی طور پر ہوتا ہے۔

(۱) خفیف مانیائی مریض ہمیشہ مصروف رہتا ہے، کم سوتا اور سویرے اٹھتا ہے، اپنی موٹر کار خطرناک طور پر تیز چلاتا ہے، بہت بولتا ہے اور زور زور سے بولتا ہے، پرکشت خط لکھتا ہے (نفسی حرکی ہیجان)، بہت سی میسر می شروع کرتا ہے اور تکمیل کسی ایک کی بھی نہیں کرتا (پراگندگی توجہ)۔ وہ نہایت خوش رہتا ہے (فرحانیت) ہنستے، مذاق کرتا ہے اور ضلع جبلت بولتا ہے۔ اس کی گفتگو جلد ایک موضوع سے دوسرے موضوع میں بدل جاتی ہے اور یہ تغیر اکثر سطحی ایٹلافات کی بنا پر ہوتا ہے (پرواز خیالات)۔ "متوتی" ایٹلافات ("clang associations") جن کا، انحصار الفاظ کی مماثل آوازوں پر ہوتا ہے، عام طور پر

ہوا کرتے ہیں۔ مزاج بعض اوقات بہ سرعت لیکن عارضی طور پر بدل کر چڑچڑاپن ظاہر کرتا ہے۔ امتناع کم ہو جاتا ہے یعنی مریض ایسی باتیں کہ ذاتاً ہے جو مجذب سوسائٹی میں نہیں کُشی جاتی ہیں، بد تمیزی کے ساتھ صاف گوہر ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ شراب بہ کثرت پی لے یا شہوت رانی اختیار کرے۔ عقلی اور مجسم الحواسی تعلقات (حافظہ وغیرہ) خوب محفوظ رہتے ہیں۔ بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔

(۲) مادامانیا مندرجہ بالا حالت کی مزید نمو یافتہ حالت ہے۔ اس میں بھی علامات کا وہی معروف نمونہ موجود ہوتا ہے۔ لیکن بیش فعالیت دائمی یعنی کے درجہ تک پہنچ جاتی ہے، جو ترقی پذیر بے مقصد فوجیت کی ہوتی ہے۔ نیند کی مقدار گھٹ کر اقل ہو جاتی ہے، غذا سے بے پروائی ہوتی ہے، اور گفتگو لگاتار ہوتی ہے۔ گفتگو کا موضوع اس قدر جلد بدل سکتا ہے کہ جس سے بے ربطی کا گمان پیدا ہو۔ توجہ اس قدر اُچاٹ ہوتی ہے (مریض اپنی مشغولیت کے دوران میں کسی اتفاقی آواز یا آواز کے متعلق رائے زنی کرنے لگتا ہے) کہ حالیہ حافظہ اور ماحول شناسی میں غلط واقع ہو جاتا ہے۔ وہ کسی چیز پر اس قدر کافی عرصہ تک توجہ نہیں کر سکتا کہ اسے یاد رکھ سکے۔ مریض کی بہت وسشادمانی متعدد ہوتی ہے لیکن بہ سرعت چڑچڑپن میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور یہ اس کی بیش فعالیت کے ساتھ مل کر وحشیانہ افعال سرزد کر سکتی ہے۔ تنہا رہنا اور بربادی کی عادت عام ہوتی ہے، جو اس کے کپڑے پھاڑنے اور اشیاء فریج کو توڑنے کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ لباس اتار ڈالا جاتا ہے، چنانچہ اکثر مریض کو سردی میں کھلا رہنے سے بچانے کے لئے ایک خاص ناقابل تلف ایک ہی ٹکڑے سے بنے ہوئے سوٹ کی ضرورت ہوتی ہے۔ اعتیادات اکثر موجود ہوتے ہیں۔ یہ معمولاً عظمت نفس کے اور بعض اوقات ایذا رسی کے ہوتے ہیں، لیکن عموماً مریض الزوال اور ڈھیلے طور پر منظم ہوتے ہیں۔

(۳) مادہ بڑائی مانیا۔ اس درجہ کا میز خاصہ تیرگی شوری ہے۔ انتہائی بے چینی کے ساتھ تمام اقلیموں میں کافی فقدان ماحول شناسی ہوتا ہے۔ توجہ نہایت عارضی ہوتی ہے اور غلط شناسی اور توہمات نمایاں ہوتے ہیں۔

مریض کو دیکھ کر نظر آتے ہیں اور آواز میں سنائی دیتی ہیں اور یہ سب ایک سریع الزوال اور بے ربط طریق پر ہوتی ہیں۔ طبیعت پیشی طور پر فرماں ہوتی ہے، یہ سرعت وجد یا کس میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور پھر اصلی حالت پر آ جاتی ہے۔ فعالیت ایسی چیزوں پر مشتمل ہوتی ہے جیسے کہ بلا تخاشا ناچنا، چیخنا اور چلانا، چیزیں اور حرا و حر پھینکنا، دیواروں اور نرینچر کو آلودہ کر دینا، کپڑے پھاڑ ڈالنا، وغیرہ۔ گفتگو لگانا جاری رہتی ہے، اور اس میں ایسی چیزیں شامل ہوتی ہیں جیسے کہ دعا، گالی، التجا، ضلع گوئی، قافیہ سنجی، وغیرہ۔ بظاہر معلوم ہوتا ہے کہ مریض کو تنکان نہیں ہوتی مگر فی الحقیقت وہ گھلتا رہتا ہے اور بہ آسانی سرایتوں کا شکار ہو جاتا ہے۔ درحقیقت اغلب یہ ہے کہ بدیانی شدت والے مادیانیا کی تمام نہیں تو بیشتر صابتیں سرایت کیے ہزار پائی جاتی ہیں اور علامات کی شدت کا سرایت کے ساتھ بہت کچھ تعلق ہوتا ہے۔

انخفاض یا پستی۔ (۱) سادہ بطور کی حالت میں 'حزن کیا تھا' گفتگو اور فعل دونوں میں فعالیت کی کمی ہوتی ہے (نفی حرکتی ضلع)۔ کمی بھی ہوتی ہے اور سستی (بطور) بھی۔ یہ سستی ابتدائی (یعنی کسی ضلع کے شعریہ کرنے میں سستی) اور سرانجامی (یعنی اس کو پورا کرنے میں سستی) دونوں طرح کی ہوتی ہے۔ تحلیل اور گفتگو میں یہ بطور مخصوص موضوعوں کے متعلق زیادہ نمایاں ہوتا ہے (در و ناک خیالات مست ہوتے ہیں)۔ مریض تخیل میں وقت کی شکایت کرتا ہے۔ طبیعت یا اس انگیز ہوتی ہے، اور جذباتی ملک کہ فقدان ہوتا ہے۔ کسی چیز میں خوشی یا دلچسپی نہیں ہوتی۔ مافیہ خیال نالافتی جیتی جیتی اور ناکامی کے تصورات ظاہر کرتا ہے۔ اعتدالی اندیشے، بالخصوص مریض کے عزیز ترین اشخاص کو نقصان پہنچانے کا خوف، اور مذہبی بے ادبی کی نوعیت کے اعتدالی خیالات عام ہوتے ہیں۔ ایک نہ ایک درجہ میں موت کی آرزو اور خودکشی کے ارادے عالمگیر ہوتے ہیں، اگرچہ خوش قسمتی سے بطور ان کو عمل میں لانے کے راستہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ مریض کو دنیا اور خود اپنی ذات

عجیب و غریب اور بدلی ہوئی معلوم ہوتی ہے (بے حقیقتی کا احساس) معطل اور جمجمہ الحواسی وظائف صحیح و سالم رہتے ہیں، یہ استثنائیں اس کے کہ ذہنی اعمال یہ حیثیت مجموعی نسبت زیادہ مست ہو جاتے ہیں۔ مریض متفکر یا متوش نظر آتا ہے، اور بعض اوقات شکایت کرتا ہے کہ وہ نہیں سکتا۔ وہ ٹھنڈوں تقریباً بے حرکت بیٹھا رہتا ہے، اس کا سر جھکا ہوا رہتا ہے اور ہاتھ ٹھنڈوں پر رکھے ہوئے ہوتے ہیں۔

(۲) حاد انقباض۔ یہ اور آگے کا درجہ ہے، جس میں امتناع اور بطوم اور بھی زیادہ واضح ہوتے ہیں۔ مریض خود بخود کچھ نہیں کہتا اور کم حرکت کرتا ہے۔ سوالات کے جوابات یک حرفی دیتا ہے۔ اس کی طمعت اور واضح قطع سے ایک غم کی تصویر نظر آتی ہے۔ معاشی، جسمانی اور روحانی بربادی کے احتمالات جاری رہتے ہیں، خواہ اُن کے برعکس کتنی ہی ترغیب دی جائے۔ مریض کو یقین ہوتا ہے کہ طبق یا دوسری بد اعمالیوں سے اس نے خود کو برباد کر لیا ہے، وہ مالی بربادی سے دوچار ہے اور اس نے اپنے خاندان کو برباد کر دیا ہے (انقباض افلاس)۔ مراقبی احتمالات مبالغہ کے خاصے بلند درجہ پر پہنچ جاتے ہیں؛ مثلاً یہ کہ آنتوں میں ڈاٹ لگا دی گئی ہے، دماغ متکسر ہو رہا ہے، اور امعاء احتشاش کر گئے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ایک مد تک فعلیاتی وظائف کے تغیر پر مبنی ہوں (نیچے ملاحظہ ہو)۔ غذا سے انکار کیا جاتا ہے، اکثر اس وجہ سے کہ مریض خود کو نالائق سمجھتا ہے۔ زیادہ مشافطہ پر وہ سمجھتا ہے کہ غذا اذہر آلود ہے، لیکن اس قسم کی انداز سنی کے احتمالات مشتمل نہیں ہوتے۔ جمجمہ الحواسی اور عقلی وظائف صحیح و سالم رہتے ہیں، مگر بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔

(۳) انقباضی ذہول (depressive stupor) میں مریض اپنے مراقبی اور خود انزائی احتمالات میں اس قدر کامل طور پر نہمک ہوتا ہے کہ وہ اپنے ماحول میں کسی قسم کی دلچسپی نہیں رکھتا۔ کسی سوال کا جواب نہیں دیتا۔ اسے بلی کے ذریعہ غذا پہنچانی پڑتی ہے۔ وہ فطری حوائج سے غافل رہتا ہے، جس کا نتیجہ احتباس بول و براز ہوتا ہے۔ عقلی اور جمجمہ الحواسی وظائف کا امتحان کرنا غیر ممکن

ہوتا ہے، لیکن عدم دلچسپی کے باعث قدرتنا واقعات حالیہ کے علم میں نکل واقع ہوتا ہے۔

”مخلوط حالات“ یہ بالخصوص جب ذیل ہیں :- مضطرب، متغیر (agitated depression) یعنی پست مزاجی کے ساتھ جسمانی بیش فعالیت (بے چینی) ہاتھ لٹکا، قسمت کورونا، مگر تخیل میں پھر بھی بطور - مانیائی ذہن (manic stupor) یعنی فرحانیت کے ساتھ کامل فقدان فعالیت اور ماحول سے بے پروائی سرریض اپنی خوش کامی اور اہمیت کے عجیبہ پندہ نقابانی میں نہنک رہتا ہے۔ عام طور پر صرف یہی دو ”مخلوط“ حالتیں پائی جاتی ہیں۔ مانیائی ذہن غالباً ہمیشہ پستی اور مانیائے درمیان، یا اس کے برعکس مانیائی اور پستی کے درمیان ایک برزخی درجہ ہوتا ہے۔ لاماصل مانیائی (unproductive mania) فرحانیت کے ساتھ تخیل کی قلت، پستی کے ساتھ پرواز خیالات۔ لاکر کی مانیائی (فرحانیت کے ساتھ پرواز خیالات مگر محرک فعالیت کا فقدان) تشویش مانیائی (anxious mania) تشویش، نفسی حرکات فعالیت اور پرواز خیالات، یہ سب نہایت غیر عام ہیں۔ مخلوط حالتوں کی شناخت کی اہمیت بالخصوص مرض کے زیادہ طویل مہر میں ہوتی ہے جس میں وہ واقع ہوتی ہیں۔

طبیعی علامات - نیند بہت کم ہو جاتی ہے اور علاجی تدابیر سے اس پر قابو پانا بہت مشکل ہوتا ہے۔ عدم اشتہا اور غذا سے انکار کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ اشتقاقی مریضوں میں نخول پیدا ہو جاتا ہے۔ بیش فعالیت اور غذا کے متعلق بے پروائی یہی نتیجہ مانیائی مریضوں میں پیدا کرتی ہے، بااستثنا خفیف مانیائی مریضوں کے جن میں ممکن ہے کہ وزن کی قدر بڑھ جائے۔ اشتقاقی نیند میں تمام افروازات میں کمی ہو جاتی ہے، جس کے ساتھ قبض کا تعلق ہوتا ہے۔ جلد خشک اور گھردری ہو جاتی ہے اور نائخوں کی بالیدگی ناہوار ہوتی ہے۔ مانیائی مہمان میں اس کے برعکس حالات پائے جاتے ہیں۔ تحول (جس کی پیمائش تبادلہ کنکس سے کی جاتی ہے) بولی افراز، فشا رنخون، وغیرہ کوئی تمیز تغیر نہیں ظاہر کرتے۔ ٹسٹ میں اکثر اوقات اختلال واقع ہو جاتا ہے، جیسا کہ تمام ذہنی عوارض میں

ہوتا ہے۔ اس دارالنفس سے شفا یابی سے پہلے اکثر اوقات ان طبیعی علامات میں اصلاح نظر آنے لگتی ہے۔ بعض مانیائی مریضوں میں ہمیشہ درقیت (hyperthyroidism) کی جزئی دلائل ظاہر ہوتی ہیں۔ بعض انخفاضی مریضوں میں سکری تخلی منحنی میں دیر سے سقوط واقع ہوتا ہے۔

مگر اور انداز۔ انفرادی حملوں کے بعد طبیعت کی بحالی اور توالی مخصوص خصایص ہیں۔ کم از کم مریضوں کی نصف تعداد میں دوسرا حمل ہوتا ہے بعض مریضوں میں تقریباً ہر سال توالی ہوتی رہے۔ تقریباً پچاس فی صدی مریضوں میں صرف انخفاضی حملے ہوتے ہیں اور سولہ فی صدی مریضوں میں صرف مانیائی حملے ہوتے ہیں۔ باقی ماندہ مریضوں میں کسی نہ کسی وقت دونوں قسم کے حملے ہوتے ہیں۔ مانیائی اور انخفاضی حملے فی الغور ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں (جنون متدیر = circular insanity) یا کچھ وقفہ کے بعد (جنون متبادل = alternating insanity)۔ انخفاضی حملے ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں (متوالی الخفا = recurrent depression) اور اسی طرح مانیائی حملے بھی ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں (متوالی مانیا = recurrent mania)۔ ایک حملہ کی مدت چار پانچ دن سے لے کر سالہا سال ہو سکتی ہے۔ شفا یابی چودہ سال کے بعد بھی ہو سکتی ہے۔ حملوں کے درمیان کا وقفہ نہایت طویل یعنی چالیس سال تک دیکھا گیا ہے۔ توالی کے ساتھ اتفاق کے وقفے زیادہ مختصر اور انفرادی حملے زیادہ طویل ہوئے کار جہاں رکھتے ہیں، یہاں تک کہ بعض اوقات مرض مسلسل ہو جاتا ہے۔ جب حملے بار بار ہو چکے ہیں تو ذہنی ضعف کی ایک اختتامی حالت واقع ہو جانا ممکن ہے۔ یہ حالت خفیف انخفاض کی جوتی ہے جس میں دلچسپی بہت کم اور فعالیت بہت کم ہوتی ہے۔ تھوڑے مریض مزمن مانیا کی حالت میں رہ جاتے ہیں اور یہ خاص کر ادھیڑ عمر سے اوپر والے ہوتے ہیں۔ یہ مریض ہمیشہ فعال اور خواہ مخواہ مصروف رہنے والے ہوتے ہیں اور اگر ان کی مزاحمت کی جائے تو ان کے جھگڑالو مشر اور چڑچڑے ہوئے کا اسکان ہوتا ہے۔ یہ بہت باتیں بناتے اور شیخی بکھارتے ہیں، اور اس قدر تشدد نہیں ہوتے جس قدر کہ خود مبالغہات کے عادی اور مادہ لوح۔ وہ لطیف احاسات کا

فقدان ظاہر کرتے ہیں، بھونڈے مذاق کرتے ہیں، بسیار خوری کے عادی ہوتے ہیں، اور اپنی حالت کی حقیقت سے ناواقف ہوتے ہیں۔ وہ اکثر خود کو عجیب و غریب طور پر بناتے بیگانہ کرتے اور کوڑا کرکٹ جمع کرتے ہیں۔ مزمن مانیایا کی تسبیب میں سن اور شدید سوروشی لوٹ عامل خیال کئے جاتے ہیں۔

علاج۔ خاص مقاصد یہ ہیں کہ مریض کو خود اپنے آپ سے انحناس کی حالت میں خود کشی سے، اور مانیایا کی جوش و ہيجان کی حالت میں خستگی سے، یا اضطرابی تشدد کی وجہ سے پہنچنے والے تضررات سے محفوظ رکھا جائے، کافی نیند اور تغذیہ بہم پہنچایا جائے اور اخراج کو زیادہ کیا جائے۔ خود کشی کی روک تھام کے لئے تربیت یافتہ ممرضات کے ذریعہ دائمی نگرانی لازمی ہے۔ ضروری ہے کہ پاؤں رستیاں، اور تمام ضرر رساں وسائل و آلات دور کر دئے جائیں۔ تا وقتیکہ گھر پر وسیع انتظامات نہ کئے جاسکیں، مریض کو کسی خاص شفاخانہ میں منتقل کر دینا ضروری ہے خستگی کے حفظ و ماقدم کے لئے آبى علاج کو مسلسل تغیل اور اغطیہ کھلی ہو ا میں مریض کے انتظام کے ساتھ مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا اور سکون و آرام بہم پہنچانا چاہئے۔ اگر ان طریقوں سے کافی نیند نہ آئے تو میڈینال (medinal) پیرالڈی ہائیڈ (paraldehyde) کارول اور بروماڈ (chloral & bromide) اور اگر ضرورت ہو تو ہیوسین (hyosine) ویکرنید کی مقدار بڑھائی جاسکتی ہے۔ غذا کھلانے کیلئے ممرضہ کی ذائقہ نگرانی کی ضرورت ہے۔ جہاں کہیں غذا سے اڑنالیں گھٹنے سے زائد تک انکار ہو تو ملی کے ذریعہ سے غذا پہنچانی چاہئے۔

مانیائی مریض کے منہ سے نکلے ہوئے کلمات کے غور و مطالعہ سے اکثر اس امر کا پتہ چل جائے گا کہ اس کے مرض کی پیدائش میں کون کون سے بارکار نما رہے ہیں۔ یہ مطالعہ علاج مابعد میں بھی مفید مطلب ہوگا جب کہ شفا یابی کے بعد توالی کے حفظ و ماقدم کے خیال سے مریض کو سبب مرض کے متعلق صاف و صریح طور پر سمجھانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ گو اس وقت استحقاضی مریض کے لئے تشنی اور اطمینان دلانا چنداں کارآمد نہ معلوم ہوگا، تاہم ایسا کرنا اکثر ایک مفید ذریعہ تقویت

ہوتا ہے۔ اس امر کا ادعا کیا گیا ہے کہ زیادہ پیچیدہ قسم کے نفسیاتی علاج سے حملہ مرض کو آرام ہو سکتا ہے، مگر قرین عقل عموماً یہی ہے کہ شدید نفسیاتی علاج کو ایک حفظاً متقدمی تدبیر کے طور پر محض درمیانی وقفوں تک محدود رکھا جائے۔
 بظاہر شفا یابی کے بعد کچھ عرصہ تک مریض کی نگرانی امتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے، کیونکہ دوسری حیثیت طاری ہو جانے کے امکانات ہوتے ہیں۔

حکشی بالتحولیا

(involutional melancholia)

یہ جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہے، زندگی کے حکشی زمانہ میں، چوتھے یا پانچویں عشرہ میں ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ایسی ہی علامتیں والی امابتیں اس زمانہ سے پہلے بھی واقع ہو جاتی ہیں۔ اس کا متیز خاصہ اختفاص ہے، جس کے ساتھ تشویش و اندیشہ اور مراتی، ایدارسی اور اندہستی قسم کے اختیالات ہوتے ہیں۔ اس امر کے متعلق بہت کچھ بحث و تحقیق رہی ہے کہ آیا حکشی بالتحولیا محض ایک مانیائی اختفاصی داء النفس ہے جو حکشی زمانہ میں واقع ہوتا ہے اور جس پر آخری عمر کے تبدیل شدہ مطمح نظر کا رنگ چڑھ جاتا ہے۔ بیان کیا گیا ہے کہ اکثر مانیائی اختفاصی قسم کے خفیف مابقی حملوں کی سرگزشت موجود ہوتی ہے، اور یہ کہ حکشی بالتحولیا میں مانیائی اختفاصی داء النفس کے تمام مخصوص علامات ظاہر ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایک تہائی مریضوں میں یہ حالت شفا پذیر ہوتی ہے۔ لیکن کچھ مانتھولیا میں کامیابی کا مستحق ہے کہ اس پر ملحدہ طور پر غور کیا جائے کیونکہ اس کی علامتیں اور عام عمر کافی طور پر متیز ہیں۔ ایک اضطرابی قسم کا اختفاص خاص طور پر عام ہے۔ اس کا امکان ہوتا ہے کہ اس کا عمر ایک سال اور اکثر سا لہذا سال کا طویل کھینچے، لیکن اس کے اندر کو اس زمانہ کے انحطاطی طبی تغیرات (اشریائی مصلابت اور ابستہائی شعیری تغیرات وغیرہ) محض بالواسطہ طور پر خراب بنا دیتے ہیں۔

بحث اسباب - بیزدنی بار کا تعلق اس گروہ میں خاص طور پر واضح ہے۔ ایک شخص جو اب تک قائم مزاج رہنے میں کامیاب رہا ہے، جب وہ

مالی مشکلات، جسمانی مرض کی حوصلہ شکنی یا س، دشمنہ داروں کی موت، یا کسی مشکل خانگی موقعہ سے دوچار ہوتا ہے تو بالآخر ہمت ہار جاتا ہے۔ ذکور مریضوں میں اکثر فشل مردی بھی ایک سبب معمول ہے، جس کی موجودگی کا علم بظاہر زیادہ عسر میں شادی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ شخصیت کی قسم بھی ایک عامل ہے، اور خاموش تنہائی پسند اشخاص عکشی مانعویا فی مرض میں غیر متناسب توازن کے ساتھ مبتلا ہو جاتے ہیں۔ اس سے بعض علامات کی اصلیت پر روشنی پڑتی ہے، بالخصوص ایذا رسی کے اختلالات، منفیت، تکرار اور توہمات پر جو بعض اوقات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اُن اشخاص میں بھی عکشی انخفاض پیدا ہو جاسکتا ہے کہ انہیں ہوتا ہے جو فکر و تشویش میں مبتلا رہنے کے مادی اور فنی طبیعت کے ہوتے ہیں اور معمولی سی بات کو ہمیشہ اہم اور محذور و دشمن سمجھتے ہیں اور عاداتاً انہی مشکلات کا نئے سرے سے مقابلہ کیا کرتے ہیں، لیکن کمیز ترین علامات (یعنی افلاس، قریب الوقوع موت اور جسمانی مرض کے اختلالات) بڑھتی ہوئی عمر کے تغیر پذیر مطلع نظر کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اکثر وہی ناقیم پذیر کی کاموروثی لوٹ نمایاں طور پر موجود ہوتا ہے۔ دونوں شخصیں قریب قریب مساوی طور پر مبتلا ہوتی ہیں (۱۹ فی صدی مریض متدورات ہوتی ہیں)۔

نفسی امراضیات - زیادتی سن و سال کے ساتھ جو نفسیاتی تغیر طبعی طور پر واقع ہوتا ہے، اس پر غور کرنے سے علامات کے سمجھنے میں مدد ملے گی۔ توانائی کی کمی کے ساتھ کام کی قابلیت میں کمی ہوتی جاتی ہے اور ساتھ ہی طبیعت پرونی دنیا سے ہٹ کر اپنی ذات کے طرف مرکوز ہو جاتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اپنا صحت کے متعلق زیادہ سوچا زیادہ دلچسپی کا اظہار ہوتا ہے، اور دوست کو بڑھتا ہوا امکان تصور کیا جاتا ہے۔ اُن عزیز اہل گلوں اور آرزوؤں کو جو پوری نہیں ہوتی ہیں، ترک کرنا پڑتا ہے۔ یادداشتی اور جدت گریزی (misoneism) عادت بن جاتے ہیں (میں پہلا زمانہ کیا اچھا تھا)۔ ان حالات سے بالآخر ان مرکزیت پیدا ہوتی ہے، جو مویا فستہ دار النفس میں، جذباتی مجبیت کی کمی اور حقیقی چرچرے بن کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ مرقا اس کے مظاہر میں سے ایک منظر ہے، جو صحت کے متعلق فکر و انداز کا

مبالغہ ہوتا ہے، اور مالی افکار سے خست اور افلاس کے اعتبارات پیدا ہو جاتے ہیں۔ خود مریض یا اس کے بچوں کے متعلق عزیز آرزوؤں اور آسنگوں کی ناکامی سے انخفاض پیدا ہو جاتا ہے۔ اس امر کو تسلیم کرنے سے گریز کے متقبل اپنے اندر ہلاکت کا سامان رکھتا ہے، وارث النفس میں موت کے خوف کی صورت اختیار کرتا ہے اور موت ڈراؤنی نظر آتی ہے۔ یہاں ایک اور مزید اہم عامل داخل ہو جاتا ہے اور وہ یہ کہ قوی جذبہ باقی رنگ رکھنے والے تصورات، جنہیں ایک نور مند و مست شخص کفر کے پس پردہ رکھ سکتا ہے، میدانِ شعور میں داخل ہو جاتے کا امکان رکھتے ہیں اور یہ جس شکل میں آتا ہوتا ہے وہ اس وجہ سے اور بھی زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے کہ کفر کر چکے عمل میں وہ مسخ ہو گئے ہوتے ہیں۔ حقیقی یا محض خیالی صنفی یا دوسری بدکاریوں کے متعلق عرصہ دراز کی خطا کاری کے احساسات اپنی نالائقی کے اعتبارات اور جلد آنے والی سزا (عذاب، جہنم و اصل ہونا وغیرہ) کا خوف پیدا کر دیتے ہیں۔ مرقی اعتبارات بھی اکثر اوقات خطا کاری کے احساس پر مبنی ہوتے ہیں، مثلاً یہ کہ بعض اعمال (مثلاً جلتی) نے میری صحت کو برباد کر دیا ہے۔ زعل کی یہ عدم دلچسپی، جو ترقی پذیرانہ نیت سے ظاہر ہوتی ہے، موت کی آرزو پر بھی مشتمل ہوتی ہے۔ اس کے برعکس انانیت موت کے خیال کو ناپسند کرتی ہے۔ ایسا سٹے یہ نہیں موت کے آرزو مند بھی ہوتے ہیں اور اس سے خائف بھی۔ اسی وجہ سے ان محسوس میں ایسے تضاد علامات کا اختلاط پایا جاتا ہے، جیسے کہ قریب الوقوع موت کے اعتبارات اور اقدام خودکشی۔ عدم دلچسپی کی تظلیل سے اندازتی اعتبارات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً یہ کہ کوئی چیز موجود نہیں، دوسرے سب مر گئے ہیں، کوئی چیز حقیقی نہیں۔

ذہنی علامات۔ مریض طویل عرصہ بے خوابی، بیچینی، پریشانی اور دوسرے ساتھ گزارنے کے بعد معین طور پر منتفض اور عموماً فکر مند ہو جاتا ہے۔ اس انخفاض کے ساتھ اپنی نالائقی کے تصورات موجود ہوتے ہیں اور یہ اکثر ناقابل معافی گناہ کے اعتبارات کی شدت اختیار کر لیتے ہیں، جو نمایاں اور مزید طور پر فزوری کی جلتی زنی کے متعلق ہوتے ہیں۔ لیکن یہ کہ مریض اس انخفاض کو خود

چھپا ہوا رکھے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ وہ دوران گفتگو میں مسکراتا رہے اور معمولی سے عرصے بعد اقدام خودکشی کرے۔ انخفاض اور اندیشہ کی زیادتی مسلسل اضطراب پیدا کر دیتی ہے اور مریض ادھر ادھر جاتا، اپنے ہاتھ لٹاتا، ناخن کترتا، روتا، واڈلا کرتا، اپنی پیشانی کو دھاتا، آہیں بھرتا، ناخنوں کو اپنے ہاتھوں یا حلق میں گڑھوتا اور اپنے بالوں کو نوچتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت مسلسل ہو یا اس میں تدریج و نرمایا بغلہ ہر حقیقی بے نشاشی بلکہ (شاذ صورتوں میں) فرمائیت کے وقفے واقع ہو۔ اکثر ایک تکراری فعالیت ہوتی ہے، مثلاً خاطر بھی کرنے کے لئے متواتر استدعا، ”کیا وہ مجھے یہاں سے لیجا نہیں گئے؟“ مریض قریب الوقوع ایذا رسی کے اختیالات ظاہر کرتا ہے، جو اکثر عجیب و غریب قسم کے ہوتے ہیں۔ مثلاً اس قسم کے کہ اُسے گولی مار دی جائے گی، پھانسی لگا دی جائے گی، زندہ بھونا جائیگا وغیرہ۔

معلوم ہوتا ہے کہ اس فعالیت کا انحصار بڑی حد تک اعتباری مافیہ کی نوعیت پر ہے۔ مندرجہ بالا بیان کا اطلاق انخفاض اضطرابی پر ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں مراقبی اعتبارات سب سے زیادہ مہم تر ثابت ہوتے ہیں۔ علاوہ بریں مریض ایک عجیب بے سرو پا قسم کی مبالغہ آمیزی کرتا ہے جو غالباً استعارہ کی اہمیت رکھتی ہے۔ آنتیں سڑ گئی ہیں، دماغ بھوسا ہے، وغیرہ۔ دوسری اصابتوں میں ایک پرسکون عدم فعالیت کے ساتھ یہ اعدادیاتی ایتقان موجود ہوتا ہے کہ ساری دنیا مر گئی ہے، مع (یا بجز) مریض کے۔ ان کا بل وجود مجہول یا بطنی الحریکت مریضوں میں ممکن ہے کہ سوالات کا جواب دینے میں کینتہ رستی ہو اور جوابات یک حرفی ہوتے ہیں۔ یہ حالت مانیائی انخفاضی دور، النفس سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ دوسرے مریض ایسے اعتبارات کے زیر اثر کہہ سکتے ہیں کہ میں یا بولنا نہیں چاہئے (اعتباری ضبط) جن کی تائید اکثر اسی قسم کے توہمی احکام سے ہوتی ہے، سوالات کا جواب بالکل نہیں دیتے (گوٹنگین) اور غذا لینے سے انکار کرتے ہیں۔ عموماً تغفل کی دقت کی کوئی شکایت نہیں ہوتی۔ لیکن بعض مریض حیرانی کی شکایت کرتے ہیں، یعنی جو کچھ دیکھتے ہیں اُسے سمجھ نہیں سکتے۔

عقلی اور جمیع الاحساسی وظائف میں خرابی نہیں ہوتی با سستہ کے ان اشخاص کے جن کو انتہائی اضطراب ہو اور جن میں ڈراؤنے توہمات کے ساتھ تیرگی شعور ظاہر ہو۔ یہاں ایک سستی اضافہ کا شبہ کرنا چاہئے۔

ایسے مریضوں میں خود کشی کے خطرہ کو ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہئے۔ یہ کشی انغماض میں یا نسبت کسی دوسرے دارالنفس کے زیادہ عام ہے۔

طبعی امارات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ سخی قبض، بیش فاعلی، رکی جھٹکے، آنحوں کے رشتے، اور ساتھ ہی پیرانہ سالی کے طبی لوازم بالخصوص شریانی صلابت۔

مہر اور انداز۔ اکثر علامات کی شدت میں بہت کمی بیشی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ایک بر ظاہر صحیاب ہوتا ہو اور مریض خود کشی کر لے۔ مگر کم از کم ہمدردی سے برسوں کا طول کھینچتا ہے۔ آٹھ سال کے بعد بھی شفا ہو گئی ہے۔ انداز کا انحصار وجدانی حالت پر ہوتا ہے۔ انغماض اور تشویش کا جب باقی اختلال تصویر میں جس قدر زیادہ ہو مستقبل امید افزا ہوتا ہے۔ چڑچڑاہٹ اور نمایاں مرقی مشغول ذہنی مخوس سمجھے جاتے ہیں۔ پیرانہ قشری خرابی (نقص حافظہ) کے یا مالکی شریان صلابتی دماغی مرض کے امارات کی موجودگی انداز کو خراب بنا دیتی ہے۔

علاج۔ دو اصول رہنمائی کرتے ہیں:۔ جسمانی طاقت کو برقرار رکھنا اور خود کشی کو روکنا۔ ان دونوں کے لئے ہمیشہ نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے۔ دوسرے کے یہ معنی ہیں کہ مریض کو دن رات تنہا نہیں چھوڑا جاسکتا۔ اسی واسطے تا وقتیکہ مریض کے ذرا کچھ آمدنی استعداد کافی نہیں کہ گھر پر دن رات ممرضہ کا انتظام ممکن ہو کسی شفا خانہ امراض دماغی میں علاج کرا ضروری ہے۔ ابتدائی قندیہ میں آسانی کے لئے بستر میں آرام ضروری ہے۔ اگر علاج کھلی ہو ایں غل میں ملا دیا جاسکے تو بے چینی پر اچھا اثر پڑتا ہے۔ اگر مریض غذا سے انکار کرے تو انتہائی توجہ سے کام لینا چاہئے۔ نیند لانے کے معمول طریقے استعمال میں لائے جاسکتے ہیں، لیکن مریض کی کمزوری اور اس کی فاعلی مزاحمت کے باعث آبی علاج کی ہمدایر

اکثر مشنوع ہوتی ہیں۔ جسمانی حالت کی بحالی کے بعد سادہ مشاغل تجویز کرنا چاہئیں۔ بعض اوقات یہ مریض کی نفسیت میں پہلا قدم ثابت ہوتے ہیں۔ نفسیاتی علاج سادہ قسم کا ہونا چاہئے۔ ممکن ہے کہ زیادہ گہرا کریدنے کا یہ نتیجہ جو کہ مریض کی طبیعت خطرناک طور پر الٹ لیٹ ہو جائے۔

انشقاق الذہنی تعالٰی الاقام

عناہت مبدا، (dementia praecox)

انشقاق الذہن کے مریض شفاخانہ جات امراض دماغی کے داخلوں کے پچیس فی صدی، اعداد ان کی منتقل آبادی کے چالیس فی صدی ہوتے ہیں۔ اس کی مقدار مختلف العناصر سریری مواد کو ابتداؤ گرتی پیلین (Kraepelin) ایک زمرہ میں جمع کیا اور ان کے لئے ”عناہت متباد“ (dementia praecox) کا نام تجویز کیا لیکن بلوئر (Bleuler) کا تجویز کردہ نام ”انشقاق ذہن“ (schizophrenia) مختلف وجوہات کی بنا پر قابل ترجیح ہے۔ اولاً یہ کہ اس قسم کے بہت سے مریض مستوہ نہیں ہوتے، بلکہ بعض کامل طور پر اور بعض جزئی طور پر شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ دوم یہ کہ ”متباد“ صحیح تعریف نہیں ہے، کیونکہ اس حالت کا ابتدائی زندگی میں واقع ہونا لازمی نہیں اور نہ عناہت، جب کہ وہ واقع ہوتی ہے ہمیشہ سرعت کے ساتھ لاحق ہوتی ہے۔ اور بالآخر یہ کہ انشقاق ذہن کے مادہ کا مفہوم ”ذہن کا پھٹ جانا“ اس حالت کو بیان کرنے کے لئے جسے بعض اوقات بنیادی انشقاق الذہنی عمل یعنی مختلف ذہنی وظائف کے درمیان معمولی ہم آہنگ اشتراک عمل کا فقدان سمجھا جاتا ہے، بنایت موزوں ہے۔ ”انشقاق الذہن“ کی اصطلاح کو صحت دے کر تقریباً ہر ایسے دائرہ النفس پر جبکہ کوئی قابل ثبوت عہد، مبداء نہ ہو، جو دنیا یا انجمنہ فی دار النفس کے تحت شامل نہ ہو سکے، محسوس کرنے کا رجحان رہا ہے۔ مگر یہ امر قابل مذمت ہے، اگرچہ دوسرے ادوار النفس میں انشقاق الذہنی علامات کی پیچیدگی کا ذکر کرنا رائج ہے اور اس کی

اجازت بھی ہے (7)۔

تعریف۔ انشقاق الذہن ایک تغیر پر مشتمل ہے، جو عام طور پر (نوک
ہمیشہ) ترقی پا کر مریض کی شخصیت میں ایک کم و بیش گہری اور مستقل خرابی پیدا
کر دیتا ہے۔ یہ عمل احساس، تخیل، اور طرز عمل میں تغیر کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے،
جس سے ایک طرف تو بیرونی دنیا سے یہ ظاہر ہے پروائی کا برتاؤ، اور دوسری
طرف بعض ذہنی اعمال میں ایک اندرونی بے نظمی، خاص کر احساس اور تخیل کے درمیان
ایک ناہم آہنگی پیدا ہو جاتی ہے، لیکن عقلی اور مجموعی الاحساسی وظائف (حافظ، فہم
اور ماحول شناسی) صحیح اور محفوظ رہتے ہیں۔

بحث اسباب۔ جدو ث ۱۔ بالعموم یہ حالت ابتداً زمانہ
ریمان میں ظاہر ہوتی ہے۔ اسی بنا پر کلاؤسٹن (Clouston) نے اس کے لئے
"ریمانی جنون" ("adolescent insanity") کی اصطلاح تجویز کی۔ اسکے
بیشتر مریض جیس اور پالیس سال کی عمر کے درمیان امراض دماغ کے شفاخانوں
میں داخل ہوتے ہیں، لیکن اس سے یہ کسی طرح لازم نہیں آتا کہ یہ ابتداً
مریض کے زمانہ میں ہی داخل ہوتے ہیں۔ انشقاق الذہن ابتداً انی عمر یعنی چار سال
کے سن میں بھی چرنا پیا گیا ہے، اور انشقاق الذہنی علامات کی رنگ آمیزی
دوسرے ادوار النفس میں آخری عمر یعنی پیرائے سالی تک میں پائی گئی ہے۔ لیکن
انشقاق الذہن اس مفہوم میں جو اوپر بیان کیا گیا ہے پینتالیس سال کی عمر کے بعد
غیر عام ہے۔ عورتوں کی نسبت مرد زیادہ اکثر مبتلا ہوتے ہیں (۱۲ و ۸ فی لاکھ آبادی
کے مقابلہ میں ۱۶ فی لاکھ)۔ اس واقعہ سے کہ انشقاق الذہن دیباقی اضطلاح کے
مقابلہ میں شہروں میں اور ریاستہائے متحدہ کی ملکی پیداواری آبادی کی نسبت
غیر ملکی پیداواری آبادی میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، اس خیال کی کینقد تائید ہوتی ہے کہ
انشقاق الذہن توافق میں خاص بار پڑنے کا تعال ہے۔ اس امر کی کچھ نا تمام شہاد
موجود ہے کہ نسل اور جائے پیدائش علامات متحدہ ہیں، مثلاً کہ سلاوی قومیں
(Slavonic races) انشقاق الذہنی تعاملات کی نسبت زیادہ مستعد اور کھتی
ہیں۔

موروثی لوٹ (ادواء النفس، عصبی امراض، الکملیت، صرع، شیخوئی عتبات، senile dementia) غیر معمولی کردار اور خودکشی کی شکل میں [معمولی اشخاص کے اسلاف کی نسبت مشقوق الذہن اشخاص کے اسلاف میں زیادہ غالب ہوتا ہے۔ ادوار النفس آباد اجداد اور ہم جدی افراد میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہیں، اور معمولی اشخاص کے اسلاف کی نسبت ان میں رگنہا زیادہ عام ہوتے ہیں۔ مشقوق الذہن اشخاص سے خون کا رشتہ رکھنے والوں میں عین ادوار النفس کے علاوہ مزاج اور کردار کی غیر طبعی حالتیں نمایاں طور پر عام ہوتی ہیں۔ لیکن سب سے زیادہ گہرا لوٹ بالواسطہ ہم جدی اسلاف میں اور اجداد میں ہوتا ہے۔ انشقاق الذہنی عارضہ پیدا کرنے میں الکمل بہت کم اثر رکھتی ہے یا کوئی راست اثر نہیں رکھتی۔ بعض اوقات وہ اس طرح عامل ہوتی ہے کہ گویا مخفی انشقاقی رجحانات کو ربا کر دیتی ہے۔ زیادہ اکثر الکملیت انشقاق الذہن کی ایک علامت ہوتی ہے، اور وہ شخص جو پہلے ہی سے ذہنی مرض میں مبتلا ہے اسے اختیار کر لیتا ہے۔

انشقاق الذہن کی سبب کے متعلق کثیر التعداد نظریات ہیں۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ انشقاق الذہنی ادوار النفس کسی تحولی انتقال کسی سم کی موجودگی یا ساختہ دماغ کے مرض سے یا ماسکی عفونت اور اس سے پیدا ہو جانے والی مرکزی عصبی نظام کی سمومیت سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ بھی خیال کیا گیا ہے کہ یہ داء النفس عام طور پر جسم کے خلیات سے اور خاص کر دماغ کے برہمی نایاں اور دروں افزائی غدود (بالخصوص خستین) کے خلیات کے عموماً قہقری ذبول کا مظاہرہ ہے۔ لیکن تا حال ان نظریات میں سے کسی نظریہ کو مسلمہ توجیہ کی حیثیت حاصل نہیں ہوئی۔

اغلب ہے کہ ایک نئی استعداد یا سبق موجود ہوتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ جسمانی لحاظ سے یہ اس سے ثابت ہوتا ہے کہ مشقوق الذہن اشخاص کی جسمانی ساخت بیشتر اوقات "بدقوارہ" ("dysplastic") قسم کی ہوتی ہے۔ نیز اس سے کہ بعد المات امتحان میں ان اصابتوں کی اکثریت میں بہت سے احشائے ناقص تکوین پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی مزین التہابی اضراس کا حدوث

غیر معمولی طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

اشفاق الذہنی کے سرمدی مظاہر سے زیادہ راست تعلق ان خصوصیات کی شخصیت کا ہے جو اکثر ترین اشفاق الذہنی علامات کے آغاز سے پہلے موجود ہوتے ہیں۔ یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ ایک خاص قسم کے شخص میں اشفاق الذہنی علامات کے نمونہ کی صلاحیت دوسروں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اس قسم کی شخصیت کو بند (shut-in) مشقوق (schizoid) 'مرتجع الباطن' (introvert) یا خود غماز (narcissistic) کہتے ہیں۔ ان اصطلاحات میں منوں کا باریک فرق ہے، مگر یہ سب ایک ہی جماعت کے اشخاص پر دلالت کرتی ہیں۔ "بند" شخصیت مشقوق الذہنی اصابتوں کے تقریباً دو ٹکٹ میں موجود ہوتی ہے۔ یہ مریض ہمیشہ شرمیلے، تنہائی پسند، کم گو، مشکل سے اشتغال کرنے والے، ذہنی انحصار اور صندی ہوتے ہیں۔ انہیں اوسط اشخاص کی خوش کامیابیوں اور شغل سے کوئی دلچسپی نہیں ہوتی، بلکہ اس کے بجائے وہ ایک خیالی عالم میں رہتے ہیں۔ دوسری خصوصیات بھی موجود ہوتی ہیں، مثلاً جذبات کا اوپری ہونا، اپنے ماحول کے لئے بے التفاتی، غیر معمولی ضابطہ پرستی اور ناقص التوازن جنسی جبلت۔

801

اس قسم کا مزاج ایک کامل اشفاق الذہنی دار النفس میں کیونکر متغیر ہوتا ہے؟ اس دار النفس کو ماحولی اور اندرونی باروں کے بد توافق تعاملات کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے جو ایک طویل عرصہ تک جاری رہے ہوں۔ فرد متعلق بجائے اس کے کہ اپنی مشکلات و مسائل کا ایمانداری کے ساتھ مقابلہ کرنے، ان سے جی چڑاتا ہے اور چالبازیوں، مثلاً تسلیان، عیب چینی، خیالی پلاؤ پکائے، دغا مانگنے اور دوسری ترکیبوں سے کام لیتا ہے (ابدالی تعاملات: substitutive reactions)۔ بد قسمتی سے یہ چالبازیاں اپنے آپ میں خود روی اختیار کرنے کا (یعنی خود بخود سرزد ہو جانے کا) رجحان رکھتی ہیں، پھر ان سے زیادہ جلد کام لیا جاتا ہے (نہایتی عادت - habit deterioration) اور بالآخر کم و بیش یہ حالت چوماتی ہے کہ ان پر کوئی قابو نہیں رہتا۔ یہ واقعہ کہ اشفاق الذہنی دار النفس کا آغاز دقت ہو سکتا ہے اس رائے کا مستافی نہیں۔ یہ ناگہانی حادثہ

قناطر ہے تو بعض کی شکست کے، جو کسی شخص میں جس کا مصرت رسیدہ قلب اب تک اپنے افعال تشنی بخش طور پر انجام دیتا رہا ہے، پھر، ازیم، وغیرہ پیدا کر دیتی ہے۔ اس نظریہ کی بنا پر کسی نوعی مرضی ذات کی موجودگی خارج از بحث ہے۔ ہر فرد بذاتہ ایک جداگانہ مرض کی حیثیت رکھتا ہے۔ اس سے وہ عام مشابہتیں خارج از بحث نہیں ہوتیں، جن کی بنا پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ افراد کے ایک گروہ میں بعض مرضی تعاملات مشترک طور پر موجود ہیں، جو اشفاق الدینی تعاملی اقسام کا خاصہ ہوتے ہیں۔ جس طرح کہ بعض اشخاص متعدد اقسام میں سے ایک قسم کا طبعی نوعاً مل کر رہتے ہیں، اسی طرح بعض اشخاص ذہنی مرض میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اسی طرح ماگزیر عتابت کا خیال ہرگز درست نہیں۔ بات صرف اتنی ہی ہے کہ بعض تعاملات کا استعمال اس قدر مصرت رساں ہے کہ اگر ان کی عادت پڑ جائے تو طبعی حالت کا عود بمشکل ممکن ہے (۲)۔

نفسی امراضیات۔ فتور تخیل، جس کی وجہ سے ایسے کلمات زبان سے نکلتے ہیں جو اکثر وہی تباہی معلوم ہوتے ہیں، بہت سے مشقوق الذہن مریضوں کا ایک نمایاں سریری منظر ہوتا ہے۔ یہ امر چنداں تعجب خیز نہیں، جب کہ یہ یاد رکھا جائے کہ ان میں سے بہت سے مریضوں میں دوسرے اشخاص سے بات چیت کرنے کی خواہش بالکل مفقود ہوتی ہے اور ایسا واسطے انھیں اپنا مطلب سمجھانے کی ضرورت ہی نہیں ہوتی۔ چنانچہ وہ اپنی نجی زبان استعمال کر سکتے ہیں اور اسی میں راضی رہتے ہیں۔ مزید برآں شخصیت کا وہ نکتہ جو مشقوق الذہن اشخاص میں واقع ہوتا ہے، یہ معنی رکھتا ہے کہ بہت سے جذبات اور رجحانات جو طبعاً لا شعوری رہتے ہیں، ان کا شعوری اظہار ہونے لگتا ہے، اور یہ یا تو بلا واسطہ ہوتا ہے، مثلاً عظمت نفس کے سادہ اعتبارات جو عام طلباء خیالی پانوں کا (جو عام طور پر سب آدمی پکارتے رہتے ہیں) سادگی آمیز اظہار ہے، یا اعتبارات محبوبیت جو عورتوں کا حصہ ہیں۔ یا بلا واسطہ ہوتا ہے، مثلاً اندازہ کے توسط یا اعتبارات، جو لا شعوری رجحانات، اور ان کے نظم کی کوششیں دونوں کا مجموعی نتیجہ ہوتے ہیں، جن کا انجام یہ ہوتا ہے کہ یہ رجحانات بعض ایک محدود سطح پر

اظہار کی حد تک پہنچتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی دوسرے شخص کے متعلق ہم منفی پسندیدگی کا شعوری اظہار اس اعتبار کی صورت میں ہوئے گئے کہ وہ دوسرا شخص ایذا رسانی (نفرت) کر رہا ہے۔

ایک دوسری صفت جس کی وجہ سے مشقوق الذہن کے ذہنی اعمال استعدا پے ترتیب نظر آنے لگتے ہیں، رمزارد کنایہ کا استعمال ہے جس میں اس کے خیالات پیچھے رہتے ہیں۔ اس اشفاق کی نوعیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ وہ کلمہ کرنے کی کوشش کرتا ہے، یعنی اپنی ذات کے اندر کے بعض رجحانات کے اعتراف سے انکار کرتا جو یا اسے اس قسم کے تخیل کی طرف تہقیر (یعنی ایک نسبتہ ابتدائی درجہ کی طرف عود) سمجھنا چاہئے جو ابتدائی اقوام میں نمایاں طور پر پایا جاتا ہے۔ مشقوق الذہن کے بیانات کی کچھ بہ ترتیبی کا سبب تکمیل میں عدم صفائی بھی ہے۔ کوئی بھی شخص اپنے خیالات کے اظہار میں پھسپھسا پن پیدا کر دے گا جو ان کو نہایت حقیقت کی کسوٹی پر نہیں جانچتا۔ مشقوق الذہن اپنی حساس عمویت بالذات (ارتجاع باطنی) کے باعث ایسا کرنے کی برداشت نہیں رکھتا۔ اس کی بیماری ایک سنی میں ایک نامہربان دنیا کی ناخوشگوار حقیقت کی طرف سے ایک ایسی خیالی دنیا کی طرف روگردانی ہے جس میں ہر چیز اس کے حسب خواہش ہے، جہاں اس پر خوشبوؤں اور پھولوں کی بوچھاڑ ہوتی ہے جو خواتین کے ہاتھوں سے ہلکے ہلکے پڑتی ہے (6)۔

ذہنی علامات - عام طور پر اشتقاق الذہن کی چار نمائشیں بیان کی جاتی ہیں، جو بعض علامات کے غلبہ کے لحاظ سے حسب ذیل ہیں: - سادہ شبابی جنونی (hebephrenic)، 'جذبتہ آسا' (paranoid) اور زوالی ذہنی (catatonia)۔ لیکن ان کے درمیان کوئی قطعی خط قائل نہیں ہے۔ ان سب کی نمیز خصوصیت یہ ہے کہ مریض کو حقیقت کی بیرونی دنیا سے عدم دلچسپی اور اپنے خود کے باطنی تجربات میں ایک متناظر انہماک ہوتا ہے۔ ان سب میں جذباتی اور تخیلی اعمال کے درمیان ایک ظاہری متناقض بھی نظر آتا ہے (درون نفسی عدم اتساق = intrapsychic ataxia) (یہ تناقص شاید اس قدر حقیقی نہیں ہوتا

جس قدر کہ ظاہری، اور خود مختل کے عمل کا فتور ہوتا ہے (ملاحظہ ہو نفسی امراض) جس کی وجہ سے ان مریضوں کا کلام بے ربط اور بیہودہ ہوتا ہے۔ عموماً ایک ابتدائی زمانہ ایک مبہم سی بے چینی اور شخصیت اور طرز عمل میں تدریج ترقی پذیر تغیر کا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ محض ان خصایص کا مزید نمو جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ مریض دوسرے لوگوں سے ہٹنے جلتے کی طرف تدریج کم مائل ہوتا جاتا ہے اور وہ غیر فاعلی ہو جاتا ہے، اور شاید گفتگوں پر ماتھ دہرے بیٹھا رہتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ فعالیت کے اضطرابی حیلے واقع ہو جائیں، مثلاً آوارہ گردی یا جسمانی مصرت رسانی کی شکل میں۔ وہ اپنے لباس اور شکل و صورت کی درستی میں غفلت کرتا ہے، اور جب اسے اس کے متعلق متنبہ کیا جاتا ہے تو چراغ پا بلکہ خطرناک ہو جاتا ہے۔ وہ ناگوار احساسات کی شکایت کرتا ہے (بالخصوص اپنے سر کے)، اور عجیب و غریب اور بے فیاد باتیں کہہ ڈالتا ہے، اکثر یہ کہ ”مجھے بعض لوگ غور سے دیکھ رہے“ یا ”میرے متعلق خاص طور پر دلچسپی لے رہے ہیں“ (تصورات اشارہ)۔ اکثر اوقات طبیعت میں حقیقی پستی محسوس ہوتی ہے اور اس درجہ میں بعض اوقات اس حالت کو انخفاض کے ذریعہ جنونی (مانیائی انخفاضی = manic-depressive) حملہ سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اسکے برعکس ممکن ہے کہ مزاجی تغیر محض حقیقت اور مبہم سی فرمانیت ہو، جو ایسے اور جیسے ہوتے ہیں کہ مثلاً منطلق الفاظ کی نشر لکھنے، یا ایک عجوبہ فلسفیانہ یا میکافی اسکیم تیار کرنیکی کوشش۔ ان ذہنی علامات کے ساتھ بے خوابی اور عام صحت میں اختلالات (وزن میں کمی وغیرہ) واقع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات آغاز مرض ناگہانی ہوتا ہے، بالخصوص مادر سرتوئل کے بعد۔ زوال ذہنی والی قسم کا آغاز دوسری قسموں کی نسبت زیادہ اچانک ہوتا ہے۔

سادہ انشقاق الذہن (schizophrenia-simplex)۔ اس قسم کا مخصوص خاصیت یہ ہے کہ بیرونی دلچسپی کم ہو جاتی ہے اور مریض تنہائی پسند انداز بہ ظاہر مشغول الذہن ہو جاتا ہے۔ اکثر وہ اپنے باتیں اور توہمات موجود ہوتے ہیں۔ جرنیاں دار قسم کے ہوتے ہیں، مگر عام طور پر تو انسانی اور دلچسپی کی ایسی کمی کا گمان ہوتا

ہے کہ خود مجموعی فعالیت بھی کم ہو کر اقل ہو جاتی ہے۔ بالآخر مریض بالکل پست ہو کر ایک خاموشی اور بے بسی کی حالت میں ہو جاتا ہے جس میں ممکن ہے کہ وہ زیر نگرانی سادہ ترین قسم کے معمولی کام کے قابل رہے۔ ایسے اشخاص شاید ادارات (شفافانہ جات امراض دماغی) سے باہر رہ سکتے ہیں اور ابتداً چھوٹا رہنے کی توقع کے بعد ناکام زندگی کی چند مثالیں پیش کرتے ہیں۔ یہ کالوں اور بیکاروں کا ادارہ گردوں اور کیمپوں کی تعداد میں اضافہ کرتے ہیں۔

شبیبی جنونی (hebephrenic schizophrenia) اشفاق الذہن کی مخصوص و تمیز خصوصیات حسب ذیل ہیں:۔ اعتبارات کی عجوبہ اور عارضی نوعیت، توہمات کا غالب، تخیل کی نمایاں بے ربطی، اور جذباتی خرابی جو بے پروائی (ماحولی تہیاجات کی طرف عدم التفات) اور خیال اور جذبہ کی ناہم سازی کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے جس سے مثلاً یہ ہوتا ہے کہ ڈرائیو اور سکیلٹر دو تصورات بے پروائی سے قبول کئے جاتے ہیں یا بیان کئے جاتے ہیں۔ اشتقاق اور چہان کا تبادلہ بھی ممکن ہے، اور آخر الذکر اکثر وحشیانہ اضطراب اور خودکشی کی فعالیت کے ساتھ ہوتا ہے۔ ادبیت (عجوبہ طریقہ، مثلاً کھانے کے) اور گفتگو حرکت اور وضع کا متحرار (بعض فقرات اور حرکات کو دہرائے اور بھونڈی جمانی ہیٹوں کو قائم رکھنے کے رجحانات) یہ وہ ہنسی (مثلاً بہ ظاہر بلا معقول وجہ کے ہنسا) اور عجوبہ بطور پر خود کو بنانا سنوارنا، یہ سب اکثر پائے جاتے ہیں۔ وہ اشخاص جن میں مرض کی یہ قسم نمایاں ہو جاتی ہے پہلے اکثر تخیل پسند اور غیر عملی، رد مان پسند اور لطافت پسند اپنی ذات پر اعتماد نہ رکھنے والے، ایسا پذیر، ڈروک، ناامنی، محدود دلچسپی رکھنے والے، لیکن شفیق اور قدرے خوش و خرم تھے۔ کامل نمویافتہ حالت میں یہ گمان ہوتا ہے کہ سابقہ شخصیت کی مکمل برادری کیا تھا ایک بے ربط حماقت کی حالت پیدا ہو گئی ہے۔

جُبْنَةُ آسَا قسم (paranoid form) اُن اشخاص میں عام ہے جن میں متین اشتقاق الذہنی آمارات تیس سال کی عمر کے بعد نمایاں ہوتے ہیں۔ جُبْنَةُ آسَا اشتقاق الذہن کا تعلق جُبْنَةُ اور فُتُور عقل (paraphrenia) کے ساتھ

ظاہر کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ان حالتوں کو سلسلہ وار مرتب کیا جائے۔۔۔
 جنتہ متور عقل اور جنتہ آسا انشقاق الذہن یعنی ذہنی حیات کے مترقی نمونہ کی
 ترتیب میں۔ جنتہ آسا انشقاق الذہن کے متمیز آمارات حسب ذیل ہیں:- نمایاں
 اختباطات، فقدانِ نظم (جنتہ کے برعکس)، اُن کی مجربہ سرسبز الزوال اور تغیر
 پذیر نوعیت اور توہمات کے ساتھ اُن کا ایٹلاف، جو اکثر احقانہ قسم کے، اور خود
 اختباطات کی طرح، عموماً ایذا رسی یا عظمت نفس کی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ دوسرے
 آمارات و علامات وہی ہیں جو انشقاق الذہن کی دوسری قسموں میں مشترک پائے
 جاتے ہیں۔ شخصیت کی وہ قسم جس میں جنتہ آسا انشقاق الذہن بالآخر نمودیاب
 ہو جاتا ہے عموماً متدی، غزلت پسند، سخت و کرجت (جو واقعات کو جمع کالیتی ہو)
 خود واقعات کے سامنے نہیں جھکتی) اور خود بین ہوتی ہے۔ ان میں اعتماد بالذات
 بظاہر یا یا جانا دلیل ہے اس امر کی کہ وہ قطعی طور پر مغفود ہے۔ اکثر یہ لوگ بچپن
 زمانہ میں غیر معمولی طور پر نافرمان بردار، نصیحت اور اصلاح کو نہ قبول کرنے والے،
 اور اپنی مرضی کا کام کرنے پر مصر رہنے والے تھے۔ دوسرے شریلے اور تنہائی پسند
 تھے، جن میں پیش قدمی کا فقدان اور ہمیشہ خود کو محفوط رکھنے کی عادت تھی۔

803

نروال الذہنی انشقاق الذہن (catatonic schizophrenia) کی
 مخصوص خصوصیات، ذہول اور منفیت ہیں (یعنی دوسرے کی کڑائی ہوئی حرکات کی
 مخالفت، یا جس فعل کے انجام دینے کے لئے کہا گیا ہے اُس کے عمیک نفلات
 عمل میں لانا، جن کے ساتھ اضطرابی جو شش و ہیجان کے دورے تبادل کرتے
 ہیں۔ ذہول گونگے پن اور عام بے حرکتی پر مشتمل ہے، اور ساتھ ہی اس میں تہیجات
 کی تجمیعت کا فقدان ہوتا ہے جس کی وجہ سے مریض فطری ضروریات (چشاب
 پاخانہ جانے سے) بے توجہی کرتا ہے، بلکہ لعاب و ہن اپنے منہ کے اندر جمع ہونے
 دیتا ہے یہاں تک کہ وہ متعفن ہو جاتا ہے۔ ذہول کے ساتھ عموماً منفیت موجود
 ہوتی ہے (بلکہ ممکن ہے کہ ذہول منفیت ہی کا ایک اظہار ہو) اور اسی کے ساتھ
 غذا سے انکار ہوتا ہے اور جمہول حرکات کی مخالفت ہوتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن
 ہے کہ علاج اُسی وضع میں رہیں جس میں انہیں کسی مشاہدے رکھ دیا ہو (صومی

نعم پذیر (flexibilitas cerea) اور جاؤں کے اثر تک سے نہ گریں نئیاتی
 لحاظ سے اس کو منفیت کے برعکس سمجھا جاسکتا ہے۔ اسی طرح ممکن ہے کہ مریض بظاہر
 خود و طریقہ سے ہر اس امر کی تعمیل کرے جسے کرنے کے لئے اُس سے کہا جائے (محکم)
 خود روی (command automatism) اور جو کچھ اُس نے سنا ہے اسے خود بخود
 دہرائے (مہل صدیت: echolalia) یا ہو بہو انہیں حرکات کی نقل اتارے جو
 وہ دوسروں کو کرتا ہوا دیکھے (متواتر تعالی: echopraxia)۔ استقامت
 (perseveration) کا اظہار نہ صرف جوارح کی اوضاع برقرار رکھنے میں ہوتا ہے
 بلکہ مشہور و معروف پوزی اعتقال (schnautzkrampf) میں بھی، کیونکہ مریض
 اپنے لبوں کو سوراخ کی طرح بٹوہ ماصورت میں اٹھائے رکھتا ہے۔ ذہول
 اور عصبی عضلی تنیدگی کی یہ حالت اکثر تدریج یا سرعت و حشیانہ جوش و ہجان
 میں تبدیل ہو جاتی ہے، جس میں مریض اضطراری طور پر تیز و تند، باطل بخود کشی
 و مردم کشی ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ اسی حالت میں بہت دن ایسے گزاریں کہ
 اور ان تصرفات کی جو وہ خود کو پہنچاتا ہے مطلق پروا نہ کرے، کشتوں کو پھاڑ
 ڈالے، خدا سے بے توجہی کرتا رہے یا بہت زیادہ کھالے، جیٹ بولتا رہے اور بہت
 کم سوئے۔ بیش فعالیت کے ایسے حملے اکثر بہت تھوڑے عرصہ تک رہتے ہیں
 اور مریض پھر خاموشی کے ساتھ ذہول کی حالت میں ہو جاتا ہے۔

یہ دیکھا جائے گا کہ اس حالت کی ذہولی ہیئت کے تمام علامات
 منفیت کے مختلف اظہارات سمجھے جاسکتے ہیں (اس معنی میں کہ یہ یزونی دنیا
 سے قطع تعلق کرنے کی کوشش ہے) اور اس کی صد یعنی انتہائی ایسا پذیر
 (مہل صدیت وغیرہ) اور ساتھ ہی استقامتی مظاہر (تکرات) کے مختلف
 اظہارات۔

طبعی امارات زوال دہنی میں دوسرے اقسام کی نسبت زیادہ
 نمایاں ہوتے ہیں، لیکن یہ امارات کسی طرح ممتاز یا معنی خیز نہیں ہوتے، ہر
 اس کے کہ ان سے عام جسمانی ناقابلیت ظاہر ہوتی ہے۔ یا مخصوص زراقی جواج
 عام ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ بعض اوقات اذیما بھی ہوتا ہے (جو حرکت

نا پذیر می کا قیہ ہوتا ہے۔)۔ وتری معکوسات عموماً نہایت قاعلی ہوتے ہیں۔ قبض اور احتباس بول و رقی بھی ہوتے ہیں (امور یہ سب کسی حد تک منطقی مظاہر ہیں)۔

ممر اور انداز۔ مندرجہ ذیل بیان ایک عام اطلاق رکھتا ہے۔
 انفرادی اصابتیں خلافت معمول ہو سکتی ہیں۔ مشقوق الذہن مریضوں کی اکثریت کی حالت جلد یا بدیر خراب ہو کر مزین عتاق تک پہنچتی ہے۔ دوسرے مریضوں کے مرض میں اس حد تک شفا یا روک ہو جاتی ہے کہ ایک خفیف سی عتاق رہ جاتی ہے جس میں کم و بیش بے حتی یا بے پروائی کے ساتھ تحمل میں بے مائیگی اور فتور اور طرز عمل میں خفیف سا زوال پنا یا جاتا ہے۔ ان کو اور دوسرے مریضوں کو نام نہاد "جھلی مہتابی" حاصل ہو جاتی ہے، یعنی ان کی حالت اس حد تک اچھی ہوتی ہے کہ گویہ کلی طور پر طبعی حالت میں نہیں سمجھے جاسکتے، تاہم شفا خانہ سے باہر رہ سکتے ہیں۔ نتیجہ کا انحصار کسی حد تک علامات کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ جبہ تبک زیادہ ہو تو انداز استقدیر یا سنگین نہیں ہوتا جس قدر کہ مجموعہ الاحساس غیر مؤثر رہنے کی حالت میں ہوتا ہے۔ جب باقی علامات (انخفاض یا فرمائیت کی شکل میں) جس قدر زیادتی کے ساتھ ہوں، یعنی تصور مریض جس قدر زیادہ مائتانی انخفاضی دار النفس کی تصویر سے مشابہ ہو، مستقبل استقدیر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں مرض کا آغاز مادہ ہوا ہے ان میں شفا مابی کا بہتر موقع ہوتا ہے یہ نسبت ان کے جن میں طویل مندر اسے جاری رہے ہو (آخر الذکر کے نظر انداز ہو جانے کے امکان کو یاد رکھنا چاہئے)۔ سابقہ شخصیت کا اندازہ کرنا بھی ضروری ہے۔ مریض جس قدر زیادہ اچھے "جوہر" ("stuff") سے بنا ہوگا اسی قدر اس کے عمدہ توافقی کے مواقع بہتر ہوں گے۔ ان مریضوں میں جو مادہ طور پر بنو یا فتنہ زوال الذہنی اشفاق الذہن میں مبتلا ہوتے ہیں، دوسرے اقسام کے اشفاق الذہن والے مریضوں کی نسبت شرح شفا مابی زیادہ پائی جاتی ہے۔ اسباق حملہ بن کے بعد فترہ واقع ہوا ہو، مزید فترہ کا امکان ظاہر کہتے ہیں، لیکن متفترہ اصابتوں میں علم رجحان مرقی عدم کفایت کا ہوتا ہے۔

تحریر۔ چونکہ اس امر کی تائید میں بڑی مقدار میں شہادت موجود ہے کہ مزاج اور کردار کے ناقص صفات مرض کی استعداد میں پیدا کر دینے میں مدد ہوتے ہیں، لہذا سب سے زیادہ قریب عقل اصول علاج بھی معلوم ہوتا ہے کہ ابستدائی زندگی میں ذہنی اصول صحت کے ذریعہ مرض کا حفظ یا تقدم کیا جائے۔ بچوں کی طرح والدین اور اساتذہ کو بھی واقف اور خبردار کر دینا ضروری ہے۔ مناسب ذریعہ معاش تجویز کرنے اور انتخاب پیشہ میں موجودہ ننگے کو تیر و زنگا "قسم کے طریقہ کے بجائے جو بیشتر اختیار کیا جاتا ہے، عاقبت اندیشی سے کام لیا جائے تو سود و نفع کے موقع کم ہونے کا امکان ہے۔

علاج نہایت غیر تشنی بخش حالت میں ہے۔ جب ایک قابل شناخت اشفاق الذہنی حالت قائم ہو چکی ہو تو مریض کے نزلے بلکہ خطرناک طرز عمل اور اپنی ذاتی جسمانی ضروریات سے عدم توجہی کے باعث عموماً ادارتی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ شفاخانہ کے جملہ سے جس میں صفائی، مقررہ اوقات غذا، باقاعدگی کے ساتھ فراغات اور نیند پر زور دیا جاتا ہے، نہ صرف عام صحت میں ترقی ہوتی ہے بلکہ عادات کی خرابی بھی کسی حد تک درست ہو جاتی ہے۔ کسی موزوں شکلہ (مثلاً کلیم سازی، پارچہ بافی، سب گری وغیرہ) میں مشغول ہونے سے شرمندہ بیرونی دلچسپی میں تحریک و تازگی حاصل ہونے اور احترام ذات پھر قائم ہونے میں مدد ملتی ہے۔ طیب مریض سے بقدر زیادہ ارتباط برعائے اور اس کے افکار و پریشانیوں سے واقف ہو سکے، اس قدر زیادہ بہتری کی امید ہوگی۔ خودکشی کے اور قائلانہ اضطرابی اقدامات اور تجدید خود کو کسی حقیقی یا خیالی گناہ کے کفارے کے خیال سے خود کو آختہ کر دینا، کی کوششوں کی پیش بندی کرنی چاہئے۔ مریض اتفاقاً نلی کے ذریعہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت ہوتی ہے، یا تو معدی انبوبہ کے ذریعہ، یا (نہایت سرکش مریضوں میں) انفی انبوبہ سے۔ کسی تنہا کمرے میں علیحدگی کی ضرورت صرف اسی وقت ہونی چاہئے جب کہ مریض دوسروں کے لئے حد سے زیادہ ملل کا باعث ہو۔ ہیجان و جوش کی روک تھام کے لئے تفریح اور ہنرمند تیار داری (ہیجان والے مرد مریضوں کے لئے مرد تیار دار) کی ضرورت ہوتی ہے۔

اور اس کے ساتھ اگر نہ درت ہو تو ممکن اور منوم او یہ بھی دینے پڑتے ہیں اور شاؤ
صورقوں میں اس لئے کہ مریض خود کو تضرر نہ پہنچانے پائے میکائی روک تھام کی
ضرورت ہوتی ہے۔ یاد رکھنا چاہئے کہ ایسی تدبیریں قانوناً صرف لائسنس یافتہ
مکانات اور مصدقہ ادارات میں عمل میں لائی جاسکتی ہیں، جنہیں قانون نے
اس مقصد کے لئے تسلیم کر لیا ہو۔ جسمانی صحت میں مخصوص ادویات (دانت
لو ترمین، اجواف یا دوسرے کوئی ماسکے جن کا سرایت زدہ ہونا معین طور پر معلوم
ہو) پر توجہ دینا چاہئے۔ عام جسمانی ناقابلیت جو ایسے مریضوں میں پائی گئی ہے
ورزش، آبِ علاج اور کھلی ہوا کی طالب ہے۔ اگر گھر سے باہر سونے کا انتظام
ہو سکے تو اور بھی بہتر ہے۔

ہر قسم کے تجربہ ہی طریقے آزمائے گئے ہیں، مثلاً عدیم العفونت التهاب
سعال (aseptic meningitis) کا امالہ، حموی حالتوں کا امالہ (بذریعہ طبیبیہ)
نیوکلیئٹ آف سوڈا = nucleinate of soda اور طویل عینہ کا امالہ (ٹرائیڈیل
trional یا سومننٹین: somnifen وغیرہ سے)۔ پروٹینی صدمہ (protein
shock) جذبات (vaccines) دروں افزائی تجہیزات (endocrine
preparations) کیلیمیم اور خلاصہ جات خصیہ (testicular extracts) یہ
سب آزمائے گئے ہیں مگر کوئی کامیابی نہیں ظاہر ہوئی۔ بعض اصحاب درقیہ
(thyroid) کا دواؤ داخلی استعمال کرتے ہیں۔ دوسرے اُسے جراحی عملیہ کے
ذریعہ خارج کر دیتے ہیں، لیکن ان دونوں حالتوں میں کوئی نوعی اثر نہیں
ظاہر ہوتا۔

جنتہ اور جنتہ آسحاتیں

(PARANOIA & PARANOID STATES)

جنتہ (paranoia) جنتہ آسحاتوں اور متور عقل (paraphrenia)
میں اصلی چیز اعتبارات کی موجودگی ہے، جو ایک صاف شعوری میدان میں ہوں۔

ان حالتوں کو پہلے "اختلاطی جنون" ("delusional insanity") کے نام سے یاد کیا جاتا تھا۔ کریمپٹن نے جنتہ کی حسب ذیل تعریف کی ہے:۔ یہ ایک مستقل اور راسخ اختلاطی نظام کا غیر محسوس نوع ہے جو داخلی اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے اور جس کے ساتھ صاف اور ترتیب تکمیل، ارادہ اور عمل بالکل محفوظ رہتا ہے۔ تو ہمارے مفقود ہوتے ہیں۔ مصیبتی نہیں ہوتی اور نہ عتاب و واقع ہوتی ہے۔ جنتہ آسٹا حالتیں (paranoid states) یعنی ایسی حالتیں جن کا مہمیز خاصہ اختلاطیات ہوتے ہیں، بعض اوقات ماد طور پر شروع ہو جاتی ہیں، اکثر صریح الزوال ہوتی ہیں، اور اکثر کسی بروں زاد عامل (سرایت، جنگ، قید، علمیا، گریہ، کراں کی تعبیل ہوتی ہے۔ ان میں اختلاطیات جنتہ کے انتہائی غلطی نوع کی حد تک نہیں پہنچتے، لیکن توہمات موجود ہو سکتے ہیں (تو ہی جنتہ آسا حالتیں: hallucinatory paranoid states) اور ان کا کافیہ اختلاطیات کے کافیہ سے ہم ساز ہوتا ہے۔

بجسٹ اسباب۔ یہ حالت اکثر ادھیڑ عمر میں ظاہر ہو جاتی ہے اور مردوں میں عورتوں کی نسبت زیادہ عام طور پر پھیلنے لگتی ہے اور ۳ کے تناسب میں ہوتی ہے۔ شفا خانہ جات امراض دماغی میں داخل شدہ مریضوں میں ۱۰۰ میں سے صرف ایک مریض خود جنتہ کا ہوتا ہے، لیکن ان اعداد سے جو کچھ ظاہر ہوتا ہے اس کے مقابلہ میں یہ حالت زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہے، کیونکہ متعدد مریض ایسے ہوتے ہیں جس قدر کافی مجلسی تو انہی محفوظ رکھنے میں کامیاب رہتے ہیں کہ وہ شفاخانہ سے باہر رہ سکتے ہیں۔ گو جنتہ آسا علامات، بلکہ کامل بنویافتہ جنتہ بعض اوقات عضوی مرض کے تعلق میں ظاہر ہو جاتی ہے (اس طرح پر کہ گویا اس مضر نے جو شخصیت کو بحیثیت مجموعی پہنچی ہے، زیر افتادہ رجحانات کو رہا کر دیا) مگر خود جنتہ، اس اصطلاح کے مسلمہ مفہوم میں، ان اشخاص میں پائی جاتی ہے جو عضوی طور پر ہر لحاظ سے مستعد ہوتے ہیں۔ یہ امر غیر یقینی ہے کہ توارث کیا حصہ لیتا ہے۔ کہتے ہیں جنتی اشخاص کا آل اولاد میں جنتہ سائناتق (paranoid schizophrenia)

کے ظاہر ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

اس امر کی شہادت نسبت بہت زیادہ قوی ہے کہ خود مریض میں دارالنفس علامات کے ظہور سے بہت پہلے مزاج اور کردار کے بعض خصوصیات موجود ہوتے ہیں۔ ”مجتبیٰ بینہ“ (*paranoie constitution*) کو ایسا بنیہ بیان کیا گیا ہے جس میں ہمیشہ ہر چیز کا مفہوم تعصب کے ساتھ سمجھنا اور بدگمان ہو جانا رجحان ہوتا ہے۔ مخالف واقعات کو بھانسنے اور تعمیم کرنے سے انکار کر دیتا ہے۔ ایسے شخص کبھی غلطی پر نہیں ہوتے، نفوذ پسند، شینی باز، احساس ہوتے ہیں ذرا ذرا اسی بات پر ناراض ہو جاتے ہیں، ترش رو، کبیہ خاطر، چرچرے اور انگشیر جاہ پسند ہوتے ہیں اور اپنی قدر و قیمت اور قابلیتوں کے متعلق بہت اعلیٰ رائے رکھتے ہیں۔ بعض صندی اور انتقام پسند ہوتے ہیں اور دوسرے صدمہ سے زائد محتاط اور حد سے زائد صاحب ضمیر اور محو خود و بیخود کو خیال ہوتا ہے کہ وہ کسی خاص مرتبہ کے لئے پیدا کئے گئے ہیں۔ دوسروں کو یہ خوش خیالی ہوتی ہے کہ ہم بہت عالی خاندان اور عالی نسب ہیں، یا ہم سے کسی ایسے کو محبت ہے جو مجلسی لحاظ سے زیادہ بلند مرتبہ رکھتا ہے۔ بعضوں میں جو منفی امور میں غیر مطمئن ہوتے ہیں، اپنے زوج سے ایک مرضی بدظنی پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض خاص کر اپنی صحت کے متعلق ایک مرضی تشویش ظاہر کرتے ہیں (مراتی مشغول ذہنی hypochondriacal preoccupation)۔ نفسی تجزقی نقطہ نگاہ سے بنیہ اور مابعد واد النفس دونوں کا اصلی سبب ایک کفر شدہ ہم منفیت ہوتی ہے۔ دارالنفس میں کفر شدہ رجحانات بدلی ہوئی شکل میں ایذا رسی کے اختیاط کی صورتیں تخلیق ہوتے ہیں (یعنی وہ ماحول کے اشخاص سے منسوب کئے جاتے ہیں اور خود وہ شخص ان رجحانات کا منکر ہوتا ہے) (10)۔

ذہنی علامات۔ بالعموم کسی ایسی ہی شخصیت میں سے جتنی دارالنفس غیر محسوس آہستگی کے ساتھ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اکثر ایک درجہ متذہر ہوتا ہے جس میں مریض اور کسی چہیت کی نہیں بلکہ عام گفتگو کی یا محض صدمہ اور عجیب قسم کے احساسات کی شکایت کرتا ہے، جن کو وہ اب تک تو (کم از کم علانیہ طور پر)

کسی بیرونی عامل کی طرف منسوب نہیں کرتا۔۔۔

عموماً اس کے بعد حوالتی تصورات (ideas of reference) کا درجہ ہوتا ہے۔۔۔ لوگ مریض کے طرف دیکھ رہے ہیں، یا اُس کے متعلق گفتگو کر رہے ہیں۔ ماحول کے چھوٹے چھوٹے افعال کے غلط سمجھنے سمجھ لے جاتے ہیں۔ لوگ جب اُس کے پاس سے گزرتے ہیں تو کھانستے ہیں، یا اپنے منہ کو ہاتھوں سے ڈھانپ لیتے ہیں، وغیرہ۔ ان چیزوں سے گزر کر اختباطات کی حد تک پہنچ جانا آسان ہوتا ہے۔ یہ اختباطات اُن تمام چیزوں میں (جن کے متعلق مریض یقین رکھتا ہے کہ میں نے مشاہدہ کی ہیں) باہمی ربط پیدا کرتے اور اُن کی توجیہ کرتے ہیں۔ یہ اختباطات ایک کم و بیش مربوط نظام میں مرتب ہوتے ہیں۔ مریض کے خلاف فرامیشتن فرقہ کے لوگ، یا رومن کمیونٹک فرقہ والے، یا اس کاٹ لینڈ یارڈ کے اشخاص مالدش کر رہے ہیں۔ بتدریج یہ اختباطات ترقی کر کے مریض کے روزانہ تجربات کے بڑے حصے پر حاوی ہو جاتے ہیں، اور خواہ کتنی ہی تنہیم سے کام لیا جائے، مریض کے اُس راسخ یقین پر جو وہ اپنی تصورات کے متعلق رکھتا ہے ذرا بھی اثر نہیں پڑتا۔ یہ اختباطات اندازِ سی کے اور عظمتِ نفس کے (عظمتِ مانیائی: megalomaniac) ہوتے ہیں، لیکن کبھی کبھی صرف اندازِ سی کے اختباطات ہی موجود ہوتے ہیں۔ یہ عملاً ہمیشہ عظمتِ نفس کے اختباطات کے نمونے سے پہلے ہو کرتے ہیں، اور ایسا سٹیپل آنرالڈ کر کو ایسا سمجھنا چاہئے کہ گویا وہ اندازِ سی کی تنویر کرنے والے اختباطات ہیں۔ مریض ضرور کوئی بڑا یا اہم شخص ہے، ورنہ اُس کی اندازِ سانی نہ کی جاتی۔ اس انا نیتی خود استحسان کے باعث ظاہری نسل سے ہونے، مامورینِ اعلیٰ ہونے، بڑی دولت و امارت رکھنے وغیرہ کے خیالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ مریض یقین رکھتا ہے کہ میں پیغمبر یا شہزادہ یا کروڑوں روپیہ کا وارث ہوں، یا میں نے ایک ہمیشہ چلنے والی گاڑی (perpetuum mobile) ایجاد کی ہے۔ متعدد دستکی موجد اسی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں۔ مزاج کی کیفیت مختلف ہوتی ہے۔ حافظہ اور قرائے عقلیہ عموماً صحیح و سالم رہتے ہیں۔ جیسے جیسے زمانہ

گذرنا جاتا ہے کا ذب یادداشتیں، مریض کی زندگی کے واقعات کی تغلیط کی شکل میں، زیادہ کثیر التعداد ہوتی جاتی ہیں، چنانچہ اس امر کا یقین ناممکن ہے کہ مریض کی بیان کردہ روداد مریض سے اس کے وار النفس کی ابتداء کا معقول طور پر صحیح حال معلوم ہوا ہے۔ عرصہ دراز کے گزرے ہوئے واقعات کی توجیہ وہ اپنے اعتباری اعتقادات کے لحاظ سے غلط کرتا ہے، اور بعض ایسے واقعات جو اس وقت اسے پیچیدہ اور ناقابل فہم نظر آتے تھے، اسے یکایک بے معنی معلوم ہونے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض کا طرز عمل بظاہر غیر متبدل ہو، اور جب تک کہ وہ اپنے اعتبارات کا تذکرہ نہیں کرتا مجلسی لحاظ سے طبعی سمجھا جاتا ہے۔ لیکن اکثر ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ پارلیمینٹ کے ممبروں اور دوسرے بڑے آدمیوں سے ملنے کی کوشش، اخبارات کے مدیروں کے نام خطوط، یا نسبت بہت سبب حالوں میں، ان اشخاص پر جن پر وہ ایذا رسانی کا الزام لگاتا ہے حملوں کی وجہ سے اس کا پردہ فاش ہو جاتا ہے۔ پیشہ یا جائے سکونت کی متواتر تبدیلیاں یا کسی دوسرے ملک کو ہجرت، یہ سب ایذا رسی سے دور بھاگنے کی کوشش کے مختلف مظاہر ہیں۔ درحقیقت اس حالت کے تین درجے بیان کئے گئے تھے، تراز ("il fuit")، حفظ ("il se defends")، حملہ ("il attaque")۔

لیکن یہ ترتیب کسی طرح غیر متغیر نہیں۔ بدلتی (یوفانی زوج) کے اعتبارات نسبت کم عام ہیں۔ مریضی اعتبارات اکثر موجود ہوتے ہیں، لیکن ان کا غلبہ نہیں ہوتا۔

نام تمام جنتیں ("abortive" paranoias) یا ناقص اشکال ("formes frustes") بھی مرقوم ہیں۔ یہ بعض اوقات خفیف مانیائی، مخفیہ حالتیں ہوتی ہیں جن میں جنتہ آسا رنگ آمیزی ہوتی ہے۔ دوسرے اوقات میں یہ جنتہ آسا شخصیت کی وہ مجسمیت ہوتی ہیں جو ناگہانی بار پڑنے پر واقع ہوتی ہے اور جب یہ بار قائب ہو جاتا ہے تو اعتباری علامات بھی رخنہ ہوتے ہیں۔

کوئی حتمی طبی امارات نہیں ہوتے۔
مصر اور انداز۔ یہ حالت مزمن طور پر ممتدی ہوتی ہے۔ کامل نرفیت

اصابت میں محتیا بنی علما معلوم ہے۔ خرابی کا رجحان اس منہی میں کم ہوتا ہے کہ اگرچہ ممکن ہے کہ احتیاطات زیادہ ہو کر طرز عمل کو زیادہ متاثر کر دیں، تاہم غیر متعلق موضوعوں کے متعلق عقلی اعمال صحیح و سالم رہتے ہیں اور مریض اپنی بیرونی وضع و حال کے متعلق احتیاط و خبرداری سے کام لیتا ہے۔

علاج ایک ایسا امر ہے جس میں دانشمندانہ ترتیب و انتظام کی ضرورت ہے۔ بحث و استدلال کے ذریعہ مریض کے عقاید کو غلط ثابت کرنے اور اسے قائل کرنے کی کوشش لامحالہ ہے۔ ضرورت اس کی ہے کہ اس کی بات کو غور سے سن کر حتمی الامکان اس کا اعتماد حاصل کیا جائے۔ اسکے بعد ہی کوئی ایسا عملی مشورہ دینا ممکن ہوتا ہے جو مریض کو سوسائٹی کے ساتھ صحیح تصادم سے باز رکھنے کے لئے کارآمد ہو مگر یہ مشورہ اس ترکیب سے دینا چاہئے کہ مریض یہ محسوس نہ کرنے پائے کہ اس کے خیالات اور تصورات پر بالکل اعتماد نہیں کیا جا رہا ہے۔ کسی دلچسپ قسم کے مشغلہ کا انتظام نہایت ضروری ہے۔ اس مقصد کے لئے مناسب ہے کہ مریض کو خود اسی کے ماحول میں رکھا جائے، تا وقتیکہ کوئی ایسا قابل اعتبار شفا خانہ یا بیمارستان موجود نہ ہو جہاں مریض کے لئے حقیقت کا کافی دلچسپی کے سامانوں اور مشاغل کا انتظام ہو۔ چند اہم باتیں ایسی ہیں جن میں وحشیانہ قسم کے غیر معاشرتی رجحانات کے باعث مریض کو کسی شفا خانہ اور ارض دماغی میں منتقل کر دینا لازمی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں اسکے دوا ہونے کی تصدیق ضروری ہوتی ہے، کیونکہ مریض بوجہ عدم بصیرت تحفظ کی ضرورت کو صحیح طور پر نہیں سمجھ سکتا۔

فتور عقل

(paraphrenia)

یہ ایک طرف تو جنتہ آسمانہ شقاق الدہن (paranoid schizophrenia) سے اور دوسری طرف جنتہ (paranoia) سے متمیز کیا گیا ہے۔ بالعموم یہ جنتہ آسمانہ شقاق الدہن کی نسبت زیادہ عمر میں (تقریباً تیس سال کی عمر کے بعد)

واقع ہوتا ہے اور اس میں وجدان کی خرابی اور وجدان اور خیال کے درمیان ناقص اور تخیل میں بے ربطی یہ سب نسبت بہت کم نمایاں ہوتے ہیں۔ اعتباطات اشتقاق الذہن کی نسبت باہم زیادہ باربط ہوتے ہیں لیکن اس کے برعکس وہ نسبت زیادہ عجوبہ ہوتے ہیں اور نسبت کم اعتباط کے ساتھ باہم مربوط ہوتے ہیں۔ فاعتر العقل توہیات میں مبتلا ہوتا ہے اور جتنی کو کتب متداولہ کی رو سے ایسا نہیں ہونا چاہئے۔ لیکن مزاوت میں دیکھا جاتا ہے کہ یہ تمام امتیازات بیکار ہو جاتے ہیں۔ اس مرض کا مہر نسبت آسا اشتقاق الذہن کی نسبت زیادہ آہستہ طور پر مخرّب ہوتا ہے۔

عصوی تعالٰی میں

(ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:-

(الف) دوا دوار النفس جو سموم یا سرائیوں کے ساتھ ہوں۔ مسوم و۔
(۱) دروں زائد مثلاً یوریا دموریت (uræmia) 'الشنج (eclampsia)'
ماوزر دوفول (acute yellow atrophy) - (۲) بروں زائد مثلاً الکھل، افیون
(اور اس کے مشتقات) کوکین، بروماڈز وغیرہ، فطرات (سیسہ، فنیو) کیسیس
کاربن مان آکائیڈ = carbon monoxide 'کلورو فارم' وغیرہ۔ سرائیں و۔
(۱) عمومی، پیش حموی، حموی اور بعد حموی بیماریات جو جسمانی سرائیوں کے باعث پیدا
ہو جائیں۔ (۲) مقامی دماغی سرائیں و۔ آتشک: (الف) عمومی شکل (ج) سحائی اور عروقی آتشک۔ التهاب دماغ، مع ویائی التهاب دماغ۔ التهاب سحای۔
پھوٹسے۔

(ب) دوا دوار النفس جن میں ابتدائی انحطاطی تغیرات دماغ میں۔
شیخوئی معاہرت (senile dementia) 'پیش شیخوئی دماغی انحطاط'
(pre-senile cerebral degeneration) 'مرض آلزسمیر' (Alzheimer)
disease 'شیخی دیوانگی' (presbyophrenia) 'شیخوئی دماغی مرض'
زفرین شنگلر (Huntington's chorea)

(ج) وہ ادوار النفس جن میں عام تھوکی قلت ہو: پیلاگرا (pellagra)، آفریمائے مخاطیہ (myxoedema)، قنات (cretinism)۔

(د) وہ ادوار النفس جو دماغ میں ضربہ کے ساتھ لاحق ہوں، ضربی ہریان (traumatic delirium)، بنیہ، ذہنی ضعف، طرز عمل کے فتور۔

(ه) وہ ادوار النفس جو دوسرے دماغی امراض کے ساتھ ہوں: — دماغی سلسلہ، صلابت، متعذہ، غلطیت، سداویت، وغیرہ۔

(و) وہ ادوار النفس جو مزمن عمومی امراض کے ساتھ ہوں: — قلبی کلوی مرض، متلف عدم دموبیت (pernicious anemia)، وغیرہ۔

باشنائے سارخی سنگلی آور حالتوں شبی دیوانگی اور مرض الزہیر کے یہ سب گزشتہ ابواب میں بیان کئے گئے ہیں۔

علامات - مضوی تعامل والی قسم کے اصلی علامات عموماً وہی ہوتے ہیں جو دماغ کے سخی مرض یا مرض ساخت سے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ وہ خاص کر مجمع الاحاسی اور عقلی وظائف کے نقص ہوتے ہیں اور مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتے ہیں: — حافظہ، توجہ، ادراک، فہم اور یاد رکھنے کی قوت میں خلل یا نقص۔ تازہ واقعات جلد فراموش ہو جاتے ہیں۔ پُرانی یادداشتوں کو تازہ کرنے میں مشکل ہوتی ہے۔ توجہ کے لیول میں آثار چڑھاؤ (کمپی بیشی) اور غالباً توجہ کی وسعت (span) میں کمی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض علیحدہ علیحدہ واقعات کو اپنے ذہن میں ہمزماں طور پر یکجا نہیں کر سکتا۔ وقت فہم ہوتی ہے اور جدید واقعات پرانے واقعات کے ساتھ یا ایک دوسرے کے ساتھ آسانی سے متشکل نہیں کئے جاسکتے اور ان سب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ معاشرتی صلاحیت کا فقدان ہوتا ہے۔

دویم، اکثر جذباتی عدم استحکام کی شکل میں وجدان کا فتور ہوتا ہے اور مریض کافی سبب کے بغیر روئے یا غصے لگتا ہے یا چڑچڑا ہوتا ہے اور بھڑک اٹھتا ہے۔ ممکن ہے کہ پستی یا تشویش بھی ہو مگر یہ دماغی مرض کا راست نتیجہ نہیں ہوتی بلکہ اس امر کا ہوتی ہے کہ مریض یہ سمجھ جاتا ہے کہ میں بیمار ہوں، نسبتاً شاذ تر صورتوں میں عمومی متخلل مجاہین (ع۔ ش۔ م۔ G. P. I.) اور صلابت منتشرہ

(disseminated sclerosis) کی طرح احساسِ حافیت (euphoria) ہوتا ہے۔ یہ ایک خلافتِ قاعدہ نتیجہ ہے جو شاید مخصوصِ سموم سے تعلق رکھتا ہے۔ سویم ممکن ہے کہ طرزِ عمل کے ایسے فتور نمودار ہو جائیں جو مابقی شخصیت سے ہم آہنگ نہ ہوں۔ یہ بلاشبہ جزاً اعلیٰ تر اقتدار سے ربانی ماحصل ہو جانے (قشری امتناع کے فشل) کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اس طرح ناشائستہ برہنگی، صنفی بد اطوار یوں، چھوٹی چھوٹی لاحاصل چوریوں، احمقانہ اسراف، وحشیانہ خطوں فیرو کا ہلہولہ بصورتِ مادہ ممکن ہے۔

تمثیلی جادِ معنوی تعامل ایک ہڈیاں ہے۔ اس میں توجہ انتہائی سرعت کے ساتھ کم و بیش ہوتی رہتی ہے۔ اور اک میں اس قدر خرابی ہو جاتی ہے کہ ماحول تاشناسی عموماً کامل ہوتی ہے۔ التباسات نمودار ہو جاتے ہیں۔ اور توہمات عام ہوتے ہیں۔ جب جذباتی اختلال ہوتا ہے تو وہ عموماً خوف ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

ساری خستگی اور ادواء النفس

(infective exhaustive psychoses)

مع عصبی خفاکت : neurasthenia کے

ساری خستگی اور ادواء النفس مختلف الانواع علاماتی تصاویر پر مشتمل ہوتے ہیں جو حادثہ سرائیوں کسی بروں زاد یا دروں زاد سم سے سمومیت، نزف اور کسی قسم کے شدید جسمانی بار و محنت کے ساتھ یا ان کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں۔ ساری خستگی اور ادواء النفس جن کو صحیح طور پر یہ نام دیا جاسکتا ہے، معنوی تعالیٰ اقسام سے تعلق رکھتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ اعتد او ساتھ رکھنے والے افراد میں اور بعض اوقات ان افراد میں بھی جن میں کوئی سابق اعتد او نہیں پائی جاتی، مائل، اسباب سے مانیائی انتخاضی (manic-depressive) یا انتخاضی الذہنی (Schizophrenic) یا مجننہ آسا (paranoid) قسم کا ذہنی فتور رہا ہو جائے یا تازہ ہو جائے۔ لیکن ان مثالوں میں معنوی علامات (مثلاً ماحول تاشناسی جو انیائی جوش و ہيجان کی

شدت کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہو) اس طرح مخلوط ہوتے ہیں کہ جس سے شاید کوئی حالت کے ساری یہ معنوی المبدأ ہوئے کا احتمال ہوگا۔

سراپت یا دو سرے بار کی قسم میں اور پیدا شدہ دماغ النفس کی قسم میں کوئی نوعی متاثر نہیں ہوتا۔ دماغ النفس کی کوئی بھی قسم سراپت کی کسی بھی قسم کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے، اور نتیجہ کا انحصار زیادہ تر اس فرد کے نفسی مزاج پر ہوتا ہے جس پر حملہ ہوا ہے۔ جب سراپت سبب مرض ہوتی ہے تو ذہنی علامات پیش حموی یا بعد حموی درجہ میں پس آہو سکتے ہیں اور ان میں سے مختلف درجوں میں کے علامات کے درمیان کوئی قطعی امتیاز نہیں ہوتا۔ عام ترین تعامل ہذیان ہے، لیکن ہسیت (hallucinosia) (ماحول نا شناسی کے بغیر) زوال ذہنی کی حالت (catatonic state) (وہمیت کے ساتھ یا وہمیت کے بغیر) اور ذہول بھی واقع ہو سکتے ہیں اور کسی بھی درجہ میں بعد حموی درجہ میں عقلی ضعف، نسیان (جو بعض اوقات کورساکوفی = Korsakow) قسم کا ہوتا ہے) نے کسی اور انخفاض واقع ہوتے ہیں۔ یہ حالتیں "عصبی ہناکت" کے اقسام میں سے ایک قسم ہیں (ان محضوں میں جن میں کہ یہ وسیع لفظ استعمال کیا گیا ہے)۔ اس اصطلاح کا اطلاق بالخصوص اس وقت کیا جاتا ہے جب کہ انخفاض یا تنگی کے علاوہ ذہنی اور جسمانی تکامل (fatiguability) "در و سر غیر معین درد" اور نقصان وزن کے ساتھ عدم ہستیا موجود ہوں۔ انفلوئنزا کے بعد بالخصوص اس قسم کے انخفاض کے وقوع کا رجحان ہوتا ہے، جس میں خود کشی کی کوشش غیر عام نہیں ہوتی اور نفسیت نہایت کمزور ہوتی ہے۔

حموی لڑانے کے مزین ہذیان سے پہلے بے چینی اور بیخوابی ہوتی ہے ساتھ ہی ڈراؤنے خواب آتے ہیں اور دشمن پن کے احساسات کے ساتھ سریش اور تنہا ہوتا ہے۔ اس کے بعد اصلی ہذیان کے علامات واقع ہوتے ہیں، یعنی ماحول ناشناسی، فتنہ توہم و فہم، سلسلہ خیال کو قائم رکھنے کی ناقابلیت اور توہمات جن کے ساتھ اکثر (کہ جویشہ) شدید و دہشت طاری ہوتی ہے، جس سے ممکن ہے کہ اپنی حفاظت کیلئے حملہ کرنے کی یا بھاگ بکھنے کے لئے قاتلانہ اقدام کی تحریک ہو۔ بعض اوقات درجہ ذہنی حسی حرکی جوش و ہرجان اور شدید احساساتوں میں تو مایہ و پید ہو جاتا ہے۔ بعد حموی

درجہ میں ایک ہبوطی ہڈیان (collapse delirium) بیان کیا گیا ہے جس کیساتھ انتہائی اذیت ناک نیر تو ہوتی نظر ہوا اور بے چینی ہوتے ہیں۔
طبعی امارات اشمال کنندہ جسمانی حالت کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خون کے امتحان سے ترشہ و مویت ظاہر ہو اور بعض اوقات نائٹروجن کا امتحان موجود ہوتا ہے۔

علاج میں مطلع نظر ہونا چاہئے کہ بنیادی جسمانی حالت دریافت ہو جائے اور کوئی سرایت عمومی یا ماسکی جو معلوم ہو جائے اس کا تدارک ہو۔ علامتی علاج حسب ذیل ہے:-
بستر میں سکون و آرام اور پسندیدہ یہ ہے کہ یہ کھلی ہو میں ہو۔ آبی علاج کافی مقدارسانی (اگر غذا سے لگاتار انکار ہو تو معدی انبوہ یا اتنی انبوہ کے ذریعہ سے) دودھ، اناج، شکر اور پھلوں کے عرق کی شکل میں آنتوں سے اخراج فضلہ (جس کے لئے کیٹول کے بعد نیشہ ہلکی دوا میں دی جائیں)۔ قلیات خوب مرقق کر کے دہن یا آنت کے راستے سے۔ اور جہاں سم الدم بہت زیادہ ہو فطیاتی ملح محلول آنت کے راستے سے (تعاظم فی: murphy drip) بلکہ دروں و ریدی راہ سے۔

مرکزی عصبی التهاب (central neuritis) (Meyer)۔ اس سے دماغی عصبیوں میں ایک حادثہ الہیابی تغیر واقع ہوتا ہے جو مختلف حالتوں (بالخصوص پلاگرا: pellagra) کے آخری درجوں میں واقع ہوتا ہے۔ سریری طود پر اس میں شنجی شلل اور ساتھ ہی تقبضات ہوتے ہیں نیز ارتباک کے ساتھ اکثر تو جات التباسات اور پر شور بے چینی۔ یہ ارتباک بستہ ریج تو میں بدل جاتا ہے اور اس کا ناگزیر خاتمہ ہلاکت ہے۔

شیخی و یوانگی

(presbyophrenia)

یہ ایک قشری انحطاط کی حالت ہے جو اوسط عمر میں اور پیش شیخوئی زمانہ میں بالخصوص عورتوں میں واقع ہو جاتا کرتی ہے۔ سریری لحاظ سے اس کے مزید خصائص حسب ذیل ہیں:-
تدریجاً حافظہ کا کامل شلل واقع ہو جاتا ہے چنانچہ تازہ واقعات کی

یادداشت باقی نہیں رہتی اور ایسا واسطے استدوا زمانہ سے نسبت زیادہ بعید واقعات کا حافظہ بھی جاتا رہتا ہے۔ فقدان فہم واقع ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ماحول نا شناسی بتدریج بڑھتی جاتی ہے۔ بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔ طبیعت احتمالات پر خوش و خرم ہوتی ہے، ہنسی آسانی کے ساتھ آ جاتی ہے اور گاہے گاہے چڑچڑاہٹا ہوتا ہے۔ حافظہ کا خلا عموماً ایجاد (تدلیس) یا سخن سازی (confabulation) کے ذریعہ پُر کیا جاتا ہے اور یہ بھی بلا بصیرت کیا جاتا ہے۔ عام طرز عمل میں خسروانی پیدا ہو جاتی ہے۔ اب مریض اپنے لباس وغیرہ کے متعلق معمولی احتیاط بھی نہیں کرتی اور اگرچہ بعض مثالوں میں وہ ایک جوان عورت ہوتی ہے لیکن گھر بار کی سادہ سے سادہ ذمہ داری کا بار اٹھانے کے قابل نہیں رہتی۔ فضول گوئی بہت کرتی ہے اور ایسی بک بک کرتی رہتی ہے جو سمجھ میں نہیں آتی اور جس سوال کی تحریک سے بولنا شروع کیا تھا اُسے بالکل بھول جاتی ہے۔ اس قسم کی اماتیں اکثر ماسکی امادات کے ساتھ اختتام کو پہنچتی ہیں، یعنی ان کی سریرتی تصویر آئینہ ہیر کے مرض سے ناقابل تمیز ہوتی ہے۔

مرض الزہیمہ

(Alzheimer's disease)

اس کا انحصار قشرہ دماغ کے ایک انحطاطی تغیر پر ہوتا ہے جو عموماً پیش شیخوئی زمانہ میں شروع ہو جاتا ہے، یعنی عمر کے چوتھے عشرے میں (اور بعض اوقات اس قدر جلد کہ تیسویں سال سے)۔ اس حالت میں شیخوئی قسم کا منتشر قشری بول موجود ہوتا ہے۔ خردین سے فان نما قشری ماکے قطر آتے ہیں جن میں خلیات کا فقدان ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ نسبت چھوٹے عروق دمویہ جو صحایا سے قشرے کے اندر آتے ہیں مسدود ہو جاتے ہیں۔ ان عروق کی مسدودی کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ متعدد چھوٹی چھوٹی زخفی لیتیں یا ذبولی رقبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بڑے ماسکی اضرار جیسے کہ شریان فی صلابت میں پیدا ہو جاتے ہیں نہیں ہوتے۔ صنایع شدہ عصبی غلیوں کی جگہ ریشکوں کے مذکورے اور ایسے جو کئے تو دسے لے لیتے ہیں (جو انحطاطی

عصبی غلیبوں کے دروں خلوی ریشک سمجھے جاتے ہیں)۔

سریری طور پر مریض تازہ اور بعید واقعات کے حافظہ کا فقدان اور سابقہ فہم میں کمی اور بعیرت کا فقدان ظاہر کرتا ہے۔ ماسکی اختلالات [جیسے کہ جسٹہ (aphasia) کا ظہور جلد ہو جاتا ہے۔ حقیقتاً انزیم کے مرض کی سریری تصویر شبی دیوانگی کی سی ہوتی ہے جس میں ماسکی امارات متزاہد ہوتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد مریض بے چین اور تکی ہو جاتا ہے، اور گاتا اور ہنستا رہتا ہے۔ جسٹہ گہرے درجہ کا ہو جاتا ہے اور گفتگو ایک لایعنی کو اس پہنچاتی ہے۔ چلنا پھرنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ دوسرے ماسکی امارات (تشلل جوارح) نمودار ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی مریض حملے ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ حادثی تعاطلات کا فقدان ہو۔ ممر مترقی ہوتا ہے، لیکن آہستگی کے ساتھ اور موت واقع ہو جاتی ہے۔

پیک (Pick) کا مرض، سریری طور پر الزیمیر (Alzheimer) کے مرض سے تمیز نہیں کیا جاسکتا لیکن وہ زیادہ عین خانمانی حدود سے ذہول و ماغ بعض قبول (جسبی اور صدغی) میں زیادہ واقع ہونے سے اور سفید مادہ کے نسبتاً زیادہ نقصان سے میز ہے۔

نفسی مرضی تعاملی اقسام

(PSYCHOPATHIC REACTION TYPES)

متعدد ذہنی امراض کی ماسبق استعداد میں مزاجی عدم استحکام (جیسے بعض اوقات "constitutional psychopathic inferiority" = "جینی نفسی مرضی ذہنی") کہتے ہیں، ایک جزو مشترک ہے، لیکن بعض اشخاص میں یہ بذاتہ ایسے درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قطع نظر کسی اتفاقی پیچیدگی کے طور پر واقع ہونے والے ذہنی مرض کے جس کا یہ اپنے موضوع میں میلان پیدا کر دیتا ہے، ممکن ہے کہ یہ سو تو افق اور عام ناقابلیت پیدا کرنے میں ایک خود کشش عامل ہو۔ جب یہ کیفیت عقلی نقص کے ساتھ موجود ہو جاتا ہے تو یہ زندگی میں ناکامی، کمطیت، ماولت (drug addiction)

یا حقیقی غیر مباشرتی طرز عمل (اقدام خودکشی، خطا کاری اور جرم) پیدا کر دیتے کا اور بھی زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ اس درجہ کے مزاجی عدم استحکام کے مریض جس طرح وہ اس کی وجہ سے نہایت زیادہ آسانی کے ساتھ منحرف ہوتے ہیں اور آسانی کے ساتھ فرجاں ہوتے ہیں یا (عواملی تصورات سے) شکلی ہو جاتے ہیں یا مخالف یا سرکش ہوتے ہیں اسی طرح اُس وقت جب کہ انہیں زندگی میں کسی مشکل کا سامنا ہو تو اُن میں معین ذہنی مرض کے نوجوان رجحان اپنے طبعی ہمایوں کے نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ لیکن جس طرح کہ ان میں ایسے نفسی عصبانی یا دارالنفس حادثات طبعی اشخاص کے نسبت زیادہ آسانی کے ساتھ برپا ہو جاتے ہیں، تنگی، سیطرے، عادی نظر اور زیادہ آسانی کے ساتھ فرو بھی ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ایسے اشخاص اپنا پیشہ اکثر تبدیل کرتے رہتے ہیں اور کسی معین لائحہ عمل سے معز ہوتے ہیں لہذا ان امور کی وجہ سے ان کا رازِ سطحی معائنہ سے بچنا فاش ہو جاتا ہے۔ ان میں سے بعض بڑے بڑے مصادر رکھتے ہیں لیکن ان سب میں ثابت قدیمی کا فقدان ہوتا ہے۔

ان میں سے متعدد کی حالت میں بہت کچھ اصلاح ہو سکتی ہے، بشرطیکہ علاج کافی جلد کیا جائے۔ اس امر کی شہادت موجود ہے کہ کم از کم ان میں سے بعض میں عدم استحکام خلقی نہیں ہوتا بلکہ ماحول کے ابتدائی اثر اور بالخصوص خانہ دانی اثر سے آگاہی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ مشدق نفسیاتی علاج کے علاوہ، اس کا علاج عملی انتظام اور حتی الامکان حفظ ماتقدم کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ مریض کی عقلی یا مادہ سے کام کرنے کی قابلیتوں کے امتحان کے بعد اس کے لئے موزوں ترین پیشہ یا شغل کا انتخاب خاص طور پر اہم ہے۔ ظاہر ہے کہ ہر شخص کو اس کام پر نگار ہونا زیادہ آسان معلوم ہوتا ہے جس کے لئے وہ قدرتی طور پر موزوں ہے۔ یہ اور ایک ساتھ کافی مباشرتی اور دیگر انتظام اور کسی ایسے شخص کی کم و بیش نگرانی جبرِ مریض اعتماد رکھتا ہو عدم استحکام کے خطرناک نتائج کے لئے بہترین حفظ ماتقدم ہے۔ جب مزاجی عدم استحکام مریض کو فانون کی زد میں لے آئے تو اس نگرانی کے ذریعہ کا پورا فائدہ اٹھانا چاہئے اور ساتھ ہی یہ تحقیق کرنا چاہئے کہ اس خطا کا راز کا ارتکاب کن حالات و ماحول میں اور کس نیت سے کیا گیا اور پھر مریض کو کونسی

موزوں ماحول میں رکھنے کی کوشش کرنی چاہئے۔

مزاجی عدم استحکام بچوں اور ریمانی عمر والوں میں خاص سائل پیدا کرتا ہے جو ساتھ ہی مابعد عمر کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتے ہیں۔ شفا خانہ جاننے کے قابل ایسے مریضوں کی صورت میں طبیب کو مندرجہ ذیل پوراپور فائدہ اٹھانا چاہئے :-
شفا خانہ عام کے بیرونی مریضوں کی (امراض النفسی اور امراض العصبیاتی) سرریا گاہوں سے (جو ایسے مریضوں کے معالج کے لئے ساز و سامان مہیا رکھتی ہیں) نیز رہنمائی اطفال کی سرریات گاہوں، افسران مدرسہ معاشرتی کارکنوں اور موزوں خیراتی انجمنوں سے، اور اس طرح خطا کاری کی مثالوں میں عہدہ داران نگران کا (probation officers) کی خدمات سے جن میں سے بعض آجکل اس شعبہ کے کام کے لئے خاص طور پر تربیت یافتہ ہوتے ہیں، علاج کا ایک اہم حصہ یہ ہے کہ والدین کو ہدایت کی جائے۔ ان کو یہ بتانے کے بعد کہ حد سے زیادہ منت و سماجت وغیرہ کے غلط طرز عمل کا اثر بچوں پر کیا ہوتا ہے ایسے طرز عمل کی اصلاح کر دینی چاہئے۔

جنونِ ثنوی ("Folie a deux") (دو کا جنون) یا جنونِ منتقل (communicated insanity)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اس وقت کیا جاتا ہے جبکہ دو شخص جو ایک دوسرے کے ساتھ قریبی طور پر رفاقت رکھتے ہوں، ہم زماں طور پر کسی ایسے دارالنفس میں مبتلا ہو جائیں جس میں یہ معلوم ہو کہ ان دونوں شخصوں میں سے ایک نے دوسرے شخص کو اس کے اختباطی قصورات میں متاثر کر دیا ہے۔ تاہم اس حالت کا صرف دو شخصوں تک محدود ہونا لازمی نہیں اور اس میں تین بلکہ زائد اشخاص بھی مبتلا ہو سکتے ہیں (جنونِ ثلاثی وغیرہ: "folie a trois," etc)۔ یہ مرض عزالت گزینی کی زندگی بسر کرنے والے اور بوڑھے اشخاص میں سب سے زیادہ عام ہے۔ اس حالت کے عام موضوع شوہر اور بیوی، بھائی اور بہن، والد یا والدہ اور بچہ، یا ہم صنف دوست ہوتے ہیں جو اکثر قریبی طور پر ساتھ رہتے ہیں۔ یہ حالت عموماً جنتِ آسا ہوتی ہے، یعنی اس میں ایذا رسی کے اختباطات ہوتے ہیں، جو بعض اوقات عظمت نفس (شاہی خاندان سے پیدائش وغیرہ) کے اختباطات کے ساتھ مخلوط ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک اجتماعی وہیت موجود ہوتی ہے (مثلاً

حشرات سے جو کہ دیکھے جاتے ہیں سرایت واقع ہونے کی)۔ ان مریضوں کی جوڑی میں سے کوئی ایک پیدائیس مرض میں غالب حصہ لیتا ہے اور بلا ارادہ یا غیر محسوس طور پر دوسرے مریض کی ایسا پذیرائی سے موقع پاتا ہے جو محبت، لاعلمی یا سلیس یا کے سبب سے حد سے زائد ایسا پذیر ہوتا ہے۔

قلّت ذہن یا کم ذہنی

(MENTAL DEFICIENCY)

(بلج ذہنی = amentia)

نقص ذہن یا بے ذہنی (جیسا کہ اُسے اکثر اس ملک میں خطاب کرتے ہیں) سے وہ ناقص عقلی وجہیت مراد ہے، جیسا تو جرٹوم مایہ میں موجود ہو (اولی بلج ذہنی primary amentia) یا استعراقِ عقل کے بعد کسی زمانہ میں بین رو مرض کی وجہ سے اکتسابی طور پر پیدا ہو جائے (ثانوی بلج ذہنی = secondary amentia)۔

نقص ذہن کے اسباب بالخصوص مبذول ہیں: (۱) توارش۔ ایک قسمِ نقص ذہن ہے جو غالباً منسوبہ فینڈل (Mendelian recessive) کی حیثیت سے توارش پذیر ہوتا ہے۔ (۲) بصری انحطاط (blastophoria)۔ والدین میں الکلیت، آشک، مدرن یا کسی سبب سے کمزوری، جرٹوم مایہ کی میوہ کو تلف کر دے۔ (۳) ولادتی تضرر (birth-injury)۔ (۴) اوائل عمر کا مرض، بالخصوص دماغ کی سہی اور الہابی حالتیں (الہاب سحایا، الہاب دماغ و غیرہ)۔

جسمانی ایستلافات عام ہیں، بالخصوص اولی قسم میں، اور یہ نام نہاد طور پر "میاسم انحطاطیت" ("stigmata of degeneracy") کے خطاب سے یاد کئے جاتے ہیں۔ یہ میاسم قشری تشوہات پر مشتمل ہوتے ہیں جو حسب ذیل ہو سکتے ہیں:۔ کھوپڑی کے تشوہات، مثلاً کوچک سری (microcephaly)، کلاں سری (macrocephaly)، استعراقِ الراس (hydrocephalus)، مخروطی کھوپڑی (steep skull) وغیرہ۔ نالو اور دانتوں کے تشوہات۔ اور آنکھوں اور کانوں کے

تشوہات۔ علاوہ ازیں یہ میاں سم فعلیاتی اختلالات پر بھی مشتمل ہو سکتے ہیں (جس کا انحصار عموماً تشوہاتی اضرار پر ہوتا ہے) مثلاً شلل، رعشہ، لکنت، بیدارگی، گفتگو، زفن محدود حرکات، حوصلے بھینٹنا، رقص مقلد اور صرعی حملے۔

عام طور پر ناقص الذہن مریضوں کی جماعت بندی ان کے نقص کے درجہ کے لحاظ سے کی جاتی ہے۔ مثلاً ۱۹۱۳ء کے قانون ناقص ذہن میں ان کی تقسیم حسب ذیل کی گئی ہے :- ایلے (idiot) 'خفیف' (imbecile) 'ضعیف العقل' (feeble-minded) اور اخلاقی خفیف (14)۔

جو معیارات صریری اور قانونی طور پر استعمال کئے گئے ہیں (جیسے کہ مندرجہ ذیل تعریفات میں) وہ خاص کر طرز عمل اور قابلیت کے معیارات تھے مثلاً یہ کہ آیا مریض مدرسہ میں سبق پڑھا کر سکتا تھا اور آیا ازاں بعد کسب معاش کر سکتا تھا اور کس حد تک کر سکتا تھا۔ مگر سن ۱۹۱۳ء میں بنٹا اور سٹائن (Binet & Simon) پیرس کے دو ماہرین نفسیات نے "عقل و ذہانت کے کاشفات" ایجاد کئے، جو مختلف ترمیمات کے ساتھ اور زیادہ صحیح تشخیص اور جماعت بندی میں آسانی پیدا کرنے کے لئے اس وقت سے اب تک بکثرت مستعمل ہیں۔ کاشفات کے شمار کے لحاظ سے جن میں مریض کا میاب ثابت ہو، ان کاشفات کے ذریعہ سے اس کی ایک "ذہنی عمر" ("mental age") ستین کی جاسکتی ہے۔ بالغ ناقص العقل اشخاص جن کی ذہنی عمر ایک دو سال طبعی بچے کے نسبت کم ہو، ایلے ہیں۔ جن کی ذہنی عمر تین اور سات سال کے درمیان ہو وہ خفیف ہیں۔ اور وہ جن کی ذہنی عمر سات سال سے اوپر لیکن تقریباً دس سال سے زائد نہ ہو وہ ضعیف العقل (feeble-minded) ہیں۔ ضعیف عقل کے لئے بالائی حد عمر کا انحصار زیادہ تر ساتھ کے مزاجی حالات پر ہوتا ہے۔ ذہنی عمر کا ایسا درجہ جس کے ذریعہ اس کا مالک کسب معاش کر سکتا اور معمولی حالات میں قوم یا سوسائٹی میں اپنی حیثیت برقرار رکھ سکتا ہو، ممکن ہے کہ ساتھ کے مزاجی عدم استحکام کے باعث ان مقاصد کے لئے غیر کفایتی ثابت ہو، یعنی یہ ساتھ کا مزاجی عدم استحکام ناقص عقل کے ساتھ مل کر مریض کو قانونی اور معاشرتی طور پر ضعیف العقل افراد کے زمرہ میں شمار کئے جانے کے قابل بنادیتا ہے۔ لہذا

جلد ماریج کے ناقص العقل اشخاص کی مزید تقسیم ”مستحکم“ اور غیر مستحکم میں ہونی ضروری ہے۔ اوسط طبیی بالغ شخص کی ذہنی عمر اب مندرجہ بالا پیمانہ کے مطابق چودہ سال فرض کر لی گئی ہے۔ چنانچہ اس فرض سے کہ مختلف عمروں میں مقابلہ ممکن ہو ذہنی عمر کو عمر زمانی کے تفاعل کے طور پر ظاہر کرنا ضروری ہے، اور مندرجہ ذیل منسابہ کو ”عقلی حاصل تقسیم“ یا $Q. I.$ (Intelligence quotient) کہتے ہیں:-

ذہنی عمر $\times 100$ - آخر الذکر (یعنی عقلی حاصل تقسیم) کسی خاص فرد کے زمانی عمر
 نمونہ کے دوران میں نمایاں طور پر مستمر رہتا ہے۔ کسی فرد کی قابلیتوں کا تقریبی تخمینہ لگانے کے لئے نہ صرف نام نہاد کاشفات عقل و ذہانت، مثلاً بناساٹن کے کاشفات کا استعمال ضروری ہے، بلکہ عملی قابلیت کے کاشفات (مثلاً کاشفات کارپردازی) کا استعمال ضروری ہے، ”performance tests“ = ”maze tests“ = بھول بھلیاں والے کاشفات اور میکانیکی استعداد کے کاشفات) بھی ضروری ہیں، اور ان سب کے لئے خاص خاص آلات اور مضابطے ایجاد کر لئے گئے ہیں۔ مزاج کے کاشفات نسبت بہت زیادہ مشکل ہیں۔ مزاج کی شناخت کے بہترین معیارات سرگزشت سے حاصل ہوتے ہیں (12)، (15)۔

مندرجہ ذیل جامعہ بندی ۱۹۱۳ء کے قانون نقص ذہن کے مطابق ہے، جس کے ساتھ متناظر علامات بھی مندرج ہیں:-

ضعیف العقل یا خفیف العقل (morons)۔ وہ اشخاص جن کی حالت میں پیدائش کے وقت یا ابتدائی عمر ہی سے ایسا ذہنی نقص موجود ہوتا ہے جو سخافت کی حد تک تو نہیں پہنچتا مگر بائیں ہمہ اس قدر نمایاں ہوتا ہے کہ خود ان کی حفاظت کے لئے اور دوسروں کے تحفظ کے لئے ان کی خبر گیری یا نگہداشت اور روک تھام کی ضرورت ہوتی ہے، یا بچوں کی صورت میں ایسا نمایاں ہوتا ہے کہ اس کی وجہ سے وہ معمولی مدارس میں تعلیم سے مستفید ہونے کے لئے مستحق ناقابل معلوم ہوتے ہیں۔ (قانون نقص ذہن ۱۹۱۳ء)۔ ۱۹۱۳ء کے قانون نقص ذہن کی رو سے ”ابتدائی عمر“ کی تعریف یہ کی گئی کہ یہ ایسی عمر ہے جو اٹھارہ

سال سے زائد نہ ہو۔

”میاسم انحطاطیت“ (”stigmata of degeneracy“) ضعیف العقل اشخاص میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ بالعموم ان میں ابتداً فی بچپن کے زمانہ میں ملتا اور بولت سیکھنے میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ ان میں سلسلہ البول اور بعض اوقات سلسلہ البراز طبعی اشخاص کے مقابلہ میں زیادہ عمر تک ہوا کرتا ہے۔ سرائیوں سے اثر پذیر رہی بھی غیر طبعی ہوتی ہے۔ فہم کے نقص اور مجرد استدلال کی قابلیت کے نقص کے علاوہ ذہنی وظائف میں پراگستہ گی تو جہ ظاہر ہوتی ہے جو بذات معمول علم میں شکل پایا کرتی ہے۔ ایٹلافی قابلیت کا نقص جو نقص فہم کا بنیادی سبب ہوتا ہے اور اسی کے ساتھ موانع جذباتی تحریک کا فقدان، استخفاف کے نقص کا سبب ہوتا ہے، جو بالغ ضعیف العقل اشخاص میں بھی بچوں جیسی سادگی رکھتی ہے۔ ان میں سے ذکور خود کو آئندہ انجن ڈرائیوروں کی حیثیت میں دیکھنے کی حد سے زیادہ نہیں بڑھتے اور لڑکیوں کے خیالی پلاؤ پر یوں کی شہزادی کے درجہ سے آگے نہیں جاتے۔ جذباتی حیثیت سے ان میں سے بہت سے مستحکم اور اطاعت پذیر ہوتے ہیں، لیکن یہ اطاعت پذیری ہی ان کو خطا کارئی خلاف ورزی قانون بلکہ خود ارتکاب جرم پر مائل کر دیتی ہے۔ چند غیر مستحکم مغلوب الجذبات اور بے ضبط ہوتے ہیں۔ مدرسہ میں ضعیف العقل اس وقت بھی جب کہ وہ بہترین حالت میں ہوں، بشکل اتنا کام کر سکتے ہیں جو اوسطاً درجہ دوم کے برابر ہو۔ ادنیٰ ترین درجہ کے ضعیف العقل کسی طالب علمانہ کامیابی کے ناقابل ہوتے ہیں۔ وہ ایک جزو کے الفاظ تک یا وہ نہیں کر سکتے اور سادہ ترین جمیع یا تفریق بھی نہیں کر سکتے۔ خوش قسمتی سے اعلیٰ مدارج میں بہت سے ضعیف العقل بعض سادہ قسم کی دستکاریوں میں کارآمد ہو سکتے ہیں اور بالغ عمر میں کسب معاش کی قابلیت رکھتے ہیں۔ اور بہت سے ایسے اشخاص جو مدرسہ میں ضعیف العقل اشخاص کے زمرہ میں شمار کئے جاتے ہیں، بالغ زندگی میں اس زمرہ سے خارج ہو جاتے ہیں، کیونکہ ان میں دستکاری کی قابلیت اتنی کافی ہوتی ہے کہ وہ کسب معاش کر سکتے ہیں اور معمولی سمجھ اتنی ہوتی ہے کہ وہ اپنی زندگی کا انتظام سادہ طور پر کر سکتے ہیں۔ ان کی منتظر ذہنی عمر

سات سے دس سال تک کی ہوتی ہے۔

منحیض "توہ اشخاص ہیں جن کی حالت میں پیدائش کے وقت یا اوائل عمر سے ایسا ذہنی نقص موجود ہوتا ہے جو ابھی کی حد تک تو نہیں پہنچتا مگر اس قدر نمایاں ہوتا ہے کہ وہ اپنا ذہن اپنے معاملات کا انتظام نہیں کر سکتے، یا اگر وہ بچے ہیں تو ان کو اس کی تعلیم دینا ناممکن ہوتا ہے۔" ضعیف العقل اشخاص کی نسبت منحیض اشخاص میں بحیثیت ایک جماعت کے ماسم کا حدوث زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ ان کا ایک بڑا حصہ اولیٰ بے ذہنوں کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے۔ ان کے حرکات میں بد اسلوبی ہوتی ہے اور طرز بیان احمقانہ ہوتا ہے۔ ان کا ذخیرہ الفاظ بہت محدود ہوتا ہے اور طالب علمانہ قابلیت تقریباً بامدار ہوتی ہے۔ ان میں سے بعض نہایت بے چین ہوتے ہیں۔ غیر مستحکم قسم میں معمولی چالاک، وحشیانہ غصہ، حد فطرت اور بے پروائی کی عادتیں بے غیرتی اور بے روک خلق کی عادت پائی جاسکتی ہے۔ بعض بچوں کی طرح خود پسند ہوتے ہیں۔ متناظر ذہنی عمر تین سال سے لے کر سات سال تک کی ہوتی ہے۔

اجلہ "وہ اشخاص ہیں جو زمانہ پیدائش یا اوائل عمر ہی سے اس قدر ناقص الذہن ہوتے ہیں کہ اپنی حفاظت معمولی جسمانی خطرات تک سے نہیں کر سکتے۔" ابلہوں میں جسمانی انحطاطیت اس درجہ تک پہنچ جاتی ہے کہ وہ ایک نظر میں پہچانے جاسکتے ہیں۔ وہ مقصوع اور بد شکل ہوتے ہیں، مختلف اقسام کے شملوں میں مبتلا ہوتے ہیں، اور اگر کچھ بول بھی سکتے ہیں تو صرف ایسے قدر کہ چند الفاظ کا لفظ ادا کر سکتے ہیں اور وہ بھی بد اسلوبی کے ساتھ۔ وہ حوائج فطری کے طرف بھی توجہ نہیں کرتے ہیں اور ہمیشہ خود کو بول و براؤ سے تراوہ کر لیتے ہیں۔ وہ کھانا کھاتے نہیں بلکہ اسے درندوں کی طرح ہڑپ کرتے ہیں۔ بعض ہر چیز کو جو ان کے ہاتھ چڑھتی ہے تلف اور برباد کر دیتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے مکان عمر کی نقص کی وجہ سے لازمی طور پر صاعق فرائض ہوتے ہیں۔ اور وہ جو خود چلنے پھرنے کے قابل ہوتے ہیں نہایت بے دھنکے ہوتے ہیں۔ یہ منحیضوں سے بھی زیادہ سرائیوں میں مبتلا ہو جاتے ہیں اور یہ خوش قسمتی سے عموماً عمری میں مر جاتے ہیں۔ عقلی اعمال فی الحقیقت غیر موجود ہوتے ہیں۔

صرف نہایت اولیں جذبات (غصہ، بے رحمی، خوف اور جسمانی لذات) ظاہر ہوتے ہیں۔ متناظر ذہنی عمر دو سال سے کم ہوتی ہے۔

اخلاقی ستھیف "وہ اشخاص ہیں جو اوائل عمری سے کوئی مستقل ذہنی نقص ظاہر کرتے ہیں، اور ساتھ ہی ان میں قوی شریرانہ یا مجرمانہ رجحانات موجود ہوتے ہیں جن پر سزا کا بہت کم اثر ہوتا ہے یا سزا دینے پر بھی وہ اس سے باز نہیں آتے۔" اخلاقی ستھیف "کی اصطلاح چنداں موزوں نہیں کیونکہ بہت سی ایسی اصابتوں میں جن میں یہ خطاب استعمال کیا گیا ہے، عقلی نقص درحقیقت بہت کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ مرضیتِ تعلیم جذبات میں ہوتی ہے۔ ایسے اشخاص میں ایسے کوئی جذبات نظر نہیں آتے جو اخلاقی وجہانات کے اس قدر اہم ترکیبی اجزاء ہوتے ہیں۔ یہ لوگ جھوٹ بولتے ہیں، چوری کرتے ہیں، اس قدر بیٹے ہیں کہ بدست ہو جاتے ہیں، بعض اوقات وحشیانہ تندی ظاہر کرتے ہیں بلکہ بلا اشتعال بیرحمی کے مرکب ہوتے ہیں اور ہر لحاظ سے بے اصول اور ناقابلِ اعتماد ہوتے ہیں۔ بایں ہمہ وہ مذمت کا کبھی کوئی حقیقی احساس نہیں ظاہر کرتے۔ سزا سے ان کے طرز عمل میں کوئی اصلاحی اثر نہیں ہوتا۔ علاج بالخصوص یہی ہے کہ ان کی نگرانی اور روک تھام کی جائے۔ رشتہ داروں کے حق میں یہی بہتر ہے کہ "اخلاقی ستھافت" کی تشخیص ابتدائی زمانہ میں ہو جائے (اگرچہ اس کی تشخیص اور طفلولیت سے پہلے نہیں کرنی چاہئے) اور قانون نقصِ ذہن کے تحت تصدیق کے ذریعہ مریض کو علیحدہ رکھنے کا انتظام کیا جائے۔ اس سے زیادہ عرصہ گزرنے کے بعد ان کا تدارک اور بھی زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ پھر ان کو قابو میں لانے کی خاص امید صرف یہی رہ جاتی ہے کہ وہ کسی جرم کے مرکب ہوں اور پھر ان کو قید کی سزا دی جائے، یا یہ کہ ان میں کوئی وار النفس پیدا ہو جائے جس کی وجہ سے وہ قانون مجانین (Lunacy Act) کے تحت قابلِ تصدیق ہو جائیں۔

امراضِ ذہنی جماعت بندی۔ ناقص العقل اشخاص کی جماعت بندی حسب ذیل بھی کی جاتی ہے: (۱) اولیٰ ذہن (primary aments) جن کی تعلیم ترین خاص گرد ہوں میں کی جاسکتی ہے، — سادہ، کوچک سر (microcephalic)

اور سنگولی۔ (۲) ثانوی بے ذہن (secondary aments) جن کی تقسیم حسب ذیل ہو سکتی ہے:۔ (الف) وہ جن میں جلی دماغی اضرار موجود ہوں۔ یعنی کمسنی (amaurotic) 'آتشکی' استقار دماغی (hydrocephalic) 'سامی دماغی' (porencephalic) 'صلابتی' شللی، نیز جلی انتہائی یا عروقی اضرار (مثلاً وبائی التهاب دماغ = epidemic encephalitis) کے دوسرے مابعد اثرات۔ اور (ب) وہ جن میں جلی دماغی اضرار موجود نہ ہوں بلکہ جو عصبیتی نمو کے عام ایقان (مرعی) قناتی: cretinous یا قندی میں مبتلا ہوں۔ ان میں سے بہت سوں کا تذکرہ اس کتاب کے گذشتہ بابوں میں کیا گیا ہے۔ اعضاءے حواس کے مرض اور دماغی نمو کے متناظر فقدان کا نتیجہ (تفریدی بے ہوشی = isolation amentia) ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔ بچہ پن کی یہ تمام تیسرے متعجب عقل، سخافت اور ابلہی کے کسی بھی درجہ میں موجود ہو سکتی ہیں:۔

ذیل میں بعض دماغ اقسام کا بیان درج کیا جاتا ہے:۔

کوچلٹ سری بے ذہنی (microcephalic amentia) کی اصطلاح
 کا اطلاق اس حالت پر کیا جاتا ہے جس میں ذہنی نقص ایک صریحاً چھوٹی کھوپری کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس کا محیط عموماً ۱۸ انچ سے کم ہوتا ہے۔ لیکن اگر کھوپری کی جاست کے بجائے اس کی شکل کو معیار سمجھا جائے تو اس میں ایسے مریض بھی شامل کئے جاسکتے ہیں جن کی کھوپری کا محیط اس کے نسبت قریب ۲ انچ کے زائد ہو۔ جہی خطہ کے دب جاسنے اور قدالی خطہ کے چپٹا ہو جانے سے تمثیلی نوک داریا "پرندہ خسا" شکل پیدا ہو جاتی ہے، اور اسی کے ساتھ دماغی نیم کروی کی ناقص تکوین اور انفرادی عصبیوں اور ریشوں کا نامکمل نمویا جاتا ہے۔ مزایدا کا نموناقص ہوتا ہے اور نقص نمو کے مقامی رقبے موجود ہوتے ہیں۔ کھوپری کی شکل کی وجہ سے کوچلٹ سری مرض میں پرندہ نما شباهت پیدا ہو جاتی ہے۔ مزید برآں وہ غیر معمولی طور پر قصیر القامت ہوتے ہیں۔ دماغ کے غلیات معمول کے نسبت کم ہوتے ہیں مگر اس میں کثیر التعداد جینی اور دیگر مقامی غلیے نظر آتے ہیں۔ کوچلٹ سریوں کی اکثریت ابلہوں اور خلیفوں کی حالتوں سے تعلق رکھتی ہے۔ کچھ نمونے محض ضعیف العقل ہوتے ہیں۔ بحیثیت ایکسٹ

گروہ کے پیشگفتہ مزاج، بے چین، محبت کرنے والے اور نیک طین ہوتے ہیں۔

منغولی بے ذہنوں (mongolian elements) کی وجہ تسمیہ یہ ہے کہ ان کے فمحات چشم ترچھے رخ میں اوپر اور باہر کے طرف جاتے ہیں۔ باق و احسنی پر جلد کا براقی شکن ترقی طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ علاوہ بریں زبان بڑی ہوتی ہے اور اس میں عرضی انشعاقات کے نشان ہوتے ہیں (معنی نمازبان = serotal tongue) اور جبھی اور قذالی خطوں کے چپٹا ہونے کی وجہ سے کھوپری قصیر الراس (brachycephalie) ہو جاتی ہے۔ پہلی تسنیں میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ دانست چھوٹے ہوتے ہیں اور جلد بوسیدہ ہو جاتے ہیں۔ ناک چھوٹی، ہاتھ پاؤں چوڑے اور ہاتھوں کے انگٹھ اور چٹلی انگلیاں معمول کے نسبت چھوٹی ہوتی ہیں، اور آخر الذکر پچھلے کی انگلیوں کے طرف قدر سے متعبر ہوتی ہیں۔ ہتھیلیوں میں اکثر صرف ایک مستعرض فجوہ ہوتا ہے (نام نہاد خط قروی = simian line)۔ رباطات ڈھیلے ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے مفاصل کو معمول سے زائد پھیلا یا جا سکتا ہے۔ تمام اقسام کی پیدا نشی غیر طبعی حالتیں اور بالخصوص پیدا نشی مرض قلب عام ہے۔

ذہنی حیثیت سے ان کی اکثریت نحیف درجہ کی ہوتی ہے۔ بہت سے ضعیف العقل ہوتے ہیں اور چہنہ ایلچہ ہوتے ہیں۔ یہ منظم نظر آتے ہیں، اور منہ بنانے اور نقالی کے عبادی ہوتے ہیں۔ اکثر شرے کو خوب سمجھتے ہیں اور موسیقی سے لطف اندوز ہوتے ہیں۔ منغولیت (mongolism) کا سبب اب بھی ایک متنزع فیہ امر ہے۔ ایک عامل جو کہ خاص طور پر اس سے متعلق ہے ماں کی عمر ہے۔ منغولی زیادہ تر من ماؤں کے ہاں تولد ہوتے ہیں۔

صلابتی بے ذہنی (sclerotic amentia)۔ مریضوں کی ایک نحیف تعداد میں ایلچی کا انحصار عصب سریشی اضرار پر ہوتا ہے جو یا تو منتشر ہوتے ہیں یا ایک محدود (حرکی یا بعلی) شکل میں ہوتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ذہنی نقص کی تصویر مختلف مشکلات، رمضوں، اور بالخصوص بعلی قسم میں تشخیص سے چھپے

ہو جاتی ہے۔ بعضی صلابت کی چند امیادوں میں ذہنی غدی سلسلہ (adenoma sebaceum) اور مختلف باطنی اعضاء کے سلمات بھی موجود پائے گئے ہیں۔ اعضاء کے ایسے مجموعہ کے لئے تصدیق (epiloia) کی اصطلاح تجویز کی گئی ہے۔ صلابت کی بیش پرورشی منتشر قسم میں دوسرا ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔

حواس سے محرومی اور ذہنی نقص۔ اب یہ امر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ ایسا ذہنی نقص جو مخصوص حس کے اعضاء میں سے کسی ایک عضو کے مریض کے ساتھ پایا جائے حقیقی نہیں بلکہ زیادہ تر ظاہری ہوتا ہے اور اس کا انحصار ظہنی قلت پر نہیں بلکہ اس امر پر ہوتا ہے کہ عضو کی غیر موجودگی کے باعث تعلیم نہ ہو سکی۔ مخصوص کاشفات سے جو حال ہی میں ایسے بچوں کی ذہانت کے متعلق کئے گئے جو اوائل عمر سے بالکل بہرے تھے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ طبیی بچہ کے نسبت ادنیٰ کم ذہین نہیں ہوتے۔

عالم راہی (idiots savants) وہ اشخاص ہیں جو عام ذہنی قلت میں مبتلا ہونے کے باوجود کسی ایک رُخ میں غیر معمولی استعداد یا صلاحیت ظاہر کرتے ہیں۔ مثلاً بعض نحیف اور ضعیف العقل اشخاص کا حافظہ نہایت تادور اور عجیب و غریب ہوتا ہے۔

حادثی اووار النفس اور نفسی عصبانیتیں جو نقص ذہن کی حالت میں پیچیدگیوں کے طور پر پیدا ہو جاتی ہیں۔ معمولی اشخاص کی نسبت ناقص الذہن اشخاص میں مشکلات سے دوچار ہونے پر کسی نہ کسی قسم کی ذہنی بیماری پیدا ہو جائے گا اسکان زیادہ ہی ہوتا ہے۔ لیکن جس طرح ان میں حادثی اووار النفس یا نفسی عصبانیتیں زیادہ آسانی سے ہو جاتی ہیں اسی طرح مجموعی حیثیت سے انہیں شفا بھی زیادہ آسانی سے ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ اس دائرہ النفس کے جذباتی اختلال کی وجہ سے مریض کی معاشرتی صلاحیت پیشتر کے نسبت کم ہو جائے، مثلاً ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک ناقص الذہن شخص کو جو اشتقاق الذہنی حادثہ کے آثار سے پہلے بیرونی دنیا میں رہنے کے قابل تھا، اشتقاق الذہنی علامت زائل ہو جانے کے باوجود بعد میں مستقل کسی ادارہ میں رہنا پڑے۔ طبیی ذہن و فہم و دلنے

افراد کے نسبت ناقص الذہن اشخاص میں ہسٹیریا کی تعداد زیادہ عرصہ اور طبی ہونیکا امکان ہوتا ہے۔ مریض کو بڑی آسانی کے ساتھ رویا نظر آتے ہیں اور آوازیں سنائی دیتی ہیں اور ان توہمات میں طفلانہ سادگی ہوتی ہے۔ اور وہ بہ نسبت رعشہ اور مستردوں اور دو کہن کے (جو اوسط ہسٹیریا کی مریض میں اس قدر عام ہوتے ہیں) پورے جوارح کے شلل کو ترجیح دیتا ہے۔

نقص ذہن کا علاج۔ نقص ذہن کا مسئلہ خاص کر تین تعلیموں میں پیدا ہوتا ہے: یعنی تعلیم معاشرتی انضباط و نگہداشت اور پیشہ کی۔ اگر کوئی بچہ اپنی عمر کے اوسط ذہنی نمونوں میں ایک یا زائد سال پیچھے ("غبی اور پس ماندہ" گروہ کا) ہے تو اس کے لئے یہی بہتر ہے کہ اسے ایک مخصوص جماعت میں تعلیم دی جائے۔ جب یہ نقص تین یا زائد سال کے برابر ہو تو ایک مخصوص مدرسہ مناسب ہے جس میں تعلیم و تدریس کے خاص طریقے ہوں اور سادہ و مستکاریوں پر خاص توجہ دی جاتی ہو اور درسی تعلیم صرف اسی حد تک ہو جسے بچہ سمجھ سکے اور جو اس کے ذہن نشین ہو جائے۔ بچہ کی گھر پر نگرانی اس کی دو باتوں پر منحصر ہے: یعنی اسکے درجہ عقل و درجہ مزاج پر۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ والدین کو بچہ کی ظاہری حماقت ناگوار گذرتی ہے اور بجائی بہن اسے چھیڑتے اور ستاتے ہیں۔ لہذا انھیں سکھانا چاہیے کہ رعایت کے ساتھ برتاؤ کریں۔ بچہ کی مزاجی مشکلات کی روک تھام عقلمند والدین کو کرنی چاہئے لیکن اگر (جیسا کہ اکثر ہوتا ہے) ان میں سے ایک یا دونوں ناقص الذہن ہوں تو ممکن ہے کہ ایک پرورش نگاہ کی ضرورت لاحق ہو۔ ناقص الذہن افراد کو زیر تالیف رکھنے یا منظور کردہ گھروں میں رکھنے کے لئے قانونی انتظام کر دیا جاتا ہے۔

جہاں نقص اس شدت کو پہنچ جائے کہ یہ طریقے ناقابل استعمال ہوں تو جیسا کہ قانونی امور کے باب میں مفصل بیان کیا گیا ہے، تصدیق کے بعد دارقی نگہداشت سے کام لینا چاہئے۔

مدرسہ چھوڑنے کے بعد پیشہ کا مسئلہ نہایت اہم ہے۔ مزدور انتخابت ایک مفید شہری پیدا کیا جاسکتا ہے۔ اور انتخاب نامزدوں پر تو اس کا نتیجہ پہلے بار مقرر خدمت، ازاں بعد معمرن بیکاری اور نیز بعض اوقات خطا کاری بلکہ ارتکاب جرم

سمک ہو سکتا ہے۔ یہ انتخاب بچہ کی مدرسہ کی کامیابیوں کے علم کی بنا پر کرنا پڑتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو اس کے علاوہ اسکی منہجی صلاحیت کے متعلق مخصوص کاشفات سے بھی امداد لی جاسکتی ہے۔

قانونی تعلقات

جنون کی تصدیق

کسی شخص کے ”مجنون“ یا ”مختل العقل“ ہونے کی تصدیق کرنے میں علاوہ اصلی مسئلہ تصدیق کے، طبیب جو کچھ صداقت نامہ لکھے اس کے لئے اس کی قانونی ذمہ داری کا سوال بھی مضر ہوتا ہے۔ تصدیق اساساً ایک قانونی کارروائی ہے۔ یہ نہ صرف علاج کی سمت ایک قدم ہے، بلکہ ایک مصدقہ جنون اسی بات سے اپنے بعض مدنی حقوق سے محروم ہو جاتا ہے جن میں اس کی آزادی بھی شامل ہے۔ مزید برآں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ تصدیق کے نہ صرف راست قانونی نتائج ہوتے ہیں، بلکہ بالواسطہ طور پر مدنی نتائج بھی ہو سکتے ہیں۔ مثلاً اگر ایک کاروباری شخص مجنون تصدیق کر دیا گیا ہے اور اس واقعہ کی اطلاع اس کے ہم پیشہ رفقا کو ہو جائے تو ممکن ہے کہ شغایاں ہو جائے، یہ وہ یہ مانے کہ وہ بورڈ آف ڈائریکٹرز کے فرائض انجام دینے یا ایسی ہی کسی اعتماد کی جگہ پر کام کرنے سے محروم ہو گیا ہے۔ چنانچہ کسی مریض کے متعلق تصدیق کرنے میں امور ذیل کے متعلق غور و احتیاط کے ساتھ خیال رکھنا چاہئے۔ (الف) آیا اس مریض کی تصدیق طبی لحاظ سے مناسب ہے۔ (ب) آیا تصدیق قانوناً ممکن ہے۔ (ج) اگر الف اور ب کی شرطیں پوری ہوتی ہیں تو آیا تصدیق شغایاں کی بجائے اس کے لئے شدید طور پر علاج کو نہ ہوگی۔ یاد رکھنا چاہئے کہ طبیب نہ صرف اس کی تصدیق کرتا ہے کہ وہ مریض مختل العقل ہے بلکہ یہ بھی کہ ”وہ اس لائق ہے کہ علاج اور نگہداشت کے لئے زنجیر لگائی رکھا جائے“۔ تاہم رائل کمیشن کے سامنے سر کلاڈ شوستر، لارڈ چنسلر کے متعلق مقدمے میں مریض کے متعلق

ایسا شخص جو نہ کی تصدیق کرنے کے تفصیلی وجہ حسب ذیل پیش کئے۔ (۱) تاکہ عوام آزار سے محفوظ رہیں۔ (۲) تاکہ مریض خود کو آزار نہ پہنچائے پاسے۔ (۳) تاکہ شفا یا تخفیف مرض کی غرض سے علاج و معالجہ جو جو دیگر طور پر نہیں کیا جاسکتا۔ (۴) تاکہ مریض کو ایسی مصرت سے محفوظ رکھا جائے جو عدم ہجداشت سے پہنچ سکتی ہے۔

روئے کی کوئی خرابی جو خرابی عقل سے پیدا ہو گئی ہو جس سے مریض مجلسی لحاظ سے استعداد ناقابل ہو جائے کہ خود اپنی یا اپنے کاروبار کی خبر گیری کے لائق نہ رہے، تصدیق کے لئے کافی وجہ ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ قتال عقل موجود ہونا چاہئے، اور روئے کی ایسی خرابی موجود ہونی چاہئے جس سے سوسائٹی کے ساتھ تصادم یا خود مریض کو غیر ضروری نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہو یا ایسی خرابی موجود ہونی چاہئے جو ذاتی صحت و سلامتی سے عقلیت پیدا کر دے۔ اگر روئے مجلسی لحاظ سے طبعی ہے اور صرف خرابی عقل ہے تو یہ صداقت نامہ دینے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہو سکتی۔ مثلاً ایک مریض 'ہو بارہ سال تک پختہ یقین رکھتا تھا کہ وہ اس ملک کے حکمرانوں اور افواج کے سپہ سالاروں سے روزانہ تعلقات و مرسلت رکھتا ہے' اور بادِ موجود اس کے وہ کامیابی کے ساتھ تجارتی کاروبار انجام دیتا اور اس سارے عرصہ میں خوش و خرم متا بلانہ زندگی بسر کرتا تھا، اُس وقت تک تصدیق کے قابل نہ ہوا جب تک کہ تجارتی اور کاروباری نقصانات اور انقلابات کی وجہ سے پست اور منخفض ہو کر اُس نے اپنے پیٹ کے اندر دو بار ٹوپی کی پیرین داخل کر کے اقدام خود کشی نہ کیا۔ بہ الفاظ دیگر محض اختباطی عقیدوں کی موجودگی صداقت نامہ دینے کی وجہ نہیں ہو سکتی۔ اس کے برعکس واضح غیر طبعی دہشی رجحان کی غیر موجودگی تصدیق کو ناممکن نہیں کر سکتی، کیونکہ صرف روئے کا غیر طبعی ہونا تصدیق کے لئے جائز بنیاد ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک ایسے مریض کے ساتھ جو جسمانی وجوہات کی غیر موجودگی میں غیر فعال پایا جاتا ہے، اور کھانا کھانے اور فطری حوائج کو رفع کرنے سے انکار کرتا ہے، تصدیق کے ذریعہ نینٹا پڑے تاکہ غذا پہنچانے کے معقول طریقے عمل میں لائے جاسکیں۔

وہ مریض جن کی تصدیق سب سے زیادہ مشکل ہوتی ہے، جب ذیل ہیں :- (۱) وہ جو مخالفت کرتے ہیں اور اس قدر کافی قابو اور بصیرت رکھتے ہیں کہ تمسک کی موجودگی میں اپنا حال ظاہر نہیں ہونے دیتے۔ اس گروہ میں بالخصوص جنسٹنا حالتیں شامل ہیں۔ (۲) وہ جن میں رویہ کی خرابی محض مخصوص حالات و ماحول میں یا مخصوص اشخاص کے تعلق میں ظاہر ہوتی ہے اور جو ایسے رویہ کے علاوہ اور کوئی واضح ذہنی نقص یا مرض بہت کم ظاہر کرتے ہیں یا بالکل نہیں ظاہر کرتے اور جو اس رویہ سے انکار کرتے ہیں۔ بعض مریض شرابی، جو اپنی بیویوں اور خاندانوں کے ساتھ بے حیائی کا اور بُرا سلوک کرتے ہیں، ایسے ہی ہوتے ہیں۔ (۳) وہ جن میں ذہنی مرض کے حملے و دفعوں کے ساتھ یا حوادثی ہوتے ہیں، مثلاً صرغین (epileptics) اور شرابی، جو درمیانی وقفوں میں کافی طور پر اچھی حالت میں ہوتے ہیں اور کوئی عقلی یا عارضہ اس وجہ کا ظاہر نہیں کرتے جس سے عصبی ذہن کو (اور یہی ذہن ان اعراض کے لئے قانونی ذہن بھی ہوتا ہے) ان کے مرض کے متعلق یقین ہو سکے۔ تاہم اگر مریض شرابی ایسے درمیانی وقفے میں قابل تصدیق نہ ہو تو نڈیان مرش (delirium tremens) کے حملے کے دوران میں اس کی تصدیق جائز نہیں۔ (۴) خفیف ہیجان والا مریض، جو صرف بڑا زیادہ باریک جس تمیز نہ رکھتا ہو اور بدیں وجہ اپنے معاملات اور کاروبار کو بیباکی کے ساتھ تباہ و برباد کر سکتا ہو لیکن ملاقات کے وقت جب اس سے اس کے کاروباری معاملات کے متعلق سوال کیا جائے تو وہ خوش خلق اور بظاہر قابل اعتماد پایا جائے۔

بہر صورت ذہنی امراض میں مبتلا مریض کے متعلق صداقت نامہ محض ایسی سلامتی اور حفاظت کے لئے یا سوسائٹی کی حفاظت کے لئے دینا چاہئے اور صرف ایسی حالت میں جب کہ طبی لحاظ سے اس قدر کارگر کوئی دوسرا طریقہ میسر نہ ہو۔ خوش قسمتی ویسا ہی ایک دوسرا طریقہ وہ انتظامات ہیں جو کہ شفاخانہ ایسے امراض دماغی میں رہنا کارآمد مریضوں کے لئے منعبط کئے گئے ہیں۔ اس طریقہ میں اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ مریض خود ایک خط پر اپنے دستخط ثبت کرے جس میں وہ یہ بیان کرتا ہے کہ میں خود کو نکال شفاخانہ میں (جس کا نام وہ درج کرتا ہے) چھوڑا ہوں اور

علاج کے لئے سپرد کرنا چاہتا ہوں۔ دوسری اور کوئی رسمی کارروائی ضروری نہیں ہوتی۔ سول سال سے کم عمر کے مریضوں میں، ایک مخصوص فارم پر مریض نہیں بلکہ اس کے والد یا والدہ یا ولی دستخط کرتا ہے، جس کے ساتھ ایک طبی مزاواں کا سفارش نامہ منسلک کر دیا جاتا ہے۔ جب کبھی مریض کو اس خط پر دستخط کرنے کو راضی کر لیا جاسکے تو یہی پسندیدہ طریقہ ہے۔ اس میں ویسے کوئی نقصان نہیں ہوتے جیسے کہ تصدیق میں جتنے ہیں۔ مگر اس میں بعض ذاتی خرابیاں موجود ہوتی ہیں: — (۱) جس مریض کی تصدیق میں سب سے زیادہ مشکلات پیش آتی ہیں (یعنی جتنی: paranoid) مزمن شرابی اور خفیف مانیائی (hypomaniac) وہی رضا کارانہ دستاویز پر دستخط کرنے سے انکار کرتا ہے۔ (۲) شفاخانہ میں رضا کارانہ اصول پر داخل شدہ مریض کو ۲۴ گھنٹے کا نوٹس ملنے پر شفاخانہ سے جانے کی اجازت دیدی جاتی ہے۔ یہ ایسے مریض کی حالت میں جو مثلاً خودکشی کے رجحانات رکھتا ہو، نہایت نامناسب، نقصان رسا بلکہ خطرناک ہوتا ہے۔ اگر ایسا واقعہ پیش آئے تو مریض کے حق میں صرف یہی کارروائی درست اور مناسب ہے کہ اس کی تصدیق کرائی جائے، اگرچہ کوئی شخص یہ پسند نہیں کرے گا کہ پہلے کسی مریض کو ایک شفاخانہ میں رضا کارانہ حیثیت سے داخل ہوئی ترمیم دے، اور جب وہ مریض شفاخانہ سے جانے پر اصرار کرے تو اسے تصدیق کے ذریعہ سے روک لے۔ بہتر طریقہ یہ ہے کہ وہ تصدیق کرنے سے پہلے مریض کو شفاخانہ سے جانے کی اجازت دے کر دوستوں کی نگرانی میں دے دے۔ انگلستان میں ۱۹۳۲ء کے قانون علاج ذہنی کی رو سے، رضا کارانہ طریقہ کا اطلاق نجی اور امداد یافتہ مریضوں دونوں پر ہوتا ہے۔ آخر الذکر کچھ بھی ادا کرنے کی قدرت نہیں رکھتے۔ ایک نجی ذہنی شفاخانہ میں ایک نجی مریض کے کھانے، رہائش اور طبی علاج کے لئے کمترین شرح بالعموم ۲ پونڈ ۳ شلنگ ہے۔ لیکن بہت سے سرکاری (یعنی امداد یافتہ) ذہنی شفاخانوں میں کیا لندن میں اور کیا لندن کے باہر رضا کارانہ قیامت گزیر (boarders) نجی مریضوں کی حیثیت سے ۲ پونڈ ۲ شلنگ فی ہفتہ پر داخل کئے جاتے ہیں۔ کسی مریض کو نخل العقل تصدیق کرنے کی قانونی اجازت قانون متعلق دیوانگی، ابلتہ ۱۹۲۰ء میں دی گئی ہے۔ کسی مریض کو شفاخانہ امرائن دماغی میں سپرد

کرنے کے لئے مختلف قسم کے طریق کار ہیں جو مختلف مثالوں کی مناسبت سے تجویز کئے گئے ہیں۔ پہلا طریقہ :- درخواست پر داخلہ کے حکم کے ذریعہ سے اس کا اطلاق صرف ان نجی مرینوں پر ہوتا ہے جو اپنے خاندان میں یا دوستوں کیساتھ اقامت گزریں تھے۔ دوسرا طریقہ :- امداد یافتہ مرینوں کے لئے 'سوسٹی حکم' داخلہ کے ذریعہ سے۔ اس دوسرے طریقہ کا اطلاق ان نجی مرینوں پر بھی ہو سکتا ہے جو (الف) معقول پنشناشت اور نگرانی میں نہیں ہیں، (ب) جن کے ساتھ رشتہ داروں کا ملوک برہمی اور غفلت کا ہے، یا جو (ج) کھلے بند جہاں چاہیں پھر رہے ہیں۔ تیسرا طریقہ :- تعجیلی حکم داخلہ کے ذریعہ سے اور چوتھا طریقہ :- عدالتی تحقیقات کے ذریعہ سے۔ آخر اٹھ کر ایک مخصوص دقیق اور وقت طلب طریقہ ہے جس سے آجکل شاذ ہی کام لیا جاتا ہے، اور جو ان مثالوں کے لئے محفوظ رکھا گیا ہے جن میں کسی بڑی جائداد کا سوال متعلق ہو (۱۸)۔

516

(۱) پہلا طریقہ :- درخواست پر داخلہ کے حکم کے ذریعہ عدالتی کی مکمل قانونی کارروائی کے لئے پانچ دستاویزوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ بلا قریب ترین رشتہ دار یا قریب ترین ممکن المعقول رشتہ دار کی درخواست، یا اگر یہ میرینوں کسی دوسرے شخص کی درخواست۔ لیکن جب قریب ترین رشتہ دار نمل کے لئے تو اس کی وجہ بیان کر دینی ضروری ہے کہ اس کی عرضی کیوں نہیں گزرائی گئی۔ (۲) فرد کیفیت چند مطلوبہ سوالات کے جواب میں۔ (۳) امداد (۴) دوسرا بعد ذیل طبی صداقت نامے۔ (۵) حکم داخلہ جب چوز مل عدالتی افسر کے دستخط ہوں اور جس کے ذریعہ کسی شاذ و نادر حالت کی اطلاع کی گئی ہو اور اس کی اجازت ہو۔ (۲) دوسرا طریقہ :- 'سوسٹی حکم' داخلہ کے ذریعہ کارروائی کرنے میں ضروری دستاویزیں مماثل ہوتی ہیں، لیکن درخواست کا فارم نہیں ہوتا، کیونکہ رشتہ دار یا دوست موجود نہیں ہوتے۔ فرد کیفیت پر ملکی افسر سے جس علاقہ میں مقیم دیوانہ یا گیا ہے اس کے کسی کا 'نیشنل' فریادرس 'انسٹر' یا نگران کار کے دستخط ہوتے ہیں۔ طبی صداقت ناموں کا فارم تمام مثالوں میں ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ پہلے طریقہ میں نجی مرینوں کے لئے دو صداقت نامے، اور امداد یافتہ مرینوں کے لئے ایک صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے۔

(۲) میڈیٹریٹ، قبیلہ حکمران کے ذریعہ صرف ایس وقت استعمال کے لئے تجویز کیا گیا ہے جب مریض کو فوراً ہٹا کر شفا خانہ میں داخل کرنا ضروری ہوتا ہے۔ صرف ایک ہی طبی صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے اور ایک حکم جس پر قریب ترین رشتہ دار کے یا اگر کوئی قریب ترین رشتہ دار میسر نہ ہو تو کسی ذمہ دار شخص کے دستخط ہوتے ہیں اور بہتر یہ ہے کہ قریب ترین رشتہ دار کی غیر موجودگی کے وجہ سے بھی بیان کر دئے جائیں۔ فرد کیفیت بھی ملحوظ کر دینا چاہئے جس پر اسی شخص کے دستخط ہوں جس نے حکم پر دستخط کئے ہیں۔ اگر حکم پر دستخط کرنے والا شخص وہی نہیں ہے جس نے فرد کیفیت پر دستخط کئے ہیں تو اس کی وجہ بیان کر دینی چاہئے۔ قبیلہ حکم صرف سات دن تک نافذ العمل رہتا ہے اور اگر اس عرصہ میں مریض محتاج نہ ہو گیا ہو تو پہلے یا دوسرے طریقہ کے مطابق پھر صداقت نامہ داخل کرنا ضروری ہے۔ حکم کے ساتھ جو صداقت نامہ ہوتا ہے اس پر دستخط کرنے والے طبیب کے لئے ضرور ظاہر ہے کہ دستخط کرنے سے پہلے دو پورے دنوں کے اندر یا زیادہ پسندیدہ یہ ہو کہ (اُس ملنے کے مطابق جو ہو) اسپرانی بنام تہمتہ اور ایک دوسرے شخص کے تازہ مقدمہ صحت رجسٹرڈ ٹائرس سیکشن میں ظاہر کی گئی ہے) اسی دن اس نے مریض کو دیکھ لیا ہو۔ اس طرح ضروری ہے کہ حکم پر دستخط کرنے والے رشتہ دار یا دوسرے شخص نے مریض کو اسی وقفہ کے اندر دیکھ لیا ہو۔

۱۹۷۱ء کے قانون (انگلستان) علاج ذہنی نے ایک ذہنی طور پر بیمار شخص کو حقیقی تصدیق کے بغیر ایک مستند شفا خانہ یا ادارہ میں رکھنے کا ایک مزید طریقہ رائج کیا ہے۔ یہ عارضی سفارش نامہ کا طریقہ ہے اور صرف نام نہاد افراد یا مریضوں پر اطلاق پذیر ہوتا ہے، یعنی ان مریضوں پر جو شفا خانہ میں رکھے جانے کے متعلق اپنی منظوری دینے یا نہ دینے کے ناقابل تصور کئے جائیں۔ اگر اس کی ٹھیک ٹھیک تشریح کی جائے تو اس وقت کا اطلاق صرف مذہبی یا مذہبی زور مریضوں پر ہوتا ہے لیکن سرکاری حوصلہ افزا نقطہ نگاہ کی رعایت رکھتے ہوئے جو کہ مجلس نگران (board of control) کی روئدادوں سے واضح ہے، سرکاری تشریح میں کیے بغیر آزادی و سبقتی ہے، چنانچہ مانیائی و سبانات جو مذہبی یا مذہبی شدت کے ذہنوں، وہ بھی شامل

کئے جاسکتے ہیں۔ اس طریقہ کا اقتضاد یہ ہے کہ درخواست پر ایک نجی مریض کی صورت میں رشتہ دار اور امداد یافتہ مریض کی صورت میں ملکی حاکم (جہدہ دار امداد عامہ) دستخط کرے۔ اور دو طبی سفارش ناموں پر دستخط کئے جائیں، ایک پراسطیب کے جس کو مجلس نگران نے اس مقصد کے لئے خاص طور پر مستند قرار دیا ہو۔

طبی صداقت نامہ۔ درخواست پر حکم و نذر کیلئے جو صداقت نامہ ہوں ان میں سے ایک پر مریض کے معمولی معالج کے دستخط ہونے چاہئیں، تاوقتیکہ درخواست میں کوئی معتبر سبب نہ بیان کر دیا گیا ہو جس کی بنا پر ایسا صداقت نامہ نہ حاصل کیا جاسکتا ہو۔ ایسی صورت میں کوئی دوسرے معالج یہ دونوں صداقت نامے دے سکتے ہیں۔ تصدیق کرنے والے ان دونوں معالجوں کو اپنے امتحانات جداگانہ طور پر کرتے چاہئیں۔ میٹر جسٹس ہائیکس نے مقدمہ ویلٹون بنام سیمپل میں بیان کیا کہ 11 روئے قانون طبیوں کے جداگانہ امتحانات ضروری ہیں اور یہاں یہ دونوں ایک ساتھ جاتے ہیں۔ یہ ضابطہ کی بہت بڑی خلاف ورزی ہے۔ دونوں طبیوں کے باہم ملنے اور ایک ساتھ جاننے سے زیادہ کوئی دوسری بات اس قدر شدید کرنے والی نہیں ہو سکتی اور نہ خیال میں آسکتی ہے یہ لیکن جہاں تصدیق کنندہ طبیوں میں سے ایک طبیب نے مریض کو پہلے نہیں دیکھ لیا ہے (جیسا کہ عموماً ہوتا ہے) کیونکہ دونوں طبی معالج کے ”معمولی معالج“ نہیں ہو سکتے) وہاں ظاہر ہے کہ امتحان کرنے سے پہلے اسے باطن اور موجودہ حالات سے آگاہ کر دینا چاہئے۔ لہذا یہ رائے دی جاتی ہے کہ قانون کے الفاظ اور اصلی خشاک پر اور اگرچہ کی فرس سے ”مشرطیب کے آئے“ اور معمولی معالج کے یہ اغراض تصدیق آنے کے دریا کیقدر (مثلاً ایک دن یا کم از کم کئی گھنٹوں کا) وقفہ گزر جانے دینا چاہئے۔

817

بعض قانونی ممانعتیں (statutory prohibitions) بھی ہیں جن کا علم صداقت نامہ پر دستخط کنندہ طبیب کو ہونا چاہئے۔ ان ممانعتوں کا یہ مقصد ہے کہ امتحان کے امداد ذاتی مفاد کا دخل نہ ہونے پائے۔ طبی صداقت ناموں پر مندرجہ ذیل اشخاص میں سے کسی کے دستخط نہ ہونے چاہئیں :- (۱) ایسا طبیب

دوسرے صداقت کنندہ طیب کے ساتھ خون کا رشتہ یا کاروباری تعلق رکھتا ہو
مثلاً باپ یا خسر، ماں یا خوشنماں، بیٹا یا داماد، بھائی یا بہنوئی یا نسبتی برادر، بہن یا
بھانجی، نند یا جھٹائی یا دیورانی، حصدار یا بدوکار۔ (۲) ایسا طیب جو
خود درخواست گزار بھی ہو یا اس ماغرض، شفا خانہ یا مکان کا جس میں مریض کو بھیجا
گیا ہے، ہمت، مالک یا معالج بھی ہو۔ (۳) ایسا طیب جو مریض سے متعلق اور کردہ
رقموں میں مفاد رکھتا ہو۔ (۴) پہلے بتلائے ہوئے اشخاص میں سے کسی کا شوہر
یا بیوی، باپ یا خسر وغیرہ۔

طبی امتحان۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے تصدیق کی غرض سے امتحان
علیہ علیہ کرنا چاہئے۔ بعض اوقات رشتہ دار ہر شکاری اور فراست کے
غلط زعم میں طیب سے استدعا کرتے ہیں کہ وہ مریض کو ایک بہانہ سے دیکھ، اور
بعیثیت طیب ہرگز نہ دیکھے۔ ایسا کرنے کے لئے طیب کو ہرگز راضی نہ ہونا چاہئے۔
مریض کے ساتھ بالکل صاف گوئی سے کام لینا چاہئے، اور اگر وہ صاف و صریح الفاظ
میں یہ پوچھ بیٹھے کہ ”کیا آپ کا ارادہ میرے متعلق تصدیق کرنے کا ہے“ تو طیب
کو کہنا چاہئے کہ ”میں تمہاری صحت کی حالت کے متعلق تمہیں دیکھنے کے لئے آیا ہوں
اور بالخصوص تمہاری ذہنی حالت کے متعلق۔ میرا ارادہ تمہاری تصدیق کرنا نہیں
ہے، بشرطیکہ اس سے محترز رہنا کسی طرح ممکن ہو۔ بہر حال طیب تصدیق صرف
اس وقت کیا کرتے ہیں جب کہ علاج کے اغراض سے وہ معین طور پر ضروری
ہوتی ہے۔“

طیب کو چاہئے کہ ہمیشہ ملاقات کی یادداشتیں ۵ درج کر لیا کرے
خواہ ملاقات کے وقت ہی یا اگر یہ مریض کو شبہ ہوئے یا اس کے رویہ (مشکل)
سرین پر اور تصرعات کے موجب سے ناممکن ہو تو مریض کے پاس سے جانے کے بعد
فوراً۔ ان یادداشتوں میں وہ تمام متعلقہ واقعات جو اس وقت ظاہر ہوئے ہوں
شامل ہونے چاہئیں۔ اس کی گفتگو کی آواز کے معنی نیز حصوں کے چند لفظ لفظ نمونے
نہایت کارآمد ہوں گے۔ تصدیق کی جانے والی ہر صابت کی یادداشتیں درج
کر کے محفوظ کر لینے کی ضرورت ایک تازہ مقدمہ ہارنیش بنام فیشر میں ان اعتراضات سے

صاف طور پر ثابت ہوتی ہے جرج نے ڈاکٹر فشر پر کئے۔ ڈاکٹر فشر نے سلسلہ میں اسٹر
 ہارٹسٹ کے دیوانہ ہونے کی تصدیق کی تھی اور اسٹر ہارٹسٹ نے سلسلہ میں چودہ سال
 بعد استغاثہ دائر کیا کہ غفلت کے باعث یہ تصدیق کی گئی ہے۔ جج نے سوال کیا، میں
 کوئی ایک ایسا سوال بتلائے جو آپ نے اُن سے پوچھا ہو؟ ڈاکٹر فشر نے جواب دیا، میں نے
 اُن سے کچھ پوچھا ہوگا، لیکن یہ یاد نہیں کہ الفاظ کیا تھے؟ جج نے کہا، مجھے توقع تھی کہ
 آپ ہیں دو سوالات بتلائیں گے جو اُن سے پوچھے تھے، اور یہ رائے ظاہر کی، وہ فرماتے
 ہیں کہ میں نے ایسے چھوٹے چھوٹے سوالات کئے، مگر یہ نہیں بتلا سکتے کہ وہ کیا
 سوالات تھے۔

جیسا کہ دوسرے ہر ذہنی امتحان میں کیا جاتا ہے، خود اس امتحان کو ایک منظم
 طریقہ سے حل میں لانا چاہئے، اور حتی الامکان ہر عنوان کو باری باری سے لینا چاہئے۔
 اس میں احتیاط کے ساتھ جسمانی امتحان ہمیشہ شامل ہونا چاہئے (ہیٹوم اسپرائی کے
 مقدمہ سے مقابلہ کرو)۔ اس امر کے متعلق بھی دریافت کرنا ضروری ہے کہ حلہ مرض
 سے پہلے مریض کی ذہنی حالت کیسی تھی۔ اس طریقہ سے ممکن ہے کہ نہایت کارآمد
 تائیدی شہادت حاصل ہو جائے، اور ملاوہ بریں تلاج پر پہنچنے میں جلد بازی کا
 امکان نہ رہے گا۔ اس امر کے طرف توجہ دلائی گئی ہے کہ شدید ذہنی سرگرمی ایک شخص کا
 خاصہ طبی میز خاصہ ہو سکتی ہے، یعنی کسی ایسے شخص میں جو پہلے مذہبی رجحانات رکھتا
 تھا، لیکن یہ کسی دوسرے شخص کی ذہنیت کے لئے بالکل نئی چیز اور اسی واسطے مرض کی
 علامت ہو سکتی ہے۔

بعض امور ایسے ہیں جو صداقت نامہ کے اندر خاص طور پر اہم ہوتے ہیں، چنانچہ
 اگر یہ مشاہدہ میں آئیں تو ان کو بیان کر دینا چاہئے۔ ان میں سے ایک امر رویہ کا
 انوکھا پن، مثلاً خاموشی اور اڑیل پن ہے۔ دوسری چیزیں مرضی تصور راستہ کی
 موجودگی ہے، بالخصوص جب کہ یہ اختلالات کی حد تک دریافت ہوں۔ لیکن جلد قیام
 کے اندر اس قدر بیان کرنا کافی نہیں کہ مریض کو اختلالات ہوتے ہیں۔ ان اختلالات
 کی یا ان میں سے بعض کی تفصیل درج کرنا چاہئے، اور مزید براں (یہ بھی اس قدر
 اہم ہے) طبیب کو معقول طور پر یقین ہونا چاہئے کہ یہ درحقیقت اختلالات ہیں۔

مثلاً ممکن ہے کہ ایک شخص اپنی بیوی سے بدگمان ہو کر کہنے لگے کہ وہ کسی دوسرے شخص سے تعلق رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صحیح ہو، اور اس کا غلط ثابت کرنا بہت مشکل ہے، چنانچہ طبیب اس کو غلط سمجھنے میں محض قیاس آرائی کرتا ہے۔ ایک مریض نے کہا کہ جس کا رنڈا میں وہ ملازم ہے وہ اس کا ہر شخص اس کے طرف دیکھتا رہتا اور اس کے متعلق باتیں بنایا کرتا ہے۔ یہ سچ بات تھی، کوئی اختیاط نہ تھا۔ متعدد موقعوں پر اس کے شکی رویہ سے اُن کی توجہ اس کی طرف مبذول ہوئی تھی۔ لہذا کسی اختیاطی تصور کے متعلق اطلاع درج کرتے وقت طبیب کو کوئی ایسا فقرہ برحیث دینا چاہئے، جیسے کہ ”جیسے میں غلط سمجھتا ہوں“ یا یہ کہ ”جس کے غلط مزاج کا مجھے علم ہے“ صداقت نامہ کے لئے تو ہمارے کارآمد ثبوت ہیں، کیونکہ ان سے غیر فتنی شخص کو یقین آجاتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اُن کا مافیہ بیان کرنا غیر ممکن ہوتا ہے، اور مریض کے طرز عمل کو دیکھ کر اُن کی موجودگی کا استنتاج کم و بیش اکثر ایک ماہری کا کام ہوتا ہے۔ تاہم چونکہ وہ نہایت عام طور پر جنون کا ثبوت ماننے جلتے ہیں، صداقت نامہ کے اندر اُن کی موجودگی کی شہادت شامل کر دینی چاہئے۔

ممکن ہے کہ نہ تو اختیاطات موجود ہوں اور نہ تو ہمارے اور صرف تاثری یا وجدانی حالت ہی تصدیق کے لئے کافی ہو، بشرطیکہ یہ اتنی کافی غیر طبی ہو کہ رویہ کو عدم فعالیت یا اضطراب یا اقدام خودکشی کے طرف مائل کر دے۔ محض خودکشی کے خیالات کا اظہار اگر یہ نہایت لپستی کے ایتلاف میں ہو، صداقت نامہ لکھے جانے کے لئے کافی ہے، کیونکہ ایسے ایتلاف میں ایسے خیالات کے عمل میں لائے جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ واضح ذہنی خرابی کی غیر موجودگی میں خودکشی کے معصوم قصد کے ساتھ بظاہر پولیس ہی چٹ سکتی ہے، اس وقت جب کہ اس قصد سے باز رہنے کی ترغیب نامکام رہے۔ حافظہ ماحول شناسی اور فہم کی خرابی نہایت کارآمد تصدیقی شہادت ہیں۔ یہ بطور خود تصدیق کے جواز کے لئے عموماً کافی نہیں سمجھے جاتے، لیکن ان سے اکثر معاشقہ کی حالت میں کام لیا جاتا ہے، جن کی نگہداشت گھر پر نہیں کی جاسکتی اور جنہیں ترقی پذیر ذہنی عدم کفایت کے

باعث خاص احتیاط و نگہداشت کی ضرورت ہوتی ہے۔

صداقت نامہ میں تشخیص کا اندراج نہایت خلاف مصلحت ہے۔ ایسا کرنے سے واقعات پر کوئی مزید روشنی نہیں پڑتی، اور پھر ممکن ہے کہ یہ تشخیص غلط بھی ہو (مقابلہ کروڑی فریبول بنام ڈل، ٹامس، امریکی شہداء، جس میں تصدیق کنندہ طبیب نے یہ لکھا کہ مریض حادثہ دنیا میں مبتلا ہے، اور جہاں بعد میں یہ ثابت ہوا کہ ایسا صداقت نامہ لکھنے کے بعد چوبیس گھنٹے کے اندر مریض بالکل مر گیا حالت میں تھا)۔

صداقت نامہ کا دوسرا حصہ "اُن واقعات کے لئے ہے جن کی اطلاع دوسروں سے ملی ہو" ایک جائز اور صحیح صداقت نامہ محض اُن واقعات سے ہرگز درست یا قابل قبول نہیں بنایا جاسکتا، اور اس حصے کو بالکل خالی چھوڑا جاسکتا ہے۔ لیکن جہاں خود طبیب کے مشاہدہ کردہ واقعات قطعی طور پر فیملی کن ہوں وہاں "دوسروں کے دیکھے ہوئے واقعات" نہایت کارآمد ہو سکتے ہیں۔ اطلاع دینے والوں کے پورے نام، پتے اور پیشے درج کر دینے چاہئیں۔ غالباً اس قاعدہ پر عمل کرنا بہتر ہے کہ جب کبھی اطلاع حاصل ہو اسے اس حصے میں درج کر دیا جائے۔ اس سے "معتول سب" کے اظہار میں مدد ملتی ہے۔ ظاہر ہے کہ دوسروں کے بیان کردہ واقعات کے متعلق مریض سے دریافت کر لینا چاہئے۔ ہارڈیٹ بنام فشر کے استغاثہ میں جس کا پہلے حوالہ دیا گیا ہے، جج نے ڈاکٹر فشر سے دریافت کیا آپ نے اس باتوں کے متعلق جن کا تذکرہ بھائی نے کیا تھا یہ دریافت کرنیکی زحمت کیوں گوارا نہیں کی، کہ آیا وہ صحیح ہیں یا نہیں؟ آپ نے جواب دیا کہ وہ آپ سے کچھ کہنے کے ناقابل تھا کیونکہ وہ بول نہیں سکتا تھا۔ جب تک آپ اس سے نہیں پوچھتے وہ آپ سے کوئی بات کیسے کہہ سکتا تھا؟ "ہیوم امپرائی بنام سمیٹھ" اور ایک دوسرے کے مقدمہ میں بھی مستفیث نے شکایت کی کہ تصدیق کرنے میں مدعا علیہم نے اس امر پر اعتماد کیا کہ مجھے اپنی بیوی کے بدطنی کے مرکب جوڑنے کے متعلق توئی احتیاطات ہیں نیز ان بیانات پر اعتماد کیا کہ بیوی کو قتل کرنا اور خودکشی کرنے کی کوشش کی۔ مستفیث نے اصرار کیا کہ ہر قانونی ایک واقعہ متعلق

اور وہ الزامات جو خود اس پر رکھے گئے تھے غلط تھے۔ مدعا علیہم کو اعتراف کرنا پڑا کہ ہم نے یہ دریافت کرنے کی کوئی کوشش نہیں کی کہ آیا مریض کے بیانات صحیح ہیں، اور قتل اور خودکشی کی مبتدئہ کوششوں کے معاملہ میں بھی ہم سے یہ فروگذاشت ہو گئی کہ مریض سے دریافت نہیں کیا۔ متغیث کے وکیل نے یوں کہا "آپ یہ امر کہ آیا ایک شخص پر دھمکیاں دینے کا الزام غلط تو نہیں لگا یا گیا، کیسے دریافت کر سکتے ہیں جب تک کہ آپ ان امور کے متعلق اس شخص سے پوچھ نہیں؟" (۱۸) (سورجہ ۱۲ مارچ ۱۹۲۲ء)۔

۱۹ بالآخر دیوانگی کے صداقت نامہ پر دستخط کنندہ طبعیب کے لئے ضروری ہے کہ وہ وہ حقیقت مطلب کر رہا ہو اور رجسٹر شدہ بھی ہو۔ صداقت ناموں میں بیان کردہ تاریخ امتحان (صرف وہ تاریخ ہی نہیں جو عاشیہ میں درج ہے) درخواست سے پورے سات دن کے اندر کی ہونی چاہئے۔ صداقت نامہ میں تمام خالی جگہوں کی غلط پوری کرنی چاہئے۔

اطباء کی حفاظت۔ چونکہ تصدیق مصدقہ شخص کو اس کے مدنی حقوق سے محروم کر دیتی ہے، لہذا یہ بڑی ذمہ داری کا کام ہے اور اسے بلا انتہائی غور و خوض ہرگز اپنے ذمہ نہیں لینا چاہئے۔ نیز یہ ایک ایسا فعل ہے جس میں سخت قانونی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ مصدقہ شخص اپنی آزادی سے محروم ہونے کی وجہ سے ناراض ہو کر اپنی جینہ دیوانگی کے متعلق جیوری (jury) کے ذریعہ سماعت کی استدعا کرے۔ مزید برآں جب ایک تصدیق کردہ شخص کی حالت اس قدر کافی بحال ہو جاتی ہے کہ وہ آزاد کیا جاسکے تو ممکن ہے کہ وہ "جیبا" تصدیق کے لئے نالاش دائر کر دے۔ دیوانگی کی تصدیق میں یہ ظاہر میسر دوسرے اقام کے طبی قانونی معاملات کے نسبت سب سے زیادہ خطرات مضمحل ہیں۔ مریضوں کی ایک چھوٹی جماعت ایسی بھی ہوتی ہے جن میں ایک خاص علامت مقدمہ بازی ہوتی ہے۔ ان کو نام نہاد طور پر مقدمہ باز "litigious paranoics" کا خطاب دیا گیا ہے۔ علاوہ بریں اکثر ایسا ہی ہوتا ہے کہ مصدقہ مریض جن کو (اسی کافی شفا ہو چکی ہے کہ وہ رکا کر دے جاتے ہیں)

در اصل اکثر کامل طور پر شفا یافتہ نہیں ہوتے اور ممکن ہے کہ ان کو احتیاطات جاری رہیں، جنہیں وہ ان طبیعوں کے خلاف استعمال کریں جو ان کے جس میں رکھے جانے کے محرک اصلی ("agents provocateurs") تھے۔ لہذا ابطل ہر وہ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ اس طبیب کے لئے جو کسی مریض کی تصدیق کرتا ہے، مریض کے طرف سے حرجانہ کی نالاش کا خاص طور پر خطہ ہوتا ہے۔ یہ خیال بہت رائج رہا ہے لیکن بعض تنازعہ اثباتات کے باوجود عملاً یہ بات نہیں ہے کہ تصدیق کنندہ طبیب پر قانوناً نالاش دائر کئے جانے کا کوئی خاص امکان ہو غلط تصدیق کے لئے اب تک صرف ایک ہی نالاش اسکات لینڈ میں دائر ہوئی ہے، اور وہ نالاش کبھی دائر نہیں ہوئی چاہے تھی" (راٹرٹ سن) یہ مسئلہ کا قانون علاج و نجات اب طبیب کی زیادہ کافی مفاہلت کرتا ہے۔ اس قانون کی دفعہ (۱۶) کی رو سے مستفیث کے لئے ضروری ہے کہ وہ اپنی درخواست جج در ایوان (Judge in Chambers) کے سامنے پیش کرے اور ثابت کرے کہ تصدیق کنندہ مزاولین نے بدعتی کے ساتھ اور بلا معقول احتیاط کے یہ فعل کیا۔ اب بھی ہر طبیب کے لئے طبی بیمہ کی سوسائٹی میں شریک ہونا نہایت مناسب ہے۔ ورنہ ممکن ہے کہ وہ ایسی مقدمہ بازی میں پھنس جائے جو ایک غامض شخص کے لئے تباہ کن ہوتی ہے جس کا وار و مدار اپنے نجی مالی فائدے پر ہو۔

جب طبیب کے دل میں تصدیق کے ضروری ہونے کے متعلق کوئی مشبہ ہو تو مریض کو جا کر دوبارہ دیکھنا کارآمد ہو سکتا ہے۔ اس سے اس الزام کی پریش بند کی کرنے میں تو یقیناً مدد ملیگی کہ معقول احتیاط سے کام نہیں لیا گیا۔

اس کے برعکس، صداقت نامہ دینے سے انکار کرنے میں بھی طبیب پر قانونی ذمہ داری عائد ہو سکتی ہے۔ مگر یہ امر قانونی طور پر طے شدہ نہیں ہے۔ مشر جسٹس میک ارڈی نے اس امر میں یہ رائے ظاہر کی ہے کہ گواہ مریض طبیب سے تصدیق کے متعلق احتیاط کا طالب ہو سکتا ہے، مگر اگر طبیب کسی ایسے شخص کی تصدیق سے انکار کر دے جو در اصل فاجر العقل تھا اور جس نے بعد میں خود کو مضرت پہنچائی تو طبیب مریض کے لئے غفلت کی کوئی ذمہ داری نہیں رکھتا (ڈی فریول)

بنام ڈاکٹر مقالہ امتحان، ملائیس، ۸ جولائی ۱۹۲۷ء۔

آمین کا تقرر۔ جب کسی شخص کے فائز العقل ہونے کے متعلق تصدیق کر دی گئی ہو اور وہ ایسی مالیت یا کاروبار رکھتا ہو جس کا انتظام کرنے کی ضرورت ہو، اور جب وہ اپنی فائز العقل کی وجہ سے کاروباری معاملات کی انجام دہی کے ناقابل سمجھا گیا ہو تو درخواست گزار ایک آمین کے تقرر کے لئے جج متعلقہ دیوانگی کے سامنے درخواست پیش کرتا ہے۔ آمین قریب ترین رشتہ دار یا کوئی مختار وکیل یا کوئی دوسرا شخص ہو سکتا ہے جسے جج نے منتخب کیا ہو۔ جب مریض کی تصدیق ضائع کر دی جاتی ہے تو آئینیت کے اختتام کی غرض سے اسے جج سے درخواست کرنی پڑتی ہے۔

جب کوئی ایسا شخص جسکی تصدیق دراصل نہ کی گئی ہو اپنے معاملات کو انجام دینے کے ناقابل سمجھا جائے، اور جب ان کی انجام دہی کے لئے کسی نہ کسی کو مقرر کرنا ضروری ہو تو ایسی صورت میں یا تو خود مریض اپنے پسند کے ہجے کسی شخص کو مختار نامہ دے سکتا ہے یا جہاں یہ نامناسب ہو یا جہاں مریض اسکی اجازت نہ دے، وہاں مریض کا معمولی معالج مریض کے نمائندوں کی درخواست پر یہ علف نامہ پیش کر سکتا ہے کہ مریض "مرض یا زبانی" عمر سے ذہنی کمزوری پیدا ہو جانے کی وجہ سے "اپنے معاملات انجام دینے کے ناقابل ہے" (۱) متعلقہ دیوانگی کے قانون دیوانگی کی دفعہ ۱۱۶)۔ چنانچہ اس کے مطابق جج متعلقہ دیوانگی ایک آمین مقرر کر دیتا ہے اس وقت جب کہ وہ پہلے اس قسم کی ضرورت کے متعلق اطمینان کر لے۔

قلت ذہن یا کم ذہنی

(mental deficiency)

ناقص العقل اشخاص کا تدارک انگلستان کے قانون ۱۹۲۷ء کے تحت کیا جاتا ہے۔

ان قوانین کے تحت کسی شخص کی ناقص العقل کی تصدیق حسب ذیل طریقہ سے مل لائی جاتی ہے۔ (۱) اگر وہ مریض البدن یا کسی بھی عمر کا نحیف ہے تو

اُس کے والدین میں سے کوئی ایک، یا سرپرست کیفیت نامہ پر دستخط کرتا ہے۔ مزید برآں دو طبی صداقت ناموں کی ضرورت ہوتی ہے جن میں سے ایک تو بہتر ہے کہ معمولی معالج کی طرف سے ہو، اور دوسرا کسی ایسے طبیب کے طرف سے جسے مجلس نگراں نے اس غرض کے لئے پسند کر لیا ہو۔ (۲) اگر وہ مریض ضعیف العقل یا اخلاقی ضعیف ہے اور اس کی عمر اکیس سال سے نیچے کی ہے، تو طریقہ کار روایتی و ہی جوتا ہے جو ابلوں اور ضعیفوں کے لئے ہے، لیکن اس کے علاوہ کسی حاکم عدالت کا صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے۔ (۳) اگر وہ کسی جماعت یا عمر کا ناقص العقل ہے اور مخصوص حالات میں ہے مثلاً اگر (الف) اُس کا کوئی خیر گیر اور ریسال نہ ہو یا وہ بظاہر کوئی ذریعہ معاش نہ رکھتا ہو، یا اسکے ساتھ بے رحمی کا براؤ کیا گیا ہو، یا (ب) وہ کسی جبراً نہ فعل کا مرتکب ثابت ہوا ہو، یا اسے کسی مصدقہ مدغمہ صنعت و حرفت میں بھیجے جانے کا حکم دیا گیا ہو یا وہ ایسا حکم دے جانے کا سزاوار ہو، یا (ج) وہ قید بھگت رہا ہو یا مجلس میں رکھا گیا ہو، یا وہ کسی پاگل خانے میں ہے، یا (د) وہ عادی شربانی ہے (اور بعض دوسرے شرائط بھی ہیں) تو تصدیق مندرجہ ذیل طریقہ سے عمل میں لائی جاتی ہے:۔ بذریعہ درخواست جس کیساتھ دو طبی صداقت نامے ہوں جن میں سے ایک اُس طبیب کے طرف سے ہو جسے مقامی حاکم یا مجلس نے خاص طور پر پسند کیا ہو، اور ساتھ ہی ایک کیفیت نامہ ہو، اور درخواست گزار کے طرف سے ایک قانونی اقرار نامہ، اور عدالت ضلع کے جج یا جسٹریٹ (پولیس کے ایسدا ضیاب) یا کسی خاص طور پر مقرر کردہ ججس آف دی پیس کے طرف سے ایک قانونی حکم۔ (۲) عدالت کے حکم سے، غیبت جرم کے بعد، یا جب کوئی بچہ کسی صنعتی درسہ میں بھیجے جانے کے لائق ثابت ہو گیا ہو۔ (۳) مستند محکمہ داخلیہ کے حکم سے (قید ہونے پر، یا کسی تادیب خانہ یا جراثیم پیشہ مجاہدین کے مابین میں مجبوس ہونے پر) جس کے ساتھ دو طبی صداقت نامے ہوں۔ (۴) اس قسم کے مریض کی تصدیق کے لئے، جن احتیاطوں اور طریقوں پر عمل پیرا ہونا پڑتا ہے، وہ اُن سے بہت مشابہ ہیں جو دیوانگی کی تصدیق کے لئے عمل میں لائی جاتی ہیں، لیکن اُس جماعت یا قسم کو بھی بیان کر دینا لازم ہے جس سے

وہ ناقص العقل تعلق رکھتا ہو۔ عمری بیانات (جیسے کہ ”اس میں قوت فیصلہ کی کمی ہے“) کی تائید کے لئے مریض کے افعال یا بیانات بھی درج کر دینا چاہئے۔

وصیت کی قابلیت

بعض اوقات طبیب سے اس امر کا فیصلہ کرنے کی درخواست کی جاتی ہے کہ آیا مریض کی ذہنی حالت وصیت نامہ لکھنے کے قابل ہے۔ اس تعلق طبیب کو جو کاشفات استعمال کرنے پڑتے ہیں وہ ان کاشفات سے مختلف ہیں جو تصدیق کے معاملات میں ضروری ہوتے ہیں۔ قابلیت وصیت کے لئے جو کچھ ضروری ہے وہ یہی ہے کہ وصیت کنندہ ”اُس مالیت کی متعارف کو سمجھتا ہو جسے وہ دینا چاہتا ہے، اُن حقوق کو پہچانتا اور سمجھتا ہو جن کو وہ منقطع کرنا چاہتا ہے“ اور اسے کوئی ایسی ذہنی خرابی نہیں ہے کہ جس سے اُس کا احساس حق یا اُس کے رجحانات محبت تضلل پذیر ہو گئے ہوں مثلاً اس طرح کہ اپنی مالیت کی تقسیم میں اعتبارات سے متاثر ہو۔ یا مافظہ کا کوئی بڑا نقص اُسے اپنی فطری قوتوں کے استعمال سے باز رکھتا ہو۔ اسی واسطے ممکن ہے کہ ایک مریض قابلیت تصدیق کے لحاظ سے تودلیوانہ ہو (خود اس کی سلامتی کے نقطہ نظر سے) مگر اسے ہمہ وہ اس قابل ہو کہ صحیح وصیت نامہ مرتب کر سکے۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ وہ کوئی ایسی ذہنی خرابی میں مبتلا ہو کہ وہ اپنے گھر میں رہ سکتا ہو، مگر وصیت نامہ مرتب کرنے کے قابل نہ ہو۔ یہ خاص کر اُن اشخاص میں ہوتا ہے جو نوعی تشری خرابی (senile cortical deterioration) میں مبتلا ہوتے ہیں جن کی حالت میں حافظہ اور فہم میں کوئی بڑا نقص موجود ہوتا ہے۔

ذمہ داری جرم

(criminal responsibility)

جرم کی ذمہ داری کا مسئلہ نفسیاتی طب کے معاشرتی پہلو کے مسائل میں سے ہے زیادہ معرکتہ انگیز ہے۔ یہ مسئلہ یہ ہے کہ طب اور قانون اس کے متعلق ہم رائے اور ایک زبان ہوتے ہیں وقت محسوس کر کے ہیں۔ یہ امر تعجب خیز نہیں اور اس کی وجہ

یہ خیال کی جاتی ہے کہ قانون دال کی معاشرتی نظر طیب کی معاشرتی نظر سے مختلف ہوتی ہے۔ اول الذکر کا تعلق موسائٹی کی سلامتی سے ہے اور آخر الذکر کو انفرادی بیہودی سے سروکار ہے۔ جب مجھے مجرم پر رحم آنے کی ترغیب ہوتی ہے تو میں یاد کرتا ہوں کہ ایک رحم وہ بھی ہے جس کا شوق میرا ملک ہے (جسٹس ٹیٹھیو ہیل)۔ لیکن یہ کوئی خاص فرق نہیں بلکہ اصلی فرق یہ ہے کہ ذہن اور ذہنی عارضہ کے قانونی تصور اور طبی تصور میں تباہی ہے۔ قانونی تصور یہ ہے کہ ذہن پر عقل اور آزار اورادہ کا اقتدار و غلبہ ہوتا ہے۔ طبی تصور یہ ہے کہ وظائف کی تحریک جذبات سے اور قلعین درونی علالات سے ہوتا ہے۔ قانونی دماغ کے نزدیک ہر چیز کا علم شعوری طور پر ہوتا ہے۔ طبی دماغ کے نزدیک بہت کچھ لاشعوری اور نامعلوم ہے۔ اسی واسطے ذمہ داری کے طبی عیار اور قانونی عیار میں بعض اخلاقیات نمودار ہو جاتے ہیں (5)۔

دیوانگی کا عذر (خواہ یہ سماعت کنندہ عدالت میں ہو یا سزا دہندہ حالت میں ہو) تقریباً تمام قتل کے مقدمات تک محدود ہوتا ہے۔ اس کے یہ معنی نہیں کہ قتل ہی وہ تقریباً واحد مجرمانہ فعل ہے جس کے ذہنی امراض کے مریض مرتکب ہوتے ہیں۔ ان میں آتش زنی، منفی جرائم، سرقت، وغیرہ نسبت قتل کے زیادہ عام ہیں۔ گراں مقدمات میں دیوانگی کا عذر اگر کامیاب ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ بعض کسی ماٹن میں جبری جرم ہوتا ہے۔ اور یہ خالص نتیجہ مریض کے لئے نفع بخش نہیں کیونکہ اگر عدالت اسے دیوانہ نہیں تجویز کرتی تو بھی اسے اپنی آزادی اقتدار جلد حاصل ہو جاتی۔ اس کے برعکس جرم واجب القتل میں دیوانگی کا کامیاب عذر مریض کو میمانسی سے بچا لیتا ہے۔ قانون ہر شخص کو یکساںہ تصور کرتا ہے، جب تک کہ وہ گناہ گار نہ ثابت ہو جائے، اور اسی طرح یہ تصور کرتا ہے کہ ہر شخص صحیح العقل ہے جب تک کہ وہ فاطر العقل نہ ثابت ہو جائے، اور ان دونوں صورتوں میں ثبوت سے جوڑی کو اطمینان ہونا ضروری ہے۔ لہذا دیوانگی کا بار ثبوت مدعا علیہ پر ہوتا ہے۔ دیوانگی کے ثبوت کے لئے انگلستان کے موجودہ قانون کے مطابق مندرجہ ذیل شرائط کا پورا ہونا لازمی ہے:-

مینکناٹنی قواعد (McNaghten rules)۔ اولاً یہ ثابت ہونا چاہئے کہ ارتکاب جرم کے وقت ملزم کو ذہن کا مرض تھا۔ دوم یہ کہ اسے اپنے فعل کی نوعیت اور مصفت معلوم نہیں تھی یا (نہ کہ "اور") سوچا کہ اسے یہ معلوم نہ تھا کہ یہ فعل نا درست ہے۔ ان شرائط کو حقیقتہً تحریری قانون کا جامہ پہنا نہیں گیا۔ لیکن یہ مینکناٹنی مقدمہ (۱۸۴۳ء) میں جوابات کا لٹ بکاب ہیں اور اس تاریخ سے جرم کی ذمہ داری کے متعلق تمام قانونی فیصلوں کی بنیاد ہیں۔ یہ اس فعل کے وقت کے متعلق ہیں جس کا کسی شخص کو ملزم گردانا گیا ہے۔ یہ خاص طور پر اس فعل کے اور اس کے علم کے متعلق ہیں اور عام جرم کے متعلق نہیں ہیں۔ علم جو ضروری قرار دیا گیا ہے قانونی طور پر درست یا نا درست کا نہیں؛ یہ تصور نہیں کر لیا گیا ہے کہ ملزم کو قانونی طور پر درست یا نا درست کے متعلق اس سے کچھ زیادہ کا علم ہونا چاہئے جو ملک کو عام طور پر معلوم ہے۔ ذمہ داری کا انحصار عملاً اس فعل کی اخلاقی نوعیت دریافت کرنے کی قابلیت پر رکھا گیا ہے۔ مینکناٹنی قواعد تو اسے ذہنیہ اور اس کے نتیجہً تصریح یعنی جزئی دیوانگی کے طبی طور پر متروک اور پارائیڈ مسئلہ پر مبنی ہیں جس میں ذہن کو متعدد آزاد قانونوں میں مقسم خیال کیا گیا ہے اور قوت و توقف (cognitive faculty) ایک بڑا ذیلی فاؤنڈیشن ہے۔ مگر طب میں اب یہ ایک مسئلہ امر ہے کہ ذہن ایک سالم چیز ہے جو ایک ہے اور ناقابل تقسیم ہے۔ ایسا کوئی ذہنی عارضہ نہیں ہے (خواہ وہ بظاہر کتنا ہی جزئی ہو) جو ذہن موقوف کے پورے بقیہ سے پر اپنا انعکاس نہ رکھتا ہو۔ لہذا ذمہ داری کا خالص عقلی عیار ایک بے بنیاد چیز ہے، کیونکہ ممکن ہے عقل بحیرت عقل صحیح و سالم ہو، لیکن ایک جذباتی اختلال طرز عمل پر عقل کے اثر کو بدل دے یا اس میں مزاحم ہو یا اسے کالعدم کر دے۔ اس کے برعکس عقلی نقص کے یہ معنی ہیں کہ جذباتی اقدار ناقص ہے۔ قواعد مینکناٹن کو تجویز کرنا والے ججوں پر مسئلہ جزئی دیوانگی کا اثر ان جوابات سے ظاہر ہوتا ہے جو انھوں نے ان سے کئے ہوئے چوتھے سوال کے جواب میں دیئے۔ اگر کوئی شخص موجودہ واقعات کے متعلق کسی مجبوزانہ انتباہ کے زیر اثر اس جرم کا ارتکاب کرے تو کیا وہ واجب القتل ہے؟ ججوں نے جواب دیا "بلاشبہ اس کے جواب کا انحصار اس اختتام کی

فوجیت پر ہے۔ مگر اسی مفروضہ کو اختیار کرتے ہوئے جیسے ہم نے پہلے کیا تھا (یعنی یہ کہ وہ شخص صرف ایسے جزئی اعتبار کے زیر اثر ہے، اور دوسرے معاملات میں دیوانہ نہیں ہے) ہم خیال کرتے ہیں کہ ذمہ داری کے معاملہ میں اسے اسی حیثیت میں خیال کرنا چاہئے کہ گویا وہ واقعات جن کے متعلق وہ اعتبار موجود ہے اصلی تھے۔ مثلاً اگر اس نے اعتبار کے زیر اثر وہ یہ سمجھ رہا ہے کہ کوئی دوسرا شخص اس کی جان لینے کی کوشش کر رہا ہے اور اگر وہ اپنی حفاظت کے خیال سے اس شخص کو مار ڈالتا ہے تو وہ سزا سے بری ہوگا۔ اگر اس کا اعتبار یہ تھا کہ موتی نے اس کے چال چلن اور مال و دولت کو سخت نقصان پہنچایا ہے اور اس نے اس مفروضہ نقصان کا بدلہ لینے کی نیت سے اس شخص کو قتل کر دیا تو وہ مستوجب سزا ہوگا۔ چنانچہ ایک دیوانہ شخص اگر اسے یہ یقین ہو کہ وہ یہ فعل اپنی حفاظت کے لئے کر رہا ہے کسی شخص کو بلا خوف تہلج قتل کر سکتا ہے، لیکن اگر اس کا قائلانہ فعل اس عقیدہ کی بنا پر ہو کہ مقتول اس کے خیالات کو معذوم کر رہا ہے یا اس کے اعصاب کے مسائل کو چھیڑ رہا ہے تو اسے موت کی سزا دی جاتی ہے۔ صریح عقلی اعمال اور طرز عمل پر ان کے اثر کے سوا اسے اور کسی چیز کا لحاظ نہیں کیا جاتا۔ ایسے مشہور مظاہر جیسے کہ بعد تنویجی (post-hypnotic) اور صرعی قسریت (epileptic automatism) مظاہر کا یہ ظاہر کوئی لحاظ نہیں کیا جاتا۔

822

چنانچہ عقلی نتیجہ یہ ہے کہ اس شخص کے محاکمہ میں جو کسی جرم کے اہمیت دیوانگی کا عنصر پیش کرے، اگرچہ برائے نام یہ ضروری قرار دیا جاتا ہے کہ ان دونوں امور کے متعلق شہادت لی جائے کہ اولاً ارتکاب جرم کے وقت اس کے ذہن کی عام حالت کیا تھی، اور دوم یہ کہ اس شخص کی اخلاقی فوجیت کے متعلق اسے کیا خاص علم تھا، تاہم عدالت کی خاص یا تمام تر توجہ آخر الذکر امر یعنی مجرمانہ فعل کے علم کے طرف ہی مبذول رہتی ہے۔ چنانچہ اس کا نتیجہ اکثر اوقات یہ ہوتا ہے کہ وہ شخص جس کی ذہنی حالت پر عام طور پر نظر ڈالنے سے یہ قرار دیا جاتا ہے کہ وہ اس وقت بلاشبہ دیوانہ تھا، ایک خاص یعنی مجرمانہ فعل کے ارتکاب کے متعلق صحیح العقل قرار دیا جاتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ اخذ ہوتا ہے کہ ایک شخص کو ارتکاب

قتل کے لئے قانوناً پھانسی دی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ وہی عدالت اُسے اس قابل نہیں سمجھتی کہ وہ اپنی یا اپنی ملکیت کی نگہداشت اور خبر گیری کر سکتا ہے۔“ (سنگر اور کروہن = Singer & Krohn)۔ اُس دیوانہ مجرم کی خوش قسمتی سے جس کے لئے پھانسی کا حکم ہو چکا ہے، قانون مجرمین مجنون بابت سیکشن ۸۴ (Criminal Lunatics Act, 1884) میں ایک دفعہ (دفعہ ۲۔ ذیلی دفعہ ۴) موجود ہے کہ جب وزیرِ سلطنت کو کسی ذریعہ سے اطلاع ملے کہ اس امر کا یقین کرنے کے لئے وجوہات موجود ہیں کہ ایک شخص جسے پھانسی کی سزا کا حکم ہو چکا ہے، دیوانہ ہے تو صاحبِ موصوف کو لازم ہے کہ وہ دیوانہ قانونی طور پر مستند طبیبوں کو ایسے قیدی کے امتحان اور اُس کی دیوانگی کے متعلق دریافت کرنے کے لئے مقرر کریں۔ اگر یہ اطباء اُن کی اکثریت اُس شخص کو مجنون تسلیم کر لے اور وزیرِ سلطنت مناسب خیال کریں تو وہ اُس قیدی کے کسی مامن (جو مجرمین مجنون کے لئے ہو) میں منتقل کئے جائے گا حکم صادر فرما سکتے ہیں۔ حاصلِ کلام یہ کہ مقدمہ کی درپیشی کے وقت قیدی کو دیوانہ مگر مستوجبِ سزا قرار دیا جاسکتا ہے، اور اُسے اس سزا سے صرف اُس وقت معافی ملتی ہے جب کہ وہ حکم سزا کی تعمیل کا انتظار کر رہا ہو۔

ان طریقوں میں جو بے ربطیاں ظاہر ہوئی ہیں، قانون میں اُن کا کیس قدر لحاظ اس طرح پر رکھا گیا ہے کہ جج جیوری کو ہدایتیں دیتے وقت صوابدہ کے وسیع اختیارات کام میں لاسکتا ہے اور مزید برآں حال ہی میں (روٹالڈ ٹرو کے مقدمہ کے بعد) ایک خاص مجلس جسٹس انکمن کی سرکردگی میں مقرر کی گئی۔ انکمن مجلس نے جب ذیل سفارش کی :- ”اس امر کو تسلیم کرنا چاہئے کہ وہ شخص جس پر یہ نوچا جاتا ہے جرم کا الزام لگایا گیا ہے، اپنے فعل کا ذمہ دار نہیں ہو سکتا جب کہ فعل مذکور اس سے کسی ایسے اضطراری جذبہ کے تحت سرزد ہوا ہو جس سے باز رہنے کی قوت قیدی میں فی الحقیقت کسی ذہنی مرض کے باعث سلب ہو گئی ہو۔“

اگر اس سفارش کو منظور کر لیا جائے تو اس سے بعض اُن شکلات کا سد باب ہو جائے گا جو میکانیکی قواعد کے غیر مشروط اطلاق سے پیدا ہو باقی ہیں۔ لیکن یہ نہ تو اُن قواعد کو منسوخ کرتی ہے اور نہ اُن کی قائم مقام ہے۔ ایسا سلسلہ اس سے ذہن

اور ذہنی عوارض کے متعلق اُس پارینہ نظریہ کی تصحیح نہیں ہوتی جس کے قواعد مذکور حامل ہیں۔ مجرمانہ ذمہ داری کے اُن مقدمات میں جن میں دیوانگی کا عنصر پیش کیا گیا ہو طبیب جب بحیثیت گواہ پیش ہوتا ہے تو خود کو مشکلوں اور دشواریوں سے گھرا ہوا مانتا ہے۔ اولاً یہ ہے کہ طبی گواہ (جس کی حیثیت ایک ماہر کی ہوتی ہے، نہ کہ واقعات کے متعلق ایک معمولی گواہ کی) اُس مقدمہ میں جس میں اُس کو طلب کیا جاتا ہے ایک یا دو سرے فریق کے طرف سے پیش ہوتا ہے۔ لہذا وہ عدالت کی نظر میں اُس حد تک اُس فریق کا طرف دار ہوتا ہے۔ وہ مجبور ہوتا ہے کہ اپنی شہادت کے ایک حصے کو جو زمانہ گزشتہ کے واقعات سے متعلق ہوتا ہے، طرف دار اشخاص (مریض اور اُس کے دوستوں) کے بیانات پر سے فراہم کرے۔ قیدی کی ذہنی حالت کے متعلق اُس کے ذاتی بلا واسطہ مشاہدات نہایت ناموافق حالات میں کئے جاتے ہیں یعنی ملزم مجلس میں ہوتا ہے اور شاید اس کا وقت اور موقع اُس کے قید میں ہونے اور مقدمہ کی تاریخ جلد مقرر ہونے کی وجہ سے محدود ہوتا ہے۔ عدالت میں بھی طبیب کو اپنی توجہ جس امر کے طرف رکھنے کو کہا جاتا ہے وہ وہ چیز نہیں ہوتی کہ جس کی شناخت کا وہ اپنی تعلیم و تربیت کے لحاظ سے سب سے زیادہ اہل ہے (یعنی قیدی کی عام ذہنی حالت) بلکہ زیادہ تر ایک خاص فعل کے لئے ذمہ داری کا نسبہ بہت زیادہ مشکل مسئلہ ہوتا ہے، جس میں ہر شخص اپنی رائے رکھ سکتا ہے۔

ان میں سے پہلی وقت کو کم کرنے کے لئے طبیب خود ہی کچھ کر سکتا ہے۔ اور وہ یہ کہ جب اُس سے ایک یا دو سرے فریق کے طرف سے قیدی کو دیکھنے کی خواہش کی جائے تو اسے یہ جواب دینا چاہیے کہ میں مریض کو دیکھوں گا اور اُس کا امتحان کروں گا اور جو واقعات مجھے معلوم ہوں گے ان کے لحاظ سے اپنی رپورٹ پیش کر دوں گا۔ اگر میری اس رپورٹ کی بنا پر درخواست کنندہ شہان قانونی مجھے پیش کرنا چاہیں تو میں اس کے لئے راضی ہوں۔

دوسری مشکلات کے تدارک کے لئے یہ تجویزیں پیش کی گئی ہیں کہ اس امر کی روک تھام کے لئے کہ طبی گواہ مخالف جانوں پر نہ پیش ہوں، غیر جانبدار ماہرین کا ایک گروہ مقرر کر دیا جائے جو عدالت کے سامنے اپنی مشترکہ رپورٹ پیش کرے۔ لیکن

ایسا اب تک اس ملک (انگلستان) میں نہیں ہوا ہے۔ امتحان کے لئے کافی وقت دینے کے لئے بعض ملکوں میں یہ انتظام کیا گیا ہے کہ مریض کو کچھ عرصہ تک شاپرہ کے لئے کسی نفسی مرضی شفاخانہ (psychopathic hospital) میں منتقل کر دیا جائے۔ سب سے آخری اعتراض (یعنی یہ کہ طبی گواہوں سے یہ خواہش کی جاتی ہے کہ مخصوص ذمہ داری کی موجودگی یا عدم موجودگی کی تصدیق کریں) کے جواب میں یہ بیان کیا جاتا ہے کہ ذمہ داری کا فیصلہ کرنا جیوری کا کام ہے۔ برطانوی طبی نفسیاتی انجمن (British Medico-Psychological Institution) نے اپنی ایک سالانہ سفارش میں یہ رائے دی ہے کہ اس سوال کے علاوہ جو میکانٹینی قواعد میں درج ہے، جیوری سے یہ بھی دریافت کرنا چاہئے کہ آیا ان کی رائے میں قیدی اس وقت دیوانہ تھا، اور آیا اس کا فعل اسکی دیوانگی سے تعلق رکھتا تھا؟

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 Danton, W. R., Jr. "Prescribing Occupational Therapy," London, 1928.
- 2 Flournoy, H. "L'Enseignement Psychiatrique d'Adolf Meyer," *Archives de Psychologie*, 1926, xx. 81.
- 3 Freud, S. "Introductory Lectures," London, 1922.
- 4 Hart, R. "Psychology of Insanity," Cambridge, 1919.
- 5 Henderson, D. K., and Gillespie, R. D. "Text-book of Psychiatry," London, 3rd ed., 1933.
- 6 Jung, C. "The Psychology of Dementia Praecox," New York, 1919.

- 7 Kraepelin, E. "Dementia Praecox." translated by Barclay. Edinburgh, 1919.
- 8 Kraepelin, E. "Manic-depressive Insanity and Paranoia." *Ibid.*
- 9 MacCurdy, J. T. "Psychology of Emotion," London, 1925.
- 10 Meyer, A. Article on "Paranoia." Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases, New York, 1913.
- 11 Ross, T. A. The Common Neuroses. London, 1924.
- 12 Terman, L. M. "Measurement of Intelligence." New York, 1916.
- 13 Theobald, H. S. "The Law relating to Lunacy." London, 1924.
- 14 Tredgold, A. F. "Mental Deficiency." London, 1929.
- 15 Wells, F. L. "Mental Tests in Clinical Practice." New York, 1927.



صحی نامہ

عمل طب جلد سوم

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۰	۱۸	مُعتین کے	مُعتین کی	۲۱۰	۳	برآزندہ بیٹے	برآزندہ بیٹے
۲۰	۴	جیش و مویت	بیش و مویت	۲۲۳	۲	انھیں بھجیت	انھیں بھجیت
۲۱	۵	کوئی دوسرے	کسی دوسرے	۲۲۶	۶	دماغی ہے۔	دماغی ہے۔
۲۵	۶	مزمن	مرض	۲۳۸	۵	اور پروار	اور پروار
۵	۱۸	سیدی خلوی	سیدی خلوی	۲۶۰	۱۲	بالغہ رتائل	بالغہ رتائل
۳۲	۲۳	تھگے	تھگے	۲۷۶	۱۱	عصبیہ سے	عصبیہ کے
۳۱	۱۶	تفہیم	تفہیم	۲۸۷	۱۰	مقاربت	مقاربت
۳۸	۱۶	tubal	or tubal	۲۹۶	۶	اور پروار	اور پروار
۷۷	۲۱	پیدا ہو جائے	پیدا ہو جائے	۲۹۹	۱۸	سے پندرہ دن	سے قبل پندرہ دن
۹۱	۸	خراج	سلعہ	۳۰۳	۵	نظر آتی	نظر آتی
۱۰۸	۱۷	۶۷۸	۶۷۸	۳۱۸	۳	عصب عضلہ	عصب عضلہ
۱۳۱	۶	ایک مفصلی	ایک مفصلی	۳۲۵	۱	febrile	febrile
۱۳۲	۱۸	موجود ہوتا ہے	ہوتا ہے			or toxic	or toxic
۱۳۳	۱۳	جلدی	زیر جلدی	۳۰۷	۴	اتنے شدید	اتنے ہی شدید
۱۳۴	۲۰	اس سے نو رک آسٹ	اس سے بھی نو رک	۳۸۷	۱۲	درجہ میں دیکھی	درجہ میں بھی دیکھی
۷	۷	کے اخراج میں بھی	ایسٹ کا اخراج میں	۴۴۳	۲۵	قلب یا باجی آہی	قلب -
۱۴۵	۱۰	OSTEITIS	OSTEITIS	۴۴۸	۱۶	کے علامات	کی علامات
۱۶۲	۷	ascorbic	ascorbic	۴۶۰	۲۰	لمنی	تشنی

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۴۶۵	۱۹	افعی	افعی	۵۹۹	۶	ہے اس	ہے اس
۵۱۹	۷	نخاعی	نخاعی	۶۰۲	۲۳	عصبانی	عصبانی
۵۲۷	۱۳	یہ استثناء	یہ استثناء	۶۱۵	۱۹	dysarthria	dysarthria
۵۷۶	۲۲	مثلاً	مثلاً	۶۱۸	۶	ب	ج
				۶۲۰	۲۰	ج	د
				۶۲۳	۱۵	بعد حافظہ	دیکھو چہرہ کا نقطہ
				۶۳۲	۲۵	اس کے علامات	اس کے علامات
				۶۳۵	۸	چمٹ پٹے	چمٹ پٹے
				۷۳۲	۱۲	بندریہ	بندریہ
۵۷۸	۶	ذبول	بیش پردیش				
۵۹۰	۱۳	مختلف	اختلاف پذیر				
۵۹۵	۱۷	آہنگی	ہم آہنگی				

بول کی کمالات توہ ۵۰	Urine, specific gravity of,
میں بوند "بست" ٹود بوریش ۱۰	uric acid and urates in,
بول پیا ۵۰	Urinometer,
یورہ وائلین بول میں ۱۱	Urobilin in urine,
یورہ کروم بول میں ۱۱	Urochrome in urine,
یورہ ایوٹھرین بول میں ۱۲	Uroerythrin in urine,
یورہ واسٹیا تھ ۱۰۲	Urostigmath,
یورین ومانی کا دماغی نفاہی لہاب ۳۵۲	Vascular encephalomyelitis,
عصب خانہ کا استعان ۳۶۶	Vagus nerve, examination of,
کے اختراہ ۳۰۶	lesions of,
فراٹ کی نو مالدیس ۳۰۳	Vertebrae, new growths of,
کا ثدوی مرض ۳۴۲	tuberculous disease of,
دوارہ ۳۰۲	Vertigo,
ارتعاش کی حس کا استعان ۳۶۶	Vibration, sense of, examination of,
بصارت کی تیزی کا استعان ۳۵۰	Vision, acuity of, examination of,
شبصاری آلہ کے اختراہ ۳۳۹	Visual apparatus, lesions of,
میدانوں کا استعان ۳۵۰	fields, examination of,
وٹامن اے ۱۳۹	Vitamin A,
ب ۱۵۰	Vitamin B,
ج ۱۵۱	Vitamin C,
د ۱۵۱	Vitamin D,
ر ۱۵۲	Vitamin E,
وٹ - سپائیل سے ارکا مرض ۳۸۲	Vogt-Spielmeyer disease,
ارادی قوت کا استعان ۳۵۳	Voluntary power, examination of,
انہماکے چک ۱۵۰	War colemas,
واسرمان کا تعاس و دماغی ناظمی سیال میں ۳۵۵	Wassermann reaction in cerebro-spinal fluid,
پانی کی درآمد کردے کی اس کا استعان ۳۶	Water output of kidney, test for,
مومی سہانہ بول میں ۳۵	Waxy casts in urine,
کا تبین کا اختلال ۳۶۸	Water's cramp,
کچھ گردی، پیدائشی ۳۰۵	Weyers's, congenital,
ڈیٹھن کا حصا ۱۰۲	Xanthine calculus,

طعناۃ دماغ کے کٹائی نکتے کے ۵۰۷
 نظامیہ کی ڈیڑھامی نکتات کے ۲۹۸
 دماغ کی بین سونی فضا کے ۵۱۰
 گردے کے ۱۲
 درمیانی دماغ کے ۵۰۹
 چہر کے ۵۱۱
 دماغ کے پس مرکزی خطوں کے ۵۰۷
 نفاخ کے ۳۵۳
 دماغ کے مدغی نکتے کے ۵۰۹
 طراوت کے ۳۳۳
 نظامی ۲۹۷
 غیر شعوری ذہنی واقعات ۶۰۰
 یورینا دسویت، حاد ۴۷
 حیاکتی یا عزم ۵۹
 انشجانی یا تشنجی ۴۳
 حاد التهاب گردہ میں ۴۲
 خلی ۶۱ - ۱۰۶
 گوی ۴۳
 یورینس، بول میں ۱۰
 یورینی ارتشاکازا استعان ۲۷
 مایہ، خون کا التهاب گردہ میں اسکا
 زیادتی ۴۰
 یورینا خون میں اس کی تعین ۲۶
 بول میں اس کا کی استعان ۵
 کی برآمد کا کاشفہ ۲۷
 تعجیلی حکم ذہنی مرض میں ۲۳
 یوریک ایسڈ، دروں زاد ۱۲۳
 یورون زاد ۱۲۳
 بول میں ۱۰
 بولی اعضا کے امراض ۱
 صیفات ۱۱
 بول میں البیومن ۱۳
 میں خون ۲۰
 میں کلسیم آکسائیڈ ۱
 میں سائک ۲۳
 کے ڈایا سٹیس کی تعین ۳۰
 کا استعان ۲
 میں پرو ٹینز ۱۹
 کا تعامل ۸
 کا دھندلا منظر ۲۹

Tumours of frontal lobes of brain,
 of hypophyseal fossa of pituitary,
 of interpeduncular space of brain,
 of kidney,
 of mid-brain,
 of pons,
 of post-central regions of brain,
 of spinal cord,
 of temporal lobe of brain,
 of vertebrae,
 pituitary,

Unconscious mental events,
 Uræmia, acute,
 asthenic or chronic,
 eclamptic or convulsive,
 in acute nephritis,
 latent,
 sthenic,
 Urates in urine,
 Urea concentration test,
 content of blood, increased in nephritis,
 in blood, estimation of,
 in urine, quantitative examination of,
 output test,
 Urgency order in mental disease,
 Uric acid, endogenous,
 exogenous,
 in urine,
 Urinary organs, diseases of,
 pigments,
 Urine, albumin in,
 blood in,
 calcium oxalate in,
 casts in,
 diastase in, estimation of,
 examination of,
 proteins in,
 reaction of,
 smoky appearance of,

خیطی کا شغہ گیر (۱۳۲)	Thread test of Garrod,
خلیتہ دماغی (۴۳۸)	Thrombosis, cerebral,
سمشکی جوف کی (۴۴۴)	of convoluted sinus,
دماغی جوفوں کی (۴۴۶)	of cerebral sinus,
جوار جوف کی (۴۴۷)	of lateral sinus,
قلم مولہ (۴۴۳)	Tic douloureux,
لقصات (۴۶۲)	Tics, the,
طین (۴۴۱)	Tinnitus aurium,
تشر عضلی (۱) ان کا امتحان (۴۷۲)	Tone, muscular, examination of,
وضعی کی بالاعدگی (۴۶۸)	postural, regulation of,
سج گردنی مثبت (۴۶۵)	Torticolis, fixed,
شحن (۴۶۵)	spasmodic,
ٹپکی سے ۴۵ دہے کی حس پذیری کا امتحان (۴۶۷)	Touch, light, sensibility to, examination of,
حسی کلیر عصبی التهاب، حاد (۴۳۵)	Toxic polyneuritis, acute,
دھیسے (۱) ان کا امتحان (۴۷۰)	Tumors, examination of,
ورشیکی (۱) ان کا امتحان (۴۰۹)	fibillary, examination of,
عشلے (۴۶۲)	of muscle,
وہ نہ " شل اہلاری سے اسکی تفریق (۴۹۰)	senile, differentiation from paralysis agitans,
شدی التهاب گردہ (۴۸)	Trench nephritis,
ثلث الزروس کا چھٹکا (۴۷۹)	Ticeps jerk,
تسویں ہاتھ (۱۴۳)	Tidest hand,
۴۵ توامی وجہ العصب (۴۷۳)	Trigeminal neuralgia,
پرودگی تبدلات کا امتحان (۴۸۲)	Trophic changes, examination of,
ہسٹریا میں (۴۶۷)	in hysteria,
دری سلعہ دماغ کا (۴۶۳)	Tuberculosis of brain,
تدرن گردے کا (۸۲)	Tuberculosis, of kidney,
جرمن (۴۳)	chronic,
تدری عرض غارت کا (۴۴۲)	Tuberculous disease of vertebrae,
سلعہ سہ یا عصب ہشتم کا (۴۶۷ - ۴۶۲)	Tumour, acoustic or eighth nerve,
سلعات (۱) دون دہلی (۴۰۲)	Tumours, extra-cerebellar,
دون دہلی (۴۰۱)	intra-cerebellar,
دون امی (۴۵۳)	intra-medullary,
دماغ کی گلاب نما تدرید کو مارتی کرے والے (۴۰۷)	involving uncinate gyrus of brain,
دماغ کے عروق دہلی کے (۴۹۸)	of blood vessels of brain,
دماغ کے (۴۶۲)	of brain,
دہلی جبری زائید کے (۴۱۲)	of cerebello-pontine angle,
دہلی کے (۴۱۱)	of cerebellum,
دماغ کے جسم تھو کے (۴۰۹)	of corpus callosum of brain,

آئینہ الکلیات ص ۲۲۳	Syphilitic meningitis,
التهاب سجاہ و دماغ ۲۲۶	meningo-encephalitis,
التهاب نخاع ۲۴۶	myelitis,
کا علاج ۲۶۳	treatment of,
نخاع چولیت ۲۴۷	Syringomyelia,
۲۸۱	Tabes dorsalis,
۲۶۲	Tabe-paresis,
۲۶۰	Taste, examination of,
۲۸۲	Tay-Sachs's disease,
۲۸۲	juvenile form of,
۲۸۲	Tetrapain in migraine,
۲۸۲	Temperament, examination of,
۲۶۶	in manic-depressive psychoses,
۲۶۸	Temperature, sensibility to, examination of,
۲۶۵	Thapsigal, lesions of,
۲۸۰	Tendo Achillis, or ankle jerk,
۲۸۰	Test, Ninet-Simon,
۲۸۰	blood urea clearance,
۲۶۶	concentration or specific gravity, of kidney,
۲۸۰	thiodochekinesis,
۲۸۰	Eshbach's, for albuminuria,
۲۸۰	finger-nose-finger,
۲۸۰	for albuminuria,
۲۸۰	Gunsacum, for haematuria,
۲۸۰	heel-knee,
۲۸۰	Kerridge's for albuminuria,
۲۸۰	nitric acid for albuminuria,
۲۸۰	phenolsulphophthalein,
۲۸۰	picric acid, for albuminuria,
۲۸۰	salicyl-sulphonic acid, for albuminuria,
۲۸۰	thread (Gussel's),
۲۸۰	urea concentration,
۲۸۰	urea output,
۲۸۰	water output, of kidney,
۲۸۰	Testamentary capacity,
۲۸۰	Thomson's disease,
۲۸۰	Thought in mental examination,

نخاع کی لٹاق کلائی کے انفراد ۲۳۳	Spinal cord, lumbar enlargement of, lesions of,
کے پمدی خلیے کے انفراد ۲۳۲	thoracic region of, lesions of,
کے دو جانبی عرضی انفراد ۲۳۱	transverse lesions of, bilateral,
کے ایک جانبی عرضی انفراد ۲۳۰	transverse lesions of, unilateral,
کے سلسلے ۲۲۹	lassures,
انفادی التهاب سنجایا ۲۲۹	meningitis,
انفادی کا تعلق، عصبی انفارکٹ کے شوکی زائیدوں سے ۲۲۸	segments, relation of, to spinous processes of vertebrae,
انقباض انفارکٹ، تشوہی ۲۲۶	Spondylitis deformans,
عصبی منقبض ۱۲۵	osteoscleritis,
جذراشوراجی جیسے انفارکٹ، ماری نور حتمیل کی ۲۲۶	Sundyloma rhomboidale of Marie and Strumpell,
حالیہ، غلوٹ، مانیائی انفادی ادواء النفس میں ۲۲۳	Status, mixed, in manic-depressive psychosis,
چتہ آسا، ان کی تعریف ۲۰۶	paranoid, definition of,
حالت سرخی، ۵۳۲	Status epilepticus,
کا علاج ۵۵۰	treatment,
نفسی شکر شامی کا امتحان ۲۶۶	Stereogenesis, examination of,
اسکری مکر ۵۶۵	stiff neck,
مہاسم انحطاطیت، طیف النفسی میں ۵۰۸	Stigmata of degeneracy in feeble-minded,
شکل کا مرض ۱۲۵	Still's disease,
ذہول، انفادی، مانیائی انفادی ادواء النفس میں ۲۶۲	Stuper, depressive, in manic-depressive psychosis,
تحت المنکبرایہ فرق ۲۳۸	Subarachnoid haemorrhage,
ابدائی تعاملات ۲۸۳	Substitutive reactions,
ایجاز، عصبی میں ۲۶۶	Suggestion in hysteria,
خود کشی کا خطرہ، کشی مائل گولیا میں ۲۸۰	Suicide, risk of, in involutional melancholia,
سلفیٹس، بول میں ۲۰	Sulphates in urine,
سرسری داخلہ کا حکم، ذہنی مرض میں ۴۲	Summary reception order in mental disease,
بامطہ کا جھٹکا ۲۵۹	Synchronator jerk,
تلیجی التهاب سنجایا ۲۳۰	Suppurative meningitis,
مشاریکی دیشے، خلق ۲۴۵	Sympathetic fibres, cervical,
علاقہ فروان ۲۸۶	Syndrome, Froin's,
کوروسا کاؤ ۳۳۳	Korsakow's,
مینیئر ۳۰۵	Meniere's,
مہماتوی مزاج، مانیائی انفادی ادواء النفس میں ۲۶۵	Syntonie temperament in manic-depressive psychosis,
آتشکہ سفیدی، نظام عصبی کی ۳۸۲	Syphilis, parasympathetic, of nervous system,

صلابت مکتہ ۳۶۷	Sclerotic, disseminated,
چربی ۳۶۷	insular,
خبیث ۶۸	malignant,
متعدد ۳۶۷	multiple,
سوریط ۱۶۲	Scurbutus,
عروین کا خلیہ ۳۶۶	Scrivener's palsy,
دہا الخفر ۱۶۲	Scurry,
ریشی ۱۶۵	infantile,
شیشوشر (پیرانہ) متصلب الشرائین کردہ ۶۸	Senile arteriosclerotic kidney,
پاتالغ ۳۱۸	purpura,
دھن کی تفریق ذلل اعترازی سے ۳۶۰	tremor, differentiation from paralysis agitans,
احساس کی کلیات ۲۱۲	Sensation, physiology of,
حواس سے محرومی اور ذہنی نقص ۳۶۶	Sensory deprivation and mental defect,
محسوس کا امتحان ۳۷۷	Senses, special examination of,
حسی وظائف کے امتحانات ۳۶۷	Sensory functions, examinations of,
مصلی خلیہ ۳۶۶	Serum paralysis,
سہنی معاملات کے متعلق خوی و تشویشی عصبانیوں میں ۳۶۱	Sexual matters, fears in relation to, in anxiety neuroses,
جنبلی خلیہ ۳۸۶	Shaking palsy,
صداع غشیانی ۵۵۳	Sick headache,
خاموش دہلیز و دماغ کے ان کے اثرات ۲۴۶	Silent areas of brain, lesions of,
بہمن مقامات کا خوی و تشویشی عصبانیوں میں ۳۷۰	Situations, certain, fears of, in anxiety neuroses,
شامہ کا امتحان ۳۵۹	Smell, examination of,
سائڈی کے انہرباٹ ۴۴	Southey's tubes,
شیخ و جسی ۳۳۸	Spasm, facial,
مصلی و عروق القام ۳۳۸	muscular, localized,
شیخی کچ کرانی (شخی سر) ۳۶۱	Spasmodic torticollis,
شیجات و عادات ۳۶۲	Spasms, habit,
کبری شیخ و کساحتہ میں ۱۷۵	Spasmus nutans in rickets,
محسوس حواس کا امتحان ۳۷۷	Special senses, examination of,
ماریہ تصدیق و ثبوت میں ۵۵۵	Spectrum, fortification, in migraine,
گویشی کا امتحان ۲۴۳	Speech, examination of,
عضلات حاصرہ پر اقدار کا امتحان ۲۸۱	Sphincter control, examination of,
شریک مشق ۵۲۱	Spina bifida,
نفاذ کی شرائین ۲۲۷	Spinal cord, arteries of,
کی حق سکلان کے اثرات ۲۲۲	cervical enlargement of, lesions of,
کا انقباض ۳۳۱	compression of,
کے امراض ۳۴۰	dissection of,
کے اندر نولہ ۳۶۵	haemorrhage into,

کولی اولیج کا علاج ۱۰۹۰	Renal colic, treatment of,
قرمیت ۱۰۷۱	dysuria,
وٹائٹ کی تشخیص ۲۶	function, estimation of,
اثریہ کے متعلق نظریات ۳۳	column, theories of,
کساحۃ ۱۰۷۰	rickets,
کظم، نفسیات میں ۶۰۶	Regression in psychology,
ذمہ داری جرم ۳۳	Responsibility, criminal,
الجاب شبکیہ، المیومین ہو لئی ۶۰	Retinitis, albuminuria,
فہرست حوض نمکری ۳	Retirogenda pycelography,
رومانوس (دھتور) امراض ۱۱۵	Rheumatic diseases,
دھتور، حنفی ۱۱۷	Rheumatism muscular,
دھتور آسا منسلب التیاب، عزمین، انجمنی یا	Rheumatoid arthritis, chronic, degenerative
بش پرورشی قسم ۱۲۰	or hypertrophic type,
عزمین تکراری یا عزمین قسم ۱۲۰	chronic proliferative or atrophic type,
پسایان، عتی ۳۲۰	Ribs, cervical,
پالو، عتی، انکے کھانے سے پوری پوری	Rice, polished, in diet causing beriberi,
کا حواء ۱۵۲	
کساحۃ ۱۶۸	Rickets,
دھن بازی ۱۷۳	acrobatic,
تاکیر پذیر یا دیمانی ۱۶۸	late or adolescent,
کوری ۱۷۷	oral,
سجہ کساحۃ ۱۷۳	Rickety rosary,
دھن، دھن پیڑوں کا حلقہ ۱۶۳	Rote memory,
سلیسل متعلق ایسٹ کا کاشف، المیومین بولیت	Salicylsulphonic acid test for albuminuria,
کے لئے ۱۰	
کتور آرمینو قسم، عتی حواء تذبذب کی ۱۸۱	Scapulo-humeral type of muscular dystrophy,
تذبذب التیاب دماغ ۲۸۳	Schaller's encephalitis,
انتفاق المیومین، زوال المیومین ۶۸۹	Schizophrenia, catatonic,
شبکیہ، مینولی ۶۸۸	hebephrenic,
کی جہ آسا انقسام ۶۸۸	paranoid forms of,
سادہ ۶۸۷	complex,
انتفاق المیومین تعامل والے التیاب ۶۸۱	Schizophrenic reaction types,
ان کی تعریف ۶۰۶	definition,
پورزی اعتیال ۶۸۰	Schusskrampf,
سائی عصب کے امراض ۳۲۲	Sciatic nerve, lesions of,
کا التیاب (عرق النساء) ۳۲۲	neuritis,
عرق النساء ۳۲۲	Sciatica,
صلابت و سلاست مکتور ۳۲۷	Scleroma on plaques disseminata,

حاصل تقسیم، عالی، ۷۱۰	Quotient, intelligence,
کساحۃ، ۱۶۸	Rachitis,
التهاب اصلہ، ۳۹۹	Radiculitis,
تفاعل، کولائیڈی، دماغی نواحی سیال میں، ۲۸۷	Reaction, colloidal, in cerebro-spinal fluid,
بول، ۸	of urine,
تائیری یا ویدری تعامل والی قسم، ۱۵۱ کی تعریف، ۶۰۵	types, affective, definition of,
حضور تعامل والی قسم، ۶۶۶	organic,
انکی تعریف، ۶۰۷	definition of,
نفسی مرض تعامل والی قسم، ۷۰۵	psychopathic,
انکی تعریف، ۶۰۸	definition of,
اشفاق الادوی تعامل والی قسم، ۶۶۱	schizophrenic,
انکی تعریف، ۶۰۶	definition of,
تفاعل واسرمان، دماغی نواحی سیال میں، ۲۸۷	Wassermann, in cerebro-spinal fluid,
تفاعلات، برقی، حلقہ کے، ان کا امتحان، ۲۷۵	Reactions, electrical, of muscle, examination of,
جذباتی، ۶۶۶	emotional,
ابدالی، ۶۸۳	substitutive,
تفاعلی اقسام، تائیری یا ویدری، ۶۶۶	Reactive types, affective,
امین کا تقرر، جنون کی تصدیق میں، ۷۲۹	Receiver, appointment of, in lunacy certification,
داخلہ کا حکم، درخواست پر، دماغی مرض میں، ۷۲۲	Reception order on petition in mental disease,
سرسری، ۷۲۲	summary, in mental disease,
معاذے مستحکم کے عضلات عامرہ پر امتحان، ۲۵۱	Rectum, sphincter control of,
انوالی منکوبہ، ۵۹۸	Reflex, conditioned,
منکوبہ وظیفہ، ۲۱۷	function,
انسی منکوبہ کا امتحان، ۲۲۲، ۲۷۸	plantar, examination of,
حلق منکوبہ، ۲۲۲	pupillary,
منکوبات، شکم، ۲۲۲	Reflexes, abdominal,
صیق کا امتحان، ۲۱۸	deep, examination of,
کا امتحان، ۲۷۷	examination of,
حافظ، ۲۲۲	protective,
اوپری، ان کا امتحان، ۲۷۷	superficial, examination of,
دماغی، نفسیات میں، ۶۰۰	Release in psychology,
کلی حصہ، ۱۰۱	Renal calculus,
قولنج کے علامات، ۱۰۴	colic, symptoms of,

مرحمت نفس، حسی پرانی، ۶۵۸	Polypus, hysterical,
چسپ کے سلسلے، ۵۱۱	Pus, tumors of,
غشوی کے امراض، ۲۶۸	varicella, lesions of,
وضع کی حس کا امتحان، ۲۶۹	Position, sense of, examination of,
بعد الصرع حالات، ۵۲۱	Post epileptic conditions,
وضع کشش کی باقاعدگی، ۲۶۸	Postural tone, regulation of,
وضع کا امتحان، ۲۰۳	Posture, examination of,
قدی شکریہ کی حالت میں، ۱۷۲	Pot-belly in rickets,
قوت ارادی کا امتحان، ۲۷۲	Power, voluntary, examination of,
انہی کی حفاظت، جنوں کی تسخیر میں، ۲۶۹	Practitioners, protection of, in lunacy certi- fication,
حل اور التهاب گردہ، ۲۸	Pregnancy and nephritis,
مترقی عضلی سوجن کا ذریعہ، ۵۵۷	Progressive muscular dystrophy,
پروٹین، پس جوش کا، بول میں، ۲۰	Protein, Renou Jours, in urine,
پروٹینوزس، نوعی، بول میں، ۱۶	Proteoses, specific, in urine,
کاذب توہمات، ۶۲۲	Pseudo hallucinations,
کاذب پیش پرویشی قسم، عضلی سوجن کا ذریعہ کی، ۵۵۷	Pseudo hypertrophic type of muscular dys- trophy,
جنت کا ذہن، الکحل، ۱۸۸	Pseudo-paranoid, alcoholic,
فراش نفس کی جماعت بندی، ۶۰۲	Psychiatric classification,
کا امتحان، ۶۰۸	examination of,
نفسی اصول، نفسی امراض میں، ۵۱۵	Psychological principles in mental diseases,
نفسی عصبانیت، ۶۲۷	Psychoses,
تقریبی، ۶۲۷	anxiety,
نفسی نفع کو پہچان کر کے والی، ۵۱۶	complicating mental deficiency,
کی تقریب، ۶۰۵	definition of,
نفسی مرضی تعامل والی اقسام، ۵۰۵	Psychopathic reaction types,
ان کی تقریب، ۶۰۸	definition of,
نفسیاتی علاج، ۵۵۲	Psychotherapy in hysteria,
ادویہ النفس، شستہ کی آواز، ۵۰۶	Psychoses, exhaustion, infection,
مانیائی انفقار، ۶۶۶	manic-depressive,
کثیر عصبی التهابی، ۲۳۳	Psychosis polyneuritic,
اسکر خاں الجفن کا امتحان، ۲۶۰	Pneia, examination of,
دروی عضلی واء المصل، پیش پرویشی، ۱۶۹	Pulmonary osteoarthropathy, hypertrophic,
مقطع ایس اسٹنڈی، رسامہ قسم میں، ۱۶۲	Punctate leucophilia in lead poisoning,
التهاب حوض السکای، ۷۱	Pyelitis,
حوض نکادی، درون وریدی، ۲	Pyelography, intravenous,
شوری، ۳	retrograde,
التهاب کلیہ و حوض النکای، ۷۱	Pyelonephritis,
حرکت متواتر، ۵۴۰	Pyknolepsy,
تدریج حوض گردہ، ۶۱	Pyonephrosis,

پانچاچ : ۲۶۹
 پیرانہ : ۲۶۸
 ششیں : پیدائشی : ۲۶۹
 دھیمی : ۲۶۹
 جداری تختہ : دماغ کا اس کے اندر : ۲۶۵
 پارکنسن کا مرض : ۲۸۶
 مجسول حرکت کی حس کا امتحان : ۲۶۶
 دھنی دجنہ : (دسویں دجنہ) : ۲۸۰
 پیلاگرا : ۱۵۸
 پیٹونس : بول میں : ۲۰
 خراج گرد کالی : ۸۰
 شطری عضلی فیبرل : ۲۵۵
 شخصیت کی تعریف : ۲۶۳
 لرغوب : عضلی فیبرل : ۲۶۲
 صرع صغیر : ۲۳۸
 فیٹال بلبلو نیٹھائین کا کاشفہ : ۳۰
 فاسفیٹس : بول میں : ۷
 فاسفیٹ پولیت : ۷
 پیک کا مرض : دھنی امراض میں : ۷۰۵
 پیکرک ایسڈ کا کاشفہ : الیومن پولیت کے لئے : ۱۶
 مہلکات بول : ۱۱
 نامی (زیر نامی) نانات کے علامات : ۲۶۸
 علامات : ۲۶۷
 نامی منکوسہ کا امتحان : ۲۶۸
 مجبوتہ : ۲۲۶
 وجع الجانب : ۱۱۸
 دھنی جداری کے اندر : ۲۶۷
 دھانیٹ : ۱۱۰
 نارس پا : ۱۳۱
 قسم الکحل : ۱۸۳
 منکوسہ کا : مزمن : ۲۰۰
 کار بن مان آکسائیڈ : ۱۸۹
 دھانی : ۱۱۰
 مینیکٹس کا : مزمن : ۲۰۱
 یاد دہی کا : مزمن : ۱۱۹
 کثیر دھیری گرد : ۱۱۷
 کثیر عصی النہال : ۱۳۰
 ملامی : ۱۵۲
 موی یا سنی : حادثہ : ۲۳۵

Paraplegia,
 senile,
 spastic, congenital,
 infantile,
 Parietal lobe of brain, lesions of,
 Parkinson's disease,
 Passive movement, sense of, examination of,
 Patellar clonus,
 Pellagra,
 Peptones in urine,
 Perinephric abscess,
 Peroneal muscular atrophy,
 Personality, description of,
 Persuasion in hysteria,
 Petit mal,
 Phenol-sulphonaphthalein test,
 Phosphates in urine,
 Phosphaturia,
 Pick's disease in mental diseases,
 Picric acid test for albuminuria,
 Pigments, urinary,
 Pituitary hypophyseal duct tumours,
 tumours,
 Plantar reflex, examination of,
 response,
 Pleurodynia,
 Plexus, brachial, lesions of,
 Plumbism,
 Podagra,
 Poisoning, alcoholic,
 arsenical, chronic,
 carbon monoxide,
 lead,
 manganese, chronic,
 mercurial, chronic,
 Polycystic kidney,
 Polyneuritis,
 endemica,
 febrile or toxic, acute,

قلیل الشجرية سریشی سلیمہ ۵۶۶	Oligodendrogloma,
قلل العین شذوۃ ۵۵۸	Ophthalmoplegic migraine,
بصری ذہول ۶۶۴	Optic atrophy,
کا امتحان ۳۵۸	examination of,
نصب کے اضراس ۶۶۳	nerve, lesions of,
کا اولی ذہول " حوالہ عین ۳۶۳	primary atrophy of, in tabes,
عصب الشیاب ۶۶۳	neuritis,
تعمیلی حکم ۵ ذہول مرض عین ۵۳۳	Order, urgency, in mental disease,
عصری حامل والی قسیدیں ۶۶۶	Organic reaction types,
دن کی تعریف ۶۶۵	definition of,
نشوعی عصب الشیاب ۶۶۵	Osteitis deformans,
عصب مفصلی الشیاب ۶۶۵	Osteoarthritis,
عصبی (۵) انقباض، دیوی ۵ پیش پرورش ۶۶۶	Osteoarthropathy, pulmonary, hypertrophic,
تسکون العظام، نامکمل ۶۶۶	osteogenesis imperfecta,
عظم آماہقت، مکملہ میں ۶۶۶	Osteoid tissue in rickets,
لوہت العظام ۶۶۶	Osteomalacia,
کولیسٹم آکریلیٹ، بول میں ۶	Oxalate, excretion, in urine,
الدوری نرقی الشیاب سدا پائے " کفہ ۶۶۷	Pachymeningitis interna haemorrhagica,
پاجیت کا مرض ۶۶۷	Paget's disease,
قلل " ولادت ۶۶۷	Pharynx, birth,
حرکین ۶۶۷	avivivants,
جیشی ۶۸۶	shaking,
الشیاب حلیہ بصری " الشیاب گردہ میں ۶۶۷	Papillitis in nephritis,
الشیاب حلیہ (۵) انقباض قرص بصری (۵) ۶۶۷	Papilloedema,
کا امتحان ۳۵۸	examination of,
قلل انقباضی (۵) قلل انقباضی ۶۸۶	Paralysis agitans,
ارپ ۶۸۶	Park's,
دورس " جانین کا ۶۸۶	general, of the disease,
کلپیک ۶۸۶	Klumpke's,
لڈوی ۶۸۶	Landry's,
دعاصی ۶۸۶	lead,
حرکی، مضطرب یا مہول ۶۸۶	motor, in hysteria,
پشم کا علاج ۶۸۶	scalp, treatment of,
نورس، شاندار ۶۸۶	periodic, family,
عصبی ۶۸۶	scrub,
ورانی ستمبر عصبی رجحان ۶۸۶	Parasympathetic multiplex,
جہ ۶۸۶	Parasomnia,
اور جہ آما حالتوں کی تعریف ۶۸۶	and parasomniac states, definition of,
جہ آما حالتیں ۶۸۶	Parasymptomatic,
قلل عظم ۶۸۸	Paraphrenia,

اعصاب، حسی، بالائی کے امراض، ۲۱۰	Nerves, cervical, upper, lesions of,
جیسی کا امتحان، ۲۶۰	cranial, examination of,
کے امراض، ۲۸۹	diseases of,
عصبی، اور عصبی جڑوں کے امراض، ۲۳۰	peripheral, and nerve roots, lesions of,
نفاذی، اور عصبی کے امراض، ۳۰۹	spinal and peripheral, lesions of,
تیسرا، پوتھا اور پوتھا، ان کے امراض، ۲۹۵	third, fourth and sixth, lesions of,
عصبی نظام کی اخلاقی تشریح اور تعلیمات، ۲۰۶	Nervous system, applied anatomy and physiology of,
مرکزی کی دہی دہی، ۲۲۵	central, blood supply of,
کا سریری امتحان، ۲۵۹	clinical examination of,
کے امراض، ۲۰۳	diseases of,
کی سفینی آنتک، ۲۸۲	parenchymatous syphilis of,
کے دستور العمل امتحان کے لیے	routine examination of, schema for,
اسکیم، ۲۵۹	
وجع العصب، ۵۰۳	Neuralgia,
سہ وجہ، ۵۰۴	trifacial,
سہ تواس، ۵۰۳	trigeminal,
عصبی ناکت، ۵۰۹	Nourishment.
عصبی التهاب الکیمی، ۲۲۲	Nouritis, alcoholic,
سم القاری، ۲۲۲	arsenical,
عصبی، ۲۱۸	brachial,
ذیابیطس، ۲۲۲	diabetic,
کتبہ، ۲۳۰	multiple,
بصری، ۲۹۳	optic,
عصبی، ۲۳۰	peripheral,
اعصابی، ۲۲۲	static,
حرکی عصبوں کا مرض، ۴۰۹	Neuron disease, motor,
ذہری حرکی عصبی، ۲۰۹	lower motor,
بالائی حرکی عصبی، ۲۱۰	upper motor,
عصبوں کا اولی مرض، ۲۴۰	Neurons, primary disease of,
نائلز ایسڈ کا کاٹھا، البیٹو من یولیت کے لیے، ۱۶	Nitric acid test for albuminuria,
نیوکلیو پروٹین، بول میڈ، ۱۹	Nucleo-protein in urine,
چداری لٹھے، دماغ کے، ان کے امراض، ۲۴۵	Occipital lobes of brain, lesions of,
حسی تبدیلیات، التهاب گردہ میں، ۳۳	Ocular changes in nephritis,
شان کا علاج، ۲۶۶	paralysis, treatment of,
ایمانیے کرسکی یاچکد، ۱۵۰	Edema, hunger or war,
کتری کے شعلی نظریات، ۲۳	renal, theories of,
شس آلہ کے امراض، ۲۲۹	Olfactory apparatus, lesions of,
عصب کے امراض، ۲۶۲	nerve, lesions of,

التهاب مکرر ۳۷۰ ، حاد ۳۷۱
 گلوبینی انیوری (سر) ۳۷۲
 میں یورینا دمیت ۳۷۳
 مزمن گلوبینی انیوری (سر) ۳۷۴
 سنڈیوم یا انیوری ۳۷۵
 منتشر ۳۷۶
 سرکری ۳۷۷ ، حاد ۳۷۸
 ترقی ۳۷۹
 انتشار ۳۸۰
 نل کا ۳۸۱
 دیبہ ۳۸۲
 تحت الحاد گلوبینی انیوری (سر) ۳۸۳
 خندق ۳۸۴
 قدوق ۳۸۵
 کلوی حصائیت ۳۸۶
 ترقی المکیہ ۳۸۷
 عصب مابین کے اشوار ۳۸۸
 عصبی صم ۳۸۹
 عصب ۳۹۰ ، اس کا امتحان ۳۹۱
 اس کے اشوار ۳۹۲
 گیارہواں یا آٹھواں عصب ۳۹۳ ، اس کا امتحان ۳۹۴
 اس کے اشوار ۳۹۵
 بیرونی مابین (شقی) کے اشوار ۳۹۶
 پانچواں یا نوامی ترقی ۳۹۷ ، اس کا امتحان ۳۹۸
 اس کے اشوار ۳۹۹
 اندرونی مابین کے اشوار ۴۰۰
 وسطی کے اشوار ۴۰۱
 عضلی حرکتوں کے اشوار ۴۰۲
 نوں یا آٹھ یا نویں ۴۰۳ ، اس کا امتحان ۴۰۴
 ۴۰۵
 ۴۰۶
 ۴۰۷
 ۴۰۸
 ۴۰۹
 ۴۱۰
 ۴۱۱
 ۴۱۲
 ۴۱۳
 ۴۱۴
 ۴۱۵
 ۴۱۶
 ۴۱۷
 ۴۱۸
 ۴۱۹
 ۴۲۰
 ۴۲۱
 ۴۲۲
 ۴۲۳
 ۴۲۴
 ۴۲۵
 ۴۲۶
 ۴۲۷
 ۴۲۸
 ۴۲۹
 ۴۳۰
 ۴۳۱
 ۴۳۲
 ۴۳۳
 ۴۳۴
 ۴۳۵
 ۴۳۶
 ۴۳۷
 ۴۳۸
 ۴۳۹
 ۴۴۰
 ۴۴۱
 ۴۴۲
 ۴۴۳
 ۴۴۴
 ۴۴۵
 ۴۴۶
 ۴۴۷
 ۴۴۸
 ۴۴۹
 ۴۵۰
 ۴۵۱
 ۴۵۲
 ۴۵۳
 ۴۵۴
 ۴۵۵
 ۴۵۶
 ۴۵۷
 ۴۵۸
 ۴۵۹
 ۴۶۰
 ۴۶۱
 ۴۶۲
 ۴۶۳
 ۴۶۴
 ۴۶۵
 ۴۶۶
 ۴۶۷
 ۴۶۸
 ۴۶۹
 ۴۷۰
 ۴۷۱
 ۴۷۲
 ۴۷۳
 ۴۷۴
 ۴۷۵
 ۴۷۶
 ۴۷۷
 ۴۷۸
 ۴۷۹
 ۴۸۰
 ۴۸۱
 ۴۸۲
 ۴۸۳
 ۴۸۴
 ۴۸۵
 ۴۸۶
 ۴۸۷
 ۴۸۸
 ۴۸۹
 ۴۹۰
 ۴۹۱
 ۴۹۲
 ۴۹۳
 ۴۹۴
 ۴۹۵
 ۴۹۶
 ۴۹۷
 ۴۹۸
 ۴۹۹
 ۵۰۰
 ۵۰۱
 ۵۰۲
 ۵۰۳
 ۵۰۴
 ۵۰۵
 ۵۰۶
 ۵۰۷
 ۵۰۸
 ۵۰۹
 ۵۱۰
 ۵۱۱
 ۵۱۲
 ۵۱۳
 ۵۱۴
 ۵۱۵
 ۵۱۶
 ۵۱۷
 ۵۱۸
 ۵۱۹
 ۵۲۰
 ۵۲۱
 ۵۲۲
 ۵۲۳
 ۵۲۴
 ۵۲۵
 ۵۲۶
 ۵۲۷
 ۵۲۸
 ۵۲۹
 ۵۳۰
 ۵۳۱
 ۵۳۲
 ۵۳۳
 ۵۳۴
 ۵۳۵
 ۵۳۶
 ۵۳۷
 ۵۳۸
 ۵۳۹
 ۵۴۰
 ۵۴۱
 ۵۴۲
 ۵۴۳
 ۵۴۴
 ۵۴۵
 ۵۴۶
 ۵۴۷
 ۵۴۸
 ۵۴۹
 ۵۵۰
 ۵۵۱
 ۵۵۲
 ۵۵۳
 ۵۵۴
 ۵۵۵
 ۵۵۶
 ۵۵۷
 ۵۵۸
 ۵۵۹
 ۵۶۰
 ۵۶۱
 ۵۶۲
 ۵۶۳
 ۵۶۴
 ۵۶۵
 ۵۶۶
 ۵۶۷
 ۵۶۸
 ۵۶۹
 ۵۷۰
 ۵۷۱
 ۵۷۲
 ۵۷۳
 ۵۷۴
 ۵۷۵
 ۵۷۶
 ۵۷۷
 ۵۷۸
 ۵۷۹
 ۵۸۰
 ۵۸۱
 ۵۸۲
 ۵۸۳
 ۵۸۴
 ۵۸۵
 ۵۸۶
 ۵۸۷
 ۵۸۸
 ۵۸۹
 ۵۹۰
 ۵۹۱
 ۵۹۲
 ۵۹۳
 ۵۹۴
 ۵۹۵
 ۵۹۶
 ۵۹۷
 ۵۹۸
 ۵۹۹
 ۶۰۰
 ۶۰۱
 ۶۰۲
 ۶۰۳
 ۶۰۴
 ۶۰۵
 ۶۰۶
 ۶۰۷
 ۶۰۸
 ۶۰۹
 ۶۱۰
 ۶۱۱
 ۶۱۲
 ۶۱۳
 ۶۱۴
 ۶۱۵
 ۶۱۶
 ۶۱۷
 ۶۱۸
 ۶۱۹
 ۶۲۰
 ۶۲۱
 ۶۲۲
 ۶۲۳
 ۶۲۴
 ۶۲۵
 ۶۲۶
 ۶۲۷
 ۶۲۸
 ۶۲۹
 ۶۳۰
 ۶۳۱
 ۶۳۲
 ۶۳۳
 ۶۳۴
 ۶۳۵
 ۶۳۶
 ۶۳۷
 ۶۳۸
 ۶۳۹
 ۶۴۰
 ۶۴۱
 ۶۴۲
 ۶۴۳
 ۶۴۴
 ۶۴۵
 ۶۴۶
 ۶۴۷
 ۶۴۸
 ۶۴۹
 ۶۵۰
 ۶۵۱
 ۶۵۲
 ۶۵۳
 ۶۵۴
 ۶۵۵
 ۶۵۶
 ۶۵۷
 ۶۵۸
 ۶۵۹
 ۶۶۰
 ۶۶۱
 ۶۶۲
 ۶۶۳
 ۶۶۴
 ۶۶۵
 ۶۶۶
 ۶۶۷
 ۶۶۸
 ۶۶۹
 ۶۷۰
 ۶۷۱
 ۶۷۲
 ۶۷۳
 ۶۷۴
 ۶۷۵
 ۶۷۶
 ۶۷۷
 ۶۷۸
 ۶۷۹
 ۶۸۰
 ۶۸۱
 ۶۸۲
 ۶۸۳
 ۶۸۴
 ۶۸۵
 ۶۸۶
 ۶۸۷
 ۶۸۸
 ۶۸۹
 ۶۹۰
 ۶۹۱
 ۶۹۲
 ۶۹۳
 ۶۹۴
 ۶۹۵
 ۶۹۶
 ۶۹۷
 ۶۹۸
 ۶۹۹
 ۷۰۰
 ۷۰۱
 ۷۰۲
 ۷۰۳
 ۷۰۴
 ۷۰۵
 ۷۰۶
 ۷۰۷
 ۷۰۸
 ۷۰۹
 ۷۱۰
 ۷۱۱
 ۷۱۲
 ۷۱۳
 ۷۱۴
 ۷۱۵
 ۷۱۶
 ۷۱۷
 ۷۱۸
 ۷۱۹
 ۷۲۰
 ۷۲۱
 ۷۲۲
 ۷۲۳
 ۷۲۴
 ۷۲۵
 ۷۲۶
 ۷۲۷
 ۷۲۸
 ۷۲۹
 ۷۳۰
 ۷۳۱
 ۷۳۲
 ۷۳۳
 ۷۳۴
 ۷۳۵
 ۷۳۶
 ۷۳۷
 ۷۳۸
 ۷۳۹
 ۷۴۰
 ۷۴۱
 ۷۴۲
 ۷۴۳
 ۷۴۴
 ۷۴۵
 ۷۴۶
 ۷۴۷
 ۷۴۸
 ۷۴۹
 ۷۵۰
 ۷۵۱
 ۷۵۲
 ۷۵۳
 ۷۵۴
 ۷۵۵
 ۷۵۶
 ۷۵۷
 ۷۵۸
 ۷۵۹
 ۷۶۰
 ۷۶۱
 ۷۶۲
 ۷۶۳
 ۷۶۴
 ۷۶۵
 ۷۶۶
 ۷۶۷
 ۷۶۸
 ۷۶۹
 ۷۷۰
 ۷۷۱
 ۷۷۲
 ۷۷۳
 ۷۷۴
 ۷۷۵
 ۷۷۶
 ۷۷۷
 ۷۷۸
 ۷۷۹
 ۷۸۰
 ۷۸۱
 ۷۸۲
 ۷۸۳
 ۷۸۴
 ۷۸۵
 ۷۸۶
 ۷۸۷
 ۷۸۸
 ۷۸۹
 ۷۹۰
 ۷۹۱
 ۷۹۲
 ۷۹۳
 ۷۹۴
 ۷۹۵
 ۷۹۶
 ۷۹۷
 ۷۹۸
 ۷۹۹
 ۸۰۰
 ۸۰۱
 ۸۰۲
 ۸۰۳
 ۸۰۴
 ۸۰۵
 ۸۰۶
 ۸۰۷
 ۸۰۸
 ۸۰۹
 ۸۱۰
 ۸۱۱
 ۸۱۲
 ۸۱۳
 ۸۱۴
 ۸۱۵
 ۸۱۶
 ۸۱۷
 ۸۱۸
 ۸۱۹
 ۸۲۰
 ۸۲۱
 ۸۲۲
 ۸۲۳
 ۸۲۴
 ۸۲۵
 ۸۲۶
 ۸۲۷
 ۸۲۸
 ۸۲۹
 ۸۳۰
 ۸۳۱
 ۸۳۲
 ۸۳۳
 ۸۳۴
 ۸۳۵
 ۸۳۶
 ۸۳۷
 ۸۳۸
 ۸۳۹
 ۸۴۰
 ۸۴۱
 ۸۴۲
 ۸۴۳
 ۸۴۴
 ۸۴۵
 ۸۴۶
 ۸۴۷
 ۸۴۸
 ۸۴۹
 ۸۵۰
 ۸۵۱
 ۸۵۲
 ۸۵۳
 ۸۵۴
 ۸۵۵
 ۸۵۶
 ۸۵۷
 ۸۵۸
 ۸۵۹
 ۸۶۰
 ۸۶۱
 ۸۶۲
 ۸۶۳
 ۸۶۴
 ۸۶۵
 ۸۶۶
 ۸۶۷
 ۸۶۸
 ۸۶۹
 ۸۷۰
 ۸۷۱
 ۸۷۲
 ۸۷۳
 ۸۷۴
 ۸۷۵
 ۸۷۶
 ۸۷۷
 ۸۷۸
 ۸۷۹
 ۸۸۰
 ۸۸۱
 ۸۸۲
 ۸۸۳
 ۸۸۴
 ۸۸۵
 ۸۸۶
 ۸۸۷
 ۸۸۸
 ۸۸۹
 ۸۹۰
 ۸۹۱
 ۸۹۲
 ۸۹۳
 ۸۹۴
 ۸۹۵
 ۸۹۶
 ۸۹۷
 ۸۹۸
 ۸۹۹
 ۹۰۰
 ۹۰۱
 ۹۰۲
 ۹۰۳
 ۹۰۴
 ۹۰۵
 ۹۰۶
 ۹۰۷
 ۹۰۸
 ۹۰۹
 ۹۱۰
 ۹۱۱
 ۹۱۲
 ۹۱۳
 ۹۱۴
 ۹۱۵
 ۹۱۶
 ۹۱۷
 ۹۱۸
 ۹۱۹
 ۹۲۰
 ۹۲۱
 ۹۲۲
 ۹۲۳
 ۹۲۴
 ۹۲۵
 ۹۲۶
 ۹۲۷
 ۹۲۸
 ۹۲۹
 ۹۳۰
 ۹۳۱
 ۹۳۲
 ۹۳۳
 ۹۳۴
 ۹۳۵
 ۹۳۶
 ۹۳۷
 ۹۳۸
 ۹۳۹
 ۹۴۰
 ۹۴۱
 ۹۴۲
 ۹۴۳
 ۹۴۴
 ۹۴۵
 ۹۴۶
 ۹۴۷
 ۹۴۸
 ۹۴۹
 ۹۵۰
 ۹۵۱
 ۹۵۲
 ۹۵۳
 ۹۵۴
 ۹۵۵
 ۹۵۶
 ۹۵۷
 ۹۵۸
 ۹۵۹
 ۹۶۰
 ۹۶۱
 ۹۶۲
 ۹۶۳
 ۹۶۴
 ۹۶۵
 ۹۶۶
 ۹۶۷
 ۹۶۸
 ۹۶۹
 ۹۷۰
 ۹۷۱
 ۹۷۲
 ۹۷۳
 ۹۷۴
 ۹۷۵
 ۹۷۶
 ۹۷۷
 ۹۷۸
 ۹۷۹
 ۹۸۰
 ۹۸۱
 ۹۸۲
 ۹۸۳
 ۹۸۴
 ۹۸۵
 ۹۸۶
 ۹۸۷
 ۹۸۸
 ۹۸۹
 ۹۹۰
 ۹۹۱
 ۹۹۲
 ۹۹۳
 ۹۹۴
 ۹۹۵
 ۹۹۶
 ۹۹۷
 ۹۹۸
 ۹۹۹
 ۱۰۰۰

Nephritis, acute,
 glomerulo-tubal (toxic),
 uraemia in,
 chronic glomerulo-tubal (toxic),
 parenchymatous, or tubal,
 diffuse,
 fixed, acute,
 haemorrhagic,
 metastatic,
 pregnancy,
 repress,
 subacute glomerulo-tubal (toxic),
 trench,
 tuberculous,
 Nephrolithiasis,
 Nephrostasis,
 Nerve, circumflex, lesions of,
 deafness,
 eighth, examination of,
 lesions of,
 eleventh or spinal accessory, examination
 of,
 lesions of,
 external popliteal (peroneal), lesions of,
 fifth, or trigeminal, examination of,
 lesions of,
 lateral popliteal, lesion of,
 median, lesions of,
 musculo-spiral, lesions of,
 ninth or glossopharyngeal, examination of
 of,
 olfactory,
 optic, lesions of,
 phrenic, lesions of,
 posterior thoracic, lesions of,
 sciatic, lesions of,
 seventh or facial, examination of,
 tenth or vagus, examination of,
 twelfth or hypoglossal, examination of,

مزاجیں کیفیت ، ذہنی امتحان میں ، ۶۱۷	Mood in mental examination,
اخلاقی صفات ، ۷۳	Morni isobocles,
ضعیف العقل ، ۷۱۰	Morons,
حرکی عصبوں کا مرض ، ۲۰۹	Motor neuron disease,
قتل و حشر پر مبنی ، ۶۵۵	paralysis in hysteria,
نظام کا امتحان ، ۲۷۰	system, examination of,
حرکت پذیر گرد ، ۶۸	Movable kidney,
حماض شہری ، ۱۰۹	Mulberry calculus,
عضلہ کے دھکیں انقباضات ، ۵۶۳	Muscle, fibrillary contractions of,
عضلات کے امراض ، ۷۷۵	Muscles, diseases of,
عضلی فیبرل ، ۵۷۶	Muscular atrophy,
سوء تغذیہ کی ہڈی قسم ، ۵۸۲	dystrophy, distal type of,
وہیں مکتبی ذراعتی قسم ، ۵۸۱	facio-scapulo-humeral type,
مردی ، ۷۷۷	progressive,
کاذب پیش پرودہ قسم ، ۵۸۰	pseudo-hypertrophic type,
کی مکتبی ذراعتی قسم ، ۵۸۱	scapulo-humeral type of,
خشکی ، ۵۹۱	exhaustion,
ریت ، ۱۱۵	rheumatism,
شج ، عمروہ القیام ، ۲۳۸	spasm, localised,
تنش کا امتحان ، ۲۷۲	tone, examination of,
بکر ، حشر پر مبنی ، ۶۵۴	Mutism, hysterical,
وجع العضلہ ، ۱۱۷	Myalgia,
مردی عضلی نہایت ، ۵۸۸	Myasthenia gravis,
پیدا نشی عضلی سے تلبذگی ، ۵۸۶	Myasthenia congenita,
نخاع مرضی البیرو موس پر لیت ، ۲۰	Myelopathic albumosuria,
التهاب نخاع ، ۲۵۲	Myelitis,
حاد ، ۲۵۷	acute,
مشتت ، ۲۵۹	disseminated,
مراضی ، ۲۵۸	infective,
مزمن ، ۲۶۰	chronic,
آتشکی ، ۲۵۶	sphilitic,
کا علاج ، ۲۳۲	treatment of,
عضلی رجفہ ، ۵۲۱	Myoclonia,
عضلی رجفہ ، ۵۲۱	Myoclonus,
مرض العضلہ ، ۵۷۷	Myopathy,
تملشی عضلی التهاب ، ۱۱۸	Myositis ossificans,
عضلی تلبذگی ، ذہنی ، ۵۸۵	Myotonia atrophica,
پیدائشی ، ۵۸۳	congenital,
نوماسے (نو با لیدیں) ، دماغ کے ، ۲۶۲	Nooplasms of brain,
قزات کے ، ۲۳۳	of vertebrae,

حافظہ ، ذہنی امتحان میں ، ۶۲۲	Memory in mental examination,
ذہنی ہوش چيزوں کا ، ۶۲۳	role,
نہایت تازہ ، انیسویں و سترہویں صدیات ، ۶۲۳	very recent, formal tests of,
مہنجر کا مرض ، ۳۰۵	Meniere's disease,
کاء لائیہ ، ۳۰۵	syndrome,
سجائی مصلہ ، ۳۰۶	Meningioma,
سجائی التهاب ، ۳۰۸	Meningitis,
دھڑ ، مصلیٰ ، ۳۳۴	serosa, circumscribed,
نخاعی ، ۳۲۹	spinal,
کاپھی ، ۳۲۰	sympathetic,
آنتکی ، ۳۲۳	syrphilitic,
التهاب سنجاری و دماغ ، آنتکی ، ۳۲۶	Meningo-encephalitis, syphilitic,
ذہنی حالت ، ہسٹیریا میں ، ۶۲۱	Mental condition in hysteria,
نقص اور حواس سے محرومی ، ۴۶۰	defect, sense deprivation and,
البت (ذہنی) ، ۴۰۸ - ۴۰۹	deficiency,
کی تعریف ، ۶۰۸	definition of,
کو پیچیدہ کرنے والی نفسی	psychoncoses complicating,
عصبانیتیں ، ۴۶۰	
قانون نامہ ذہن مصلہ ، ۴۱۳ ، ۴۱۶	Deficiency Act, 1913,
ذہنی امراض ، ۴۱۶	disease,
کے قانون تعلقات ، ۴۱۸	legal relationships of,
واقعات ، غیر شعوری ، ۶۰۰	events, unconscious,
امتحان ، ۶۱۳	examination,
ارتباط و نفسیات میں ، ۴۱۶	integration in psychology,
حالت کے امتحان کا دستور العمل ، ۶۲۶	state, routine examination of,
وجہ القیظ ، غاصد اسر ، ۲۳۰	Meralgia paraesthetica,
پارے کا عروبن جسم ، ۱۹۹	Mercurial poisoning, chronic,
انتقالی (سرورجی) ، التهاب گردہ ، ۴۹	Metastatic nephritis,
سلالت ، دماغ کے ، ۴۹۹	tumours of brain,
تبول کی فعلیات ، ۲۲۰	Micturition, physiology of,
درمیانی دماغ کے سلمات ، ۴۰۹	Mid-brain, tumours of,
نشیہ ، ۴۴۳	Migraine,
فلل السیر ، ۴۴۸	ophthalmoplegia,
وزارت صحت کی سفارشات ، سبائی التهاب	Ministry of Health recommendations regard-
دماغ کے سلمات ، ۴۶۰	ing encephalitis lethargica,
خلوط حالتیں ، مانیائی انفانڈو اور افسس	Mixed states in manic-depressive psychoses,
میں ، ۶۰۳	
حس کتابت ، ۴۶۱	Mugigraphia,
لیٹت العظام ، ۶۰۹	Mollities ossium,
منوکی سے ذہن ، ۴۱۰	Mongolian amounts,

دکھی وجہ ۲۸۰	Knee clonus,
چھٹکا ۲۰۹	jerk,
واقفیت عام، مگرشت اور تازہ واقعات کی	Knowledge, general, of past and recent
ذہنی امتحان میں ۲۲۴	events in mental examination,
کورساکاؤ کا حلقہ ۲۲۳	Korinkow's syndrome,
لنڈری ڈی جیرین والی قسم، عضلی	Landouzy-Dejerine type of muscular dystro-
سود تذبذب کی ۴۸۹	phy,
لنڈری کا شل ۴۱۵	Landry's paralysis,
بجانبی بول کی عطیت ۴۴۰	Lateral sinus, thrombosis of,
خشت پرادی یوریکس + بول میں ۹۰	Interstitious urates in urine,
دسامی قولنج ۱۹۳	Lead colic,
مرض الدماغ ۱۹۵	encephalopathy,
دل ۱۹۳	paralysis,
تسمم ۱۹۵	poisoning,
قانونی تعلقات، ذہنی امراض کے ۱۸۰	Legal relationships of mental diseases,
سبب خلوی سبب ۲۵	Leucocyte casts in urine,
لورل، ارتباط کے، ذہنی امراض میں ۵۹۶	Levels of integration in mental diseases,
مکان شوکی سہ نسبی ۳۸۱	Locomotor ataxy,
درد بکر ۱۹۸	Lumbago,
مکاناتی قواعد ۴۳۵	McNaghten rules,
مرض زور ۱۶۸	Mal de la Rose,
مرض الشمس ۱۵۸	Mal du Soleil,
تعارض صرع کی پہچان ۴۴۳	Malingering as epileptics, detection of,
میشوئی، مرض نوش ۱۳۶	Malum osseum scullis,
مینگیٹیس کا مزمن تسمم ۲۰۱	Manganese poisoning, chronic,
مانیا، حاد مزاجی، مانیائی انفقاسی	Mania, acute delirious, in manic depressive
ادواء النفس میں ۲۰۰	psychoses,
مانیائی انفقاسی ادواء النفس ۲۲۹	in manic depressive psychoses,
مانیائی انفقاسی ادواء النفس ۲۲۹	Manic-depressive psychoses,
میں مانیائی حالت ۲۲۹	manic phase in,
مارو کی مودوی دہی سے نفس ۳۸۴	Marlo's hereditary cerebellar ataxia,
مکسرا کا دماغی بخاری التهاب ۴۵۲	Meninge, encephalomyelitis of,
طبی صدائیت، ذہنی امراض میں ۴۲۴	Medical certificates in mental disease,
لب دماغ کے افراد ۲۴۹	Medulla of brain, lesions of,
لب دماغی لحمہ ۴۱۵	Medulloblastoma,
مکلاں نظری ۴۲۶	Megalocephaly,
مشقہ ۵۵۳	Megrim,
ماتنولیا، مکتبی ۵۶۶	Melancholia, involutional,

ارتباط کے لبوں ، ذہنی امراض میں ، ۵۶۶	Integration, levels of, in mental diseases,
قسم و فراست کا امتحان ، ۲۵۳	Intelligence, examination of,
عام ، ذہنی امتحان میں ، ۲۲۶	genetic, in mental examination,
حاصل تقسیم ، ۹۰	quotient,
تسمات ، مزمن ، ۱۸۳	Intoxications, chronic,
دوروں ذہنی سلطات ، ۵۰۴	Intra-cerebellar tumours,
حکشی مانتھولیا ، ۶۶۶	Juvenal melancholia,
جیکسنی صرع ، ۵۲۶	Jacksonian epilepsy,
جھٹکا ، کمری ، ۲۸۰	Jerk, ankle,
ذورسین کا ، ۲۰۶	hipopa,
دکھی ، ۲۰۶	knee,
باطحہ کا ، ۲۰۶	supinator,
مٹات پرووس کا ، ۲۰۶	triceps,
مطامل کے امراض ، ۱۱۰	Joint, diseases involving,
مٹکی ، ۱۰۲	Kakke,
مکرتگی کی اشارت ، ۲۰۳	Kernig's sign,
کیرج کا کشف ، البیومن یولیت کے لئے ، ۱۰	Keenidge's test for albuminuria,
کرکہ اور کرکہ ، ۲	Kidney and Kidney's
متصلب الشریان ، ۶۵	arteriosclerotic,
ان کی جراثیمی سرایتیں ، ۷۰	bacterial infections of,
ان کے دورے ، ۶۶	cysts in,
ان کے عضلات سلطات ، ۶۲	embryonic tumours of,
ان کا امتحان ، ۱	examination of,
ان کے اخراجات وظائف ، ۳۶	excretory functions of,
ان کے وظیفہ کی تہذیب ، ۲۶	function of, estimation of,
نقرس ، سرخ قرانی ، یا اولی متعلق ، ۶۵	gouty, red granular, or primary contracted,
ان کا وقفہ القوی ذہول ، ۶۵	ischemic atrophy of,
۱۲۱ متعلق یا سپید ، ۳۸	large mottled or white,
در دستاھوا ، ۱۱۰	"leaky,"
حرکت پذیر ، ۶۸	movable,
ان کی نوپا لیدی ، ۱۲	new growths of,
ان کے اذیما کے متعلق نظریات ، ۳۳	oedema of, theories of,
ان کا محل وقوع ، ۱	position of,
تاریی متعلق ، ۵۵	secondary contracted,
شیخوخی متصلب الشریان ، ۶۵	senile arteriosclerotic,
ان کے سادہ دورے ، ۶۸	simple cysts of,
ان کا تمدن ، ۸۲	tuberculosis of,
زمن ، ۸۳	chronic,
کلیمپکی کا شغل ، ۲۱۰	Klumpke's paralysis,

کیمیائی دواؤں کے استعمال کے ۲۹۲	Hydrated cysts of brain,
استعمال مفصلی و شریک ۱۲۲	Hydrothrosis, intermittent,
استعمال الدماغ، حرم ۵۹۹	Hydrocephalus, chronic,
اندرونی و اکتسابی ۵۲۴	internal acquired,
پیدائشی ۵۲۰	congenital,
استعمال الکلیہ ۸۰	Hydrocephalus,
اکتسابی ۸۸	acquired,
پیدائشی ۸۷	congenital,
دوبارہ استعمال ۱۵۲	Hydrops asomatensis,
استعمال الصدر و تحت الحادہ کو پکی انہوی	Hydrothorax, in subacute glomerulo-tubal
التهاب گردہ میں ۵۰	nephritis,
برکلی سلمہ ۹۴	Hypertrophema,
پیش پرویشی و دوبارہ عقلی ۱۵۹	Hypertrophie pulmonary osteoarthropathy,
ذیر نامی قنات، نغادہ کی، اس کے حکمت ۵۹۸	Hypophyseal duct of pituitary, tumours of,
تحت العرقہ کے اثرات ۲۴۷	Hypothalamus, lesions of,
مشیر یا ۶۵۶	Hysteria,
میں تھنی حالت ۶۵۹	mental condition in,
مشیر یا تھنی صورت ۶۵۲	Hysterical aphonia,
حسرت بلع ۶۵۷	dysphagia,
دورہ ۶۵۲	St,
کی تشخیص ۶۵۹	diagnosis of,
انکم ۶۵۲	mutism,
سرحت تنفس ۶۵۸	polypnoea,
ایسی، خاندانی کنفی ۲۸۱	Idiocy, family unsuoretic,
ایسوسے ۷۲	Idiots,
حائم ۷۶	servants,
سلیف ۷۲	Imbeciles,
اخلاق ۷۳	moral,
ناظم آہنگی کا امتحان ۲۷۴	Inco-ordination, examination of,
حصہ نیل ۱۰۲	Indigo calculi,
ریشمی دماغی دو جانبی فالج ۴۷۹	Infantile cerebral diplegia,
تشخیصات ۵۵۱	convulsions,
دماغ الحفر ۱۶۵	scurvy,
سرایتی، گردہ کی، پرائیسی ۷۰	Infections of kidney, bacterial,
مجان کا عمومی خلل ۵۲۶	Inane, general paralysis of,
دوبارہ کی کا شوق و تشویشی عصبانیتوں میں ۶۳۰	Insanity, fear of, in anxiety neurosis,
بصیرت، تھنی امتحان میں ۶۲۵	Insight in mental examination,
سے خواب و تشویشی عصبانیتوں میں ۶۲۹	Incoercion in anxiety neurosis,

نکرس ، ۱۳۹	Geat,
حرمین کے علامات ، ۱۳۹	chronic, symptoms of,
مے قاعدہ ، ۱۳۷	irregular,
نکری سہلہ کے علامات ، ۱۳۵	Gouty attack, symptoms of,
صرع کبیر ، ۵۳۹	Grand mal,
ذوائی سیالک ، بول میں ، ۲۴	Granular casts in urine,
شج ترسیں ، ۵۶۹	Gryphosporosis,
مکروٹری کے سلعات ، ۹۵	Grawitz tumours,
گروایک کا کاشنہ ، دم بولیت کے لئے ، ۲۱	Gusserum test for haematuria,
سقیہ دماغ ، ۴۹۳	Gumma of brain,
عادی شج ، ۵۶۲	Habit spasma,
سلعہ دہوی ، زیر جانی حرمین ، امر کی سلعہ	Haemistoma, subdural, chronic, simulating
دماغ سے عقابیت ، ۵۹۶	tumour of brain,
تولہ نفاخی ، ۳۶۵	Haematomycin,
ہیماٹوپارفرین ، بول میں ، ۱۲	Haemateporphyrin in urine,
دم بولیت ، ۴۰	Haematuria,
عجول العیوب ، ۲۲۰	essential,
ولہر کے اسباب ، ۲۲	profuse, causes of,
تولہ دماغی ، ۳۳۹	Haemorrhage, cerebral,
نفاخ کے اندر ، ۳۶۵	into spinal cord,
نحت العکرولیہ ، ۴۴۸	sub-arachnoid,
توجہات ، استبدادی ، ۶۲۲	Hallucinations, visual,
مداع غیبی ، ۵۵۳	Hendric, sick,
سر پیش جنبانی ، کساحہ میں ، ۹۷۵	Head-nodding in rickets,
سر هلانا ، کساحہ میں ، ۱۷۵	Head-shaking in rickets,
ساعت کا امتحان ، ۳۵۹	Hearing, examination of,
حرارت کا غنہ ، الیپومین بولیت کے لئے ، ۱۵	Heat test for albuminuria,
اڑی گھٹنا امتحان ، ۲۷۵	Hock-knee test,
شب کموری ، دماغ الحمر میں ، ۱۶۵	Hemeralopia in scurvy,
آدماسیسی ، ۵۵۳	Hemiparesis,
نیم طالع ، ۲۱۱	Hemiplegia,
کھدی عدوی انحطاط ، ۴۸۵	Hepato-lenticular degeneration,
مے برڈین کی گرہیں ، ۱۶۹	Herbst's nodes,
ہیجکی ، ۳۱۹	Hiccup,
کولہے کا شیدخی مرض ، ۱۶۶	Hip, straddle disease of,
مٹیوی چیمہ ، کساحہ میں ، ۱۷۴	Hood-cross bone skull in rickets,
انجامے کرسکی ، ۱۷۷	Hunger oedema,
ہشنگٹن دماغی ، ۵۳۳	Huntington's chorea,
زجاجی سیالک ، بول میں ، ۲۳۰	Hyaline casts in urine,

شخصی صباک، بول میں ۲۳۰	Fatty casts in urine,
دیوانگی کا غوی، تشویشی عصبانیتوں میں، ۲۳۰	Fear of insanity in anxiety neuroses,
سنی معاملات کے متعلق غوی، تشویشی عصبانیتوں میں، ۲۳۱ - ۲۴۲	Fears in relation to sexual matters in anxiety neuroses,
بسن مقامات کا غوی، تشویشی عصبانیتوں میں، ۲۳۰ - ۲۴۲	of certain situations in anxiety neuroses,
مرض کی حیت، تشویشی عصبانیتوں میں، ۲۳۰	of disease in anxiety neuroses,
دوی کثیر عصبی التهاب، حاد، ۲۳۰	Febrile polyneuritis, acute,
شعبہ العقلی، ۱۰۰	Feeble-mindedness,
ریڈکی انقباضات، عضلہ کے، ۱۹۲	Fibrillary contractions of muscle,
دھڑکنے کا امتحان، ۲۰۱	tremors, examination of,
دھڑکنے، عضلہ کے، ۱۹۲	of muscle,
غائبہ صباک، بول میں ۲۳۰	Fibrinous casts in urine,
لٹی التهاب، ۱۱۰	Fibrositis,
پہ قراری، ۱۹۳	Fidgets,
اصبع انقباضی امتحان، ۲۰۲	Finger-nose-finger test,
دورہ، ہسٹیریا، ۲۰۲	Fit, hysterical,
مومی شم پذیر، ۲۸۹	Flexibilitas cerea,
سپال، دماغی نفاذ، ۲۲۱	Fluid, cerebro-spinal,
کا امتحان، ۲۸۳	examination of,
ماسکی صرع، ۳۶۱	Focal epilepsy,
جنون ثنوی، ۵۰۰	Folie à deux,
غذائی اجزاء، معدن، ۱۳۸	Food factors, accessory,
طیف تصویر، شاپہ میں، ۵۵۵	Fortification spectrum in migraine,
فریڈرک کی سہ نسی، ۳۰۲	Friedreich's ataxia,
فروان کا علاقہ، ۲۸۶	From's syndrome,
جیسی نقشہ دماغ کا، اس کے اندر، ۲۳۵	Frontal lobe of brain, lesions of,
وظیفہ منکومی، ۲۱۰	Function reflex,
وظائف حسی کا امتحان، ۲۶۰	Functions, sensory, examination of,
فرالین کا امتحان، ۲۰۰	Fundus oculi, examination of,
گرداختہ پذیر حصات، ۱۰۱	Fusible calculus,
وضع اور پال کا امتحان، ۲۸۳	Gait, examination of,
عروسی قتل عجائز، ۵۲۶	General paralysis of the insane,
مریخی سلحہ، دماغ کا، ۴۹۲	Glioma of brain,
ہسٹیریا، گولہ، ۲۵۰	Globus hystericus,
ذہب، رایت آسما التهاب مفصل کے علاج میں، ۱۲۹	Gold in treatment of rheumatoid arthritis,

التهاب دماغ: سببی ۲۵۰	Encephalitis, lethargica,
گود عرووی حشر ۲۲۳	periaxialis diffusa,
شلدی ۲۲۳	Schilder's,
دماغی تھانی: التهاب ۲۵۳	Encephalomyelitis,
گھبراء کا ۲۵۲	of measles,
چدوین دماغی کا ۲۵۲	vaccinal,
مرض الدماغ: دماغی ۲۱۵	Encephalopathy, lead,
دو حلس سلطہ: جانی ۲۱۶	Endotheliosis, dorsal,
رغزانی سلطہ ۲۱۵	Ependymoma,
وہانی اشتعال ۱۵۷	Epileptic dropsy,
صرع ۲۳۲	Epilepsy,
حائقی ۲۳۲	genuine,
خوددرو ۲۳۲	idiopathic,
فحق مرض میں ۲۱۷	in mental disease,
چکائی یا ماسکی ۲۳۶	Jacksonian or focal,
کبیر ۲۳۶	major,
صغیر ۲۳۸	minor,
سر شلی سبب: بول میں ۲۲	Epithelial casts in urine,
توازن کی طبیعت ۲۱۶	Equilibrium, physiology of,
ارپ کا شال ۳۹۷	Erb's paralysis,
ایسپاک کا امتحان: الیومن بریت کے لیے ۱۵	Kahn's test for albuminuria,
یوگاوہولین: بول میں ۱۶	Englobulin in urine,
امتحان ذہنی ۲۱۲	Examination, mental,
بول کا ۲۰۰	of urine,
امراض النفس کا ۲۰۸	psychiatric,
الخارجی وظائف: گردوں کے ۳۶	Excretory functions of kidneys,
شستگی: عقلی ۲۱۱	Exhaustion muscular,
جستگی آور ادویات: نفسی ۲۰۹	psychoses, infective,
زبون دینی: شل ۲۰۲	Extra-cerebellar tumours,
انکھوں کا امتحان ۲۱۰	Eyes, examination of,
انکھوں کی حرکات کا امتحان ۲۱۱	Eyes, movements of, examination of,
وجہی شلج ۲۳۸	Facial spasm,
وجہی شلج ذراچھو قسم: عقلی	Facio-scapulo-humeral type of muscular
سود شلج کی ۲۸۱	dystrophy,
خانداہی نوبی شلج ۲۸۷	Familial periodic paralysis,
دواؤں کے اثرات ۱۱۵	Fasciae, diseases involving,
تکدن ۲۱۱	Fatigue,
کی انتہائی تشویش: انکھیاں میں ۲۱۶	extreme liability to, in anxiety neuroses,

خدا میں کمی کے باعث لاحق ہوئے والے امراض ۱۴۸	Deficiencies in diet, diseases due to,
قلت ذہن یا کم ذہنی ۷۰۸ - ۷۱۶	Deficiency, mental,
مہاسم انحطاطیت، ضعیف الذہنی میں ۷۰۶	Degeneracy, stigmas of, in feeble-mindedness,
انحطاط، دماغی لغزش ۴۸۲	Degeneration, cerebro-macular,
کبدی عدسہ ۲۸۵	hepato-lenticular,
نحت الحاد عروق نخاع کا ۳۹۸	subacute combined, of spinal cord,
ہذیان سکری ۱۸۳	Delirium tremens,
وضع قلع اور رنگہ ڈھنگہ عام، ذہنی استحسان میں ۶۱۳	Dementia, general, in mental examination,
حماض متبادر ۶۸۱	Dementia praecox,
قسم ثمر، نحت الحاد گلوبولی انیوری التهاب گردہ میں ۴۹	Demonstrations in subacute glomerulo-tubul nephritis,
پستی، مالیاتی انفقاش ادواء النفس میں ۶۷۱	Depression in manic-depressive psychoses,
ذیابیطس عصبي التهاب ۳۳۴	Diabetic neuritis,
تواتر حرکات استعجان ۲۷۳	Diodochokinesis test,
ڈیاسٹیس، بول میں، اسکی تفسیر ۳۰	Diascose in urine, estimation of,
خدا میں کمی کے باعث لاحق ہوئے والے امراض ۱۴۸	Diet, deficiencies in, diseases due to,
مرض برائت میں ۴۶ - ۵۳ - ۷۳	in Bright's disease,
دوجانبی فالج، دماغی، وضعی ۴۷۹	Diplegia, cerebral, infantile,
شعبہ ۴۷۹	spontaneous,
مرض کی ہیبت، تلویشی عصبانیت میں ۶۳۰	Discom, fears of, in anxiety neuroses,
مشر سلاط ۳۶۷	Dibacinated sclerosis,
مدی قسم، عطلی سوہ تنظیہ کی ۸۲	Distal type of muscular dystrophy,
خواب آلود حالت، سرخ کبیر میں ۴۳۶	Dreamy state in major epilepsy,
استسقاء وبائی ۱۵۷	Dropsy, epidemic,
نوعیت، کلوی ۱۷۷	Dwarfism, renal,
عسر الکلام کا استعجان ۲۵۶	Dysarthria, examination of,
عسر البلع، حبثربائی ۶۵۷	Dysphagia, hysterical,
سوہ تنظیہ، عطلی، مترقی ۵۷۷	Dystrophy, muscular, progressive,
عصب عظم کا صلہ ۴۹۷ - ۵۱۲	Eighth nerve tumor,
برقی تسمات، عضلہ کے، ان کا استعجان ۳۷۷	Electrical reactions of muscle, examination of,
مدادیت، دماغی ۴۴۸	Embolism, cerebral,
مقدش سلمات، گردے کے ۱۲	Embryonic tumors of kidney,
جذبائی تسمات ۴۶۶	Emotional reactions,
التهاب دماغ ۴۵۱	Encephalitis,
وبائی ۴۵۲	epidemic,

دھنچہ دھبی ۲۵۰	Clonus, knee,
گرہ شکل ۱۰۹	Clothing of fingers,
لولیج دھاسی ۱۹۳	Calc, lead,
کروی کے علامات ۱۰۰	renal, symptoms of,
کا علاج ۱۰۹	treatment of,
الٹیاب قولون کا دوسرا تحت ایجاد موریکی	Colitis, ulcerative, in subacute glomerulo-
نہونی الٹیاب گردہ میں ۵۹	tubal nephritis,
کولائیڈی تعامل دماغی نفاذی مریال میں ۲۵۰	Colloidal reaction in cerebro spinal fluid,
ارتکاز توجہ کی عدم قابلیت اتویشی	Concentrate, inability to, in anxiety neuro-
عصبانیت میں ۲۳۹	sis,
ارتکاز کا کٹھنہ کھولنے کے مشق ۲۶	Concentration test of kidney,
احوال شکوہ ۵۹۸	Conditioned reflex,
زجاج نفسیات میں ۲۰۹	Conflict in psychology,
شعور نفسیات میں ۲۰۰	Consciousness in psychology,
کولنگش دماغ ۴۸۲	Contusion of brain,
تشبیہات دھبی ۵۵۹	Convulsions, infantile,
اجسام رباعیہ توامیہ کے اشارہ ۲۳۸	Carpus quadrigemini, lesions of,
قشری حرکی اور احرانی خٹے دماغ کے ۷	Cortex, motor, and pyramidal tracts of
ان کے اشارہ ۲۳۴	brain, lesions of,
قشری حسی اور حسی راستہ کے اشارہ ۲۳۷	motor and sensory pathway, lesions of,
ایٹھن ۵۹۴	Cranop,
اعتقال کاتین ۵۶۸	writer's,
جہشی اعصاب کا امتحان ۲۹۰	Cranial nerve, examination of,
جہشی حوالہ کسانیت میں ۱۰۴	Craniotabes in rickets,
ذمہ داری برہم ۱۳۳	Criminal responsibility,
ساقی دماغ کے اشارہ ۲۳۵	Crus cerebri, lesions of,
دوری حراج مانیائی انفانی دوا لانس	Cycloid temperament in manic-depressive
میں ۲۵۰	psychoses,
دوری جیرو حراج مانیائی انفانی	Cyclotymic temperament in manic-depressive
دوا لانس میں ۲۶۰	psychoses,
استوائی نما جسم بول میں ۲۵	Cylindroids in urine,
دوبری عرض گردے کا ۹۶	Cystic disease of kidney,
دنیائی دوبری خلیہ دماغ کا ۴۹۰	Cysticercous cellulose of brain,
سستین کاسیات ۱۰۲	Cystine calculus,
دوبری کاسیات دماغ کے ۲۹۲	Cysts, hydatid, of brain,
گردے میں ۹۶	in kidney,
سبب عصب ۳۰۹	Dendrous, nerve,
تیز کی نشیات ۲۲۲	Defecation, physiology of,

قابلیت و صحت کی ۲۲۳	Capacity, testamentary,
دماغ کے اندرونی کیمہ کے اشراف ۲۳۸	Capsule, internal, of brain, lesions of,
کاربن مان آکسائیڈ کا قسم ۱۸۱	Carbon monoxide poisoning,
سرطان سلیمہ گردے کا ۱۳	Carcinoma, of kidney,
قلبی کلیوی مرض ۶۵	Cardio-renal disease,
سیانک بول میں ۲۳	Casts in urino,
زوال ذہنی سیانک التهاب دماغ میں ۲۴۸	Catatonia in encephalitis lethargica,
ذنب الفرس کے اشراف ۲۳۳	Cauda equina, lesions of,
کیمیکل جولی کی حلقہ ۲۴۴	Cavernous sinus, thrombosis of,
دماغی ڈبول ۲۸۴	Cerebellar atrophy,
پیرائہ ۲۸۵	seuile,
دماغی جبری زاویہ کے سلیمان ۱۲۲	Cerebello-vestibule angle, tumours of,
دماغ کے اشراف ۲۴۹	Cerebrotham, lesions of,
کے سلیمان ۱۱۱	tumours of,
دماغی شراج کی سلیمہ دماغ سے مشابہت ۱۶	Cerebral abscess, simulating tumour of
سوشلٹی ۲۴۴	brain,
دو جانیی فالج و شیمی ۲۴۱	contusion,
مداویت اور حلقہ ۲۳۸	diplexia, infantile,
وٹیلہ کا امتحان ۲۵۳	embolism and thrombosis,
زلی ۲۳۱	function, examination of,
جورہ کی حلقہ ۲۴۶	haemorrhage,
لیتہ مزمن ۲۴۴	sinuses, thrombosis of,
سلیمان ۲۱۲	softening, chronic,
جرونی اشراف کی تشلیم ۲۴۰	tumours,
دماغی لطیفی انحطاط ۲۸۲	vascular lesions, diagnosis of,
نماہن سیانک ۲۲۶	Cerebro-macular degeneration,
کا امتحان ۲۸۳	spinal fluid,
مداویت فائبر و طری ۲۴۲	examination of,
تصدیق قلت ذہنی میں ۲۲۱	Certificate, medical, in mental disease,
جنون کی ۲۱۸	Certification in mental deficiency,
عقلی پسلیاں ۲۴۰	lunacy,
شارکروز مادی ٹوٹہ کا مرض ۲۰۴	Cervical ribs,
نارس البد ۱۳۱	Charcot-Marie-Tooth disease,
کلورائیڈ بول میں ۶	Chiragra,
دماغی الفرس حلقہ ۲۳۲	Chlorides in urino,
لون ساز بول میں ۱۲	Chorea, Huntington's,
واسٹیک کی امارت کساحت میں ۱۴۵	Chromoguna in urino,
سکولین کے فعل کا طریقہ ۱۳۳	Chvostek's sign in rickets,
سجاعت ہندی امراض الفرس کی ۲۰۴	Cinchapheu, mode of action of,
	Classification, psychiatric,

دماغ - (مسلک سابق)

- ۲۴۸ کے اجسام رباعیہ قواعد کے اشارہ
 ۵۰۹ کے جسم ثقب کے مسلمات
 ۲۴۸ سابق دماغ کے اشارہ
 ۲۳۱ کے اثرات
 ۲۴۵ کے جہی نکتہ کے اشارہ
 ۵۰۸ کے مسلمات
 ۲۳۵ کے تحت العرش کے اشارہ
 ۲۳۲ کے اشارہ
 ۲۳۹ کے لبہ کے اشارہ
 ۲۹۹ کے مروجہ مسلمات
 ۵۰۹ درمیانی دماغ کے مسلمات
 دماغ کے حرکتی قشر اور حرمی ششوں کے اشارہ
 ۲۳۴ کے قذالی نکتوں کے اشارہ
 ۲۴۵ کے پنداری نکتہ کے اشارہ
 ۲۴۸ کے جسم قذالی کے اشارہ
 ۵۰۷ کے اس مرکزی خطوں کے مسلمات
 ۲۴۶ کے خاموش دہریوں کے اشارہ
 ۲۴۵ کے مدغی نکتہ کے اشارہ
 ۵۰۹ کے مسلمات
 ۲۹۲ کے مسلمات
 ۵۰۷ کی کلاب نما کلنیک کے مسلمات
 ۱۰۰ برادہ خلقت یوریش بول میں
 مرض یوریش
 ۳۰ کی ہر اشیا کے منطق ایک
 ۲۲ ثقبہ
 ۲۳۰ براؤن سیکر کا علاج

Brain, — (continued.)

- corpora quadrigemina, lesions of,
 corpus callosum of, tumours of,
 crus cerebri, lesions of,
 diseases of,
 frontal lobe of, lesions of,
 tumours of,
 hypothalamus, lesions of,
 lesions of,
 medulla of, lesions of,
 metastatic tumours of,
 mid-, tumours of,
 motor cortex and pyramidal tracts lesions of,
 occipital lobes of, lesions of,
 parietal lobe of, lesions of,
 pons varolii, lesions of,
 post-central regions, tumours of,
 silent areas of, lesions of,
 temporal lobe, lesions of,
 tumours of,
 tumours of,
 uncinate gyrus of, tumours of,
 Brick-dust urates in urine,
 Bright's disease,
 pathology of, provisional theory of,
 Brown-Sequard syndrome,
 Calcium excrete in urine,
 Calculi and Calculus,
 cystine,
 elective localisation of,
 fusible,
 indigo,
 mulberry,
 obstructive, suppression due to,
 renal,
 xanthine,

کیلیسیئم آکر یوریش بول میں
 سنگ پا حصات

۱۰۲ مسلات کا

کی منتخب مقامیت ۱۰۲

گرداخت پلیر ۱۰۹

نیل کا ۱۰۲

ششوی ۱۰۹

سے تسد کے باعث اسر البول ۱۰۹

گردہ کا ۱۰۹

لشہین کا ۱۰۲

ذبول دہنی (دلیلہ سابق)
 ۲۸۵ ہرمان
 عضلی ۲۵۶
 گردے کا وقفہ دہنی ۲۵
 حملہ کا اس کا امتحان ۲۴۱
 حسب پیری کا اولیٰ حوالہ نفاذ میں
 ۲۴۲
 پیری ۲۴۴
 کا امتحان ۲۵۸
 شطری عضلی ۲۰۰
 توجہ دہنی امتحان میں ۲۴۳
 نسری افعال اہل الصرع ۲۵۶
 عصب ہرلیٹ ۰۰
 جراثیم ہرلیٹ ۰۰
 قاعدی عقدات کے اثرات ۲۴۶
 صحت اخلاص سماعت میں ۱۴۳
 اینس جونس کا پروٹین بول میں ۲۰
 پیری پیری ۱۹۲
 زور اسین کا جھٹکا ۲۴۶
 بنا اور سابق کے کائنات ۰۰۹
 ولادت شل ۲۰۹
 مثالہ کا امتحان ۱
 کے عقد حاصرہ پر القیاد ۲۸۱
 دموی سیانک بول میں ۲۴
 یوریا کے اخلاص کا کشفہ ۲۸
 خون کے یوریا مانی کی زیادتی
 التهاب گردہ میں ۲۰
 خون میں کے یوریا کی تعیین ۲۶
 دموی حروفی سلانہ دماغ کے ۲۹۸
 مریوں کے امراض ۱۱۵
 عضلی عصب کا التهاب ۲۱۸
 خضہ کے اثرات ۲۶۰
 دماغ کا خراج ۲۶۸
 کے شرائین ۲۲۵
 کے قاعدی عقدات کے اثرات ۲۴۶
 کے دموی حروفی سلانہ ۲۹۸
 دماغ کی موٹگی ۲۰۲
 ۲۰۳
 امتر ۲۰۶

Atrophy, cerebellar, (continued.)

semile,
 muscular,
 of kidney, ischaemic,
 of muscle, examination of,
 of optic nerve, primary, in tabes,

optic,
 examination of,
 peroneal muscular,
 Attention in mental examination,
 Automatic actions, post-epileptic,

Bacilluria,
 Bacterioria,
 Basal ganglia, lesions of,
 Bending of ribs in rickets,
 Beacco-Jones protein in urine,

Beri-beri,
 Biceps jerk,
 Binet-Simon tests,
 Birth palsy,
 Bladder, examination of,

sphincter control of,
 Blood clots in urine,
 urea clearance test,
 urea content of, increased in nephritis,

urea in, estimation of,
 vessel tumours of brain,
 Bones, diseases involving,

Brachial neuritis,
 plexus, lesions of,

Brain, abscess of,
 arteries of,
 basal ganglia, lesions of,
 blood vessel tumours of,
 cerebellum lesions of,
 contusion of,

major,
 minor,

الکپٹونرلیٹ ۱۲	Alkaptonuria.
الوہیڈر کا مرض ۴۰۴	Alzheimer's disease.
خاندانی گتھی ایس ۳۶۱	Autosomal family idiosy.
سہ ڈھن ۴۰۸	Amenia,
کوبک سری ۱۶	microcephalia,
مغولی ۱۵	Mongolian,
اولی ۱۳	primary,
ملا بر ۱۵	schotic,
ثانوی ۱۴	secondary,
بیدارشی عدم آشی غلہ ۴۸۶	Anystonia congenita,
نچول غلہ ۴۷	Angutrophy,
تجویہ ۵۰ سٹیر یا میں ۶۶۱	Analysis in hysteria,
استحاضہ سے کلی ۱ گتھی الخاء کو بیک انہوی	Anuresis in subacute glomerulo-tubul nep-
الٹیاب مردہ میں ۵۰	ritis,
کبھی دھچک ۲۸۰	Ankle jerk,
ہدم الخاء ۱۹۲	Anosmia,
دافع صمغۃ حیاتی ۱۵۱	Antisthelle vitamin,
دافع اسکروی حیاتی ۱۵۱	Antisclerotic vitamin,
تقریبی نفسی صمغائیت ۶۲۴	Anxiety psychoneurosis,
حبسہ کا امتحان ۲۴۳	Aplasia, examination of,
پیدا کرنے والے اثرات ۲۲۱	lesions resulting in,
بے صوتی ۵۰ سٹیر یا میں ۶۵۲	Aplasia, hysterical,
ادراک ۱ دھن امتحان میں ۶۲۳	Apperception in mental examination,
فساد الاعمال پیدا کرنے والے اثرات ۲۴۱	Apraxia, lesions resulting in,
سم الخاوی صمغ الخاوی ۲۲۲	Arterial neuritis,
تسم ۴۰۰ مزمن	poisoning, chronic,
شرابین ۲۲۵ دماغ کے	Arteries of brain,
نخاع کے ۲۲۴	of spinal cord,
مصلب اثرات مردہ ۶۵	Arteriosclerotic kidney,
مفصلی الخاوی ساری ۱۱۶	Arthritis, infective,
حلی مفصلی الخاوی ۱۲۰	osteo-arthritis,
وثرت آسا مفصلی الخاوی ۱۲۰	rheumatoid,
ایسکارک ایسڈ ۱۵۱	Ascorbic acid,
تھاکشی یوریا دمویٹ ۶۱	Asthenic anoxia,
نجم خلوی صمغہ ۲۱۵	Astrocystoma,
بے نسق ۱ ماری کی ۱ موروثی صمغی ۴۸۳	Ataxia, cerebellar, Marie's hereditary,
فریڈرک کی ۲۰۲	Friedreich's,
مکان حرکت ۲۸۱	Ataxy, locomotor,
صمغ کا امتحان ۲۴۰	Athetosis, examination of,
ذیول ۴۸۳ صمغی	Atrophy, cerebellar,

اشاریہ

عمل طب

جلد سوم

خراج دماغی کی حملہ دماغ سے مشابہت	Abcess, cerebral, simulating tumour of brain,
۱۶	of brain,
دماغ کا ۳۶۸	perinaphric,
گرد کالوی ۸۰	Accessory food factors,
مدین غذائی اجزاء ۱۶۸	Achondroplasia,
عدم نور غشوی ۱۳۳	Acidemia in chronic glomerulo-tubal nephritis,
ترقہ دمویٹ، جرمین گویک انہوی التهاب	Acoustic tumour,
گرد کالوی ۵۶	Activity in mental examination,
حسی حملہ ۵۹۷ - ۵۱۲	Adaptation in psychology,
فعالیت ۱ دعویٰ امتحان میں ۶۱۷	Adenoma, pituitary,
توافق ۱ نسبتات میں ۵۹۵	Affective reaction types,
غدی سلعہ ۱ تناس ۵۹۷	definition of,
تاثیری یا وجدانی تعامل والی قسیمی ۶۶۶	Albuminuria,
کی تعریف ۶۰۵	athletic,
البتیومن یولیت ۱۶	causes of,
ورزشی ۱۱۰	dietetic,
کے اسباب ۱۸	functional,
غذائی ۱۱۰	orthostatic,
وشتی ۱۰۹	paroxysmal,
استقامتی ۱۱۱	theories of,
دوری ۱۱۱	Albuminuric retinitis,
کے متعلق تقریر ۲۲	Albuminuria, myelopathic,
البتیومن یولیت التهاب شبکیہ ۶۰	Alcoholia neuritis,
البتیومن عوس یولیت ۱ تناس مرضی ۲۰	pseudoparanoia,
الکحللی عصبی التهاب ۳۳۳	Alcoholism,
جنت کاذب ۱۸۹	chronic,
الکحللیت ۱۸۳	
جرمن ۱۸۴	



سلسلہ کتب علمیہ اسلامیہ

پبلشرز پکٹس آف میڈیسن

عمل طب

ای۔ پی۔ پی۔ پولٹن، ایم۔ اے۔ ایم۔ ڈی (اکسن) ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لندن)

معاونت

سی۔ پی۔ سی۔ منڈل، ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر، آر۔ ڈی۔ گلسپی، این۔ ایچ۔ فیئرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ مالین

جلد چہارم

ترجمہ

ڈاکٹر محمد عثمان خاں، ایم۔ ایچ۔ ایس۔ ایم۔ بی (لکھنؤ) سرژنٹ، تالیف ترجمہ (امراض جلد) (طبع چہارم) ۱۹۳۰ء
ڈاکٹر غلام دستگیر حسنا، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس۔ لکھنؤ سرژنٹ، تالیف ترجمہ (امراض جلد) (طبع پانزدہم) ۱۹۳۶ء

پہ نظر ثانی و ترمیم امراض جلد

ڈاکٹر سی۔ اے۔ محمد حسین حسنا، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس۔ لکھنؤ سرژنٹ، تالیف ترجمہ مطابق طبع پانزدہم ۱۹۳۶ء

۱۳۶۳ھ، ۱۳۵۳ھ، ۱۳۵۴ھ، ۱۳۵۵ھ

دارالطبع اسلامیہ

یہ کتاب ہے اینڈ لے چرپل لیٹڈ لندن کی اجازت
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں ترجمہ کر کے
طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست امین

امراض جلد (ادواء الجلد)

صفحہ
۱ تا ۳۹

- اولی اضرار ۳ - وہ امراض جو ساری عضویات سے پیدا ہوتے ہیں - مقطار گرز ار عضو یوں سے پیدا ہونے والے
امراض ۵ - متعدی رغوت ۶ - ثلولات ۸ - سادہ نملہ ۱۰ -
نطاتی نملہ ۱۳ - جراثیمی امراض ۲۰ - نبقی سبھی سرایتیں ۲۳ -
حصفہ متعدی ۲۴ - ناقطیت ۳۰ - رضیمی گنگرینی التهاب جلد
۳۱ - تسمیٹ ۳۲ - نبقی سبھی شقاق ۳۵ - لمفی عروق کا نبقی
سبھی التهاب ناکس ۳۶ - جلد الراس کا ایکزما آسا سبھی نبقی
ثوران ۳۷ - طفحہ رومالی ۳۹ - نبقی مہنی سرایتیں ۴۱ - نبقی
مہنی قاتمہ ۴۴ - سرخ دغنیہ ۴۷ - دنبل ۴۸ - راج پھوڑا ۵۲ -
نومولودی داد الفقاخ ۵۳ - شہیر خواروں کے خراجات متعدد
۵۷ - ببقہ زاد ابخیریہ ۵۸ - قفانی ابخیریہ ۶۲ - تخیری تغیر ۶۳ -
التهاب غدو عرقیہ ۶۶ - ریم جراثیمی فذاتی سلعہ ۶۷ - ایکزما فی
ساری التهاب جلد ۶۹ - جوارچی جلدی التهاب سلسل ۷۰ -
سیلان الدہنی حالت اور مولفہ حالتیں ۷۳ - سادہ تغیر ۸۴ -
نعلہ ۸۷ - معمولی تغیر ۸۸ - سیلان الدہنی التهاب جلد ۹۳ -

- تدرن ۱۰۰ - معمولی ذئبہ ۱۰۱ - بروقی ذئبہ ۱۱۰ - مدنی ثورانات
 ۱۱۱ - لحمیات ۱۲۲ - قرض رخوہ ۱۲۴ - انقی سلعہ صلب ۱۳۰ -
 فطرات سے پیدا ہونے والے امراض - قراع یا شہدیہ ۱۳۲ -
 قویاء (دار) ۱۳۴ - شعر فطری ثورانات - خرد بذوری ثورانات
 برادمی فطری ثورانات - قراعی یا شہدی ثورانات ۱۳۴ مختلف
 سفعہ ۱۵۲ - خمرہ ۱۵۳ - شعر فلیت - بوقی فطری ۱۵۴ -
 پیچ موئی امراض - زہراوی ٹولولات ۱۵۴ - خنر حیوانی امراض
 بعد حیوانی امراض ۱۵۹ - قمل الراس ۱۶۰ - قمل کبوسات
 ۱۶۱ - قمل العانہ ۱۶۴ - جرب یا خارشنت ۱۶۵ - وہ امراض
 جن کی جماعت بندی ان کی شکلیات کے لحاظ سے
 کھاتی ہے - احمرات ۱۴۱ - کثیر الاشکال احمرات ۱۴۲ - حلقہ دار
 مرکزہ گریز احمرات ۱۴۶ - گر کی احمرات ۱۸۰ - خصری احمرات ۱۸۳ - احمرات
 آتش ۱۸۶ - احمراری ذئبہ ۱۸۸ - وردیہ ۱۹۵ - شری ۲۰۰ -
 نو متی شری ۲۱۰ - حکہ ۲۱۲ - حکاک ۲۱۶ - مادہ عادی حکاک ۲۲۵ -
 حکاک چیرا ۲۳۰ - حکاک جینیر ۲۳۳ - گر کی حکاک ۲۳۰ -
 گرمائی حکاک ۲۳۳ - کھاؤ چھیک نما تفعیق ۲۳۴ - گرمائی حکاک
 (ہینسی قسم) ۲۳۵ - توری حساسیت ۲۳۶ - سرمائی حکاک
 ۲۵۱ - نمذہ شکل التهاب جلد ۲۵۲ - ممدشی التهاب جلد اور
 سمی ثورانات ۲۵۴ - ادویہ کے کھانے سے پیدا ہونے والے
 ثورانات ۲۵۸ - ادویہ کو بیرونی طور پر لگانے سے پیدا ہونے
 والے ثورانات ۲۶۱ - ضری اور آفتابی التهاب جلد ۲۶۲ -
 ایکریما ۲۶۴ - احمراری فلسمانی ثورانات - مملاتی تنخیل ۲۸۴ -
 صدنیہ ۲۸۴ - احمرات جلد ۲۹۹ - سرخ تنخیل ۳۰۱ - پیش
 فطری احمرات جلد ۳۰۳ - بیض و موہتی احمرات جلد ۳۰۴ - سرخ
 تنخیل شعری ۳۰۶ - بشوری ثورانات - مسلح حسدازہ ۳۰۸ -

جزائر لامعہ، ۳۱۷ - صدیقیہ نما، ۳۲۰ - قرینیت متنوع، ۳۲۲ -
 آبلے دار ثورانات، 'دستی و پائی جبابیہ'، ۳۲۵ - پیچو لے دار
 ثورانات، 'داء الفقاہ'، 'حادیثیت داء الفقاہ'، ۳۲۹ - عام
 داء الفقاہ، ۳۳۰ - برگی داء الفقاہ، ۳۳۳ - نبتی داء الفقاہ،
 برادمی ارخاء جبابی، ۳۳۵ - جلد کی پیش قرینیتیں، کنوب اور
 سمکات، ۳۳۷ - قرینیت، ۳۳۸ - قرینیت شعری، ۳۳۹ - قرینیت
 شعری ذبولی، 'قرینیت جرابی'، ۳۴۰ - جلدی قرین، 'غضبت الجلد'،
 ۳۴۲ - جلد کی ذبولی اور سور تغذیتی حالتیں، 'صلابت جلد'،
 ۳۴۴ - نومولودی صلابت جلد، ۳۴۶ - عصب الہتانی ذبول
 جلد، ۳۴۷ - ذبولی خطوط و لطحات، 'نونی جفاف الجلد'، ۳۴۸ -
 لون کی تبدیلیاں، ۳۵۰ - کلف، 'برشش رحمی'، ۳۵۲ - مرض ہفر،
 ۳۵۳ - اہماق، 'برص'، ۳۵۴ - داء الشوکی ستود، ۳۵۶ - پسینہ
 کے خدو کے عوارض، 'افراز کی بے قاعدگیاں'، ۳۵۸ - دغنیہ،
 ۳۶۰ - دہنی خدو کے عوارض، 'دغنیہ'، ۳۶۱ - دہنی خدی سلعہ،
 دہنی دوبرے، ۳۶۲ - بالوں اور شعری جرابوں کے عوارض،
 ۳۶۳ - سلعہ، ۳۶۴ - علاماتی سلعہ، ۳۶۷ - جرد، ۳۶۹ -
 سلعہ رقبی، ۳۷۴ - جلد میں نو بالیدیں، 'یعنی سلعہ رخوہ'،
 ۳۸۳ - یک لنگ باؤ سین کا مرض، 'تلبہ'، ۳۸۴ - عضلی
 سلعہ، 'عصبی سلعہ'، 'لغنی عوقی سلعہ'، ۳۸۵ - سلعہ زرد، ۳۸۶ -
 متغیر فطریہ، ۳۸۹ -

۳۹۵ - ۴۳۳

مدارینی امراض

تہید، ۳۹۵ - مریری امتحان، ۳۹۸ - خاص علاج، ۴۰۱ -
 ضررہ الحارث اور اس کے متجانس امراض، ۴۰۲ - غذائی
 سمومیت اور غذا کی قلتیں، ۴۰۷ - مدارینی کلاں ملوی عدم

- دمویت ' ۴۱۲ - معدی معوی خطہ کا مدارینی فساد فعل ' مدارینی
 اسپرو ' ۴۱۴ - مدارین کے امراض ساریہ ' تقطیر نذیر قشبات
 ۴۲۳ - آب ترسی ' ۴۲۴ - تپ زرد ' ۴۲۵ - ڈیکٹہ ' ۴۲۸ -
 رحیم مکی تپ ' ۴۴۱ - کپہ مناخی ' ۴۴۳ - رکشیا سے مدیا
 شدہ امراض ' ۴۴۷ - قلبی ٹائیفیس ' ۴۴۹ - تپ گوہ رآگنی
 ۴۵۴ - قزادی ٹائیفیس ' ۴۵۵ - جاپانی تپ دریانی ' ۴۵۷ -
 جراثیمی امراض ' ۴۵۹ - عصوی زحیر ' ۴۶۰ - ہیضہ ' ۴۶۹ -
 جذام ' ۴۷۸ - طاعون ' ۴۸۸ - تپ متموج ' ۴۹۵ - طولاردو
 ۵۰۲ - تپ اورویا ' ۵۰۴ - مدارینی عضلی التهاب ' ۵۰۸ -
 فطری امراض ' ۵۰۹ - سبھی مرض ' انتی حینی بذریعہ
 ۵۱۰ - بدور فطریہ ' ۵۱۱ - کاکسی ڈی آئیڈیسس ' ۵۱۳ -
 پنج موئی امراض ' یاز ' ۵۱۷ - گونڈو ' ۵۱۹ - گنگوسا ' ۵۲۰ -
 نزد مفصلی کرب ' ۵۲۱ - حشی ناکہ قلبی ' ۵۲۴ - حشی ناکہ قزادی
 ۵۲۷ - مرض وائیل ' ۵۳۰ - جاپانی تپ ہفت روزہ ' ۵۳۶ -
 تپ عوش گزیدگی ' ۵۳۷ - نخز حیوانی امراض ' میریا ' ۵۳۹ -
 سیاہ بولی تپ ' ۵۵۸ - کالا آدار ' ۵۶۷ - قرۃ مشرقی ' ۵۷۳ -
 امریکی ادی ایشانیت ' ۵۷۶ - افریقی قزاقیت ' ۵۷۷ - جنوبی امریکی قزاقیت ' ۵۸۴ -
 ایشیائی زحیرہ ' ۵۸۶ - ایشیائی التهاب کبد ' ۵۹۴ - دبی زحیرہ ' ۶۰۲ -
 سولہ اسہال ' ۶۰۴ - حجار دیت ' ۶۰۴ - دیدانی امراض
 دیدان مشقہ ' مدائیت ' ۶۰۶ - پیرام فٹو میت ' کلون آرکیت
 ۶۱۰ - پیراگوینیٹ ' ۶۱۲ - شاتی دار الفلیقہ ' ۶۱۵ - معدی
 دار الفلیقہ ' ۶۲۲ - دار الفلیقہ ایشیائی ' ۶۲۳ - ہیتر و فائیت
 ۶۲۶ - ریبا نیجہ ' خنزیری شریطیہ ' ۶۲۷ - بقری شریطیہ
 ڈپی لائیڈیم کیناٹیم ' ۶۲۸ - دو برگ جوبہ ہر ہیضہ ' ۶۲۹ - قماطیہ
 منین ' ۶۳۱ - قماطیہ ولودی ' انبان زہیت ' ۶۳۲ - قغذی

- نیتیت ۶۳۶ - جگر کا کیسہ ۶۳۲ - پیپٹریک کا کیسہ ۶۳۶ - دماغ کا کیسہ ۶۳۸ -
 کلوی کیسہ ۶۳۹ - شریطیہ غشائیہ قزوم ۶۵۰ - سلیکیہ متبریت
 ۶۵۱ - فلاریا بان کرانٹائی ۶۵۳ - فلاریاے مستر ۶۵۷ -
 فلاریا اوند ڈائی لوآ لوآ ۶۵۹ - خار ذہبیت ۶۶۲ - مرض شہ
 ۶۶۵ - مرض مومینی ۶۶۹ - مری دہنگی ۶۷۲ - مرض کج دہنہ
 ۶۷۳ - متانیت ۶۷۸ - بال ڈی مرض ۶۸۱ - چرنوں کا
 مرض ۶۸۲ - مرووں سے پیدا شدہ امراض ۶۸۳ - ذبابیت
 ۶۸۴ - لسانی کرم ۶۸۸ - میس زنی اور گزیدگی ۶۸۹ -
 عثات ۶۹۲ - کڑیاں ۶۹۳ - بچو ۶۹۶ - گلبور
 کاٹنے والی جھکیں ۶۹۷ - گزیدگی ار ۶۹۸ - زہریلی مچھلیاں
 ۷۰۷ - مداریتی امراض جلد ۷۰۹ - مرض مگر ۷۰۹ - بکرا کر ۷۱۰ -
 میدانی قرعہ ۷۱۱ - مداریتی قرعہ ۷۱۲ - داء الفقاع متعدی
 ۷۱۵ - سعفہ ۷۱۶ - غیر معلوم اسباب سے پیدا شدہ مداریتی
 امراض ۷۱۹ - ایڑی کی کلائی ۷۲۰ - اونیا لے ۷۲۱ -
 کیوفا ۷۲۲ - کیپا ۷۲۳ - سواریا ۷۲۴ - متقح ادکی سلعہ ۷۲۵ -

اشاریہ -

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

THE PRACTICE OF MEDICINE

عمل طب

جلد چہارم

امراض جلد

آدواء الجلد

(DERMATOSES)

علم طب کی ایک عام نصابی کتاب کے اندر امراض جلد کا ایک مکمل تبصرہ پیش کرنا ممکن نہیں۔ چنانچہ ذیل کی فصل میں بہت سی ایسی باتیں جو اہمیت رکھتی ہیں حذف کر دی گئی ہیں۔ مثلاً جلد کے بہت سے سلعات، 'نجیث' اور غیر نجیث دونوں کے بیانات کے لئے قارئین کو یہ مشورہ دینا مناسب سمجھا گیا ہے کہ وہ جلدیات اور علم الجراثیم کی نصابی کتابوں سے استفادہ کریں۔ اسی طرح اس کتاب میں ناخنوں کے مختلف امراض کا یا شماعی التهاب (radio-dermatitis) کا بیان نہیں ملے گا۔ قسمتی سے

گزشتہ زمانے میں جلدیات کو ایک جداگانہ موضوع خیال کر لیا گیا، عام طبیب نے اُس کی طرف توجہ نہ کی اور اُن حضرات نے جو خود کو امراض جلد کا ماہر خیال کرتے تھے اُسے غلط طور پر سمجھا اور اہل موضوع بری طور پر طب کی خاص شاخوں میں سے ایک اہم ترین شاخ ہے، کیونکہ جلد ہی وہ آئینہ ہے جس میں عام صحت کی حالت کا مطالعہ ہو سکتا ہے اور جلد کے زیادہ عام فتورات کے اسباب کا علم مرض کی امراضیات کو صحیح طور پر سمجھنے کے لئے ایک کلید کا کام دیتا ہے۔ چند سال سے جلدیات کو عام طب کا جزو شمار کرنے کا رجحان بہت بڑھ گیا ہے اور آج کل طبیب کے لئے جلد حاضر کی جلدیاتی تعلیم سے واقف ہونا اسی قدر ضروری ہے جتنی کہ ماہر امراض جلد کے لئے اُن تحقیقات کے ساتھ دوش بدوش ہنا ضروری ہے جو طبی امراضیات میں ہو چکی ہیں۔

جلد بھی اُنہیں امراضیاتی حالتوں میں مبتلا ہو سکتی ہے جو جسم کے دوسرے اعضا اور ساختوں کو لاحق ہو جاتے ہیں، چنانچہ امراض جلد کی جماعت بندی انہیں چینی ہے۔ چنانچہ اُس میں حسب ذیل مرضی حالتیں پیدا ہو سکتی ہیں۔ وہ عوقیت میں تغیرات، التهابات، نوبالیدات، تغیرات ساخت خرد عضویوں (مثلاً تھن یا جذام کے خرد عضویوں) کے باعث، سمیتات مرض (مثلاً قمریہ اور دوسرے ثورانی امراض کے نتیجے) کے دوران سے پیدا ہو جانے والے اضرار، حیوانی اور نباتی طفیلیات (براہیم کے علاوہ) کا حمل، جلد کی جداگانہ ساختوں کی بیش پرورش اور انحطاط اور تغیرات لون۔

ہمیں بعض ایسے اعضاء کے فتورات کے متعلق بھی غور کرنا ہے جو جلد کے اندر واقع ہیں، مثلاً بال، عروق دہنیہ، اور پین کے غدود یا مرغولی غدود۔

جلد کے بہت سے فتورات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، مثلاً امراض فحشہ کے میتر ثورات، آتشک، جذام، مراحسہ (کنار) (glanders)، شعاع فطرسیت (actinomycosis)، اور دارافیل (elephantiasis) کے جلدی اضرار اور زخف کی وہ شکلیں جو پریوڑا (purpura) کے نام سے موسوم ہیں۔

ان مختلف امراض کی تفریق اُن مقامی تغیرات یا اضرار کے بغور شاہد سے پرہیزی ہے جو جلد میں واقع ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی ان کی تفریق، انکی مدت اور مؤلف اور ماسبق حالات کے متعلق غور و غوض پر۔

اولیٰ اضرار

چھلے یا پھسولے (حباب) (blebs or bullae)۔ بڑے آبلے جن کا قطر ۵ ملی میٹر تا ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، ان کا ستیال مافیہ صاف، یا کیتھرائزڈ گندلا یا خون آلود ہوتا ہے۔ یہ اکثر ایک ملتبہ قاعدے پر واقع ہوتے ہیں اور ان کا اندام انخراہج مافیہ اور جلدی چھلکے کے خشک ہو کر اتر جانے سے ہوتا ہے۔ کفیہ گیاں (chaps) شقوق الجلد (rhagades) یا فتحات (rimae)۔ بڑ جلد میں تراکیں یا شقیں جو نیچے طبقہ مخاطی یا آدمہ تک پہنچتی ہیں نہایت دردناک ہوتی ہیں اور ان میں سے خون باسانی نکل آتا ہے۔ انسحاج (excoriation)۔ جلد کی وہ چھتی جو بڑ جلد کی بالائی تہہ سے گھبرا ہوا درج میں طبقہ مخاطی تکشف ہو۔ اس کا رنگ شوخ سرخ ہوتا ہے اور پھوٹنے سے الیم پائی جاتی ہے۔ اور اس سے فصل کی عقیف مقدار کا افراز ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ خشک ہو کر پٹری بن جائے۔ نزفات (hemorrhages)۔ جلدی نزفات سے شوخ سرخ، گہرے سرخ، یا ارخوانی رنگ کے بڑے یا چھوٹے دبجے بناتے ہیں۔ یہ دبانے سے غائب نہیں ہوتے۔ عموماً یہ خون بتدریج جذب ہو جاتا ہے اور دھتوں کا رنگ چھپکا پڑ کر بھورا یا زردی مائل بھورا یا بڑے تحت الجلد نزفات میں یکے بعد دیگرے بھورا، سبز، اور زرد ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عرصہ دراز تک ایک ہی مائل بھورا معتبر رہ جائے۔ چھوٹے دھتوں کو ٹشما (petechiae) اور بڑوں کو کنڈم (ecchymoses) کہتے ہیں۔ اگر وہ دھتیاں بنا دیں تو ان کو خنچی لڈام (vibices) کہتے ہیں۔ شعری لڈام (capillary ecchymosis) میں نہایت باریک نقطہ پیدا ہو جاتا ہے جس کا منظر پیش دمیت جیسا نظر آتا ہے، مگر جب اس کو دبایا جاتا ہے تو معلوم ہو جاتا ہے کہ وہ باقی رہتا ہے۔ استثنائی حالتوں میں اس جلد میں جو کہ زرف میں بنلا ہوتی ہے اغاثات واقع ہو کر ایک قرحہ باقی رہ جاتا ہے۔ بیش دمیت (hyperemia)۔ یہ ایک مرنجی ہے جو مختلف وسعت کی ہوتی ہے اور خون سے عروق دمویہ کے پُر ہونے اور پھول جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حسب ذیل شکلوں میں ہو سکتی ہے۔ (۱) قاعلی بیش دمیت (active hyperemia) دھتوں کی فصل کی وجہ سے۔

(۲) ابتدائی التهابی بیش دمویت (early inflammatory hyperemia) جس کے ساتھ خفیف ورم، الیمیت، اور ارتفاع پیش کی بعض دلائل موجود ہوتی ہیں۔

یا (۳) وریدی بیش دمویت (venous hyperaemia) یا استسلا و مہول (passive congestion) جس میں دوسری قسموں کی نسبت زیادہ نیلا یا کبود رنگ ہوتا ہے۔ تمام حالتوں میں یہ سرخی دبانے سے غائب ہو جاتی ہے اور جب دباؤ ہٹا دیا جاتا ہے تو سرخی پھر نمودار ہو جاتی ہے۔ پہلی دو حالتوں میں سرعت کے ساتھ اور آخری حالت میں سدیج۔ گٹخات (macules)۔ جلد کی بدرجی کے چھوٹے چھوٹے رقبے جن میں جلد کی سطح یا قوام میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ یہ ایک مابقی بیش دمویت سے پیدا ہو سکتے ہیں اور تھوڑے عرصہ بعد غائب ہو جاتے ہیں۔ لیکن اگر یہ بیش دمویت کے بدوں پیدا ہوں تو عموماً زیادہ دیر ہوتے ہیں۔ کرسچے یا گسرہکلیں (nodules)۔ ٹھوس اُجڑ جو بشور کی نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ پٹوسا (papules)۔ جلد کے چھوٹے چھوٹے اُجڑ جو ہوتے ہیں یا کم از کم ان میں مرنی طور پر کوئی سیال موجود نہیں ہوتا۔ یہ بیشتر آدم میں پیدا ہوتے ہیں مگر بشور کے چھلکوں کے اجتماع سے بھی ان سے مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ ککڑا (ککلیے = acuminate) یا بے نوک، یا پچھلے سطح ہو سکتے ہیں۔ قاضیات (pustules)۔

or pustulae)۔ آبلے یا پھپھولے جن میں پیپ بھری ہوئی ہوتی ہے۔ کھرنڈ (scabs) یا پیسریاں (crusts)۔ خشک مصل پیپ یا خون کے بے قاعدہ چھپے تو دسے، یا ان ماقول کا آمیزہ جو اُسی کچی سطح پر جس سے ان کا افراز ہوا ہے بنتے ہیں اور اُس سے چپکے ہوئے رہتے ہیں اور اگر ایک آبلہ قاضیہ یا پھپھولے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ جھلکے یا قشسے (squamae)۔ بڑ جلدی خلیتوں کے اجتماعات چھوٹی شکل میں بعض اوقات جیسے کہ سبوسہ (dandruff) میں ان کے ساتھ دھن (sebum) کے شمعی مقررے کی بڑی آمیزش ہوتی ہے۔ چھلکے کسر کے چھوٹے چھوٹے جیسے ذرات (زخالی یا سبوسی furfuraceous) سے نکلنے بڑی بڑی برگ ریز یوں (exfoliations) اس کے خلاف پیدا ہوتے ہیں جو کہ تسلی التهابی آدمہ (exfoliative dermatitis) میں اور قرمزہ (scarlatina) کی بعض امساجوں میں دیکھی جاتی ہیں، یا صدقہ (psoriasis) کے دبیز چپکے ہوئے تو دوں تک۔ ذلایا (scar or cicatrix)۔ اتصالی بابت کی

نوبالیدگی، جو زخموں کے اندمال کا نتیجہ ہوتی ہے اور طبیعتِ سرد اور مسکین تر اور کوثر کرتی ہے۔ جب ندبات تازہ ہوں تو ان کا رنگ گلابی یا آسمانی مائل ہوتا ہے۔ بالآخر وہ بالکل پسید ہو کر صحت میں سکھ جاتے ہیں۔ کھرا دیکھنے کے نشانات (scratch marks) - خطئی، یا اگر خصب جرابوں کے راسوں پر ہوں تو نقطہ دار، جو ناخنوں سے پیدا ہو جاتے ہیں اور جن پر خون کی چھوٹی چھوٹی پٹیاں جمی ہوئی ہوتی ہیں۔ اگر یہ کافی گہرے ہوں تو یہ بالکل غصی یا نکلے نامدبات بن جاتے ہیں۔ ان کا رخ عموماً ایک یا دوسرے ذہ کی وضع کے ساتھ ایک ستین تعلق رکھتا ہے۔ زرخیم (sore) یا قرحہ (ulcer) - نقصانِ جرم جو سارے برجلہ کو اور اوس کے جز یا ٹکڑ کو نافذ کرتا ہو۔ اس کا قاعدہ اریکات سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے اور اس سے پیپ کا افراز ہوتا ہے۔ اس کا اندمال انداب کے طریقہ ہوتا ہے۔ صفیں عروق (تساعات) (telangiectases) - زیرِ طبیعتِ ضفیوہ کی اوپری ورید کوں کا اتساع۔ یہ اکثر وحشی خطہ اور ناک پر دیکھے جاتے ہیں، خاص طور پر گلابی تغیر میں اور ان اشخاص میں جو سردی اور صوب میں بہت منکشف رہے ہوں۔ یہ شعاعی التهابِ جلد اور احمراری ذئب میں ایک خصوصیت ہیں۔ آبیلے (vesicles) یا حویصلات (vesiculæ) - چھوٹے چھوٹے چھائے، جن کا قطر ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو برجلہ کی بالائی تہوں کے نیچے صاف ستیال کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ اکثر اوقات التهابی ہوتے ہیں ایک مہذب قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں، اور ان میں ایک درد البیومنی وصل بھرا ہوا ہوتا ہے۔ ذدوڑے (wheals) یا سُملاق (pomphi) یا اشجریہ (hives) - اوس کا محدود اذیماس سے جلد کا ایک پھیکا گلابی یا پسید اُجھا پیدا ہو جاتا ہے۔

مذکور ذیل امراضِ ساری رخصو یا سے پیدا ہوتے ہیں

مقطر سگنہ رخصو یوں کی سرایت سے پیدا ہونے والے امراض اغلب ہے کہ مزید تحقیقات سے یہ ظاہر ہو جائے کہ نامعلوم سبب کے کسی جلدی امراض ایک مقدار گزارِ شب کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً شفا لیسہ و ردیہ (pityriasis rosea) - فی الحال صرف ذیل کے مرض اس نوعیت کے ثابت ہوئے ہیں



.. متعدی رنخت (molluscum contagiosum)، معمولی ٹولول (common wart)، سادہ نملہ (herpes simplex)، نلقاتی نملہ (herpes zoster) اور لفی زراتی سلہ اربی (lymphogranuloma inguinale)۔

متعدی رنخت

(molluscum contagiosum)

(ملا حظ: ہر صفحہ ۸۸ صفحہ 888)

یہ نام جلد پر کے اُن چھوٹے سلعات کو دیا گیا ہے، جو قطر میں $\frac{1}{8}$ تا $\frac{1}{4}$ انچ یا $\frac{1}{16}$ ہوتے ہیں، جن کی شکل حدسی یا نیم کروی اور کبھی کبھی گلوبیہ نمایاؤندی دار ہوتی ہے، جو سطح پر سفید یا عاڈا کرکٹ دار ہوتے ہیں، اور جن کا رنگ زردی یا ل سفید ہوتا ہے۔ نسبت چھوٹے سلعات میں مرکز کے اندر اکثر ایک چھوٹا فقہ ہوتا ہے، نسبت بڑے سلعات میں ایسے کئی فقے ہوتے ہیں۔ اور اگر سلعہ کو زور سے دبایا جائے تو ان سوراخوں کے اندر سے غلطاطیات خلیات کا ایک جلا تینی نرم قودہ رستا ہے۔ خردین کے نیچے امتحان کرنے پر یہ دقیق بیضوی پکڑا راجام سے بنا ہوا معلوم ہوتا ہے، جن کو سارخوتی جسیمات یا رنختی اجسام (molluscum corpuscles or bodies) کہتے ہیں۔ سلعہ میں سے انتسابی تراش لی جائے تو اُس کی ساخت ایک خنقوری غدہ کی ساخت سے کسی قدر شبابہ معلوم ہوتی ہے۔ اُس میں ٹنگ ہوتے ہیں جن کو لینی بافت مٹھدہ کرتی ہے۔ ہر ٹنگ میں بیرونی جانب استوائی غلیٹوں کی ایک قطار ہوتی ہے، اس سے اندر کو زیادہ بیضوی براؤمی غلیٹے ہوتے ہیں، اور ہر ٹنگ کے مرکز میں چکدار غیر شفاف رنختی اجسام کا اجتماع ہوتا ہے۔ نسبت بڑے سلعات میں کے ٹنگ متقارب ہو کر مرکزی قنات یا فقہ کی طرف نہیں جاتے بلکہ زیادہ تر پہلو پہلو واقع ہو کر سطح پر مٹھدہ مٹھدہ کھلتے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ اس کی پیدائش کے عل کا آغاز اس طرح ہوتا ہے کہ شبکہ پائی کے خاردار غلیٹے رنختی اجسام میں تبدیل ہو جاتے ہیں اور بیان کیا جاتا ہے کہ ان میں قرنین (keratin) موجود ہوتی ہے، شبکہ کا وہ حصہ جو کہ متصل ہوتا ہے نیچے کی طرف اُدھر کے اندر بڑھ آتا ہے اور مٹھدہ ہری ٹنگوں کے درمیان کے فاصلات طیمات کے لینی باقیات

ہوتے ہیں۔ دہنی خدو یا شعری ہر بات کے ساتھ تعلق ہوتا ضروری نہیں۔

چنانچہ یہ بالیدیں دراصل سلیم سرطی سلعات (benign epitheliomata) ہیں، اور اس لئے دلچسپی کا باعث ہیں کہ یہ ایک سرایت رساں عضویت سے پیدا ہوجاتی ہیں جو اس قدر دقیق ہے کہ برکت فیلڈ مقلطار کے اندر سے گزر جاتا ہے۔ اس کی قطعیم اس طرح کی جاگتی ہے کہ بالید کے جھتی مافیہ کی آلود جلد پر کسی خراشیدگی کے اندر لگائی جائے یا اس سے پہلے کہ اس عقیم مالح مقلطار کا دروں جلدی اشراب کیا جائے جو کہ جوف کے ذریعہ نکالے ہوئے سلعات کو مالح محلول کے ساتھ چسپے اور اس طرح حاصل شدہ مستحب کہ ایک برکت فیلڈ مقلطار میں سے گرانے سے پیدا ہو۔ پانچ ہفتے سے لیکر چھ ماہ تک کے زمانہ حضانت کے بعد مقام اشراب پر غمی رغوئی بالیدیں نمودار ہوجاتی ہیں۔

تعدی رخت پر ندوں میں عام ہے اور اُن سے انسان میں منتقل ہو سکتی ہے۔ یہ بچوں اور بالغوں دونوں میں ہوتی ہے، اور اس کے سلعات نہایت عام طور پر چہرے، بازوؤں یا اطخوں، عورتوں کے پستانوں، اور مردوں کے اعضاء تناسل پر دیکھے جاتے ہیں۔ ان میں نتیجے ہونے کا امکان ہوتا ہے اور یہ خود بخود غائب ہو جاسکتے ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ یہ غیر معین مدت تک قائم رہیں اور ذاتی قطعیم کے ذریعہ تعداد میں بڑھیں۔ ان کی ایک کثیر تعداد ان اشخاص کے دعوئے واقع ہوتی ہے جو ترکی عام کثرت سے کرتے ہیں، اور یہ سرایت، دلاک کی انگلیوں سے یا شامہ چفہ غسل (bath gown) سے حامل ہوتی ہے۔

علاج سلعات کے مافیہ کو دبا کر نکال دینے اور اُن کے اندر خاص کاربوئک آئسڈیا آئیوڈین لگا دینے، یا ایک میزاب دار سوئی کو گھمائی ہوئی سلور نائٹریٹ میں بوکر (تاکہ اُس پر اس نمک کا ایک خلاف چٹھہ جائے) اُن کے اندر چھونے سے ممکن ہے کہ سلعات غائب ہوجائیں (Whitfield)۔ ایک زیادہ سادہ طریقہ یہ ہے کہ انھیں ایک چھوٹے مجرف (curette) سے گھر چنے کے بعد ماؤف سطح پر ہلکا نیچر آف آئیوڈین لگا دیا جائے۔

تولوات

(warts)

(بروقہ = verruca)

بروقہ یا تولول کی متعدد جداگانہ اقسام ہیں، جنکی تسبب مختلف ہوتی ہے۔ مثلاً معمولی تولول (عام بروقہ = V. vulgaris) ایک متغلا رگزار قشہ کی وجہ سے ہوتا ہے، زہراوی تولول (venereal wart) (توکڈار بروقہ، یا غلطا حبہ = V. vel condyloma acuminata) غالباً ایک مرغولیہ (spirillum) کی وجہ سے ہوتا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 888) سیلان الذہنی تولول (سیملان الذہنی بروقہ = V. seborrhoeica) غالباً تاخیر سے نمونانے والی ایک وجہ نمنا یا لید ہے، اور تولول پیری (شیخونخی بروقہ یا قسینیت = V. vel keratosis senilis) جلد کا ایک پیش رخا فی اٹھا ہے۔ آغزالہ کردو اکثر غلطی سے عام بروقہ کے ساتھ غلط ملکہ کر دئے جاتے ہیں مگر ان میں سے کوئی ایک بھی اُس کے ساتھ کوئی تعلق نہیں رکھتا۔

827

معمولی تولولات جلد کے فضولات ہیں، کیونکہ وہ بیش پروردہ مہلمات ہیں جن پر قرنی براودہ چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اُن کی شکل اور جسامت مختلف ہوتی ہے۔ مثلاً وہ چھوٹے اور چبھے ہو سکتے ہیں (مسطح بروقہ = V. plana) نیم کردی، ٹوک دار یا ڈنڈی دار ہو سکتے ہیں، اور اُن میں سے نسبتاً زیادہ بڑے لشکدار یا مسطح ہو سکتے ہیں۔ چبھے تولول پیکے زرد یا گلابی مائل رنگ کے، اور زیادہ بڑے تولول زیادہ تاریک اور زردی مائل بھورے رنگ کے ہو سکتے ہیں۔ وہ نہایت عام طور پر ہاتھوں کی پشت پر، انگلیوں پر، چہرے پر اور بالخصوص دہن کے گرد ہوتے ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ بچے ابتدائی یا "ماد تولول" کو (جو ہاتھ پر ہوتا ہے) منہ سے کھینچنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ پونوں اور پلدا لاس پر، اور تولول پر بھی ہوتے ہیں (اختصی بروقہ = V. plantaris)۔ کثیر التعداد چبھے تولول اکثر اوقات بچوں کے اور بعض اوقات بالغوں کے چہرے پر پائے جاتے ہیں۔ یہ بچوں میں بالخصوص پیشانی، کانپوں، رخساروں اور ٹھڈی پر واقع ہوتے ہیں اور ان

بجوں میں جنہیں جلد لاس اور چہرے کے سیلان الہمن اور خیل کی شکایت ہو ان کی سابق استعداد خاص طور پر ہوتی ہے۔ مردوں میں چھپے اور ڈنڈی دار دونوں قسم کے ٹولول ڈارمی کے خچکے میں ہو سکتے ہیں، اور پھر یہ جہامت کے برش اور اُس سے ملے ذریعہ میل جاتے ہیں۔ بعض اوقات نامنہ دہراؤ مانوف ہو جاتے ہیں اور ٹولولی بالید اکثر نامنہ کے نیچے پھیل جاتی ہے۔ انحصی ٹولولات (plantar warts) نہایت عام ہیں، اور اس وجہ سے اہم ہوتے ہیں کہ ان سے شدید درد پیدا ہو سکتا ہے۔ اکثر ان پر گوکھرو (corns) کا غلط لگان ہوتا ہے۔ وہ اکثر بعد حارقی ہڈیوں کے سروں پر یا اڑی پر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک قرنی حلقہ سے گھرے ہوتے ہیں، جس کے مرکز میں عظیمی نہیں شفاف قرنی طبقہ میں سے نظر آ سکتی ہیں۔

بحث اسباب - معمولی ٹولول بالوں کی نسبت بجوں اور زیعانوں میں زیادہ اکثر دیکھے جاتے ہیں۔ وہ متعدی اور خود قطعیم پذیر ہوتے ہیں۔ سرایت رساں عضو یہ ایک مقلہ رگزار قشرب ثابت ہو چکا ہے۔ کچلے ہوئے معمولی ٹولولات کا رس جو ایک ترکہ قیلہ مقلہ میں سے تغیر کیا گیا ہو اس کی قطعیم کرنے سے سطح ٹولولات دوبارہ پیدا ہو گئے (۱)۔

تشریح - عیلمات کی بڑی بیش پرورش اور تحویل اور اس کے ساتھ تمام بڑائی طبقات کی دانت ہو جاتی ہے۔ آدمی میں کوئی الہابی تغیر نہیں ہوتا۔

علاج - متوسط یا بڑی جہامت کے ٹولولات کو اگر تحکید کے ذریعہ پہلو نرم کرنا جائے تو کاربن ڈائی آکسائیڈ سنو (carbon dioxide snow) کی ایک قلم کے ذریعہ انجماد کرنے سے وہ باسانی دور کئے جاسکتے ہیں۔ انہیں کئی باقاریا گوانی سکتی ہے برقی شید گ کر کے یا اگر تعداد میں بہت زیادہ ہوں تو میگنیسیم سلفیٹ کے ذریعہ رواں رسانی کر کے بھی تلف کیا جاسکتا ہے۔ سطح ٹولولات اکثر لاشعاہوں کی مقلہ مقلہوں سے، نیز ہن آیوڈائنڈاف مرکبوری (biniodide of mercury) کا $\frac{1}{10}$ محلول جو ۵۰ فیصدی اسپرٹ میں بنا ہوا ہو اور جس میں ۲ فیصدی سیلی بلیک ایڈ موجود ہو، اس کے بار بار لگانے سے غائب ہو جائیگے۔

انحصی ٹولولات بعض اوقات مشکل سے اچھے ہوتے ہیں، لیکن عموماً لاشعاہوں

کی بڑی بقتادیں رہا، اسے لیکر رفاقت کا میاب ہوتی ہیں جبکہ اس باس کی معمولی جلد کو احتیاط کیا ہے
مختلہ نہ کر دیا جائے ایک یا دو نیشینی طریقہ یہ ہے کہ مقامی یا عمومی عدم حسیت کے تحت نوکین کے چھپکے ذریعہ
ٹولول کر اسکے جہاد سے کھینچ لیا جائے اور کبھی باسی کا ذبھڑ بھڑاے جو کنگڑا قیڑیں سے اسلورنا ٹریٹ کے
۵ فیصدی محلول سے تر ہوا اعلیٰ علاج ٹیکنیسیم سلفیٹ کریٹن ایوڈائن آف مرکبوری یا ٹکھیا کی پڑھتی ہوئی مقدار
سے نہایت ناقابل اعتماد ہے اس امر کے پیش نظر کہ وہ ایک معلوم ساری قشب طاقع ہوتے ہیں یہ نہایت ہی عجیب
ہے کہ ٹولول سے قبل وفات ایسا کرنے ذریعہ سرعت مفید یا ہو جاتے ہیں اور یہ طریقہ برا علم یورپ پر اور امریکہ میں
فی الوقت استعمال ہوتا ہے جہاں پھونک کے ریج ٹولول اچھا کر دیا لوگے دوا کی اکثر اوقات حقیقتی بجا رہتے ہیں۔

سادہ نملہ

(herpes simplex)

نملہ کی اصطلاح کے تحت عموماً دو حالتیں، یعنی سادہ نملہ (H. simplex) اور نطاقی نملہ (H. zoster) شامل کی جاتی ہیں۔ فرانسیسی اطباء اس اصطلاح کو
اول الذکر حالت تک محدود رکھنا پسند کرتے ہیں، اور آخر الذکر حالت کو نطاقیہ (Zona)
کہتے ہیں۔ ہر قسم سے اس کا اطلاق مختلف الاقسام حالتوں پر بھی کیا گیا ہے، جو نہ تو ایک
دوسری سے کوئی تعلق رکھتی ہیں اور نہ حقیقی نملہ سے، مثلاً نملتہ الحمل (H. الحمل)
(gestationis) نملہ نما التهاب الجلد: dermatitis herpetiformis، جو دروں
میں ہوتا ہے، نملہ پیدلہ (H. circinata) یا بالخور (tonsurans) (قر بار یا
داد) 'قر حبیہ نما نملہ (H. iris) (کثیر الاشکال احرار کی ایک قسم) 'جیبوی نملہ
(H. cretacea) (احرار کی ذئب: lupus erythematosus) ان اصطلاحات کو
ترک کر دینا چاہئے۔

سادہ نملہ (herpes simplex) ایک حادثہ ان ہے جو مختلف استعداد
آبوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو ایک احراری قاعدہ پر مجتمع ہوتے ہیں۔ ایسی ایک یا کئی جگہیں
ہو سکتی ہیں۔ طرہ ہونے سے پہلے آئندہ اؤف ہونے والے حصے میں عموماً خیمہ کی جھبھٹ
یا خبلن کا احساس ہوتا ہے۔ چند گھنٹوں کے بعد احرار کی ایک آؤیمائی جگہیں نمودار
ہو جاتی ہے، جس پر بہ سرعت چوٹے چوٹے صاف آبلے پیدا ہو جاتے ہیں، یہ چند یا

کثیر التعداد ہو سکتے ہیں، اور جب قریب قریب واقع ہوں تو اکثر ایک دوسرے سے ملتی ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ زنی ہوتے ہیں۔ ان کا صاف مافیہ گندلا ہو جاتا ہے اور پھر خشک ہو کر کھربند بن جاتا ہے، جو جھڑ جاتا ہے اور پھر ایک عارضی دھبہ باقی رہ جاتا ہے، لیکن ندب کبھی نہیں ہوتا۔ اکثر کسی تبقہ سبجیہ کا ثانوی حملہ واقع ہو جاتا ہے اور غلہ ممکن ہے کہ حصفہ متعدی (impetigo contagiosa) کے حملہ کا نقطہ آغاز ہو بہو متعلقہ منفیہ کسی قدر متورم ہو سکتے ہیں، لیکن اس مد تک نہیں جس مد تک کہ نطاقی نمسل (H. zoster) میں ہوتے ہیں۔

سادہ غلہ تقریباً ہر جگہ پر ہو سکتا ہے، لیکن اس کے انتخابی مقامات چہرے پر لبوں اور ناک کے گرد، اور اعضائے تناسل پر ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی وہ کانوں، جھینوں، دہن کی غشائے مخاطی، اور ٹہریوں پر بھی پایا جاتا ہے۔ اس کے خوالی کا بچا شہور ہے، اور یہ بالعموم ماؤف شخص کے اسی حصے پر ہوتا ہے۔ ڈاریر (Darier) نے مختلف خطوں پر دافر ثورات رقم کئے ہیں جو ضد حرقی قطعیمات (antityphoidal inoculations) کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو گئے۔

وجہی یا شفوی غلہ (herpes facialis seu labialis) عام ترین قسم ہے۔ یہ عادیاتوں کے ہمراہ واقع ہوتا ہے، مثلاً معمولی نزلہ، نفی ذات الریه (lobar pneumonia)، دانغی نغای الہتاب سحایا، اور طیرا کے ساتھ۔ یہ سبائی الہتاب الدماغ (encephalitis lethargica) میں اور تپ محوۃ میں شایع شاذ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ ایک تیز عمومی حملہ کے ساتھ ہوتا ہے، جس میں لرزہ ہوتا ہے، (تپ ملی نہ) (herpetic fever) اور اس قسم کی وبائیں مرقوم ہیں لیکن بعض مباحثہ میں ایک یا سوا تر حملے بلا کسی عادیات کے دیکھے گئے ہیں۔

غلہ اعضائے تناسل (herpes genitalis) یہ دونوں منوں میں پایا جاتا ہے۔ مردوں میں یہ ثوران غلہ کی اندولی سطح کو، یا نسبت کم اکثر اس کی بیرونی جانب کو، یا حشفہ کو، یا شنی غلنی تجویف کو، یا منفذ کو، بلکہ مجری البول تک کو ماؤف کر دیتا ہے۔ عورتوں میں یفرج کے کئی کئی حصے پر، اور کبھی کبھی جہل میں اور عنق الرحم پر واقع ہو سکتا ہے۔ عورتوں میں متوالی غلہ کے عاود اور وافر حملے ہوتے ہیں، جن میں نہ صرف فرج، بلکہ رونا

کی اندرونی سطحیں، جبل الزہراء، بین سرخنی درز، اور سرین بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ تپ کے ساتھ ان حصوں کا اور متعلقہ غدود کا درم ہوتا ہے اور شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے، جس کی وجہ سے ممکن ہے کہ مریض کو صاحب فراش ہونا پڑے۔ دونوں صفوں میں یہ نملی افسار بد لگتا وکلات بنجاتے ہیں، جو ممکن ہے کہ ذقیقہ یا فی التهاب کی جیسی جھلی سے ڈھک جائیں، یا ایک گندہ مقامی ریخی سیال خارج کریں۔ غلہ اعضاء سے متاثر اس نمکی وجہ میں اکثر قرعہ رخوہ (soft sore) یا اولی آشکی شینکر (primary syphilitic chancre) کے ساتھ غلط ملط کیا جاسکتا ہے، اور ان لوگوں میں جو خود کو ایسے خطرہ میں ڈالتے ہیں قدرتی اور پران برائتگی مابقی استعداد پیدا کر دیتا ہے۔ مزید برآں یہ آشکی سرایت کو ثانوی علامات کے نمایاں ہونے تک مخفی رکھ سکتا ہے۔

خندہ خندہ (herpes buccalis) عموماً شفوی غلہ کے ساتھ ساتھ دیکھا جاتا ہے۔ وہ اکثر آخر الذکر کی طرح دو جابجی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ گالوں کی مخاطی جھلی سے نالو یا زبان کو ماؤف کر دے۔ آبلے جلد ہی وکلات بنجاتے ہیں۔ بلوغ کا غلہ شافی ہوتا ہے اور اس کے ساتھ عموماً تپ، شدید مقامی درد، اور شفوی غدود کا درم ہوتا ہے۔ کبھی کبھی یہ دوران ملتئمہ کو بھی ماؤف کر دیتا ہے۔

جیسا کہ کہا گیا ہے، سادہ غلہ کا حوالی ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے، اور اس کے ظاہری اسباب محض کہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب معمولی نزہہ ہے۔ نیز سرایت کے مزمن اسکے اکثر اسباب معدہ ہوتے ہیں مثلاً، دانٹوں، انفی لمجوم، انفی جو فوں، یا دربیانی کان کی سرایت کے اسکے شفوی، انفی، یا ذنی غلہ میں۔ التهاب مجری البول، التهاب خندہ قد امیسر، التهاب الرحم اکثر اعضاء سے متاثر کے غلہ میں ایسے ماسکوں کا علاج کرنے سے ممکن ہے ان نملی حلوں کا سد باب ہو جائے لیکن سرایت رساں حالتوں کے علاوہ معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات بعض غلہائی اشیاء (مثلاً پینیر) غلہ کے اشغال کا سبب ہو جاتی ہیں عورتوں میں غلہ اس ملاء کے جواز الذبحارت (defloration) کے بعد ہو سکتا ہے، غلے کے متوالی حمل، لبوں پر پیر فرج پر، تقریباً ہر زمانہ میض کے ساتھ ہو سکتے ہیں، دونوں میں ممکن ہے کہ کسی خاص عورت کے ساتھ جماع کرنے کے بعد ہمیشہ غلہ اعضاء سے متاثر

پیدا ہو جائے۔ بعض امواتوں میں منکوس خراش (شلاوہ جو دانتوں کے بکھنے یا دہانی علیاً سے پیدا ہو جاتی ہے) بھی نملہ کا سبب معلوم ہوتی ہے۔

829

متوالی نملہ کی بعض قسمیں متفرق کی جاسکتی ہیں۔ بچوں اور رباعیوں میں ایک یا دوسرے گال پر متوالی نملے غیر عام نہیں۔ بالغوں میں ٹریٹوں پر ایسا ہی ہوتا ہے۔ نسبتاً قلیل الوقوع لیکن زیادہ دلچسپ وہ متوالی نملہ ہے جو دانتوں اور انگلیوں پر ہوتا ہے اور نطاتی نملہ (H. zoster) سے مشابہت پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اضرار کسی عصبی تہ کے مرکبے برابر برابر پیدا ہو جاتے ہیں، اور ان کے ساتھ ساتھ حسی اور دماغی اختلالات، بلاعضلی لاغری بھی موجود ہوتی ہے۔ راقم الحروف کے زیر علاج ایک عورت میں یہ ثورانا ہر زمانہ حیض کے ساتھ اُس کے دائیں ہاتھ کی پچھلی انگلی میں نمودار ہوتا تھا۔

محکمہ اسباب۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ امر ثابت ہو چکا ہے کہ سادہ نملہ، خواہ اُس کا سبب محرک کچھ بھی ہو، ایک ماورائے خود بین مقطار گزار قشرب کی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ انسان کے نملہ کے آبلہ کے مایہ کی تطعیم ایک خرگوش کے قشریہ کے نملہ کرنے سے ایک مینز التهاب القشریہ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ التهاب القشریہ ایک خرگوش سے دوسرے خرگوش میں انتقال پذیر ہوتا ہے، اور بعض مثالوں میں اس کے بعد شدید بلکہ جنک التهاب الدماغ (encephalitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ قشرب بہت سے اشخاص کی حمالی جعلیوں پر پناہ گزیں ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ اُن میں نملہ کی شکایت نہ ہو (2)۔ نملی بلکہ غیر نملی موضوعوں کے لعاب دہن کی تطعیم خرگوشوں میں کرنے سے التهاب القشریہ اور التهاب الدماغ پیدا ہو گیا ہے۔ اگرچہ یہ مرض انسان میں غیف درجہ کا ہوتا ہے، تاہم نملہ کے حلوں میں دماغی نفعی سیال کے اندر لسانی خلیوں کی کثرت پائی جاسکتی ہے۔ یہ سوال کہ آیا نملہ کا قشرب اور باقی التهاب الدماغ کا قشرب دونوں ایک ہی چیز ہیں، اب تک فیصلہ طلب ہے۔

مرضی شیعہ۔ اس کے آبلے شبکہ، آپٹیکل کے عمیق تر حصے میں، غار دار خلیوں کے تنخر سے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن نہ تو کوئی غباری ہوتی ہے جو نطاتی نملہ میں دیکھی جاتی ہے، اور نہ بین علوی آتی ہوتا ہے۔ آدمی میں عروقی انتشار کے ساتھ دنیا ہوتا ہے، اور کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی، جو آبلوں کے کہوٹوں پر حملہ آور ہوتے ہیں،

اور اتصالی بافت کے غلیظوں اور چند مسلولی غلیظوں کی درریش ہوتی ہے۔
 علاج - انگھل یا یوڈی کلون (eau-de-Cologne) سے بار بار اسنج کرنے
 اور اس کے بعد کوئی سادہ چھڑکنے کا مسنون یا فوسل کلامین (calamine lotion)
 استعمال کرنے سے ابتدائی اثرات کو ایک حد تک روک دیا جاسکتا ہے۔ مریضوں سے پرہیز کرنا
 چاہئے۔ متوالی غلہ کی امواجوں میں اگر ممکن ہو تو معتد سبب یا اسباب کی تعین کر کے
 اُن کا تدارک کرنا چاہئے۔ ان متوالی غلوں کی روک تھام میں بعض اوقات شعاعی
 علاج (radio therapy) اور ذاتی دموی علاج (autohemotherapy) یا جتا
 ربائی کے دوسرے طریقے کا سیاق ثابت ہوتے ہیں۔ حال ہی میں جدیدی قشب کا لچکڑ
 کا لطفہ جو ۱۰۰ کی نسبت سے مرقع کیا گیا ہو، یا غلی قشب کے مستحلب کا (بڑھتی ہوئی
 معادیں) اسے بیکراسی سی بک، ہفتہ وار وقفوں سے) زیر جلدی اشراب دینے سے
 اختلاف پذیر کامیابی حاصل ہوئی ہے (8)۔

نطا قی نسلہ

(herpes zoster)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۱ الف، صفحہ ۹۲۳)

{نطا قی، (zona) 'نطا قی نسلہ' (shingles)}

یہ آبوں کا ایک ثوران ہے، جو گروہ درگروہ مرتب ہوتے ہیں، اور عموماً ایک
 جلدی عصب کی توزیع میں واقع ہوتے ہیں۔ نطا قی یا بٹی کا نام انکی نہایت عام
 بین ضلعی قسم سے ماخوذ ہے، جس میں ان آبوں کے گروہ ریڑھ کی ہڈی سے لیکر جسم کے
 نصف حصہ کے گرد ہو کر سامنے خط درمیانی تک پھیلتے ہیں۔ ثوران سے پہلے بعض اوقات
 درد، جھنجھٹا ہٹ، یا جلن، اور ممکن ہے کہ قد سے کسندی یا خفیف حرارت ہو۔ پھر
 پاس پاس واقع ہونے والے بثور کے گروہ پیدا ہو کر سرخ چکٹیاں بنا دیتے ہیں، جو قطر
 میں ایک یا دو انچ ہوتی ہیں۔ اور ان پر آہستہ سرعت پیدا ہو جاتے ہیں، جنگی دیواریں
 پتلی ہوتی ہیں اور اقبیہ صاف ہوتا ہے۔ یہ آہستہ زیادہ تناؤ دار نہیں ہوتے اور جب
 کثیر التعداد ہوتے ہیں تو باہمی دباؤ کی وجہ سے ایک کثیر الزوایا شکل اختیار کر لیتے ہیں یہ

چلکیاں سب کی سب ایک ہی وقت نہیں پیدا ہو جاتی ہیں، مثلاً ممکن ہے کہ ایک چلکی پہلے ریڑھ کے پاس بنے، پھر بعد میں ایک بغل میں بنے، اور اس کے بعد پھر ایک منظم المنظم پر بنے۔ نیز ممکن ہے کہ بعض چلکیاں، یعنی وہ جو بعد میں بنی ہیں کوئی آجے نہ پیدا کریں اور یہ عمل گویا جلد رنگ جائے یا ناقص رہے۔ کچھ عرصہ کے بعد آبلوں کا مافیہ غیر شفاف یا دودھیا ہو جاتا ہے اور آبد خشک ہو کر ایک کھرنڈ جھاتا ہے جو اتر جاتا ہے اور پھر ایک سفید دھبہ باقی رہ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ دودھیا پن، پیپ بننے کی حد تک پہنچ جائے اور جلد کا اوپری طبقہ تلف ہو کر ندبات پیدا ہو جائیں۔ ایسے ندبات ہر گروہ میں بن سکتے ہیں، لیکن ایک گروہ کے ہر آبادہ سے نہیں۔ نہایت شاذ صورتوں میں جلد کا وسیع اغشاء واقع ہو کر عین قروح باقی رہ جاتے ہیں، جو آہستہ آہستہ مندل ہوتے ہیں۔ اگرچہ یہ چلکیاں صریحاً اعصاب کے ساتھ متعلق ہوتی ہیں، تاہم دھڑ پر ۲ انچ سے یکسر انچ تک چوڑا بند بنا دیتی ہیں، جس کا رخ پسلیوں کے حقیقی عمر کی نسبت زیادہ افقی ہوتا ہے۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ آبلے سامنے اور پیچھے دونوں جگہ محیط درمیانی سے متجاور ہو جائیں۔ جو اعصاب کا دلی لور پر متعلق ہوتے ہیں، کبھی کبھی ان سے دور دراز فاصلہ کے جمافی حصوں میں بھی آبلے پیدا ہو جاتے ہیں، حتیٰ کہ بکثرت پیدا ہو جاتے ہیں (خاالی آبلے 'aberrant vesicles' یا 'عام' - generalised herpes)۔

جھکی نلکہ (H. frontalis) پیشانی، جلدالاس، بالائی چوٹے، اور ناک کی جانب پُر فوق الحصری عصب کے رقبہ پر واقع ہوتا ہے۔ کان اور اس کے متصلہ حصوں کا نلکہ عصب پنجم، عصب وچہی (عصب درمیانی - nervus intermedius) اور نویں اور دسویں اعصاب کی حسی شاخوں اور آن کے متناظر عمود کی ماؤ قیت سے پیدا ہو سکتا ہے۔ عنقی نلکہ (H. cervicalis) گردن، عظم ترقوہ، اور عضلہ دالبہ پر ہوتا ہے۔ عضلہ می نلکہ (H. brachialis) بازو کے اعصاب کے محرکات تعاقب کرتا ہے۔ دوسری ایسی ہی گروہ بندیاں شکم، ران، اور ٹانگ پر کبھی کبھی دیکھی جاتی ہیں۔ بین ضلعی نطاقیہ (intercostal zona) کے ساتھ بازو کے اندرونی جانب کا نلکہ ہو سکتا ہے۔ (بین ضلعی ذراعی عصب یا آلوی نطاقیہ - gluteal zona) کے ساتھ مقدم ساقی نلکہ، جو قطنی اعصاب کی موخر اور مقدم شاخوں کی نمائندگی کرتے ہیں۔ یہ

ثوران تقریباً ہمیشہ ایک جانبی ہوتا ہے، اور اس کا دو جانبی وقوع نہایت نادر و مرقوم ہوا ہے۔ نطاقی غلغلا کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ وہ لمبی خدد، جو ماؤف رقبہ سے قناطر بنتے ہیں، ثوران کے ظہور سے پہلے ہی کلائی یافتہ اور الیم ہو جاتے ہیں۔

اس ثوران کی مدت چار دن سے نیکر دس دن تک کی ہوتی ہے، لیکن مرض یہاں ہمیشہ ختم نہیں ہو جاتا۔ بالخصوص بوڑھے آدمیوں میں ممکن ہے کہ ماؤف عصب کے ممر میں وجع الکبسی درد مہینوں یا برسوں جاری رہے، اور تشویشناک تکلیف کا باعث ہو۔ اور چند اصابتوں میں قومی ریشوں کے ساتھ حکی ریشے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، اور متاخر عضلات کا استرخا دیکھا گیا ہے، زیادہ اکثر عصب وجہی سے رسد یافتہ عضلات میں، اور بعض اوقات ان عضلات میں جن کو تیسرے، پانچویں یا چھٹے مجبی اعصاب سے اور عضل والیہ کو اور شکمی عضلات کو جانے والے اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ یہی غلغلا کے ساتھ یا اس کے بعد التهاب متفرق، تفرع قرنیہ، یا التهاب قرحہ ہو سکتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ ثوران دونوں صنفوں میں تقریباً برابر ہوتا ہے، اور اگرچہ یہ نادر شیر خواہی میں نہایت نادر ہے تاہم تقریباً ہر عمر میں دیکھا جاتا ہے۔ کسی حد تک کسی حادثہ بھی معلوم ہوتا ہے، اور دوسرے موسموں کی نسبت فصل بہار اور خزاں میں اس کے مریض زیادہ دیکھے جاتے ہیں۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ بعض مثالوں میں یہ متعدی ہوتا ہے، مگر تجدیری (varicella) کی نسبت کم متعدی ہوتا ہے۔ جمیع خدہ سریری اور اراضیاتی شادات سے مترشح ہوتا ہے کہ نطاقی غلغلا میں اصلی ضرر کھلی نغاعی جیستر، کیسری (Gasserian) یا ترکیبی معقود کی ماؤفیت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی پچھلی جڑوں، نغاع کے پچھلے استخوانوں، اور کھلی اعصاب میں انحطاطی تغیرات ہوتے ہیں۔ ایسی ماؤفیت مختلف الاقسام اسباب کی وجہ سے ہو سکتی ہے، جن کی عارضی یا سرسری جماعت بندی حسب ذیل کی جاسکتی ہے:-

(الف) تجدیری (varicella) کے ساتھ نطاقی غلغلا کے رشتہ کے متعلق اب کوئی شبہ باقی نہیں ہے۔ سب سے پہلے بوکے (Bokay) نے ۱۸۹۲ء میں اس کا اشارہ کیا، اور لی فیرے (Le Feuvre) اور دوسروں نے اس پر زور دیا، اور سامی دنیا میں کثیر التعداد شادات سے اس کی تصدیق ہو گئی ہے۔ اس کی تائید میں جو شہادتیں

ہیں ان کا علاوہ حسب ذیل پیش کیا جاسکتا ہے:- (۱) نطاقی نملہ کے حلہ کے بعد جلدیری ہوگئی ہے۔ راقم الحروف کے مشاہدہ کردہ ایک مریض میں، جو ایک بوڑھا آدمی تھا اور جسے پہلے جلدیری نہیں ہوئی تھی، دھڑ پر نطاقی نملہ کے ایک تشلی حلہ کے تقریباً ایک ہفتہ بعد جلدیری کا ایک عام ثوران ہو گیا۔ نطاقیہ کے حلہ کے شروع میں وہ اپنی ایک جھنجھکی سے ملے لگ گیا، جسے دو ہفتہ بعد جلدیری ہو گئی۔ (۲) اس کے برعکس جلدیری کے بعد نطاقیہ ہو سکتا ہے۔ (۳) ایک شخص کو نطاقیہ ہونے کے بعد ان بچوں میں یا دوسروں میں جو اس کے ساتھ رہے ہوں، بارہ دن سے لیکر سترہ دن تک کے وقفہ سے (جو جلدیری کے زمانہ حضانت سے متاثر ہے) جلدیری کا حمل ہو سکتا ہے، یا اس کا عکس بھی واقع ہو سکتا ہے۔ (۴) ان دونوں سرایتوں کی مماثلت کی مزید تصدیق نیٹر (Netter) اور آرتین (Urban) اور زیادہ قریبی زمانہ میں برٹین (Brain) (۵) نے ستم جینی کا (complement-fixation test) استعمال کر کے کر دی ہے۔ اس میں ان دونوں ثورات کے اضرار کے معنی مافیہ یا پڑیوں سے ضد جسم آفریں حاصل کیا جاتا ہے۔ دوسرے آبلہ خیز ثورات (جن میں سادہ نملہ بھی شامل ہے) کے ذریعہ کئے ہوئے تجربات منفی پائے گئے۔ (۵) آبلوں کی خود جینی امراضیات نطاقی نملہ اور جلدیری دونوں میں مسائل ہوتی ہے۔

631

اغلب ہے کہ نطاقی نملہ کی ان اصابتوں میں، جن میں اصلیتی توزیع والے ثوران کے خاص حصے کے علاوہ جسم کے مختلف حصوں پر آبلوں کی غلطی چمکیاں پیدا ہو جاتی ہیں، اس مرض کا سبب جلدیری کے قشرب کی سرایت ہے۔ جیسی کہ توقع کی جاسکتی ہے، ایسی اصابتوں میں یہ ثوران ایک نوعی ساری مرض کا ایک جزو ہوتا ہے، چنانچہ تپ منہ و نام کسلندی، اور سفید غلیظوں کی کثرت موجود ہوتی ہے جن میں ایسین پسند غلیظوں کی زیادتی ہوتی ہے۔

(ب) جلدیری کے نوعی قشرب کے علاوہ، معلوم ہوتا ہے کہ دوسرے ساری عضویہ بھی، جو جوئے خون کے ذریعہ مقود میں پہنچ کر ان میں انتہائی تغیرات پیدا کرتے ہیں، سبب مرض ہو سکتے ہیں۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ نطاقی نملہ میں تباہ اشخاص، کبھی لوثرین یا سرایت زدہ وائٹوں سے ملحقہ کئے ہوئے ہفتات سبھیہ کے اثراب سے جانوروں

میں نطاقی نمل پیدا کیا گیا ہے۔ راقم الحروف نے ایک امابت کا مشاہدہ کیا ہے کہ ایک خاتون میں ایسے فوق الجوی نمل کے ساتھ رشیت آسا التهاب مفصل (rheumatoid arthritis) تھا، اُس کے عنقی لوزین سے ملحدہ کردہ نبقات سمیہ سے جدرین تیار کئے گئے، جس کے اثرات سے نہ صرف التهاب مفصل میں اشتداد ہو گیا بلکہ نمل کے متوالی ملے بھی ہو گئے۔ ساندی (Sande) کو بھی نمل (herpes frontalis) کی ایک امابت سے حاصل کردہ گیری عقدہ کی تراشوں میں گرام مثبت نبقات ملے۔ اس میں شک نہیں کہ عادی سرایتوں، مثلاً ذات الریہ کے عضو لیے بھی ان عقود پر حملہ آور ہو کر التهاب پیدا کر سکتے ہیں اور اس طرح بعض مثالوں میں نطاقی نمل کا سبب ہو سکتے ہیں۔

(ج) نخاعی سمایا کا نمل اور آتشک پھلی خزل کے ایک یا زائد عقود کو مانا جاسکتا ہے۔ راقم الحروف نے نخاعی بوسیدگی (spinal caries) کی دو امابتیں دیکھی ہیں جن میں ایسے رقبہ پر چھوڑا فقرات کے موقوف حصے کی عصبی جڑوں سے متاثر تھا، نطاقی نمل کا حملہ ہو گیا۔ آتشک میں نمل ثانوی زمانہ میں پایا جاسکتا ہے (بعض اوقات بلاشبہ سالورسان کے اثرات سے تحریک پاکر) جبکہ سمائی موقوفیت کے امارت موجود ہوتے ہیں۔ یہ وہ آتشکی سمائی نخاعی التهاب (syphilitic meningo-mylitis) کے ساتھ موجود ہو سکتا ہے۔ اور بالآخر وہ ہزال نخاع (tabes) میں اور عمومی قفل (general paralysis) میں بھی غیر عام نہیں ہوتا۔ ہزال نخاع کی ایسی امابتیں دیکھی گئی ہیں جن میں آلام صاعقتہ موقوف رقبہ پر نمل کے متوالی ملے ہینوں تک ہوتے رہے ہیں۔

(د) بعض کیمیائی مسمی اشیاء، مثلاً سنگیا، کاربن مان آکسائیڈ، پوسٹیت اور مرکبہ دی (پارہ)، سبب مرض ہو سکتی ہیں۔ جسم سم الفار کی اُس دبا میں جو سنہ ۱۹۱۸ء میں پھرت میں پیر خوشوں میں واقع ہوئی، نمل کے بہت سے مریض دیکھے گئے۔ بعض اوقات وہ صد فیہ (psoriasis) کی یا دوسرے امراض کی اُن امابتوں میں پایا جاتا ہے، جن کا علاج سنگیا کے براہ دہن استعمال سے کیا جا رہا ہو، لیکن سم الفار کے نامیاتی مرکبات کے اثرات سے اُس کے پیدا ہو جانے کا امکان نسبت زیادہ ہوتا ہے۔

(س) بعض اوقات ضربی نمل نطاقی (traumatic zoster) دیکھنے میں آتا ہے، مثلاً سر یا عمومی شوکی کے تضریات، منخرنہ قطنی یا شوکی اثرات، اور شوک کی

درست درزی کے بعد۔

(م) عمود شوکی اور سما یا کی نوبالیدر پھیل جڑ کے عقود پر عمل آور ہو سکتی ہیں، جیسے کہ ہیڈ (Head) اور کمپبل (Campbell) کی مرقومہ امصابت میں ہوا، جس میں فقرات کے لمبی سلعہ کے ساتھ نطاقی غلہ کا حل ہو گیا (5)۔ اس میں امتحان بعد المہات سے ظاہر ہو گیا کہ نوبالیدر نے تناظر عقود کو مٹا دیا تھا۔ دوسری اصابتوں میں پسلیوں کے مرض کے ساتھ ساتھ غلہ کا وقوع ممکن ہے۔ ڈوبلر (Dabler) کی بیان کردہ امصابت میں جو پسلیوں کے مدنی تنفر کی تھی، عقود تو غیر مٹاؤں تھے لیکن ایکس مین ضلعی عصب کا عصبی التهاب پایا گیا۔

مرضی ششیج۔ پھیلی جڑ کے مٹاؤں عقود میں عتدی علیات کا آثار، اور پھیلی جڑوں اور استخوانوں اور پھیلی اعصاب میں انحطاط واقع ہوتا ہے۔ ٹوران کے آبلے، جو ایک اجزائی قاعدے پر پیدا ہو جاتے ہیں، ویسی ہی ساخت رکھتے ہیں جیسی کہ جڈیری کے آبلوں کی ہوتی ہے۔ یہ آبلے شبکہ مالپیگی میں بین علوی اذیا کی وجہ سے بن جاتے ہیں، اور سرعلی غلیتوں میں ایک مخصوص اور عجیب قسم کا "غباری" انحطاط واقع ہوتا ہے جس سے وہ پھول جاتے ہیں اور ان کے نوات تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ آدمی میں عوقی اسراع اور اذیا کے ساتھ سفید غلیتوں کی ورریش ہوتی ہے، اور کسی قدر شفر ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ اتنا کافی شدید ہو کہ اس کے بعد عمیق نوبات باقی رہ جائیں۔ خیالی ظاہر کیا گیا ہے کہ جلد کے یہ اغراض جو مرتحا متی عقود یا ان کے بعدی اعصاب میں خراش اور تفرات سے پیدا ہو جاتے ہیں، مٹاؤں جلد کے قیہ میں H-substance (خالہا ہشامین = histamine) کی آہستہ آہستہ اور مسلسل رہائی کی وجہ سے ہو جاتے ہیں (6)۔

علاج۔ خفیف اصابتوں میں صرف اسی قدر ضروری ہے کہ بورو ٹیلک کا چھونکے کا سفوف (boro-talc dusting powder)، غسول (calamine lotion) یا سادہ زنک کی گلدی استعمال کر کے اضرار کو صاف اور خشک رکھا جائے۔ مریضوں کو گھسیٹ اور پوٹشوں سے احتراز کرنا چاہئے، کیونکہ یہ آبلوں کی ثانوی سرایت میں مدد جوتے ہیں اور ابتدائے امکان کو زیا دہ کر دیتے ہیں۔ غلامہ خماسیہ (۵-۱۰) اسی کے محلول

کے دروں عضلی اثرات نہ صرف درد کو تسکین دینے میں، بلکہ جلد کی صحت کو کم کرنے میں بھی ایک تعجب انگیز اثر رکھتے ہیں۔ ان اثرات کا روزانہ تکرار کیا جاسکتا ہے یہاں تک کہ درد موقوف ہو جائے۔ حل ان کا واحد مانع ہے۔ ذاتی دوائی علاج بھی مفید معلوم ہوتا ہے۔ شدید اور سخت درد کے لئے، جو جلد کے بعد بھی طویل عرصہ تک باقی رہے (عموماً بوڑھے اشخاص میں) اور ایسا شدید جو کہ مریض کو خودکشی پر مجبور کر دے، بعض اوقات تناظر عصبی جڑوں کا عیسق لاشعاعی علاج جیرٹناک طور پر کامیاب ہوتا ہے۔

جراثیمی امراض - ۱۔ بخود نفی

امراض جلد کی بڑی اکثریت میں، جس میں امراضیاتی تیزات جلد میں خود عضویات کی فاعلی بالیدگی کے سبب سے واقع ہوتے ہیں، مرآت باہر سے واقع ہوتی ہے لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ نہایت تندرست اور صاف جلد بھی کبھی عقیق نہیں ہوتی، بلکہ اپنی سطح پر اور خاص کر شعری گہنی جراثیم کے دھنوں پر، فاعلی جلدی اتصال کے مقامات پر، اور اپنے قدرتی شکنوں میں کثیر التعداد اور مختلف الاقسام عضویوں کو گناہ دیتی ہے۔ تین عضویات ایسے ہیں جو انسانی جلد کے اندر اس قدر دراومت کے ساتھ (کم از کم متمکن حالات و ماحول کے تحت تو ضرور) پائے جاتے ہیں کہ ان میں شاید جلد کا طبعی یا شدہ سمجھا جیسا نہ ہو۔ یہ عضویات حسب ذیل ہیں: ۱۔ بیکٹیریا (staphylococcus albus) تغطیہ کا خزانہ ۲۔ عصیہ (microbacillus of acne) اور ملا سمنز کا تغطیہ ہند وریہ (pityrosporon of Malassez) جسے جلد طور پر قینی عصیہ (bottle bacillus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ ایک لہن نما فطر ہے جو ماٹیلیا (monilia) سے قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ لیکن اس پر جلد زرد دیا جائے بجائے کہ تندرست جلد کو خود عضویات بالیدگی کا آقا نہیں سمجھنا چاہئے، بلکہ اس کے برعکس واقعہ یہ ہے کہ وہ جیرٹناک طور پر بخود عضویہ ہوتی ہے۔ مطلقاً طبعی جلد میں سے لی ہوئی تراشیں ظاہر کرتی ہیں کہ عضویات علیحدہ علیحدہ اکائیوں کے طور پر قریبی طبعیت کی سطح پر واقع ہوتے ہیں اور اس کی اوپری تہوں تک کے اندر کبھی داخل نہیں ہوتے۔ وہ شعری گہنی جراثیم کے دھنوں پر بھی پڑے ہوئے نظر آتے ہیں، لیکن پینہ کی تنائوں میں کبھی نہیں ہوتے۔ تاہم یہ امراض ہے کہ (۷) سطح پر خود عضویوں کی محض موجودگی، اور فاعلی بالیدگی کی حالت میں

اُن کے وقوع کے درمیان فرق کرنا ضروری ہے۔ بائشمار بعض ترنگنوں کے (مجھے کہ یادوں کی انگلیوں کے درمیان اور بقلوں میں) جہاں عضویہ لمبی طور پر زوردار تگاکثر کی حالت میں ہوتے ہیں (اگرچہ وہ صحت کی حالت میں افوازاات کی تحلیل سے زائد کوئی اثر نہیں پیدا کرتے) تندرست جلد پر کوئی فاعلی خرد عضویتی بالیدگی نہیں ہوتی، لیکن دقیق ترین قاعدہ یا دوسرے ساری ضرر میں عضویہ بہت بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں سیلان الدمین (seborrhea) اور نصلہ (comedo) میں دہنی جرابوں کے اندریشہ تغیری عصیات (acne bacilli) موجود ہوتے ہیں، اور سادہ پتھیل (pityriasis simplex) کے چمکوں میں حنفلی بندوریہ (pityrosporon) بہ افراط نظر آسکتا ہے۔

قرنی طبقہ جلد پر خرد عضویتی حلق کی ماعت کے لئے ایک قدرتی حفاظت کا سامان ہے۔ جب یہ طبقہ مضور (خواہ کتنا ہی خفیف سا مضور) ہو جاتا ہے تو ایسے حلق کا موقع مل جاتا ہے، اور کوئی خرد عضویہ جو موجود ہیں [خواہ لمبی طور پر جیسے کہ بقاات غبی، یا اتفاقی طور پر، جیسے کہ بقاات سبمیہ] وہ فاعلی بالیدگی اختیار کر لیں اور امراضیاتی اثرات پیدا کر دینے کا امکان رکھتے ہیں۔ شمری دہنی دہنوں کو قرنی روک کے کنزور نقطہ سمجھنا چاہئے اور بقاات غبیہ جو وہاں گھات میا لگے رہتے ہیں، اُسوت جبکہ جلد کسی خواش اور چیز سے مضور ہو جائے، جرابی التهاب (folliculitis) پیدا کر دینے کا امکان رکھتے ہیں۔

اسطرح کچھ میں آجائیکا کہ وہ امراض جلد، جو بیرونی سرایت سے ہو جاتے ہیں، مندرجہ ذیل اسباب سے پیدا ہو سکتے ہیں:- (۱) اُن عضویوں کی، جو پہلے ہی سے غیر فاعلی حالت میں موجود رہتے ہیں، فاعلی بالیدگی اور حلق، جلد کے ضرر یا کسی دوسرے ایسے سبب عامل کے سبب سے جو جلد کی ماعت کو کم کر دے، مثلاً بقی غبی، اور نسبتہ کمزور تک فنی سبب اثراتی بہت سی ہیں۔ (۲) کسی سرایت کردہ شخص یا حیوان کے ذریعہ قشبی عضویوں سے بلا واسطہ یا بالواسطہ تعدیہ، مثلاً حصعہ متعدی (impetigo)، contagiosa، قوبا (ringworm)، آتھک، قولول (warts) اور دُئہ بروقی (lupus verrucosus)۔ (۳) سرایت کردہ فاعلی اغشیہ سے جلد پر حلق، مثلاً حصفہ جالتهاب الاغشہ (rhinitis) یا سیلان الاغشہ (otorrhea) کی وجہ سے ہو

بالائی لب کا انجیریت (syecosis) جو التهاب الانف کی وجہ سے یا نبتی غبئی التهاب کے براہ قنات انفی پھیلنے کی وجہ سے ہو۔ مزید برآں یہ واضح امر ہے کہ جب ایک بار تشبی جراثیمی بالیدگی کا ماسک قائم ہو جاتا ہے تو جلد کے دوسرے حصوں پر حملہ ہو جانے کا خطرہ بہت بڑھ جاتا ہے۔

جلد پر عضو یوں کا حملہ براہ جوئے خون ہو سکتا ہے، مثلاً تفعی الدم (pyemia) اور عفونت الدم (septicemia) میں، متدن، آتشک، جذام، تفعی قیوہ، بعض امراض لثیہ (exanthemata) اور کم از کم بعض امواتوں میں، غالباً ایسے ثورات میں جیسے کہ کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) اور کثیری احمرار (erythema nodosum) اور پھوڑا۔

بیرونی سرایت سے پیدا ہونے والے عام ترین ثورات وہ ہیں جو ریم زائبات (pyogenic cocci) 'عصیہ تغیر (acne bacillus) اور کلامیز کے تغلی بدوریہ (pityrosporon of Malassez) کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور ان عضو یوں سے پیدا ہو جانے والی حالتوں کا بیان پہلے درج کیا جائیگا۔ ریم زائبات کے متعلق یہ ہے کہ نبتی غبئی اور نبتی کسبی سرایتوں کے درمیان بعض فروق لیل میں بصورت جلد درج کئے جاتے ہیں۔

نبتات غبئیہ	نبتات کسبیہ
(۱) جلد پر ان کا حملہ یا تو کسی ماسبق مزین سے یا غلطی اغشیہ سے ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔	(۱) بعض نسلوں کو جلد کا قدرتی باشندہ سمجھنا چاہئے۔
(۲) جراثیم کی طرف کوئی میلان نہیں رکھتے بلکہ جلد کے قدرتی کلکٹوں کو مٹاؤف کرنے اور حقوق بنانے کا رجحان رکھتے ہیں۔	(۲) شوری کوہنی جراثیم کو مٹاؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں، چنانچہ پیشہ نبتی غبئی سرایتیں اقلی طور پر جراثیمی ہوتی ہیں۔
(۳) عروقی لثیہ پر حملہ اور کوہنی التهابیہ کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔	(۳) عموماً عروقی لثیہ کا التهاب یا غشیی التهاب نہیں پیدا کرتے۔

نبیقاتِ علیہا	نبیقاتِ علیہا
(۴) کثیر الاشکال نوائی علیاتِ بیضا کے لئے قوی کشش کیمیائی رکھتے ہیں اور اس طرح "ریم سٹورڈ" ("laudable pus") پیدا کر دیتے ہیں۔	(۴) نسبت کم ریم زار ہوتے ہیں اور مسلسل کے ارتخاح میں ترقی دیتے ہیں جس میں صرف معدودے چند علیات موجود ہوتے ہیں۔
(۵) نبی صبی اضرار خالص رہنے کا رجحان رکھتے ہیں یعنی عموماً ثانوی طور پر دوسرے عضویوں سے سرایت زدہ نہیں ہوتے۔	(۵) نبی سبھی اضرار ہمیشہ ثانوی طور پر نبیقاتِ علیہ سے سرایت زدہ ہو جاتے ہیں جو ممکن ہے کہ پھر اتنی جراثیمی اضرار بنادیں مثلاً نبی سبھی حصفہ (impetigo) کے بعد صبی غبی انجیریہ (sycosis) پیدا ہو سکتا ہے۔

نبی سبھی سرایتیں

حصفہ (impetigo) کی اصطلاح جلد کی اس اوپری سرایت کے لئے تجویز کی گئی ہے جو ریم زار عضویوں سے پیدا ہو جاتی ہے اور جس کا میز خاصہ قاعداً سرایت یا پھیلنے کا بنیانا ہے، یہ تندرست جلد پر بہ سرعت نمودار ہو جاتے ہیں اور ان کا مافیہ خشک ہو کر پٹریاں بنا دیتا ہے جن کے نیچے اندال واقع ہوتا ہے۔ تندرست جلد پر نمودار ہونے کے بجائے انھیں خود عضویوں کی سرایت ان اراضیاتی اضرار (بالخصوص آکریما) کو پیچیدہ بنا سکتی ہے جو کہ پہلے سے موجود ہیں اور پیپ اور باقاً فریٹریاں پیدا کر سکتی ہے۔ ان حالات کے تحت ان اضرار کے متعلق کہنا جاتا ہے کہ یہ ثانوی طور پر حصفہ (impetiginised) ہو گئے ہیں۔

اولیٰ حصفہ (primary impetigo) کی دو ممتاز قسمیں ہیں: - (۱)

حصفہ متعدی (Tilbury Fox) (impetigo contagiosa) جو طویل ریمز
 نبقات کسبیمہ (streptococcus pyogenes longus) کی سرایت کے باعث بنتا
 ہے۔ (۲) حصفہ بوخارٹ (impetigo of Bockhardt) جو نبی سبھی سرایت کے
 باعث ہوتا ہے۔ مگر حصفہ کی اصطلاح کو صرف نبی سبھی قسم کے لئے محفوظ رکھنا پسندیدہ
 ہے۔ بوخارٹ کے حصفہ کو مسمای جرابی التهاب (porofolliculitis) کے نام
 سے موسوم کرنا باعث سہولت ہے۔

حصفہ متعدی

(impetigo contagiosa)

(ملاحظہ ہو حصفہ ص ۵۵ الف)

اس قسم میں نبقہ کسبیمہ سے جلد کی سرایت قرنی طبقہ کے مین نیچے واقع ہوتی
 ہے۔ اولی فرد ایک چھوٹا سا سرخ دھبہ ہوتا ہے جو سستال کے ارتقاع کے باعث تہا
 سرعت کے ساتھ ایک سطحی آبلہ یا پھپھولا بن جاتا ہے، اور یہ آبلہ یا پھپھولے ہی اس مرض
 کے تیز اثر رکھنے جاسکتے ہیں۔ جہاں قرنی طبقہ پتلا ہوتا ہے، جیسے کہ چہرے پر، یہ پھیلنے
 ہوتے ہیں لیکن دوسرے حصوں میں، بالخصوص ہتھیلیوں اور ٹوہوں پر، یہ تناد دار ہوتے
 ہیں۔ ابتدائی درجہ میں ان کے اندر کاستیال صاف مصل ہوتا ہے اور اس سے کثرت
 نبقہ کسبیمہ کی خالص کاشت اگائی جاسکتی ہے، لیکن جلد ہی نبقات غیبی سے ثانوی
 سرایت واقع ہو جاتی ہے اور پھر یہ سستال سپید غلیظ کی موجودگی کے باعث گندلا
 ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں آبلوں کے گرد بیش و موت کا ایک سرخ ہالہ ہوتا ہے۔
 یہ سستال آبلہ کی سقف کے انشقاق کے باعث خارج ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ
 خود بخود خشک ہو جائے۔ بہر صورت خشک مصل سے تیز پٹریاں بن جاتی ہیں، جو زرد یا
 غبری رنگ کی ہوتی ہیں، یا بعض اوقات خون اور نسل کی آمیزش سے بھری ہوتی ہیں
 چند روز کے بعد پٹریاں آخر کار اصلی فرقہ کے مقام پر ایک گلابی داغ کا نشان باقی رہ جاتا
 ہے۔ اگر پٹری کو اس کے نیچے اندمال واقع ہونے سے پہلے ہی دور کر دیا جائے تو ایک پٹی
 رہتی ہوئی، اور بعض اوقات خون نکلتی ہوئی سطح منکشف ہو جاتی ہے، جس پر ازاں بعد

جلد ہی پھر پٹری بن جاتی ہے۔ اندمال طبعی طرح مکمل طور پر از سر نو پیدا ہو کر واقع ہوتا ہے اور کوئی ندبہ باقی نہیں رہتا۔ موضوعی علامات عموماً خفیف ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ کسیتہ خفیف سی خارش یا جلکن ہو، اور بچوں میں کھروچنے سے تازہ اضرار پیدا ہو جاتا ہے۔ حصہ متعدی کی مختلف قسمیں بیان کی گئی ہیں۔

پیچوانہ حصفہ (impetigo circinata) میں مقابلہ کم ارتشاح ہوتا ہے، اور اضرار محیط کی جانب پھیلتے ہیں مگر مرکز میں مندل ہوتے جاتے ہیں، اور سطح پیچوانہ چکٹیاں بنا دیتے ہیں جن کے حاشیہ پٹری دار ہوتے ہیں۔ اس حالت پر اکثر غلطی سے پیچوانہ قوبا (circinate ringworm) کا لگان ہوتا ہے۔ چکٹیوں کے حکم سے وسیع تیزی خفیف پیدا ہو سکتی ہیں (توزیدی حصہ = i. gyrata)۔

آبلہ دار حصفہ (impetigo bullosa)۔ اس قسم میں اضرار بڑے بڑے پھپھولے بنا دیتے ہیں، جن کی سقفیں پٹلی ہوتی ہیں، با تشاء اس مقام کے جہاں قرنی طبقہ دبیز ہوتا ہے، جیسے کہ اتھیلیوں اور تلووں پر۔

حصفہ تھخیلی (impetigo pityrodes)۔ جیسا کہ سنبر راڈ (Sabouraud) نے ۱۹۰۳ء میں زور دیا، نئی سبھی حصفہ کی ایک خشک مختلف شکل ہوتی ہے جو عموماً چہرہ پر واقع ہوتی ہے، اور جس میں اضرار خشک بخالی چکٹیوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جن کی شکل عموماً بیقاعدہ ہوتی ہے۔ یہ غالباً قدیم مصنفین کے (darte) volatile یا tetter کی اصابتوں کی اکثریت سے متناظر ہوتے ہیں۔ یہ معمولی حصفہ کے حملہ کے خاتمہ کے قریب پائے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ہم ایک ہی مریض میں تمام (۱) درجے (پٹری دار بستے ہوئے اضرار سے لیکر متذکرہ بالا خشک چھٹک دار چکٹیوں تک) دیکھیں۔ یہ اُن بچوں میں بھی نہایت عام ہوتے ہیں جو مزمن انفی نازلت میں مبتلا ہوں اور جنہیں معمولی حصفہ کا کوئی معین حملہ نہ ہو چکا ہو، اور پھر یہ اکثر اوقات نقصوں یا دہن کے زاویوں پر نئی سبھی شفاقات کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ قوی قلعوی صابنوں کے استعمال سے (جو حفاظتی قرنی طبقہ کو متضرر کر دیتے ہیں) ان کے وقوع کی استعداد سابق پیدا ہو جاتی ہے، لیکن سرایت سے قطع نظر ایسے صابن بطور خود خشک چھٹک دار چکٹیاں پیدا کر سکتے ہیں۔ حصفہ تھخیلی متعدی ہوتا ہے اور اس کی بہت سی وائیرس

کی گئی ہیں۔ اُس کی تفریق اُن چھلکے دار حکیتوں سے کرنی پڑتی ہے جو نکالیز کے تغلیٰ بذور (pityrosporon of Malassez) سے پیدا ہوجاتی ہیں، اور جو عموماً زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں میں دیکھی جاتی ہیں، نیز ایکڑا نسا جلدی درد (eczematoid tuberculide) سے تفریق کرنی پڑتی ہے۔

بحث اسباب۔ نبتی سبھی حصہ کے اولیٰ نُقیطہ (primary

phlyctenule) پر جلد ہی ثانوی طور پر نبقات غبیہ کا حلہ ہوجاتا ہے جو حیشہ شعری ذہنی جراثیم کے دہنوں میں موجود رہتے ہیں، اور چونکہ یہ عضویہ معمولی واسطوں کے اندر نبقات سبھیہ کی نسبت بہت زیادہ آسانی اور افزائگی سے حاصل کر لیتے ہیں، لہذا ممکن ہے کہ حصہ کے ابتدائی اضرار سے تیار کی ہوئی کاشتوں تک سے نبقات غبیہ کی خالص بالیدیں حاصل ہوجائیں۔ نبقہ سبھیہ کو حاصل کرنے کے لئے مصل کو ابتدائی نُقیطہ سے، یا پٹری کو ملحدہ کرنے کے بعد جو پٹی سلع شکشف ہو اُس سے، ایک چھوٹے شیشہ کے اندر پیچ لیا جاتا ہے جو مصلیٰ بخنی سے آدھا بھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس نالچے کے سرے ٹہر بند کر دئے جاتے ہیں اور اس کو تقریباً آٹھ گھنٹوں تک ۳۹ درجہ پر مقضن کر لیا جاتا ہے۔ اب اگر اس نالچے کے زیریں سرے کو توڑ دیا جائے تو واسطہ کے پہلے چند قطروں کے اندر نبقہ سبھیہ کی خالص کاشت موجود ملے گی، اور نالچہ کے بالائی حصے میں کے سیال میں جو ہوا کے تماس میں ہوتا ہے، نبقات غبیہ موجود ہونگے۔ چونکہ نبقہ سبھیہ ایک امکانی نا ہوا باش ہے، لہذا نالچہ کے زیریں ترین حصے میں وہ تنہا ہی اُگیگا۔ جب حصہ کے نُقیطات یا پچھلوے ہاتھ کی راجی سلع پر واقع ہوتے ہیں، جہاں شعری ذہنی جراثیم نہیں موجود ہوتے اور بدیں وجہ نبقات غبیہ کمتر تعداد میں ہوتے ہیں، تو نبتی غبی حلد نسبت در سے واقع ہوتا ہے، نُقیطہ کا مصلیٰ افیہ صاف رہنے کا رجحان رکھتا ہے، اور نبقہ سبھیہ معمولی واسطوں کے اندر بخنی خالص کاشت میں حاصل ہو سکتا ہے۔ کریکشل وایولیٹ (crystal violet) شامل رکھنے کا کاشتی وسائل بھی، جو نبقات غبیہ کی بالیدگی کو روک دیتے ہیں، استعمال کئے جاسکتے ہیں (8)۔ اس ذریعہ سے معمولی مصعد اور نا فطیت (ecthyma) میں نبقہ سبھیہ طویل (streptococcus longus) کی وافر بالیدیں حاصل کی جاتی ہیں، مگر طبی جلد سے

اور دوسرے مختلف جلدی ثورات سے (جو نئی سبھی مہداء کے نہوں) بنائی ہوئی کاشتوں میں یا تو نبتا ہے سبب اصل آگتے ہی نہیں، یا اُن کی صرف چند غلغلوہ غلغلوہ نوآبادیات حاصل ہوتی ہیں۔ اس طرح حصفہ پتھیلی (impetigo pityrodes) کی نئی سبھی تیبیب کے متعلق مستحیروا (Sabouraud) کے دعوے کی تصدیق ہوتی ہے۔ حصفہ کی مابقی استعداد پیدا کرنے والے خاص حالات تمام اقسام کے ضربے ہیں، جن سے جلد کا قرنی طبقہ مضور ہو جائے، اور قشبی نبتات سبھی کی سرایت میں نکشف۔ جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہے یہ معتدی مرض ہے، اور بالواسطہ یا بلاواسطہ تماس سے خاندان کے ایک رکن سے دوسرے میں منتقل ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور مدارس میں اور دوسری جماعتوں میں وبا کی شکل میں بھی ہوتا ہے۔ نام نہاد "فٹ بال پھنسی" ("serum-pox") اور اہل حصفہ متعدی ہے جو فٹ بال کے میدان پر تماس کی وجہ سے پھیلتا ہے۔ تعدیہ کے علاوہ یہ خود بخود بھی پیدا ہو سکتا ہے اور غارشی حالتوں، مثلاً عارشت (scabies) اور بانغموص قل الراس (pediculosis capitis) میں پیچیدگی کے طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ جلد الراس کا حصفہ بیشتر اوقات اسرار الذکر سبب کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ یہ تھنوں کے گرد، یا بالائی لب پر اُس نبتہ سبھی کی پیدا کی ہوئی جلدی سرائیت سے شروع ہو سکتا ہے جو حاد التهاب الانف (acute rhinitis) یا قحی انفی اخراج سے ماخوذ ہوتا ہے، اور کان کے گرد درمیانی آذن کے مزمن التهاب (chronic otitis media) کے اخراج سے شروع ہو سکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ راویہ دہن پر شقیقات (fissures) سے پیدا ہو جاتا ہے (la. perleche)۔

مرضی شریح ایک آبد میں سے لی ہوئی خوردبینی تراش سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ فزاتی طبقہ کے لیول پر واقع ہوتا ہے، چنانچہ اس کی سقف قرنی طبقہ سے اور قاعدہ خاردار خلیہ والی تہہ کے بالائی حصہ سے بنتا ہے۔ اس کا سیال مصل ہوتا ہے جس میں سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ آبد کے فرش کے برابر نبتات سبھی کی زنجیریں اور سقف اور اطراف کے قریب نبتات خلیہ کے گردہ دکھلائی دیکھتے ہیں۔ پیچھے کی جلد آزمائی ہوتی ہے، اور دروں سرطانی لٹنی راہوں میں سپید خلیے نظر آ سکتے ہیں۔ خلیات میں کے عروقی شعریہ قسع ہوتے ہیں اور خفیف التهابی در زرش موجود

ہوتی ہے۔

انتذار۔ انتظار ہر انفرادی اصابت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ مرض کا ماحول جو ایسے بچے یا بالغ میں ہو، جو دیگر لحاظ سے اچھی صحت کی حالت میں ہے، کوئی تین سے لیکر چھ ہفتوں کی مدت کا متعین کر رکھتا ہے، اور سرایت رماں بقعہ سبھی کی ممانعت بتدریج غویاب ہونے سے شفا یابی خود بخود واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس کمزور شدہ اشخاص میں، بالخصوص اُن میں جن میں مغالطی جلیقوں میں مزین بنی سبھی سرایت کی شکایت ہو (جو غریب کے بچوں میں استعد عام ہوتی ہے) یا جو سیلان لالہ میں مبتلا ہوں، حصہ عموماً بنی سبھی شتاقات اور تسمیط (intertrigo) کے ہر واقع ہو کر ایکینس مرض بن سکتا ہے۔ ایسی ہی اصابتوں میں (قطع نظر اُن مزین شتاقات کے جو مغالطی جلدی اتصالات پر اور جلد کے قدرتی ٹھکنوں میں ہوتے ہیں) حصہ کی اس خشک چمک دار قسم کے وقوع کا امکان ہوتا ہے، جو پہلے بیان کی گئی ہے۔

علاج۔ معاشی۔ بنی سبھی حصہ کے لئے بہترین مقامی لاسقات میں سے ایک لاسقہ فرانسیسیوں کی ٹیو۔ ڈی۔ ایلبور (eau d' Alibour) ہے جس کے مختلف ضابطے استعمال کئے جاتے ہیں جسٹیمورا ڈسٹنڈ ڈیل کی سفارش کرتا ہے۔

زنک سلفیٹ - ۱۰۰ - R/ (Zinci sulphatis—100)

کاپر سلفیٹ - ۴۰۰ - (Cupri sulphatis—400)

آب مقطر - ۱۰۰۰ - (Aq. dest. — 1000)

اس محلول کو نرم روٹی کے ٹپچاروں سے زور سے لگانا چاہئے تاکہ پڑیاں طومہ ہجائیں اور محلول زیر اقتصادہ سرایت زدہ سطح کے تماس میں آجائے۔ ان لاسقات کو روزانہ کئی بار کر لگانا چاہئے، یہاں تک کہ اُن کے اثر سے دبیز زرد پڑیوں کے بجائے خشک سطحی چمک پیدا ہو جائیں۔ اس محلول کا جمقف اثر اکتھیال (ichthyol) کا ایک کمزور زبدہ لگا کر کم کیا جاسکتا ہے۔

ایک متبادل طریقہ یہ ہے کہ پڑیوں کو طومہ کرنے کے بعد سرایت زدہ رقبوں کو ۵ فیصدی روح شراب میں بنائے ہوئے (۴۰۰۰ میں ایک حصہ طاقت کے) پر کلورائیڈ آف مرکوری (perchloride of mercury) کے محلول سے پھیریں۔ بہر صورت جب

اضرار کی تجفیف واقع ہو جائے تو ایک سیما بی زبدہ یا لمی استعمال کرنی چاہئے، مثلاً
R/ (Hydrarg. ammoniat gr v-x) اگرین - ۵ - ۱۰
(Ung. paraffini ad 3i) - ایک اونس تک

گچیندہ ہڈیاں راج آکسائیڈ فلیوی - ۵ - ۱۰ اگرین
R/ (Hydrarg. oxidi flavi, gr. v-x)

(Pasta zinci Comp.

B. P. ad 3i)

پیشا زکی کپوٹڈ - پڑش فارما کوپیا -

ایک اونس تک

وسیع اصابتوں میں جن میں پٹری زیادہ ہو یوں تک نشاستہ کی پودھوں
(boric-starch poultices) کے ابتدائی دسقات مفید ہیں، اور جب توران وسیع
طور پر پھیلا ہوا ہو تو زنگ سلفیٹ کا ایک بڑا چمچ ہر روزانہ غسل میں شامل کر دینا چاہئے۔ اگر
متصلہ غلطی جمیلوں کی مرایت اور کوئی شفاقات موجود ہوں تو ان کا علاج کرنا بھی بہت
اہم ہے۔

جیسا کہ کہا گیا ہے، حصہ کے حملہ سے شفا یابی کا انحصار غالباً مقامی علاج کے
کا رگر ہونے کی نسبت زیادہ حرمانعت کی نمویابی پر ہوتا ہے، یعنی اضرار سے مائل کردہ
عضویوں کی نسلوں سے مخلوط منفی سبھی اور شقی منفی جدرین (vaccine) تیار کی جاتی
ہے، اور ابتدائی اصابتوں میں اس کے پُر تیز استعمال سے حملہ مرض کے نوک روکنے
کی کوشش کرنا کارآمد ہے۔ جدرین ان اصابتوں میں بھی مفید ہوتی ہے کہ جن میں کافی مقامی تدابیر
کے باوجود تازہ اضران ظاہر ہوتے رہتے ہیں، نیز طویل المدت اصابتوں میں جب کبھی ممکن ہو سمندر کے پانی
یا کسی صحت بخش آب و جویں بالکل میدانی زندگی بسر کرنا چاہئے، اور یہ مرض ان اصابتوں
میں جن میں نہایت متناظر مقامی علاج عموماً تواری مرض کو روکنے میں ناکام رہتا ہے، تقریباً ناگزیر ہے۔
یہ کہا گیا ہے کہ حصہ متعدی اکثر بالواسطہ تماس سے، تو لمیوں، حجامت
کے برشوں وغیرہ کے ذریعہ پھیلتا ہے۔

نافلیٹ

(ecthyma)

یہ حالت مبتدی سبھی حصہ کی گہری قسم سمجھی جاسکتی ہے، جس میں برادہ کا آلف واقع ہو کر ایک قرحہ بن جاتا ہے۔ اضرار قاحات یا پھپھولوں کی طرح شروع ہوتے ہیں، جن میں مصل جبر ہوتا ہے، اور وہ جیسا کہ معمولی حصہ میں ہوتا ہے، یا تو گدلا ہوتا ہے یا زیادہ شاذ صورتوں میں ثانوی متبقی یعنی سرایت کے درجہ کے لحاظ سے سرخخاری ہو جاتا ہے۔ یہ مصل خشک ہو کر ایک دبیز چمکی ہوئی پیڑی بنا دیتا ہے جس کا رنگ سیلا زرد ہوتا ہے یا خون کی آمیزش کی وجہ سے سرخی مائل، یا بعض اوقات تقریباً روپیا نما (rupial) نوعیت کا ہوتا ہے۔ متبادلتہ ابتدائی اضرار میں پیڑی کے گرد اصلی پھپھولے کی سفید سکرلی اور سمی ہوئی نظر آسکتی ہے، اور اس سے آگے التهاب کا ایک سرخ رقبہ ہوتا ہے جس میں بعض اوقات بہت اُفدیا ہوتا ہے۔ پیڑی کو نکالنے کے بعد زیر افادہ قرحہ منکشف ہوتا ہے۔ یہ عموماً زیادہ گہرا نہیں ہوتا، اس کے کنارے واضح الحدود اور قاعدہ سرخ ہوتا ہے۔ اس سے ایک دہی یا مصلی دوسری ارتشاح خارج ہوتا ہے، جس میں سبھی فوہل، لچکدار ریشے متغیر سرخ جیسات دومیہ، سپید غلیظہ اور نبقات موجود ہوتے ہیں۔ مناسب حالات اور علاج کے تحت یہ اضرار خشک ہو جاتے ہیں، پیڑیاں اُتر جاتی ہیں، اور قرحہ مندل ہو کر ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جو عموماً ایک ٹون کنارے سے گھسے ہوئے ہوتے ہیں۔ نافلیٹ جیتر اوقات ٹانگوں، سرخغل (بالخصوص شیرخواروں میں)، اور پشت پر دیکھی جاتی ہے۔ دوران خون کا رکود ایک اہم املا دی عامل ہوتا ہے، چنانچہ یہ دقانی دار ٹانگوں پر واقع ہونے کا امکان رکھتی ہے اور ممکن ہے کہ ایک دوالی قرحہ کا ابتدائی نقطہ ہو۔ عام کمزوری، اطرائی اعتناق (acroasphyxia)، اکلہلیت، اور ذیابیطس اسباب بنیدہ ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ حالت خارش (pruritus)، نارشت (scabies)، اور قنصل (pediculosis) میں پیچیدگی کے طور پر واقع ہو جائے۔ دوران جنگ میں یہ ہمارے بچوں پر سپاہیوں میں بہت کچھ ازکار رنگی کا سبب ہو گئی تھی، اور اکثر برائی نبقہ سبھی (streptococcus faecalis) سرایت رساں عضو یہ معلوم ہوا (Mac Cormac)۔

مرضی تشبیح۔ مفرج ضرر آدر کا تخریبیض خلوی در ریش اور شدید املا ظاہر کرتا ہے، اور ساتھ ہی عروق کا اتساع ہوتا ہے اور وہ خلیوں کے خلا فوں سے گہرے ہوتے ہیں۔

علاج۔ مقامی علاج انھیں اصول پر کرنا چاہئے جو پہلے حصہ کے لئے تجویز کئے گئے ہیں۔ دشوار علاج اصابتوں میں اضرار کا سورج کی روشنی میں یا مادے منفی شعاعوں میں تکشف کرنے سے عموماً اندمال جلد واقع ہوگا۔ کمزور اشخاص میں، برطانیہ خا طویل آرام، اور مقوات [بالخصوص سیرپ فیری آئیوڈائیڈ۔ برٹش فارماکوپیا (Syr. ferr iodidi B.P.) اور سیرپ کیلسی لیکٹوفاسفیٹ، برٹش فارماکوپیا (Syr. calcii lactophosphatis B.P.)] کا استعمال متعینات علاج ہیں۔

رضعی گنگرینی التهاب جلد

(dermatitis gangrenosa infantum)

اس نہایت شاذ حالت کا تذکرہ پہلے گنگرینی جلد بیماری (varicella gangrenosa) کے نام کے تحت کیا گیا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 35) ، لیکن گو یہ مرض عموماً موتیا سیٹلا (chicken-pox) کے محاقب میں سے ہوتا ہے، تاہم یہ دوسرے ثورات، مثلاً جدی البقر (vaccinia) اور اُس ساری التهاب جلد کے بعد ہو سکتا ہے جس کو طفورومالی ("napkin-rash") کہتے ہیں۔ یہ عموماً ضمووی شیرخواروں میں ہوتا ہے جو مابقی حادثہ مرض، نامناسب تغذیہ اور عدم احتیاط، کساحۃ (rickets) یا تدریک باعث کمزور ہو گئے ہوں، لیکن یہ اُن بچوں میں بھی دیکھا گیا ہے جن کی خبر گیری اچھی لگتی ہو۔ اضرار واضح الحدود مزید قریح ہوتے ہیں جو اکثر ایک سیاہ نیشہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ مندل ہو جائیں، مگر شدید اصابتوں میں وہ محیطاً پھیل کر گنگرینی تفرج کے وسیع رقبے پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ بچے عموماً تیز تب سے حادث طور پر بیمار ہوتے ہیں۔ موت تھیم الدم و غشوی تشبیات الریہ (septic bronchopneumonia) سے واقع ہو جاتی ہے۔ جو مرض شفا یاب ہو جاتے ہیں اُن میں ساری عمر وسیع پھیلا ہوا انداب ضرور موجود رہتا ہے۔

بحث اسباب - غالباً اصلی سرایت رساں عضوہ، معمولی ناقصیت کی طرح، ایک ریم زائیل تریپتھیم (streptococcus pyogenes longus) ہوتا ہے، لیکن ثانوی حملہ آور، مثلاً تبقات غصیہ، بلاشبہ اہم اور بعض اوقات غالب حصہ لیتے ہیں۔ اس امر کا معتد بہ ثبوت موجود ہے کہ کم از کم بعض اصناف میں اس مرض کے نوکرا سبب غصیہ ریم ازرق (bacillus pyocyaneus) ہوتا ہے۔
 علاج - اُن میں اصول پر عامل ہونا چاہئے جو نوکری الفقا (pemphigus neonatorum) کے تحت بتلائے گئے ہیں۔

تسمیط

(intertrigo)

وہ ثوران جو تسمیط کے نام سے مشہور ہے (تسمیطی احمرار erythema intertrigo: تسمیطی ایکس یا eczema intertrigo) ایک التہابی سرخی ہے جو جلد کے قدرتی شکنوں میں واقع ہوتی ہے، مثلاً جگکاسوں میں، برغصوں کے درمیان، بنگلوں میں، پستانوں کے نیچے، کانوں کے پیچھے، اور موٹے آدمیوں میں زیرِ صدری ہڈوں میں اور گردن کے گرد۔ اس کی سادہ ترین شکل میں یہ ثوران جلد کے اُن حصوں سے قریبی طور پر متاثر ہوتا ہے جو متاس ہوتے ہیں۔ سطح کچی ہوتی ہے، اُس پر سبب جلد کی بالائی تہیں اتر جاتی ہیں، اور ایک سپیدی مائل گندے سستال کا افراز ہوتا ہے جو ایکڑیا کے زرد مصل یا مصلی ریم سے مختلف ہوتا ہے، اور تا وقتیکہ اُس کے ساتھ اُس پر لگائی ہوئی دوائی اشیاء کی آمیزش نہ ہو وہ خشک ہو کر پٹیاں نہیں بناتا۔ دہراؤ یا شکن کی تہیں اکثر ایک شقاق ہوتا ہے جو متقابل سطحوں کو ملنے کرنے پر یہ آسانی نظر آتا ہے۔ ممکن ہے کہ تسمیط کوئی موضوعی علامات نہ پیدا کرے، مگر بعض اوقات کھجلی کی شقاق ہوتی ہے اور ہمیشہ کھر خچنے سے ثنائی یکجہیت اور ساتھ ہی حزاریت پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔

بحث اسباب - جلد کی دو متقابل سطحوں کا میکافی فزک 'افراز کا جمع ہونا اور سڑنا' اور اُن حصوں کی تری 'یہ سب حالات مجدد ہیں۔ اسی واسطے ظاہر

ہے کہ ذاتی عدم صفائی اور فربہی تسمیٹ کے نمویں ممد ہوتے ہیں۔ لیکن ان حالات معدہ کے علاوہ، تسمیٹ کا اصلی سبب ماؤف دہراؤ یا دہراؤں میں جلد کی سطح کی سرایت رنگی ہے اور یہ مختلف اقسام کے عضویوں کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ چنانچہ ہم جن اقام کو جانتے ہیں وہ مندرجہ ذیل کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ (۱) بقہ سبجیہ (۲) قوبائی فطر (ringworm fungus) کی بعض انواع، مثلاً برادھی فطر ابینی (epidermophyton inguinale) (حاشیائی ایکریما: eczema marginatum: سفد ساقی tinea cruris: اور خرد بندوریہ ادق: microsporon minutissimum) (۳) عرس (erythrasma: جس کا تیل یا پوریفی فطر: oldium) کے اہن نما عضویہ، خفی البقہ فطر (cryptococcus) شکاری فطر (saccharomyces) یا دروں فطر (endomyces) (پوریفی فطر تبت: oidiomycoses) مع تائیز کے تخیلی بندوریہ (pytosporon of Malassez) کے بمر (erythrasma) اور برادی فطریت (epidermophytosis) کی تشخیس عموماً شکل نہیں ہوتی۔ ان کا تذکرہ بعد کے ایک باب میں کیا جائیگا۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ کھرچن کے محتاط خرد بینی امتحان اور کاشتی تحقیقات کے بغیر نبی سبھی تسمیٹ اور پوریفی فطریوں (oidiomycoses) کی وجہ سے پیدا ہونے والی تسمیٹ کے درمیان تفریق کرنا غیر ممکن ہو۔

غالباً، جیسا کہ سبوراؤ کا قول ہے، سادہ تسمیٹ کی امصابتوں کی اکثریت نبی سبھی مبداء کی ہوتی ہے۔ خلف الاذن تسمیٹ (retroauricular intertrigo) میں قوفی الحقیقت یہی ہوتا ہے۔ دہراؤ کے خورد میں ایک شقاق پایا جاتا ہے، جس کے دونوں جانب کا منظر نبی سبھی حصفہ کا سا ہوتا ہے، یا سادہ تسمیٹ کا سا جیسی کہ دوسرے دہراؤں میں دیکھی جاتی ہے۔ یعنی ممکن ہے کہ وہاں حصفی پڑیاں ہوں جن کا علحدہ کرنے پر ایک ترکلانی سطح معمولی حصفہ کی طرح شکشف ہوتی ہے اور ساتھ ہی سرایت زدہ رقبہ اصلی دہراؤ سے آگے تک پھیلا ہوا ہوتا ہے، یا ممکن ہے سرایت صرف اس دہراؤ تک محدود ہو اور کوئی پٹری نہ بنی ہوئی ہو۔ ایسی نبی سبھی تسمیٹ جنگا سوں زیر معدی دہراؤ، بین سرینی درز (internatal cleft) میں (جہاں وہ برزی غارش pruritis ani: کا سبب ہو سکتی ہے)، بفلوں، اور عورتوں میں زیر پستانی دہراؤ وغیرہ

دیکھنے میں آسکتی ہے۔ عضویوں کے ہن نما گروہ کی وجہ سے پیدا ہونے والی تسمیٹ میں سرایت کی توسیع کا نسبت زیادہ رجحان ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ دھراؤں کی حدود سے بہت آگے تک ایک سوچے بھیلا ہوا التهاب جلد پیدا ہو جائے۔ اس قسم کا بیا بعد میں درج کیا جائیگا۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جلد فیہ (psoriasis) بھی توجہات کو ماؤف کر سکتی، اور بعض امواتوں میں ساری مبداء کی تسمیٹ کی قریبی مشابہت پیدا کر سکتی ہے۔

علاج۔ نبی سبھی تسمیٹ میں ضروری ہے کہ مرکزی شقاق بالکل مندل ہو جائے، ورنہ کس مرض کا وقوع یقینی ہے۔ سب سے زیادہ سادہ اور کارگر طریقہ یہ ہے کہ روج شراب میں بنا ہوا ایک فیصدی محلول آیوڈین نرم روئی کے پچارے سے سرایت زدہ رقبہ پر روزانہ ایک یا دو بار زور سے لگایا جائے اور ہر اساق کے بعد دھراؤ میں سا دہ زنک کریم (zinc cream) لیس دی جائے۔ اس علاج کو جاری رکھنا چاہئے یہاں تک کہ نیا قرنی طبقہ کامل طور پر از سر نو پیدا ہو جائے۔ بعض امواتوں میں، بالخصوص جب کہ مرکزی شقاق گہرا اور دشوار علاج ہو، اسپرٹ ایٹھرس نائٹروسانی میں بنایا ہوا سطحہ نائٹرو کا روئی مسدی محلول (2 percent solution of silver nitrate in spt. atheris nitrosi) آیوڈین کی نسبت پندیدہ تر ہے۔ فطری تسمیٹ (mycotic intertrigo) میں بھی آیوڈین کا محلول نہایت کارگر ہوتا ہے۔

یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ انتہائی احتیاط کے ساتھ صفائی، دھراؤ کی متقابل سطحوں کی ملحدگی، اور کچے دافع عفونت چھڑکنے کے سفوف کا استعمال، یہ سب حفظ ماتقدمی تدابیر کے طور پر مقصدنیات علاج ہیں۔ اس میں کوئی شبہ نہیں کہ اس تسمیٹ میں جو قربہ اشخاص کے دھراؤں میں اس قدر عام ہے، قہودی زندگی، افراط غذا (بالخصوص کاربوہائیڈریٹس اور شحمی غذا کی کثرت) اور کثرت لپاکا (overclothing) اکثر طاقت نمندہ ہوتے ہیں، اور اس حالت میں غذائی پابندیوں اور باقاعدہ ورزش کے علاوہ، قلوئیات (alkalies) کا داخلی استعمال اکثر مفید ثابت ہوتا ہے۔ مزمن خلف الاذن تسمیٹ (chronic retroauricular intertrigo) بچوں میں عام ہے، اور عموماً اُن میں دیکھی جاتی ہے جو مزمن انفی بلعوی ناز لست

(chronic nasopharyngeal catarrh) 'مصنعی مقدم التهاب' انف (impetiginous anterior rhinitis) 'اور چہرہ کے حصہ کی خشک چھلکے دار قسم میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ان امیابتوں میں مریض کے لئے سمندر کے قریب کھلی ہوا میں زندگی قیام نہ خدا جس میں حیاتین کی افراط ہو، اور حقیقی یا مصنوعی شمسی علاج کا ایک نصاب تجویز کرنا چاہئے۔

نبقی سبھی شقاق

(streptococcal fissure)

جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، 'نبقات سبھیہ جلد کے دھراؤں کو سرایت زدہ کہتے ہیں اور ان میں اور مخاطی جلدی اتصال کے مقامات پر شقاقیات پیدا کر دینے کا امکان رکھتے ہیں۔ آخر الذکر مقامات میں مخاطی جلدی اکثر اس سرایت کا اولیٰ منبع ہوتی ہے۔ اسطرح انفی شفوی دھراؤں میں شقاقیات عموماً ایک مادہ مزمن انفی التهاب کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہیں۔ اور شفوی ملتقاؤں پر کے شقاقیات 'جو La perleche کا نقطہ آغاز ہوتے ہیں، یا تو نبقی سبھی التهاب الفم (stomatitis)، التهاب لثہ (gingivitis) یا جو فیزیکی پھیج (pyorrhoea) سے پیدا ہو سکتے ہیں، یا ان بچوں میں جن کی رال بستی ہے سرایت زدہ رین کے ساتھ تعطین کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ خلف الاذن خٹوں میں کے شقاقیات (خلف الاذن تسبیط: retroauricular intertrigo) اور بنا گوش کے نیچے کے شقاقیات بھی عام ہیں۔

خلف الاذن تسبیط (retroauricular intertrigo) کو اکثر غلطی سے اکریما، یا سیلان الذہنی التهاب جلد (seborrhoeic dermatitis) تشخیص کر لیا جاتا ہے۔ ایک قلدتی دھراف کے مزمن نبقی سبھی سرایت کی نہایت عمدہ مثال ہے ایک یا دونوں کانوں کے پیچھے ایک تریبڑی دار رقبہ دیکھا جاتا ہے، اور ان پر ریلوں کے نیچے کی سطح آسانی مائل سرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ دھراؤ کے زاویہ پر شقاق ہوتا ہے جو سرایت زدہ رقبہ کو دو نصف حصوں میں تقسیم کر دیتا ہے اور کان کو آگے کی طرف کھینچنے پر منکشف ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات ماضیہ پر اٹلی نبقی سبھی آبلہ کے باقیات، 'اُبھری

ہوئی قرفی تب کے ایک ٹھکڑے ہوئے کرکے کی شکل میں نظر آسکتے ہیں۔

La perleche یا شفوی شقاق کی تسمیہ کا آٹھک کی مخاطی جھکتوں کے ساتھ اور شفوی ٹملا (labial herpes) کے ساتھ ملطہ ملطہ ہوجانا ممکن ہے۔ یہ ایک شقاق ہے جو دہن کے ایک یا دونوں زاویوں پر ہوتا ہے، جس کے ساتھ ایک ۷ کی شکل کا التهابی رقبہ باہر کی طرف پھیلتا ہوا ہوتا ہے، جو معطون رادی مائل سفید رنگ کے برآمدہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ ایکٹروہیڈمتھ (impetigo contagiosa) کے ساتھ موجود ہوتی ہے، اور دوسرے بقی سبھی شقاق کی طرح باز سرایت کا باعث ہوتی ہے۔ یہ متعدی ہوتی ہے، اور بوسہ لینے یا آن ٹھکڑوں یا پنسلوں کے تبادلے سے پھیلتی ہے، جنہیں کسی مزیت زد شخص نے اپنے منہ میں پکڑا رکھا ہو۔ یہ اکثر اس تخیری قسم کے سورہنم کے ہمراہ ہوتی ہے، جو کاربوہائیڈریٹ غذاؤں کی کثرت کے سبب سے ہوا ہو۔

علاج - بقی سبھی شقاق پر سولرنا ٹریٹ کے ۲ فیصدی محلول کی پھیری لگانا چاہئے جو اسپت ایمرس نائٹروسانی میں بنا ہوا ہوا اور پھر ایکٹائی مرہم (mercurial ointment) لگایا جائے۔ یہ علاج امابتوں میں لاشعاعوں کی کسری متادیں مفید ہوتی ہیں۔

لمفی عروق کا بقی سبھی التهاب ناکس

(relapsing streptococcal lymphangitis)

یہ حالت نہایت عام طور پر چہرے پر یا کانوں کے گرد پیدا ہوجاتی ہے۔ دہنی نچلے اور بالائی لب اس کے عام محل وقوع ہیں۔ سریری طور پر یہ حالت معمولی سسٹرمباڈ (erysipelas) سے مشابہ ہوتی ہے، اور رقبہ ماؤف متورم، سرخ، اور کسی قدر چمکدار ہوجاتا ہے۔ اس کے ساتھ نیچی اختلال عموماً کم ہوتا ہے یا باطل نہیں ہوتا، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ مزیت رساں بقیہ سبھی کی تشبیت ضعیف ہی ہوتی ہے۔ مرد ہوا میں کثف سے اس کا حمل شروع ہو سکتا ہے۔ متواتر حملوں سے عروق لمفائیہ کا مستقل اندر پیدا ہو کر لنگی دار لنگیل (elephantiasis nostras) کی ایک قسم پیدا ہو سکتی ہے۔ اس سبب سے بالائی لب اور وجنی خٹوں کا مستقل درم پیدا ہوجانا غیر عام نہیں۔ پاؤں ٹخنوں اور ٹانگوں کو ماؤف کرنے والے عروق لمفائیہ کے التهاب کے متوالی حملے پائوں

کی انگلیوں کے درمیان نقعی سببی شقائق کے ہمراہ بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ شقائق تقریباً ہمیشہ پاؤں کی برآمدی فطرت (epidermophytosis) (جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتے ہیں۔ اگر عروق لمفائیہ کا مستقل انسداد پہلے ہی سے واقع نہ ہو گیا ہو، تو برآمدی فطرت کا کارگر علاج شفا بخش ہوگا۔

سبب اسباب۔ یہ حالت حصہ ماؤف کے عروق لمفائیہ کی نقعی سببی سرایت زدگی کے باعث ہوتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں ایک نقعی سببی شقاق موجود ہوتا ہے، جس سے وقتاً فوقتاً باز سرایت واقع ہوتی رہتی ہے۔ بعض اصابتوں میں خارجی شقاق نہیں ہوتا، لیکن عموماً دہن یا انفی بلعوم کی مخاطی جھلیوں میں یا انفی اجواف میں نقعی سببی سرایت کا کوئی مزمین ماسکہ موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر کوئی نقعی سببی شقاق سبب مرض ہے تو اس کی شفا یابی سے عمل موقوف ہو جائیگے۔ دوسری اصابتوں میں دہن، ناک، یا انفی بلعوم میں نقعی سببی سرایت کا کوئی شیع تلاش کر کے اس کا علاج کرنا چاہئے۔ جب دیرپا داء انفیل پیدا ہو گیا ہو، تو ممکن ہے کہ سرایت کے اصلی شیع کو دور کر دینے سے ورم بند ریج رفع ہو جائے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ متاثرہ رقبہ پر لاشعاعوں کی کرچھوٹی مقداریں بعض اوقات مفید ہوتی ہیں۔ ایک سببی نقعی جدیدین کے، جو خود راویا مختلف مذخروہ نسلوں سے تیار شدہ ہو، صقل جلدی اثرات یقینی طور پر مفید ثابت ہوتے ہیں، خواہ عروق لمفیہ کا مواظب قصد ہی موجود ہو۔ ابتدائی مقدار چھوٹی ہونی چاہیئے، ایک یا دو بیون مضویات، اور مابعد مقدار اصل اثرات پر تعامل کے درجہ پر منحصر ہوتی ہے، جو کہ بالعموم شدید ہوتا ہے، اور اکثر بخون خراج اور تغر کا باعث ہوتا ہے۔ جب تک یہ تعامل نمایاں ہے، مقدار کو نہیں بڑھانا چاہئے۔

جلد الراس کا ایکزما سببی نقعی ثوران

(Fausse teigne amiantacée d'Alibert)

یہ حالت ہوا اوقات جلد الراس پر پس اذنی تسمیط (retroauricular intertrigo) کے ہمراہ دیکھی جاتی ہے، لیکن جلد کے کسی سریتی ضرر کے بغیر بھی واقع

ہو سکتی ہے۔ یہ جلد لاس کی سطح پر وسیع طور پر پھیلی ہوئی ہوتی ہے، یا محدود المقام ہوتی ہے، اکثر اوقات قمتہ لاس پر۔ اس کا عین خاصہ ایک سفیدی دیتی پڑتی ہوتی ہے، جو تقریباً چھٹکوں سے مرکب ہوتی ہے، جو بالوں کو الجھا کر گھسا سا بنا دیتی ہے، اور جب ان الجھے ہوئے بالوں کو اٹھایا جاتا ہے، تو چھٹکے مفترق ہو جاتے ہیں اور شعری ڈنڈیوں سے چھٹ جاتے ہیں۔ بالائی حصہ کی تقریباً سفیدی کے تضاد میں، پٹری کی زیریں سطح زردی نائل ہوتی ہے، جو کہ مصل کی آمیزش کی وجہ سے ہے۔ پٹری کو دور کرنے کے بعد، زیر افتادہ برآمدہ چکنی اور ذرا گھلائی نظر آتی ہے، اور جب اس کو پکے سے کھرا جائے تو مصل کے قطیرے مرتفع ہوتے ہیں۔

لہذا یہ ثوران نوعیت میں ایگزما آسا ہے، البتہ مصلی ارتکاح اقل ہوتا ہے اور تقریباً چھٹکوں کی تکوین ایک نمایاں خصوصیت ہے۔

بحث اسباب۔ پس اُذنی تسمیٹ کے ساتھ اس کا کثیر الوقوع اسباب خاص طور پر اس وقت جبکہ سرایت جلد لاس کی جانبی سطحوں تک اوپر کو پھیلنے کا رجحان رکھتی ہو، اس کے بقی سبھی بیدار کی دلیل ہے اور سبورائڈ (Sabouraud) بیان کرتا ہے کہ بنقات سبھی قشروں کی عمیق تر تہوں سے لی ہوئی کاشتوں میں پائے جاتے ہیں۔ جب ایسا ہو تو اس حالت کو بنقات سبھی کی مقامی یا بیدگی کا ایگزما آسا رد عمل سمجھنا چاہئے۔ تاہم بعض امثالوں میں کاشتوں سے صرف تبقہ عنبیدہ ابيض (staphylococcus albus) حاصل ہولے، حالانکہ خاص وسائل تک استعمال کئے گئے ہیں اور بنقات سبھی، قرب و جوار کی تسمیٹ سے افراط میں اٹکے گئے ہیں۔ مزید برآں بعض مائل امالیں مشاہدہ کی گئی ہیں جن میں آخر الذکر مفقود تھی، لیکن بقی سبھی سرایت کا مزمن ماسکہ یا ماسکے دوسری جگہ موجود تھے، مثلاً انفی جوف میں، جس کے کامیاب علاج سے ثوران کو فائدہ ہوتا معلوم ہوتا تھا۔ لہذا اغلب معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات یہ ایک حقیقی ایگزما آسا بقی سبھی ثوران جلدی (atryptococcide) ہوتا ہے، یعنی ایسے بقی سبھی سم کا جو جلد میں یا دوسری جگہ سرایت کے بیدار ماسکے سے جذب ہو، مصلی رد عمل۔

علاج۔ چھٹکوں کو دور کر دینا چاہئے، اور متاثرہ رقبہ پر ایک مرہم لگانا چاہئے

جو آئیل آف کیڈ (oil of cade) یا امونیاٹڈ مرکری (ammoniated mercury) اور لاکر پائٹس کاربونک بی۔ پی۔ (liq. picis carbonic B.P.) پڑھتے ہو اگر پانی قسبط موجود ہو، تو اس کا علاج سابق الذکر اصولوں کے مطابق کرنا چاہئے۔ ہر امابت میں منجی سبھی سرائیت کے ٹکڑے دوسرے ماسکوں کی تلاش کرنی چاہئے۔

جیکٹ کا رضیعی احمرار

(infantile erythema of Jacquet)

(ملفٹا رومانی = napkin-rash)

اس نام سے التهاب جلد کی وہ شکل موسوم ہے، جو شیر خوار بچوں کے رقبہ رومانی (napkin-area) میں عام ہوتی ہے اور جو تسیط کی ایک قسم سمجھی جاسکتی ہے۔ یہ ثوران سرینوں، شکم کے زیرین حصوں، اعضائے تناسل، اور رانوں کے اندر ٹی طرف میں، یعنی اُن رقبوں پر واقع ہوتا ہے جن میں چڈی سے رگڑا پہنچتی ہے۔ یہ پنڈلیوں پر اور رانوں کے اُن حصوں پر بھی جو اس وقت جبکہ بچہ اپنی ٹانگیں اوپر کو سکیڑ کر لیتا ہے پنڈلیوں کے مقابل ہوتے ہیں، نیز ایڑیوں پر دیکھنے میں آتا ہے۔ ابتدائی یا احمراری درجہ میں اس کا منظر معمولی تسیط جیسا ہوتا ہے، لیکن اس کا رنگ ایک عجیب مرغی مائل تانبے کی جھلک جیسا بھی ہو سکتا ہے۔ پھر مکن ہے کہ آہے پیدا ہو جائیں اور ناکلات بن جائیں، اور پھر پچھلے سرخ شور میں متغیر ہو جائیں، جو پیدائشی آتشک کے شور سے کیقدر مشابہ ہوتے ہیں۔ بالآخر یہ ناکلات مرنہ قروح میں ختم ہو سکتے ہیں، جو اکثر ایک دوسرے کے ساتھ پیوستہ ہو جاتے ہیں۔

بجائے اسباب - مریضوں کی اکثریت میں یہ حالت ”امونیاٹی لٹہ“

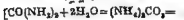
(“ammoniacal diaper”) سے تعلق رکھتی ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے (9) کہ یہ امونیا

اُس گندہ نباتی عضویہ (saprophytic organism) سے پیدا ہو جاتا ہے جو بہت

سے شیر خواروں نیز نسبت زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں کے برازیں موجود ہوتا ہے، یعنی

عصیہ امونیاٹرا (Bacillus ammoniagenes) سے جو یوریا (urea) سے آزاد

امونیا بنا دینے کی طاقت رکھتا ہے۔



$2\text{NH}_3 + \text{H}_2\text{O} + \text{CO}_2$ - اوقلی تسمیمی عامل جلد کی خراش ہے جو چرخاب اور باخانہ سے آلودہ رویوں میں اس طرح پیدا شدہ امونیا کا نتیجہ ہوتی ہے، لہذا التهاب الجلد، جلد کے اُن رقبوں تک محدود ہوتا ہے جو ترروالی سے تماس میں آتے ہیں۔

یہ توہین چھاتی کا درد دھینے والے بچوں میں نسبتاً شاذ ہوتا ہے، کیونکہ ان میں طبعی ترشی اجابتیں حصیہ امونیا نہ ان کی بالیدگی کے لئے نسبتاً کم موافق ہوتی ہیں۔ اس کے برعکس، اُن بچوں میں جنہیں وافر برومینی غذا ملتی ہو اور جن کی اجابتیں قوی ہوں، یہ عضو پھلتا پھلتا ہے اور انہیں میں یہ حالت نہایت عام طور پر پائی جاتی ہے۔ چیلوں کو جلد جلد بدلتا اور سرخیوں کو صاف رکھنے میں غفلت برتنا، یہ قدرتی طور پر عوامل ہوتے ہیں۔ امونیا کی لکھ کی خراش سے پہلے اجمار پیدا ہو جاتا ہے، جس کے بعد نقش ہو جاتا ہے۔ زیادہ مدت کی اصابتوں میں اس قلی کے فعل سے جلد کھر کھری، خشک دروئی ہو جاتی ہے اور یہ مناظر ”دھون کے التهاب سبب الجلد“ (washerwoman's dermatitis) سے مشابہ ہوتے ہیں۔ قرنی طبقہ کو جو مضرت پہنچتی ہے وہ قدرتی طور پر

ریم زہنوں اور بالخصوص اُن نیقات کسمیہ کے حواس ٹھہرتی ہے جو غالباً ثانوی اضرار (آلودہ خوراک اور قاحات، اور نافرمانی قروح) کا سبب ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت سبکراؤ بیکٹ کے التهاب جلد کو منقعی کسمی حصہ اور نافرمانی (echthyma) خیل کرتا ہے، لیکن اُس کا اصلی سبب وہ اوقلی مضرت ہے جو امونیا کی لکھوں سے جلد کو پہنچتی ہے۔ یہ کہنا ضروری ہے کہ ایک ماضی حالت اُن بڑے بچوں میں بھی پیدا ہو سکتی ہے جن کو شب بولی (nocturnal enuresis) کی شکایت ہو، اور اُن بالوں میں بھی جو سلس البول (urinary incontinence) میں مبتلا ہوں۔ مفتون مرد شیرخواروں کے اعلیٰ کے گرد جو تفریح واقع ہو سکتا ہے وہ بھی امونیا کی لکھ سے مشکفہ خشک خراش کے باعث ہوتا ہے۔

تشخیص - اس توہان کی اہمیت اس حقیقت میں مضمر ہے کہ اس کی زیادہ شدید شکلوں میں یہ پیدا کنشی آنکھ کے توہان سے آسانی غلط ہو سکتا ہے، اور پیرٹ (Parrot) نے (جس نے اسے ابتداً تریمان کیا) اسے آنکھ کے ساتھ غلط طور پر مضروب کیا۔ تفریحی تشخیص میں خاص امداد یہ ہیں کہ طغور رومالی اُن مقنوں پر ہوتا ہے جہاں باؤ

اور قرک کا امکان ہوتا ہے، کہ تعریجات پر، جو چندی کے تماس سے محفوظ ہوتے ہیں۔ ہتھیلیوں اور تلووں پر افسار نہیں واقع ہوتے۔ ثوران کا رنگ نسبتاً کم تاخیر جیسا ہوتا ہے اور مہرز اور نافہ دہن پر خفاطی چکیتیاں موجود نہیں ہوتیں۔ بائینہر، مشکوگ اصابتیں پائی جاتی ہیں، اور ایسی صورتوں میں والدین اور بچہ دونوں میں اعتیاد کے ساتھ آنکھ کے متعلق تفتیش کرنی چاہئے۔

علاج - کوکسے (Cooke) نے بتلایا ہے کہ لتوں کو کسی دافع عفونت دوہرا بسالینا (اور اس طرح عصیۃ اھونیانرا کی بایڈگی کو روکدینا) سرعت کے ساتھ ٹوٹر ہوتا ہے۔ وہ سفارش کرتا ہے کہ لتوں کو دھونے کے بعد مرکب مرکورک کلورائیڈ (mercuric chloride) کے (۴۰۰۰ میں اطاقیت والے) محلول میں کھنگالی لینا چاہئے [یہ محلول اس طرح بنایا جاتا ہے کہ پاء، گرین کا ایک قرص ۲ کوارٹ (پائیلین) پانی میں مل کر لیا جاتا ہے]۔ پھر انھیں خوب چھوڑ کر سوکھنے دیا جاتا ہے۔ اس کے بدل کے ٹھوہر بویک ایسڈ (boric acid) کا سرشدہ محلول اسی طریقہ سے استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اگرچہ نسبتاً کم کارگر ہوتا ہے، لیکن اس میں وہ خطرہ موجود نہیں ہوتا جو مرکب مرکورک کلورائیڈ جیسے مسرت رساں زہر کو بے اعتیادگی کے ساتھ ہاتھ لگانے اور کام میں لانے میں ہو سکتا ہے۔ تغیف اصابتیں محض اسی تحریری علاج سے اثر پذیر ہو جاتی ہیں، لیکن جب تاہکلات اور تقرح موجود ہوں تو لیسر کا پیسٹ (Lassar's paste) جس میں آمونیائیڈ مرکریکا (ammoniated mercury) (ایک اونس میں ہندہ گرین) شامل کیا جاسکتا ہے، آزادانہ طور پر استعمال کرنا چاہئے۔ اجابتوں کا طبعی ترشی تعامل بمال کرنے کے خیال سے غذا میں بھی ترمیم کرنا چاہئے۔

نبی عنی سرایتیں

(STAPHYLOCOCCAL INFECTIONS)

جلد کے نبی عنی امراض کی بڑی اکثریت اولی طور پر جرابی و موقت ہے اور ان کی مرضی سیبیات کو صاف طور پر چھپنے کیلئے شری دہنی جراب (pilo-sebaceous follicle)

کی عام ساخت پر غور کرنا چاہئے۔ یہ ایک دستانہ کی اُٹلی کی طرح، ہر بلد کے انفرادے بنتی ہے، جو سطح سے ترچھے رخ میں آدر کے اندر پھیلتا ہے، جس میں یہ مفروش ہوتا ہے اس جراب کی گہرائی اس کے اندر کے شمول بال کی جسامت کے تناسب سے ہوتی ہے اور یہ بال جس قدر زیادہ بڑا ہوتا ہے جراب اُس قدر زیادہ گہری ہوتی ہے۔ عینی ترین جرابات میں سے بہت سی جرابیں تحت الجلدی شمی تہہ تک پھیلتی ہیں۔ دہنی قدہ جراب سے ترچھے طور پر اُس نقطہ سے نکلتا ہے جو سطح سے اس کی گہرائی کے ایک ثلث پر واقع ہوتا ہے۔ پیندے میں آدمی ملیدہ ہوتا ہے، جس کی سطحی پوشش سے بال بنتا ہے۔ شعری دہنی جراب بہ سہولت تین حصوں میں تقسیم کی جا سکتی ہے۔ (الف) مُنہ یا دھنہ، جو اُس نقطہ پر ہوتا ہے جہاں سے بال باہر نکلتا ہے۔ (ب) قع، جو دُہنہ اور دُہنی قدہ کے فتح کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ بالائی ایک ثلث بناتا ہے۔ (ج) قع اور علیدہ کے درمیان کا حصہ۔ اس زیرین ترین دو ثلث میں بال سرعلی اسر کے ساتھ قریبی طور پر مناس ہوتا ہے، لیکن قع کے اندر ان دونوں کے درمیان ایک حقیقی فضا موجود ہوتی ہے، اور یہی وہ مقام ہے جہاں سیلان الدہن (seborrhoea) کے ہٹا اشخاص میں عصبہ تغیر بالیدگی حاصل کرتا ہے۔ دہنہ جراب عسلطی حزن حصہ ہے، اور یہ بلد کی سطح پر ایک پیالہ نما نیشب بناتا ہے، اور اکثر ایک خفیف تنگی کے ذریعہ قع سے جُدا ہوتا ہے۔ دہنہ کے اندر، سرعلی فواصل کے درمیان پڑے ہوئے چند نبقات غبیہ ملتے ہیں، جو موافق حالات میں آنے پر تعداد میں بڑھ کر الہابی اضرار پیدا کر دیتے ہیں۔ تری اور حرارت ان نبقات غبیہ کی فاعلی تنبیت میں خاص طور پر تحریک پہنچانے کا امکان رکھتے ہیں۔ اسی واسطے ایسے خلوں جیسے کہ بن ران اور بقلوں میں اکثر قاحت پیدا ہو جاتی ہے، اور پولسولیا اور نکیداس کا اکثر مضر ہوتا ہے۔

نبقات غبیہ، مصنوعی واسطوں پر اُن کی بالیدگی کے رنگ کے لحاظ سے تین خاص گروہوں میں تقسیم کئے گئے ہیں، یعنی نبقہما عنبہ امیض، نبقہما عنبہما ذہبیہ اور نبقہما عنبہ ترنجیبہ۔ رنگ کی گہرائی کسی حد تک اُن کی قشیت کی نمائندہ ہے، اسی طرح جس طرح کہ اُن کی خون پاش قوت ہے۔ نبقہما

عنبیہ ابیض، جو سب سے کم قشبی ہے، انسانی جلد کا طبعی باشندہ ہوتا ہے۔ اس عضو کی مختلف فعلیں یا ترمیم شدہ صورتیں بیان کی گئی ہیں، اور یہ اپنی قشبت میں ایک بے ضرر گندہ بات سے لیکر ایک معین لہر پر ریم زرا عضو تک مختلف ہوتا ہے (۴)۔ یہ لائیز کے تغیلی بندوریہ (pityrosporon of Malassez) کے اتلاف میں نام نہاد شععی تغیل (pityriasis steatoides) اور سیلان اللہ ہتی جلدی التهاب (seborrhoeic dermatitis) میں (جو ملاحظہ ہوں)، فقال بالیڈ کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ یہ عام اور خفیف جرابی قانچہ (follicular pustule) کا، اُن قانچات کا جو کثرت شعر (hypertrichosis) کے لئے موریائی کے بعد کثرت پیدا ہو جاتے ہیں، سامی جرابی التهاب (porofolliculitis) کی بعض اصابتوں کا، اور بعض خراجات دھت کا بہت قند ہے نہایت شاذ حالتوں میں یہ انجیریہ (syccosis) کا مستتب عضو ہو سکتا ہے۔ نبقما عنبیہ ذہبیدہ تقریباً ہمیشہ جلد کے زیر وہ خط ناک اور مزمن تہی منی اضرار کا، اور بلاشبہ التهاب کب عظام (osteomyelitis) اور بنقی عنبی عفونت الدم کا سبب ہوتا ہے۔ یہ سامی جرابی التهاب (حصفہ نوخاست) کی زیادہ شدید شکل کا، ڈنگوں اور راج پھولوں (carbuncles)، انجیریہ، ساری ایکز یا نا جلدی التهاب، التهاب غدہ عرقیہ (hydradenitis)، شیرخواروں کے خواجابت متعبدہ، گرد ناخن التهاب (perionychia) کی بہت سی اصابتوں، ریم زرا ذراتی سلمہ (granuloma pyogenicum)، نومولودی دار انعقاد (pemphigus neonatorum) اور قفیر (acne) کے خود عصیت کے اتلاف میں متخرمی قفیر (acne necrotica) کا سبب ہوتا ہے۔ نبقما عنبیہ ترنجیدا، جو قشبت کے لحاظ سے دوری دوا نواع کے درمیان ہوتا ہے، بعض اوقات نبقما عنبیہ ذہبیدہ کے بجائے پایا جاتا ہے۔ زیادہ قشبی نبقات عنبیہ کا ایک میز خاتمہ اُن کا قفیر پیدا کرنے کا رجحان ہے، میناک ڈنگوں، راج پھولوں (carbuncles)، اور زیادہ اوپری طور پر سامی جرابی التهاب کی بعض اصابتوں میں، اور متخرمی قفیر میں واقع ہوتا ہے۔

اگر چکہ نبقما عنبیہ ابیض جلد کے اندر ہمیشہ موجود رہتا ہے، یہ بیان کی

دوسری دو قسموں کی حالت میں صادق نہیں آتا - ذبقہ غبئیہ ذہلیہ کی کاشت بعض اوقات لمبی اشخاص کی صاف جلد سے حاصل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً اُس کی موجودگی یا تو یہ ظاہر کرتی ہے کہ موضوع کسی فعال ریم زائرمز میں مبتلا ہے، یا یہ کہ وہ کسی ایسے شخص کے تماس میں آیا ہے جو اس طرح سرایت زدہ تھا - دونوں صورتوں میں وہ شخص بذریعہ کما عامل ("pyococcus carrier") ہو گیا ہے - جب ایک باریک ذرا ذبقہ غبئیہ کی فعال سرایت واقع ہو چکی ہے تو یہ عضو یہ شعری ذہنی جراثیم کے ذہنوں میں گویا پودیا جاتا ہے، نہ صرف اصلی اثرات کے قریب و جار میں، بلکہ اُن حصوں میں بھی جو اُن سے دور دراز فاصلہ پر ہوتے ہیں - یہ واقعہ انتہائی اہمیت رکھتا ہے، نہ صرف اس وجہ سے کہ جب تک کہ یہ ذہنی ذبقہ جلد میں موجود ہے جسم کے مختلف حصوں میں تازہ اثرات پہنچنے لگتے ہیں، بلکہ اس وجہ سے بھی کہ وہ موضوع دوسروں کے لئے ایک طاقت ور سرایت ہو جاتا ہے - جیسا کہ بعد میں معلوم ہوگا، ذبقہ ریمز کا یہ عامل تو مولیدی دام الفقاع (pemphigus neonatorum) کی سبب نہیں تو بشرط وباؤں کا سبب ہوتا ہے - اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ جلد کی سوالی ریم زائرمز سرایت، مثلاً ڈمیلیت (furunculosis) کی اصابتوں میں سطحی عفونت کو دور کرنا مستقل علاج کا سب سے پہلا اصول ہے -

نبقی غبئی قاسحہ

(staphylococcal pustule)

(مسانی جراثیمی التهاب = porofolliculitis)

جلد کا سادہ ترین اور عام ترین نبقی غبئی ضرر وہ چھوٹا سطحی قاسحہ ہے، جو شعری ذہنی جراثیم کے ذہن پر بن جاتا اور ذبقہ غبئیہ ابيض (S. albus) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے - یہ عضو یہ جو ذہن میں غبئی پٹے رہتے ہیں، کسی ذہنی شلک کی تلاش اور شے کے لگانے، یا رگڑا، جھامت وغیرہ کے اثر سے فاعلی طور پر پڑنا شروع ہو کر ایک شہوت نما توہ بنا دیتے ہیں - اُن کے کھار کے ساتھ قیاس ہے کہ اُن کے سموم آزاد ہو کر آدمی کے عروق سے کثیر النواتی سپید غلیوں کی ہجرت کا سبب ہو جاتے ہیں،

اور یہ نیشہ برادر کی مینق ترنہوں میں سے گذر کر، مانفی عینوں کے درمیان سے بھنج بھنج کر، مقام سرائیت کی طرف نکل آتے ہیں، اور ایک دروں برادر ہی کھفہ بیٹھ قانقہ نیکار ہیں، جسکی سقف قرنی طبقہ سے اور قانقہ نیکار دیکھو، انفیہ سے بننا ہے۔ یہ قانقہ نمونا دہن کے پہلو میں پیدا ہوتا ہے، لیکن جلد ہی اس کو گھیر کر اس بال کے گرد جو اسکی قرنی سقف کو چھیدتا ہے، ایک حلقہ بنا لیتا ہے۔ بال کے باہر نکلنے کے مقام پر قانقہ سقف نایمن ہوتی ہے۔ اس قانقہ کی تمغیت سے اور ایک پٹری کے بنجانے سے اندال واقع ہوجاتا ہے، اور جب پٹری کے نیچے ایک نیا قرنی طبقہ بنجاتا ہے تو پٹری بھڑکتی ہے۔

اس قسم کا سادہ ترین اور سلیم ترین قانقہ اس بقعہ غلیہ ایض کی بیداری اور تجدید فعلیت کے باعث بنجاتا ہے، جو شعری دہنی جراثیم کے دہنوں پر پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے۔ نام لہا رحصفہ بوخارماست (impetigo of Boeckhardt) جسے حاد مساحی جراثیمی النہاب کے نام سے موسوم کرنا بہتر ہے، محض اُن متعدد جراثیمی قانحات کا ثوران ہے، جو خفیف اماتوں میں بقعہ غلیہ ایض کی وجہ سے اور زیادہ شدید اماتوں میں بقعہ غلیہ ذہلیہ (S. aureus) کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ ثوران عموماً کسی غراش اور شے، مثلاً مردخات، پلستروں اور نیلے مرہم (blue ointment) کو بالخصوص بالدار حصوں پر لگانے کے بعد واقع ہوجاتا ہے۔ کسی رستے ہوئے گزبل یا عفونی قرحہ کے گرد اکثر عادمہ کی تحریک تکید یا پلستروں کے لگانے کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔ اور اسی صورت میں جلد کی رطوبت، گرمی، اور تعطیل سے بقعات غلیہ کو وہ نمثیلی حالات میں آجاتے ہیں جو انکی قانلی بایدگی کے لئے ضروری ہوتے ہیں۔ بچوں میں جلد الراس پر ستوالی مادے اکثر ہوجایا کرتے ہیں جو عموماً بقعہ غلیہ ذہلیہ کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ہر تازہ حملے سے پہلے قذالی غدود کی کلائی اور السیت واقع ہوجایا کرتی ہے، اور اس کے بعد مختلف جسامت کے کرکڑی القاد قانحات نمودار ہوجاتے ہیں، جو زردی مائل یا سبزی مائل زرد رنگ کے ہوتے ہیں، اور ہر قانقہ ایک بال سے چھدا ہوا ہوتا ہے۔ انکی نمویابی کے ساتھ ٹندی کلائی رنغ ہوجاتی ہے۔ بعض قانحات میں سرائیت گہری پھیل جاتی ہے اور آدمہ کے اندر تغنغ کا ایک رقبہ پیدا کر دیتی ہے۔ سر یہ باقی طور پر یہ ایک سبزی مائل ذات کی موجودگی سے ظاہر ہوتا

ہے جو جراب میں مدفون ہوتا ہے اور جو قرتی لہجہ میں لاشتر لگانے کے بعد پونچھنے سے نہیں نکالا جاسکتا (اس طرح جس طرح کہ برافقہ قانچہ نکالا جاسکتا ہے)۔ اس ذات یا غاش (sphacelus) کا مقابلہ ڈبل کی کیل (core) سے کیا جاسکتا ہے، اور اسی کی طرح یہ بھی تنخر کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب یہ اضرار منسلک ہو جاتے ہیں تو اس مقام پر، تنخری قنطیر (acne necrotica) کے ندبات کی طرح، چھوٹے چھوٹے مدور گڑھے دار ندبات پاتی رہ جاتے ہیں۔ ایک دوسری پیچیدگی جو سادہ ادوری جرابی قانچہ سے پیدا ہو سکتی ہے، ایک پھوڑے کی نمویابی ہے، جو آدمہ میں جراب کے گرد اس نقطہ پر جگمگاتا ہے جو دہنہ اور بعد کے درمیان تقریباً بیچوں بیچ میں ہوتا ہے (نام نہاد دریت گمزا پھوڑا = hour-glass abscess)۔ لیکن ہے کہ اس نقطہ سے سرایت جانبا پھیل کر ایک بڑی جسامت کا پھوڑا پیدا کر دے۔

علاج - ادوری تہی طبی قانچیت کے علاج میں اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ ہمارا مقصد یہ ہے کہ اولاً اضرار کی تخفیف میں مدد پہنچائی جائے، اور دوم یہ کہ، ثلثاً رقبہ اور اس کے گرد کی جلد کا ازالہ سرایت کیا جائے۔ اس مقصد کے لئے عموماً جو کچھ ضروری ہوتا ہے وہ یہی ہے کہ رولانڈ ایکس یا دوبار روج شراب میں بنایا ہوا ہلکا محلول آلوئین پھریری سے لگا دیا جائے (مثلاً یہ نسخہ: ہلکا پنچر آلوئی ایک حصہ۔ tinct. iodi mitis, 1-0)۔ اسپرٹ واسنی میتھیلیڈ انڈسٹ ملا کر بقدر ۵ حصہ کر دیں (spt. vini meth. indust, ad 5-0) اور سرایت زدہ رقبہ کو ایسڈ سیلی سلک کھپاؤنڈ، برٹش فارماکوپیا (pulv. acidi salicylici comp. B.P.C.) کے ذریعہ سفوف یافتہ رکھا جائے۔ اگر درو یا بے آرامی زیادہ ہو تو اس سفوف کے بجائے کلارین کوکشن (calamine lotion) استعمال کرنا چاہئے۔ سامی جرابی التهاب کی زیادہ شدید یا استوائی قسم میں، جبکہ ہمراہ اکثر ڈبل یا پھوڑے پائے جاتے ہیں ہر ممکن ذریعہ سے سرایت کے مقابلہ کے لئے مریض کی قوت مدافعت کو زیادہ کرنا چاہئے۔ گھر سے باہر تعطیل منانا اور ساتھ ہی تیز کے ساتھ غسل آفتابی (sun-bathing) لینا بہترین علاج ہے۔ اگر اس کی سربراہی نہ ہو سکے تو کئی ماہ درمے بغشی روشنی کے غسلوں (total ultra-violet light baths) کا حکم دینا چاہئے۔ ڈیملینٹ (furunculosis)

کی طرح، دافع عفونت غسلوں کے ذریعہ پوری جلد کا ازالہ عفونت کرنے کی کوشش کرنا ضروری ہے۔

سرخ و خنیہ

(miliaria rubra)

(prickly heat = ملا رینی جن انرا = lichen tropicus)

یہ توران نہایت عام طور پر مین یورپین اشخاص میں دیکھا جاتا ہے جو طاری ہمالک میں رہتے ہیں، لیکن جیسی اس میں کبھی بتلا نہیں دیتے۔ معتدل آب و ہواؤں میں یہ ان لوگوں میں ہوتا ہے جنہیں پسینہ بکثرت آتا ہے اور جو سیلان البدن کی شکایت رکھتے ہیں۔ یہ کثیر التعداد چھوٹے سرخ دھبے ہوتے ہیں، جن میں چھوٹے چھوٹے مرکزی آبلے ہوتے ہیں جنہیں ایک گدلا سیال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ دھبے بمشکل ابھرے ہوئے ہوتے ہیں اور عموماً جلدی نہیں ہوتے۔ دھڑ اور جوارح کے قریبی فلقات متغیب مقامات ہوتے ہیں۔ یہاں نسج حیاتی طور پر امتلا موجود ہوتا ہے اور ساتھ ہی شبکہ کے اندر چھوٹے چھوٹے آبلے ہوتے ہیں جو یا تو حصہ کی طرح تشق سے یا ایکڑما کی طرح اسفنجیت سے بن جاتے ہیں۔ ان آبلوں میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں اور یہ گو ہمیشہ نہیں مگر اکثر ایک عرقی قنات (sweat-duct) کے گرد نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ جیسا کہ پولٹیزر (Pollitzer) نے بیان کیا ہے، ان قناتوں کے اتساع کی وجہ سے نہیں پیدا ہوتے۔

سبب اسباب۔ یہ توران عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے اور بکثرت پسینہ آنے کے بعد یکایک نمودار ہو جاتا ہے اور ارتفاع تپش، حار انگلی مشروبات کے استعمال، گرم غسل، یا سخت ورزش سے اس کی تحریک ہوتی ہے۔ آبلوں کے اندر بمقامت منیہ فاطی بالیدگی کی حالت میں موجود ہوتے ہیں اور دائرہ (Darier) کی یہ رائے غالباً صحیح ہے کہ یہ توران انہی عضویوں کے ذریعہ جلد کی اس ذاتی تطہیر کی وجہ سے ہوتا ہے جو پسینہ کے ساتھ ہر جلد کی تعطیل سے واقع ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ وہ بتلاتا ہے، وہاں اکثر کوئی فاطی سرایت رساں ماسکہ موجود ہوتا ہے

مثلاً کوئی نزل، حصہ، سیلان الدہنی، التهاب جلد، تغیری قاححات، وغیرہ۔ ماسبق
استعمال دیکھ کر نے والے حالات کے زمرہ میں ذیل کی حالتوں کا نام لیا جاسکتا ہے۔
سیلان الدہنی حالت، کثرت لبوسات (اور بالخصوص غلامین کے کپڑوں کا جلد سے
لگا ہوا ہونا)، بیمار خوری اور سورہنم، اور انکلی مشروبات کا بیجا استعمال۔ اورین
میں رہنے والا موٹا، کثیر الدم، کاک ٹیل (cock-tail) پینے والا یور وینین اس مرض کا
عام ترین شکار ہوتا ہے۔

علاج۔ ایک تیز مسہل، چوبیس گھنٹے کا فاقہ، آتش جو اور تازہ عقی لیمو
کے وافر مشروبات، اور بڑی مقداروں میں قلیات کے استعمال سے جلد ہی حملہ مرض
دب جائیگا۔ مقامی طور پر نیم گرم غسل جیسے ساتھ زنک سلفیٹ (zinc sulphate)
(پوئڈ) شامل ہوا اور جیسے بعد بورو ٹالک پوف (boro-talc powder)
لگا دیا جائے، کافی ہوگا۔ توانی کو روکنے کے لئے غذا میں معقولیت سے کام لینا چاہئے
انکھل سے پرہیز کرنا چاہئے، ہلکا سا مدار لباس پہننا چاہئے، قلیوی مشروبات
استعمال کرنا چاہئے، اقامدگی کے ساتھ غسل کرنا چاہئے، اور چھڑکنے کے لئے بورک کا سونو
عادتاً استعمال کرنا چاہئے۔

ذنبل

(boils)

(دُقل، دُمیلیت، truncler, frunculosis)

ذنبل ایک جیم جرابی التهاب (massive folliculitis) ہے، جو تقریباً
ہمیشہ نبقہ عنبیہ ذہبیلہ (شاذ اصابتوں میں نبقہ عنبیہ ترنجیبیہ) کی وجہ سے
ہوتا ہے، اور جسکی متاز خصوصیت یہ التهابی تعامل اور تخریب ہے۔ وہ ایک دردناک
سرخ، اور کثرت اُبعور ہوئے دھبے سے شروع ہوتا ہے، جو تدریجاً بڑا ہوتا ہے،
سخت اور چھوٹے سے الیم ہوتا ہے، اور جیسے ساتھ گرد و پیش کی جلد کا تضلیب اور
بعض اوقات بہت اُذیا ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ قاتم سرخ ہو جاتا ہے، اور چند روز
کے بعد اُس کا لاس نرم ہو کر معمولی پیپ محل آتی ہے، اور اڑاں بعد تخریب یافت

کا ایک بڑی مائل درد غشیہ یعنی کیل باہر نکل آتی ہے۔ جب یہ جدا ہو جاتی ہے تو التهاب رفع ہو جاتا ہے اور انجور جگر زخم تبدیل ہو جاتا ہے اور ایک چھوٹا ندبہ باقی رہ جاتا ہے۔

ڈنبل جلد کے کسی بھی حصے پر جہاں شعری جراثیم موجود ہوں واقع ہو سکتے ہیں مگر ان کے استثنائی مقامات گردن کی پشت، ٹرن، پشت، رانیں اور پیش بازو ہیں۔ بالائی لب پر کے یا اس کے قریب کے ڈنبل خاص اہمیت رکھتے ہیں، جسکی وجہ یہ ہے کہ وہاں کی سرایت کھنکی جو فہمکت مصل کر عفونی طعیت (septic thrombosis) پیدا کر سکتی ہے جسکا آخری نتیجہ طعیت الدم (pyemia) اور موت ہو سکتا ہے۔ بیرونی منفذ گوش کے داخل شدہ اور اشتعائی درد پیدا کر دیتے ہیں۔ اس مقام پر وہ اکثر منفذ گوش کے مزمن سیلان الذہنی التهاب چلد (ch. seborrhoeic dermatitis) میں بطور یہیچیدگی کے پیدا ہو جاتے ہیں۔

مرضی ششمریح۔ ڈنبل ایک ایسے طریقہ سے پیدا ہوتا ہے جسکا مقابلہ مسامی جراثیمی التهاب کی زیادہ شدید تخری شکل سے کیا جاسکتا ہے۔ نزقات غبیہ جو پہلے دلد جراب پر بڑسکر ایک سطحی اور عارضی کا محمد پیدا کرتے ہیں، بال کے طول میں طویل زنجیروں کی فصل میں پھیل کر عمیق تر حصے میں ایک دوسرا مرکز فعلیت بنا دیتے ہیں۔ یہاں وہ ایک عظیم الشان نوآبادی قائم کر دیتے ہیں، جسکے آس پاس جراثیمی برفت کا اور آدم کے گرد و پیش کے حصے کا تخر واقع ہو جاتا ہے۔ اس تخری تودہ (یعنی کیل) کا مرکز بقات غبیہ کی نوآبادی سے بنتا ہے جو جراب کے باقیات میں مشمول ہوتی ہے اور اس کے گرد فائبرن کا ایک تودہ ہوتا ہے جس میں کثیر الاشکال نواتی سپید غلیوں کے تودے اور ساتھ ہی آدم کی شکستہ اقصائی بافت اور لچکدار بافت پھٹی ہوئی ہوتی ہے۔ خود عضوی نوآبادی کے قریب ترین سپید غلیے ٹوٹے ہوئے ہوتے ہیں، مگر فبیت دور کے سپید غلیوں کے خاکے اور نوات اب بھی صحیح و سالم رہتے ہیں۔ ڈنبل کے بننے کا طریقہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ وہ ہمیشہ کسی جراب کی بیرونی سرایت واقع ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ کہ یہ سرایت دروں جراثیمی ہے مگر دور کی بافت کا تخر پیدا کر دیتی ہے۔

سخت شایب - نفع مند عنبیدہ ذہلیہ صاف و پاک جلد کا طبعی باشندہ نہیں سمجھا جاسکتا، لیکن اس کے تلوث کا کشف نہایت کثیر الوقوع ہونا چاہئے۔ اگرچہ اس عضو کی وجہ سے پیدا ہونے والے فاعلی اثرات اس قدر متعدی نہیں ہوتے جتنے کہ مسمیٰ سببی حصہ کے اضراسخو ہیں، تاہم یہ اضراسخو واسطہ یا بالواسطہ تناس کے ذریعہ دوسروں کو مرابت پہنچنے کا یقیناً ایک اہم ذریعہ ہوتے ہیں۔ اس مرض کے مریضوں کیساتھ رہنے کی وجہ سے مخزضات اور لمبوں کو اکثر اوقات زمیلیت کی شکایت لاحق ہو جاتی ہے۔ حجام کی دکان میں بھی اکثر ذہیل مسمیٰ جرابی التهاب اور انجیر (syecosis) لاحق ہو جاتے ہیں۔ جب ایک یا جلد تلوث ہو جاتی ہے تو ان جراثیم کی خواہش سے جنین نجات منبغیحی اور گھٹات میں لگے رہتے ہیں، انکی فاعلی بالیدگی کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ اس واسطے رگر کے عام مقامات پر مثلاً اردن کی پشت اور سرخوں میں ذہیل عام ہوا کرتے ہیں اور اور اسی وجہ سے دوسروں اور شہتی کھینے والے اشخاص میں اکثر الذکر مقامات پر اور بعض پیشہ ورن میں پیش بازو نقل اور ہاتھوں کی پشت پر کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ سیلان الذہنی جلد نفع مند عنبیدہ ذہلیہ کی نیز نفع مند عنبیدہ ابضی خفلی بدوریہ (pityrosporon) اور شہتی قظیر کی بالیدگی میں مدد دیتی ہے پیش شکر دہیت (hyperglycemia) بھی ایک شہتی عنبیدہ فاعلی لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ غدد ذہیل اور راج پھوٹے (carbuncles) بھی دوسری راجتوں کی طرح دہی شکر میں زیادتی پیدا کر سکتے ہیں جو فاعلی مرابت کے نفع پر نیکی بدلیدی درجہ تک کم ہو جاتی ہے بعض اصحابوں میں شکر کی غیر صحیح زندگی حد سے زائد کام عدم دہیت وافر یا کافی غذا اور کسی دوسرے مقام کی مزین مرابتیں بھی کار گر حالات ہوتے ہیں مقامی حکمہ مثلاً حکمتہ المرز بعض مقامات معدود جاتی ہے جس کے لئے ہمیشہ استفسار کرنا چاہئے۔ ان اصحابوں میں ذہیل خاص طور پر خواش پذیر رقبہ کے قریب جوار میں واقع ہوتے ہیں یعنی حکمتہ المرز کی صورت میں سرخوں پر اور حجام میں کیونکہ ان حصوں کو ہر وقت اور بار بار کھرٹنے سے جلد کی خراشیدگیاں پیدا ہو کر نفع مند عنبیدہ شہتی ہو جاتا ہے۔

845

علاج - کسی ذہیل کی موجودگی کے یہ معنے ہیں کہ شعری دہنی جراثیم کے دہنوں میں نفع مند عنبیدہ کے وسیع انتشار کا غالب امکان ہے، لہذا علاج میں پہلی ضروری چیز یہ ہے کہ ذہیل کے گرد ایک بڑے رقبہ پر روزانہ ہلکا فخر زوت آئیوڈین لگا کر وہاں کی جلد کا ازالہ مرابت اسطرح کرنا چاہئے، جس طرح کہ مسمیٰ جرابی التهاب کی حالت میں کرنے کی سفارش کی گئی ہے، اور روزانہ غسل میں کوئی دافع علوت دوا شامل

کے کے ساری جلد کے زیادہ عمومی ازالہ سرائیت کی کوشش کرنی چاہئے، مثلاً زہک سلفیٹ
 ۳ اوئس، یا ایسی تجہیز است۔ لاکر جیسی کہ لائسل (lysol) سائلین (cyllin)،
 مان سال (monsol) وغیرہ۔ سطحی ازالہ سرائیت کا یہ سادہ طریقہ ڈیسلیت کی بہت سی
 مزمن امیابتوں میں زیادہ کارگر ثابت ہوتا ہے، جبکہ زیادہ شاندار علاج جو جدرینا سے
 کالوسال منگنیس (collosol manganese) وغیرہ کے ذریعہ کیا جائے بیکار ہوتا ہے۔
 بعض اوقات وائن گریفی چاقو (von Graefe knife) کے ذریعہ ایکٹائی ڈنبل میں
 چھوٹا سا شگاف دینے اور اس میں سے اُسکے مرکز کے اندر خالص کاربوٹک آکسید،
 یا ناسال، یا لائسل میں ڈبوئی ہوئی ایک تیز دیا سلائی داخل کر دینے سے ایسے ڈنبل کے
 نوک کو روکا جاسکتا ہے۔ جب التهاب کا فاعلی درجہ رفع ہو جائے تو اسکی کیل کو سالم
 نکال دینے کے لئے انتہائی احتیاط عمل میں لانی چاہئے۔ کیونکہ اگر اسکو گرد و پیش کی
 جلد پر توڑ دیا جائیگا تو اُن زندہ ترقیات غلیہ کو جو اُسکے مرکز میں موجود ہیں پھیلا دینے کا
 خطرہ ہوتا ہے۔ پہلے بیان کی ہوئی وجوہات کے سبب سے کسی ڈنبل کا علاج کسی
 بھی حالت میں پولٹھوں یا بورک کی تلمیحات کے ذریعہ، ہرگز نہیں کرنا
 چاہئے۔ اگر ابتدائی درجوں میں درد شدید ہو تو پرکلورائڈ آف مرکری کے بابج
 طاقت کے محلول کے ساتھ گرم تلمیحات کی تھوڑے عرصہ تک اجازت
 ہے، مگر اگر پہلے ہی جلد پر آیوڈین کا ضما کر دیا گیا ہے تو انہیں نہیں استعمال
 کرنا چاہئے۔ ایک نمو پیریوڈنل پر خالص اکتھال کی ایک لٹکا کر اُسے
 نرم روئی سے ڈھانک دینا پسندیدہ تر ہے، میگنیشیم کی لٹی (magnesium paste)
 (magn. sulph. exsicc. 2-0, glycerine 1-0) کے ساتھ اس کا تکسیر
 کر دینا چاہئے۔ لٹکے آیوڈین اور اکتھال کے مقامی استعمال اور روزانہ دافع عفونت
 غسل کے علاوہ، ڈنبل کے گرد و پیش کی جلد پر اور مفصلی تعریجات میں پلو آکسیدائی
 سیلی سلک، کپاؤنڈ برش ناراکوپما (pulv. acidi salicylic comp., B.P.C.)
 کو چھڑکنا چاہئے۔

عمومی علاج۔ اگر جبکہ جلد کا مقامی اور عمومی ازالہ سرائیت اولیں اہمیت
 رکھتے ہیں اور اکثر صرف یہی تنہا کافی ہوتا ہے، تاہم بہت سی امیابتوں میں اعلیٰ علاج

کے دوائی بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ دانتوں، نوزن، انہی جو فوں میں یا دیگر جگہ ہاسکی مرایت کے لئے نہایت محتاط معائنہ کرنا چاہئے، کیونکہ بعض اوقات یہ نبتہ منہ کے لئے قوت مدافعت کو کم کرنے کا موجب ہوتی ہے۔ بیش شکرمویت کا تدارک بلاشبہ مناسب غذاؤں کی خوراک اور اگر ضرورت ہو تو انسولین (insulin) کے اثرات کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ کثیر الدم سبیلان الدہنی اشخاص میں کاربوہائڈریٹ غذا میں کمی کے ساتھ اور قوت مدافعت کی پوری معادیں دینی چاہئیں۔ اس کے برعکس کمزور، عظیم الدم اشخاص میں جن میں فاسفیٹ بولیت عام ہوتی ہے، لوہا (iron) دینا چاہئے، اور ایڈسودا فاسفاس (acid soda phosph.) کے ذریعہ ترشہ سمیت پیدا کرنی چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 538)۔

حسبہ العلاج اصابتوں میں کھلی ہوا میں کامل تعطیل منانے پر اصرار کرنا چاہئے، اور اسکے ساتھ اصلی یا مصنوعی آفتابی غسل شریک کرنا چاہئے۔ مناسب اور بڑھتی ہوئی مقداروں میں استعمال کیا جائے تو علاج شمسی نبی نبی مرایت کی مدافعت کی قوت کو زیادہ کرنے کا ایک بہترین ذریعہ ہے۔ ڈسلیٹ میں مذکورہ یا غودزاد نبی نبی جلدین کے اثرات بلاشبہ منفعت بخش ہیں، بشرطیکہ کسی مقدار خوراک کی احتیاط کے ساتھ روک تھام کی جائے، لیکن ایسی اصابتیں بھی ملتی ہیں جنہیں یہ بیکار یا دراصل مضر ثابت ہوتے ہیں۔ کالوسال منگنیز (collosol manganese) یا منگنیز پیوٹاسٹریٹ (manganese butyrate) کے اثرات، اور ٹن (stannoxyl) کا براہ دہن استعمال، اپنے اثر میں نسبت کم یقینی ہوتے ہیں۔ تازہ لہن یوزہ کشان (fresh brewer's yeast) ایک تادو اوس روزانہ آزمایا جاسکتا ہے اور نفع بخش ہوتا ہے۔ بالآخر ذاتی سالم خون (autogenous whole blood) کے اثرات کے متعلق دعوے کیا گیا ہے کہ یہ دشوار علاج اصابتوں میں تقریباً نوعی ہوتے ہیں۔ المختصر ڈسلیٹ کے کامیاب علاج کا انحصار اولاً جلد کے مقامی اور عمومی اثرات مرایت پر ہوتا ہے، اور ثانیاً ان حالات کی اصلاح پر جو مرلیض کی عام صحت کو بہت کر رہے ہیں، اور اس کے ساتھ اگر ضروری ہو تو نوعی جدرین رسانی اور علاج شمسی شامل کرنا چاہئے۔

راج پھوڑا

(carbuncle)

یہ ایک مثل مراثیت ہے جو بھقات غبیہ سے ہو جاتی ہے، اور جلد اور تحت الجلد بافت کا وسیع التهاب، تھلپ اور تخر پیدا کر دیتی ہے۔ راج پھوڑا ذیل سے اپنی وسعت میں اختلاف رکھتا ہے، اور اس حقیقت میں کہ اس میں تھلپ کے متعدد ٹکے ہوتے ہیں جنکی وجہ سے بجائے ایک کے کئی فحشوں میں سے اخراج خارج ہوتا ہے۔ اسکے مریض عموماً ادھیڑ یا زیادہ عمر کے ہوتے ہیں اور انہیں زیادہ بلیس ٹکری ایک عام ماسبق مرض ہوتا ہے۔ ضرر کا عام محل وقوع گردن کی گڈی ہے، لیکن یہ اکثر پشت پر بھی ہوتا ہے۔ یہ ایک چپٹے، متعصب، سرخ یا ارغوانی مائل سرخ رنگ کے رتبہ کے طور پر شروع ہوتا ہے۔ یہ پھیل کر جلد کے لیول سے اوپر ابھر آتا ہے، لیت کے دھتے پیدا ہو جاتے ہیں، اور پیپ کا اخراج ہوتا ہے۔ اس سخت تودہ میں ایک غشیہ تنجنا ہے، جس کے باہر نعل آنے سے ایک گہرا قرحہ باقی رہ جاتا ہے۔ یہ بالآخر انجور ٹکر مند مل ہو جاتا ہے، اور ایک داغ باقی رہ جاتا ہے۔ راج پھوڑے کا قطر ایک انچ سے لیکر تین انچ تک ہو سکتا ہے، اور کبھی کبھی اسکی نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے۔ مریض کو جینی اختلال اور تپ ہوتی ہے۔ عفونی سرائیت واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ خشکی سے موت واقع ہو جائے۔

علاج - دیلیت اور راج پھوڑے دونوں کے ابتدائی درجہ میں لے لانا (Aolan) (جو کہ لیکٹا بیومن کی ایک محفوظ الحقوق تجویز ہے) کے دروں عضلی اثرات جن سے کثرت خلیات ابھیں پیدا ہوتی ہے، اضرار کی شدت کو گھٹا دینگے اور انکے ارتقاء کا اسراع کرینگے مغلطو راج پھوڑے میں 'ہاتا' اسی میں یا زیادہ کا اشراب، روزانہ یا ہر تیسرے روز سرین کے بالائی اور بیرونی رنج کے عضلات میں کر دینا چاہئے، اور تین سے لیکر پانچ اشرابات دینے چاہئیں۔ راج پھوڑے کی شدید اصابتوں میں خاص طور پر کزور اشخاص میں، مکمل استیصال قرن مصلحت ہے، اور اگر یہ نہ کیا جاسکے تو ان تدا بیر کا جنگی سفارش دہلوں کے لئے لکھی ہے استعمال کرنا چاہئے۔

نومولودی والنفقاع

(pemphigus neonatorum)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۵۸، ج ۱ صفحہ 833)

یہ مرض 'جسے ابتداء فرانس میں اوشینی (Ochene) نے بیان کیا، مقابلہ ایک شاذ متعدی سرایت ہے جو نوزائیدہ بچوں میں ہو جاتی ہے، اور بہت ماہرین اسے محض ایک آبلہ دار حصہ (bullous impetigo) سمجھتے ہیں جو شیرخواروں میں ہو جاتا ہے۔ سیبوراڈ (Sabouraud) اب بھی اسی رائے کی طرف مائل ہے، اور خیال کرتا ہے کہ یہ معمولی حصہ کی طرح دھسل نبتی کسبی مبدار کا مرض ہے۔ آبلہ دار نبتی کسبی حصہ کا وقوع زیادہ عمر کے بچوں اور بالوں کی طرح شیرخواروں میں یقیناً ہو سکتا ہے لیکن بہت سے ماہرین کے آزاد مشاہدوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ حقیقی نومولودی والنفقاع آبلہ دار حصہ کی اس شاذ قسم کی طرح ہے جیسا سوہن (Jadassohn) نے بیان کیا ہے، بہر صورت عموماً 'نبتہ حلیہ ذہیدہ سے سرایت ہونے کے باعث ہوتا ہے۔ یہ خوران، جو عموماً پیدائش کے بعد چوتھے دن سے ٹیکو چودھویں دن تک نمودار ہوتا ہے، نیم کردی آبلوں پر مشتمل ہوتا ہے، جنہیں ابتداء صاف مصلی سیال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ آبلہ، جو معمولی حصہ کے آبلہ کی طرح 'لبقہ قرنی اور شکہ کے درمیان بنتا ہے، جلد ہی پھوٹ کر ایک سرخ، تر، چمکدار صلیغ ظاہر کرتا ہے جس سے مصل برسا جاری رہتا ہے، یہاں تک کہ وہ خشک ہو کر ایک زردی مائل تیلی پٹری بنا دیتا ہے۔ پھوٹے ہوئے آبلوں کے حاشیوں پر سرایت کی توسیع واقع ہوتی ہے، قرنی لبقہ آتر جاتا ہے، اور اس طرح معز ارتقہ اور بڑھ جاتا ہے۔ متصلہ اضرار کا انتقا بھی واقع ہوتا ہے، اور اس طرح سے جلد کے بڑے بڑے خطے اپنے قرنی لبقہ سے محروم ہو جاتے ہیں۔ موافق اصابتوں میں نئے آبلوں کی توسیع اور ٹیکوین بستہ ریمج موقوف ہو کر پٹریاں خشک ہو کر غلجہ ہو جاتی ہیں، اور جیسا کہ حصہ متعدی میں ہوتا ہے، قرنی لبقہ کی تجدید انداب کے بغیر ہونے لگتی ہے۔ لیکن زیادہ شاذ صورتوں میں سرایت کا پھیلنا جاری رہتا ہے، 'نقحہ، دہن اور ناک کی حائل جلیوں پر دخل ہو جاتا ہے،

ناظریتی تقریر اور چوڑے پیمیدگیوں کے طور پر واقع ہو سکتے ہیں، اور شیخ غرابیجی عمومی عفونتہ الدم اور بیوٹکس کے ملائ کے ساتھ ہلاک ہو جاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ہلاک نتیجہ اکثر مائل طور پر مندرجہ شدہ مری ندبہ کی ماؤفیت کے بعد ہوتا ہے، جبکہ سرائیت تاؤ منجہد عروق کی راہ سے پھیل کر ایک نتیجہ الدم پیدا کر دیتی ہے۔

توزیع۔ یہ ٹورڈن تقریباً ہر مقام پر شروع ہو سکتا ہے، اور شاید سب سے زیادہ عام طور پر گردن، غصہ، اُتھ یا پاؤں کی انگلیوں پر شروع ہوتا ہے۔ یہ دھڑلہ اور جوارج کی ختم کٹاں سلطحات پر وسیع طور پر پھیل سکتا ہے، لیکن آلوداریدائیشی نامیہ (bullous congenital syphilide) کے برعکس یہ ہتھیلیوں اور ٹوؤں کو چھوڑ دیتا ہے۔ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ وہ حالت جس کے لئے ریٹر وان ریٹر شین (Ritter von Rittersheim) نے رضیعی تسلیخ الہتھاب جلد (dermatitis exfoliativa infantum) کا نام تجویز کیا اور جسکو بعض اوقات ”مرض ریٹر“ (”Ritter disease“) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، نو مولودی دادا الفتاش کی محض ایک شدید فصل تھی، جس میں وسیع پھیلا ہوا تسلیخ واقع ہوا تھا۔ ریٹر نے اُن باؤں کا ذکر کیا ہے جو شکم اور شہدہ کے درمیان پریگ (Prague) میں لاوارث بچوں کے ایک شفا خانہ (foundling hospital) میں واقع ہوئیں اور جن میں ۲۷ مریضوں میں سے تقریباً پچاس فیصدی ہلاک ہو گئے۔

انذار۔ اُن مختلف باؤں میں جنکا حال مرقوم ہے ہلاکت کی تعداد بہت مختلف رہی ہے۔ حالی ہی کے سالوں میں ہلاکت کی تعداد خفیف رہی ہے، جسکا سبب بلاشبہ یہ ہے کہ سرائیت زدہ اصاجوں کو ابتداء ہی میں غلغلوہ کر دیا گیا اور مری ندبہ کے علاج میں زیادہ احتیاط سے کام لیا گیا۔

بحث اسباب۔ اس ٹورڈن میں جہابی قسم کے حادثاتی سببی حصہ کے تمام خصائص موجود ہوتے ہیں، لیکن متعدد محتاط آزادانہ مطالعات نتیجہ عینیہ ذہنیہ کو سبب مرض قرار دینے کی طرف مائل ہیں (۱۱)۔ نتیجہ عینیہ ذہنیہ صاف تندہ دست جلد کا طبی باشندہ نہیں ہے، لیکن جب ایک بار اس عضو کی فاعلی سرائیت واقع ہو جاتی ہے تو اسکی کاشت جلد کے اُن حصوں تک سے

ماصل کی جاسکتی ہے جو فاعلی اضرار سے وسیع فاصلہ پر ہوتے ہیں اور ایسی حالت میں مریض "ریبی نبتہ کا حامل" ("pyococcus carrier") ہوتا ہے۔ مزید برآں وہ اشخاص جو ایسے حامل کے قریبی تماس میں رہے ہوں، خود اپنی جلد میں اس عضو کو پناہ گزیں رکھ سکتے ہیں، بلا اسکے کہ انہیں فاعلی اضرار لازمی طور پر لمبیاب ہوں۔ غالباً نوموودی دارالنفقاع کی بیشتر امواتوں میں ثوران کا سبب یہ ہوتا ہے کہ کسی "ریبی نبتہ" کے حامل کے ساتھ شیرخوار بچہ کا راست تماس واقع ہو جاتا ہے۔ ایک اہم نکتہ یہ ہے کہ اگرچہ نوموودی دارالنفقاع کی امواتوں سے حاصل کیا ہوا نبقہ عذبیہ ذہبیہ اپنے کاشتی تعلات میں اس معمولی قسم کے عضو سے مختلف نہیں ہوتا جو دبلوں اور راج پھوڑوں سے حاصل ہوتا ہے، تاہم اُن میں یہ فائدہ ہوتا ہے کہ وہ نہ صرف شیرخواروں میں بلکہ اُن بالغوں میں بھی جو کسی شیرخوار بچہ سے سرایت زدہ ہو گئے ہوں، آبدار اضرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ اس طرح ہم یہ نتیجہ نکالنے پر مجبور ہیں اگرچہ نبی نبی اضرار ایسی امواتوں کی بڑی اکثریت میں ابتداء ہی سے جرابی اور قائمی ہوتے ہیں تاہم نبقہ عذبیہ ذہبیہ (شاید اسکی ایک مخصوص نسل) نبقہ سببیہ ریم زاطویہ کی طرح جرابی اور آبدار اضرار پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتا ہے۔ اس طرح وہ حصہ کی اس حیاتی قسم کا چسپہ جڑا توہن نمہ بیان کیا ہے اور نوموودی دارالنفقاع کا سبب ہوتا ہے۔

علاج۔ بچہ کو فوراً طلحہ رکھنا چاہئے، اور اس امر کی نہایت احتیاط عمل میں لانی چاہئے کہ راست یا بالواسطہ تماس کے ذریعہ سرایت نہ پھیلنے پائے۔ تاوقتیکہ بچہ کی عام حالت مانع نہ ہو بزرگ یا نیک سلفیٹ (دس ہزار میں ایک حصہ طاقت) کا روزانہ غسل دینا چاہئے، اور ازاں بعد جلد کو آہستہ سے چھو کر خشک کر لینا چاہئے اور پھر بزرگ ٹیک (boric-talc) کا سفوف خوب چھڑک دینا چاہئے۔ جب اضرار خشک ہو جائیں تو ایک ہلکا سیلابی مرہم یا لٹی استعمال کرنا چاہئے تاکہ کے خطے کو نہایت صاف رکھنا چاہئے اور سپر سیلابی مرہم لگا دینا چاہئے تاکہ کے کپڑوں اور لباس کو عظیم کرنا چاہئے۔ شدید امواتوں میں جن میں وسیع تسخ ہو بچہ کو حتی الامکان کم کھلا رکھنا چاہئے اور خوب گرم رکھنا چاہئے۔ شفا یابی غالباً نہایت کی نمویابی پر ہے اور یہ امر خشک چھو کہ علاج سے اندازہ پر

کچھ اثر ہے۔

شیرخواروں کے خراجات متعدّدہ

(multiple abscesses of infants)

یہ حالت، جو عام نہیں ہوتی، عموماً اُن ضامریخوں میں دیکھی جاتی ہے جنہیں نامناسب غذا دی جاتی ہے، یا جو التهاب الامعاء، شعبی ریوی التهاب وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ یہ ریسی اعمار ایکٹ (infantile erythema of Jaquet) کے ساتھ ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ یہ پھوٹے جلد کی سخت اور گہری گرہوں کے طور پر شروع ہوتے ہیں، بالخصوص اُن مقامات میں جنہیں آلودگی واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے (مثلاً مہرین اور لامیں) اور جن پر گرد یا دباؤ پڑتا ہے۔ ابتدائی اضرار مئی ہونے سے پہلے مسکوس کئے جاسکتے ہیں اور گرہوں کا رنگ اُس وقت تک غیر متغیر رہتا ہے جب تک کہ پھوٹے سطح کے قریب نہ آجائیں اور پھر اُن کی جلد سرخ یا نیلگوں ہو جاتی ہے اور اگر اُنہیں پہلے سے شکاک نہ بھریا گیا ہو تو وہ شق ہو جاتی ہے اور مایہ پید ہوجاتی ہے۔ جن شیرخواروں کے متعلق غفلت کی گئی ہو اُنہیں قروح یا ناسور پیدا ہو سکتے ہیں، اور ثانوی فکری التهاب (secondary adenitis) اور ازاں بعد نیت ایک پیپیڈی ہو سکتی ہے۔

یہ گرہیں جسامت میں ایک میٹر کے دانے سے لیکر مٹی کے اڈے کے برابر تک ہوتی ہیں اور انہیں جو پیپ موجود ہوتی ہے اُسکی مقدار اکثر جرتناک ہوتی ہے تشخیص آسان ہے، اگرچہ بعض اوقات ان گرہوں کو غلطی سے صفیہ سمجھ لیا جی ہے، (جو شیرخواروں میں شاذ ہوتے ہیں)، اور کبھی ان پر بارورنی خراجوں (cold tuberculous abscesses) کا غلط گمان ہوا ہے۔

بحث اسباب۔ ان پھوٹوں کو پہلے تھج الدمی نوعیت کا سمجھا جاتا تھا، لیکن اب ظاہر ہوا ہے کہ یہ ایک نبقہ عنیبہ (یعنی نبقہ عنیبہ ذہیبہ یا نبقہ عنیبہ ایض) کی سرایت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو عرقی قناتوں کی راہ سے واقع ہوتی ہے۔ اس طرح ان اضرار کی گہرائی کی توبیہ واضح ہو جاتی ہے۔

انکے ساتھ چھوٹے چھوٹے اوپری دروں برادی قانحات بھی موجود ہو سکتے ہیں، جو قوی قناتوں کے دھنوں پر بنتے ہیں۔

علاج - علاج کا سب سے زیادہ اہم چیز یہ ہے کہ بنیادی کمزور حالت کا تدارک کر کے پیچہ کی قوت مدافعت کو زیادہ کرنے کی کوشش کی جائے۔ مقامی طور پر ضروری تدبیریں محض یہ ہیں کہ صفائی نہایت امتیاز کے ساتھ رکھی جائے، پھوڑوں میں ایک چھوٹے چاقو سے شکاف دینا جائے، بورک کے فصل دے جائیں، اور بورک ٹیلیک سفوف بکثرت استعمال کیا جائے۔ اگر ممکن ہو تو پیچہ کو گھر سے باہر ستر میں رکھنا چاہئے۔

نبقہ زرا و انجیریہ

(*sycoasis coccogenica*)

انجیریہ کی اصطلاح سے بالذات قناتوں کا قانچی جراثیمی التهاب مراد ہے۔ اسکی دو قسمیں شناخت کی گئی ہیں۔ ایک سادہ انجیریہ (*simple sycoasis*) یا نبقہ زرا (*sycoasis coccogenica*)، جو بقعہ جیہ سے جراثیم کی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اور دوسرا معقد انجیریہ (*tinea sycoasis*) جو اولاً ایک قوی قناتی فطر (*ringworm fungus*) کی سرایت سے ہوتا ہے، لیکن اڑاں بعد ریم ترا عضویات کی سرایت سے پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ بقعہ زرا و انجیریہ میں عام ترین مقامات سرایت مردوں میں ڈائریسی اور مونوچھوں کے خطے ہوتے ہیں، لیکن اس طرح کا جراثیمی التهاب دوسرے بالذات حصوں میں بھی واقع ہو جاتا ہے، مثلاً بھوؤں، بغلوں، مائے، اور جلد اڑاں میں۔ یہ افراد جراثیمی قانحات اور بشور ہوتے ہیں جو بالوں سے چمکے ہوتے ہیں۔ یہ غیر منتہی ہو سکتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر انتہائی، اور بے قاعدہ چمکتوں کی صورت میں ہوتے ہیں یا شدید امساجوں میں ڈائریسی اور مونوچھوں کے سارے خطوں کو مآخوف کر دیتے ہیں۔ جراثیموں کے درمیان کی جلد عموماً خشر متقی صبی التهاب جلد نام نہاد *acanthosis nigricans* انجیریہ: "*seborrhoeic sycoasis*" سے ماؤف ہوتی ہے۔ التهاب مختلف درجہ کا ہوتا ہے۔ یہ بعض امساجوں میں شدید ہوتا ہے، جسکی وجہ سے مآخوف حصے سرخ اور متورم ہو جاتے ہیں اور زردی مائل رنگ کی پٹریوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں جو خشک خدہ

مصلیٰ یعنی ارتشاح سے بن جاتی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں درم نہیں ہوتا بلکہ جداگانہ قاضیات اور بشور فرداً فرداً یا التقائی پکلیتوں میں مرتب ہوتے ہیں، یا ایک خشر چھلکے دار التهاب جلد ہوتا ہے جو زرد جرابی قاضیات سے منقطع ہوتا ہے۔

توقع کے خلاف، انجیریہ میں سرایت اوپری، دروں برادری، اور جرابات کے بالائی ایک ثلث یا ربع میں محدود اتمام ہوتی ہے۔ وہ صرف نہایت شاذ اصابتوں میں جواب کے عمیق تر حصوں میں پھیلتی اور بال کو تلف کر دیتی ہے۔ یہی سبب ہوتا ہے جسکی وجہ سے بال توجین سے کھینچے نہیں جاسکتے۔ موچینی دردناک ہوتی ہے، اور انجیریہ میں مستقل اندابی ذہول شاذ ہوتا ہے، باستثناء اُس صورت کے جبکہ وہ مضطرب شعاعی علاج کے نتیجے کے طور پر پیدا ہو جائے۔ انجیریہ حاد سامی جرابی التهاب کے حلقے کے طور پر شروع ہوتا ہے، یا اس کے کئی حلوں کے بعد بتدریج قائم ہو جاتا ہے۔ جرابی التهاب کی ان دو قسموں کے درمیان اصلی فرق یہ ہے کہ در آغالیکہ سادہ سامی جرابی التهاب میں بڑے سرایت کا تدارک کرنے کے قابل ہوتی ہے اور قاضیات فرداً فرداً واقع ہوتے ہیں اور خود بخود منحل ہو جاتے ہیں، انجیریہ میں برآمد کی قوت مدافعت منقور ہو جاتی ہے اور اُس میں پڑنے قاضیات کے نیچے نئے قاضیات جنا جاری رہتے ہیں۔ معلوم ہو گا کہ انجیریہ میں صرف وہی خطے ماؤف ہوتے ہیں جنہیں بڑے بڑے بال ہوتے ہیں، اسی واسطے وہ گالوں اور بالائی لبوں پر صرف مردوں میں ہوتا ہے۔ مزید بیاں وہی مرد جنہیں دائری اور موچہ کے بال بڑے اور موٹے ہوتے ہیں اس مرض سے ماؤف ہونے کا سب سے زیادہ امکان رکھتے ہیں۔ موچینی یا لاشماحوں کے نزدیک بالوں کو جرابات میں سے نکال دینے سے قاضیات عارضی طور پر موقوف ہو جاتی ہے، لیکن جب وہ پھر آگ آتے ہیں تو قاضیات مرض واقع ہو جاتا ہے۔ لہذا یہ نظا ہر سب کے برابر آگے اندر موٹے بالوں کی موجودگی ایک ہم جزو عامل ہے۔ مرضی ششمریح۔ انجیریہ کے ابتدائی اضرار صرف برآمد میں واقع ہوتے ہیں اور یہ درمل سامی جرابی التهاب کے اضرار ہوتے ہیں (جو لحاظ ہو)، لیکن یہ التقائی ہوتے ہیں، ماؤف خطے کے تقریباً تمام جرابات میں واقع ہوتے ہیں اور انکی تجدید ہمیشہ ہوتی رہتی ہے۔ اس عارضہ کی زمانت ان نئے قاضیات کے متواتر جننے ہی کی وجہ سے ہوتی ہے، جو جرابات کے دھنوں اور اتمام میں واقع ہوتے ہیں۔ ان قاضیات کے

نیچے چھوٹے چھوٹے جادرسی دروں برادمی خراجات پیدا ہو جاتے ہیں۔ شاذ صورتوں میں سرایت نیچے کی طرف شعری بصلہ میں پھیل کر جراب کی ساری گہرائی کو ماؤف کر دیتی ہے جس سے ایک گرد بصلی خراج (peribulbar abscess) پیدا ہو جاتا ہے، بال ڈھیلا ہو کر خارج ہو جاتا ہے، اور جراب مستحلب ہو کر تلف ہو جاتی ہے۔ ایسے بال کو موچیتہ سے اکھاڑ کر نکال لینے پر اسکی سطحی پوشش چپ سے در رختہ پائی جائیگی، لیکن یہ نہایت استثنائی واقعہ ہے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کا ارتشاح جرأ در تک محدود ہوتا ہے، اور آدمی خراجات کبھی نہیں پائے جاتے۔ لیکن سرایت زدہ جراب کے گرد آدمی عروقی ارتشاع موجود ہوتا ہے اور اس کے بالائی حصے میں ایک نواتی خلیوں کی در ریش ہوتی ہے۔ چند مہینوں کی مدت والی اصابتوں میں پلازائی خلیے اور عروقی خلیے نمودار ہو جاتے ہیں اور مستحلب جراب خیرہ کی گرہ کی قسم کا میٹر خاقہ ہوتا ہے آدمی اسکی اسی علوی در ریش کی کثافت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ طویل عرصہ کی اصابتوں میں ملوئیر بالیڈیاں نظر آتی ہیں اور نئے جرابات بننے کا رجحان نظر آ سکتا ہے، جن میں ابتدائی یا نامکمل بال موجود ہوتے ہیں۔

حکمت اسباب۔ اسکا سرایت رساں عضوہ عموماً تبقہا جلیذہلیہ ہوتا ہے، اگرچہ بعض اوقات اسکی پیداوار زرد قسبیں بھی سبب مرض ہوتی ہیں۔ یہ حالت سوائے سیلان الدہنی اشخاص کے اور کسی میں کبھی نہیں پائی جاتی، اور عموماً دوسرے سیلان الدہنی خواہر، مثلاً تنخیل جلد (pityriasis) سیلان الدہنی التہاب جلد (seborrhoeic dermatitis) تغطیر (acne) اور ڈبل موجود ہوتے ہیں یا کبھی نہ کبھی موجود تھے۔ سب سے زیادہ شدید اور مدافع اصابتیں ان اشخاص میں واقع ہوتی ہیں جن میں سرایت کی مدافعت کی قوت بچپن ہی سے ادنی رہی ہے، اور جو جلد الراس، کانوں اور تفرسکات کے سرایت رساں ایکزیما کی التہاب جلد، مزمن نبی التہاب (chronic blepharitis) التہاب لائف (rhinitis) اور انفی لمومی نازلت (nasopharyngeal catarrh) کے موضوع ہوتے ہیں۔ حالت سیلان الدہنی التہاب جلد یا کمیلیت کے حملہ کے بعد، حمام کی دوکان میں راستہ سرایت ہونے سے گویا اس سطحی نبی صبی جرابی التہاب کے پھیلنے سے پیدا ہو سکتی ہے جو حرکت کش والے

سیلان الذہنی اشخاص میں اس قدر عام ہوتا ہے۔ یہ حصفہ متعدی (impetigo contagiosa) کے حملہ کے بعد بھی ہو سکتی ہے، جبکہ ثانوی طور پر سرایت پیدا کرتی نبتات عینیہ جراثیم پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ مردوں میں ڈائرمی کے خطے کے حصفہ کی اصابتوں میں اس پیچیدگی کے امکان کو ہمیشہ ملحوظ خاطر رکھنا چاہئے۔ مونچھوں کا انجیریہ تقریباً ہمیشہ عادی مزمن انفی نازلت کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ یہ اپنے آغاز کے وقت تک جانی ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ سبوراڈ نے اشارہ کیا ہے، یہ اکثر اوقات اُن اشخاص میں ہو جاتا ہے جو بچپن سے مزمن نبقی عینی جفنی التهاب میں مبتلا رہے ہوں۔ ایسی اصابتوں میں مونچھیں نکلتے وقت قشبی نبتات عینیہ انفی قنات کی راہ سے نیچے آکر بالائی لب کی جرابوں پر حملہ آور ہوتے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ انجیریہ کے خاص خصائص میں ریڈکا (Besredka) کے اس قول کی تمثیل پیش کرتے ہیں کہ نبقی عینی سرایت کی مدافعت براؤن کا ایک وظیفہ ہے اور انجیریہ کا جاری رہنا صرف اس وقت مدافعت کے فقدان پر منحصر ہوتا ہے جس کے اسباب پورے طور پر نہیں سمجھے گئے۔ چنانچہ (12) جب کوئی سرایت جیسے کہ انجیریہ براؤن تک محدود ہوتی ہے تو تحت الجلدی اثراب کے ذریعہ سے دی ہوئی جد ریٹا بیکار ثابت ہوتی ہیں، لیکن جب براؤن باؤسکے پار ہو نیکی بعد خود آدمہ سرایت زدہ ہو جاتا ہے تو جد ریٹات سے اچھے نتائج حاصل ہو سکی توقع ہو سکتی ہے۔ معمولی عضویات سے خالص براؤن سرایت کا عقلی علاج ایسا ہونا چاہئے کہ جو جلد کے دافع جراثیم وظیفہ کو بحال کر کے طبی بنامے اور جن لوگوں میں انجیریہ واقع ہوتا ہے اُنکے مطالعہ سے ہمیں پتہ چلتا ہے کہ اس وظیفہ کا فقدان کس طرح واقع ہو سکتا ہے۔ ہم ان اصابتوں کے دو گروہ شناخت کر سکتے ہیں: ایک وہ جسکا وقوع افلاس زدہ جماعتوں میں ہوتا ہے، جنہیں غیر متقی ماحول تازہ ہوا اور روشنی کے فقدان اور ناکافی غذا کے سبب سے مریض بچپن ہی سے ریم ز اعضاؤں سے جلد اور مخاطی جھیلیوں کی مزمن سرایت میں مبتلا ہو جاتے ہیں، اور انہیں انجیریہ محض ایک مستزاد پیچیدگی ہوتا ہے جو ڈائرمی مونچھ کی بالنی بالیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے دوسرا گروہ وہ ہے جو خوشحال لوگوں میں واقع ہوتا ہے جنہیں غذا اور مشروبات کی افراط اور میدانی ورزش کی کمی کے باعث سیلان الذہنی نظر ہونا چاہئے

ہیں۔

علاج - معامی - اخیرہ کی دقیق امراضیات پر خود کرنا اس امر کی توفیح کے لئے کافی ہے کہ مقامی ضد عفونت لاسقات کے استعمال سے شفا حاصل کرنا کیوں نامکن ہوتا ہے، کیونکہ یہ قریٰ طبقہ کی گہرائی میں داخل نہیں ہو سکتے، اور جراثیم کے اجتماع یا ششک، بالخصوص میں تو اس سے بھی کم داخل ہو سکتے ہیں۔ سرایت کی توسیع کو محدود کرنے کی کوشش میں ہم گرد و پیش کی جلد پر آیوڈین کا روج شراب میں تیار کیا ہوا ایک فیصدی طاقت کا محلول (one percent solution of iodine in spirit) لگا سکتے ہیں، یا ایسے مرہم یا لائن لگا سکتے ہیں جنہیں گندھک، پارہ، ریسارین (resorcin)، وغیرہ شامل ہو۔ لیکن اصلی سرایت زدہ رقبوں کا بہترین علاج ان پر رات کے وقت ایکتھال (۲۵ تا ۵۰ فیصدی) لگانا ہے، جسکو صبح کے وقت صحرک الگ کیا جاسکتا ہے یا برٹیش گرین (brilliant green) (۲۵ فیصدی روج شراب میں ۵ گرین)۔ موصیٰ کے اثر کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے اور مرہم اصابتوں کے لئے یہی مناسب ہے۔ نسبت کہیں زیادہ روج نچو شعا می علاج سے حاصل ہوتا ہے، اور اسکی ایک ہی ٹوپی معاد سے عموماً صریح شفا حاصل ہو جاتی ہے، لیکن جب بال از مرہم نرزد جاتا ہے تو عموماً ٹکس واقع ہو جاتا ہے۔ لاشعاعوں کی کسری معادیں بھی مفید اثر کرتی ہیں اگرچہ انکے اثر سے بال نہیں گرتے۔ ٹوچینہ کے ذریعہ ٹوچینی، اگرچہ ناگوار اور دردناک ہوتی ہے، مگر اسے شعا می علاج پر یہ فوقیت حاصل ہے کہ اسے خیر معین لہر پر جاری رکھ سکتے ہیں۔ اسے نہ صرف مائوف رقبہ پر، بلکہ اس سے آگے تک بھی عمل میں لانا چاہئے تاکہ توسیع مرض نہ ہونے پائے۔ اور اسے نفشی روشنی کے مقامی لاسقات بھی بلاشبہ مفید ہوتے ہیں، اور یہ غالباً جلد کے میکا نیسم بلاغت کو متبیج کر کے عمل کرتے ہیں۔ انھیں کئی روشنی کے غسلوں (total light baths) کے ساتھ استعمال کرنا اچھا ہے۔

عمومی - اگر ممکن ہو تو مریض کو میدانی زندگی بسر کرنی چاہئے، اور نیک لباس میں زور دار ورزش کرنی چاہئے۔ غسل آفتابی اور سارے جسم کی جلد پر ٹھنڈی ہوا کا فعل، علاج کے کسی دوسرے طریقہ کی نسبت مستقل شفا بخشنے کا زیادہ امکان رکھتا ہے۔

دہی ہوتی چلچپے جسکی سفارش سیلان الدہنی حالت کے لئے کی گئی ہے۔ یہی غبی جدیدنا جو تحت الجلد راہ سے دیبا میں کم نافع یا بالکل غیر نافع ہوتی ہیں لیکن اگر اٹکا اشراب دروں ادھی سما لائے، پچیس املین سے لیکر پانچ سو فین تک کی مقداروں میں کیا جائے تو کم ہے کہ اٹکا اثر حیرتناک ہو اور اس طرح بہت پرانی امباتوں میں بھی مددہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ بیس ریڈ کا کثیف غبی مذتب (Besredka's staphylococcal antvirus) (دس دن کی پرانی کاشتوں کا مقطرہ) جنہیں خود احتیامی استعمال موجود ہوتی ہیں رفا دوں کے ذریعہ ماؤف رقبوں پر رات کے وقت لگایا جائے تو ابتدائی امباتوں میں اسکے بھی کامیاب ہونیکا دعوئے کیا گیا ہے۔

تفائی انجیریہ

(sycosis nucha)

اخلی تنظیم — حلیمی شعلانی التفاب جلد —
(dermatitis papillaris capillitii) (acne cheloid)

یہ حالت معمولی انجیریہ سے مماثل ہے اور اسی کی طرح صرف اُن ذکر میں آتی ہے جو سیلان الدہنی ہوتے ہیں۔ یہ تھا کا گرد جرابی التهاب ہے اور اسکی میٹر خصوصیت اتصالی بافت کی کثیف غلبہ نما صلابت ہے۔ ماؤف رقبہ پر ضروری گہرے جرابی قانحات اور پھوٹے دیکھے جاتے ہیں۔ بعض اوقات نیگلوں سرخ حلیمی سلعہ ثابت پیدا ہو جاتے ہیں، جنہیں سے باسانی خون بنے لگتا ہے اور جو ایک بدبودار نیم ری افراز خارج کرتے ہیں۔ یہ نسبت کچھ عرصہ بعد متغیر ہو کر غلی بند بن جاتے ہیں۔ مزمن التهاب سے متعدد شعری جرابات تلف ہو جاتے ہیں لیکن بعض محفوظ رہتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غلی خود سے بالوں کے چوٹے چھوٹے میٹر کچھے بروز کرتے باقی رہ جاتے ہیں۔

بحث اسباب - جیسا کہ کہا گیا ہے، یہ حالت ذکر تک محدود ہوتی ہے جنہیں سے بہت سے معمولی تغیر یا انجیریہ میں مبتلا ہوتے ہیں یا مبتلا تھے۔ یہ حالت بلاشبہ نتیجہ غلیہ ذہبیہ سے تفائی جلد کی مزمن سلایت کے سبب سے ہوتی ہے اور غالباً اس مقام میں اتصالی بافت کی کثیف نوعیت، التهابی عمل کی مخصوص میر الاندال نوعیت

کا اور خلیہ ناکھون کی پیدائش کا سبب ہوتی ہے۔

علاج - علاوہ اُن عام تدابیر کے جنکی سفارش انجیر میں کی گئی ہے، واحد علاج جو درحقیقت اطمینان بخش ہے شعاعی علاج ہے۔ اسکی پوری رفاقی مقادیر ایک ایک ماہ کے وقفوں سے دینی چاہئیں یا کسری مقادیر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے۔

تنخری فطیر

(acne necrotica)

[جلد کی ناکھون (acne varioliformis) جھمی نکھون (acne frontalis)]

یہ ٹوران خامک چالیس سال سے اوپر کے اشخاص میں پایا جاتا ہے، جو ایک قعودی خانہ نشین زندگی بسر کرتے اور کثرت غذا کھاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی یہ زمانہ ریمان میں بھی ہو جاتا ہے۔ یہ جس ذکر میں نسبت زیادہ عام ہوتا ہے۔ اضرار سریری اور خونی دونوں طرح سے میز ہوتے ہیں۔ وہ جرابی بخور کے طور پر شروع ہوتے ہیں، جو التهاب کے ایک سرخ بالہ سے بگڑتے ہوتے ہیں۔ انکے راسوں پر آبلہ دار دھاتحات نمودار ہو جاتے ہیں، جو نہایت سرعت کے ساتھ خشک ہو کر میز پر پڑیاں بنا دیتے ہیں۔ یہ صلب الطریقین، ندوی بال مبورے رنگ کی، ارد جلد میں مضبوطی کے ساتھ گڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ جلد الراس پر انکے مرکز میں ہمیشہ ایک بال ہوتا ہے۔ جب یہ گر جاتی ہیں تو گڑھے دار ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جنکی گہرائی مختلف اصابتوں کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ اضرار عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، مگر کبھی کبھی تین پینی (three-penny) کے سکہ کی جسامت حاصل کر لیتے ہیں، اور ایسی صورت میں جو ندبات پیدا ہو جاتے ہیں وہ بہت بد صورتی پیدا کر دیتے ہیں۔ انتخابی مقامات پیشانی، بالوں کے حاشیہ کے ساتھ ساتھ، گھٹنی، جلد الراس، ناک اور انفی شفوی دہراؤ، اور پشت اور سینہ کے درمیانی خط ہوتے ہیں۔ یہ ٹوران دراصل مزمن ہوتا ہے، اور اضرار کی تازہ پیداواروں کے نمویاب ہونے سے ترقی کرتا رہتا ہے، جنکے نکلنے سے پہلے شدید غارش، سوزش، یا اصلی درد تک محسوس ہوتا ہے اور موضعی علامات عموماً معدومی اشارت کی نسبت بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

مرضی شریح - نیجیاتی لحاظ سے یہ ضرر شعری ادہنی جواب کے دہن پر پختہ سے

پیدا ہوتا ہوا دیکھا گیا ہے، جس میں سارا برآمدہ اور زیر اُفادہ آدمہ کا ایک حصہ مازوف ہو جاتا ہے۔ یہ تغزری رقبہ ایک مدسہ نما پٹری بناتا ہے، جسکے مرکز میں جراب، بال اور دھننی غدہ کے باقیات پائے جاتے ہیں۔ جراب کے قمع میں تغزری غدد عینیت کی نوآبادیاں واقع ہوتی ہیں، دھنن میں اور پٹری کے بالائی اور زیرین کناروں کے برابر برابری عنبہ ذہبیلہ کے قودے ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - معلوم ہوتا ہے کہ تغزری تغلیہ ایک ایسی جراب کی جھپٹہ ہی سے تغزری عینیت سے مرایت زدہ ہوتی ہے، نبقہ عنبہ ذہبیلہ کے ذریعہ مستزاد مرایت واقع ہونے کے سبب پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں عضویہ ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، اور اضرار کی تغزری نوعیت غالباً نبقہ عنبہ کے سبب سے ہوتی ہے۔ اسکے مریض ہمیشہ سیلان الدہنی ہوتے ہیں، اور یہ ضرر اُن فریہ کثیر اندام مردوں میں عام ترین ہوتا ہے جو ادھیڑ عمر کے اوپر کے ہوتے ہیں۔ جیسا کہ دوسری سیلان الدہنی حالتوں میں ہوتا ہے کاربوہائیڈریٹ خوراک کی زیادتی انکلیت اور صیقل و زرخ کا فقدان اہم حالات ہوتے ہیں۔

علاج - متغامی لودر پر، ثوران کو عارضی لودر پر صاف کرنے کے لئے، عموماً جلد الاراس اور دوسرے مازوف رقبوں کو بار بار دھونا اور رات کے وقت ایک ایسا مردم لگانا کافی ہوگا جس میں گندھک (sulphur) اور روغن کیڈ (oil of cade) شامل ہوں (مثلاً یہ نسخہ: اولئی کیڈینی دس حصے (olei cadini 10'0)، سلفر پریسیپیٹ ایک حصہ (sulphur precip. 1-0)، سفید نوسیلین اور نینولین ہر ایک دس دس حصے (vaselini alb. lanolini 33 10'0)) یا تہنا گندھک۔ لیکن تا وقتیکہ غذا اور طریقہ زندگی نہ بدلے جائیں، عموماً کس مرض ہو جاتا ہے سبب و اثر روئی سے کئی پرہیزی سفارش کرتا ہے، لیکن عمومی علاج وہی ہے جو سیلان الدہنی حالت کے لئے ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہو)۔ ہمیشہ توانی کرنے والی اصابتوں میں ایک خود ناز یا نہ خود تبیعی غنی جدیدین، لدوں اور لودر پر دے کر جس طرح کہ انجیریہ کے لئے بتایا گیا ہے، آزمائی جائے۔

التهاب غدو عرقیہ

(hidradenitis)

یہ عارضہ جو بارہا غلطی سے دوسلیت سمجھ لیا جاتا ہے، تقریباً صرف بچوں میں اور نسبتہ شاذ صورتوں میں عجان میں ہوا کرتا ہے۔ اس کے اضرار بھیسوی، التهابانی گرہیں ہوتی ہیں، جو اکثر نہایت دردناک ہوتی ہیں۔ ممکن ہے یہ بچوں کے بغیر خشک پدیر ہو جائے لیکن زیادہ عام طور پر نرم ہو کر پھوٹ جاتے اور ایک بالائی جیسا مواد خارج کرتے ہیں لیکن ڈنبل کی طرح کوئی کیل خارج نہیں ہوتی۔ یہ التهاب دراصل حیرالاند مال ہوتا ہے اور دس دن سے لیکر پندرہ دن تک جاری رہ سکتا ہے۔ عود مرض نہایت عام ہوتا ہے، اور شدید امساجتوں میں ممکن ہے کہ دو فظلیں تکرر متعدد اضرار سے ماخوف ہو جائیں۔ بحکث اسباب۔ یہ گرہیں اس حالت کی طرح جو رضی خواجہ جتوہ

(multiple abscesses of infants) کے نام سے مشہور ہے، غدو عرقیہ کی (کہ شعری دہنی جراثیم کی) بنی غبی سرایت کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ عارضہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور ان سیلان الدہنی اشخاص میں ہوتا ہے جنہیں بکثرت پسینہ آتا ہے۔ یہ حالت سیلان الدہنی عمومی التهاب (generalised seborrhoeic dermatitis) کی ایک عام پیچیدگی ہوتی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ بھیس ماخوف ہوں، یا ساری ایکڑ مائی التهاب (infective eczematoid dermatitis) کی پیچیدگی ہوتی ہے۔

علاج۔ ان تلامیر کو کام میں لانا چاہئے جو سیلان الدہنی حالت اور بنی غبی سرایتوں کے لئے پہلے بیان کی گئی ہیں۔ مقامی طور پر، بھیسوں پر روزانہ نسخہ ذیل لگانا چاہئے: ٹنچر آکریڈی بھیس ایک حصہ (tinck. iodi. mitis 1-0)، اس میں اسپرٹ میتھیل شامل کر کے دس حصے کر لیا جائے (spirit methyl. ad 10-0) اور چھڑکنے کے لئے بورو سلی ریلک سنوف (boro-salicylic dusting powder) آزادانہ استعمال کرنا چاہئے۔

ریجم جراثیمی ذراتی سلحہ

(granuloma pyogenicum)

اس ملک میں اس اصطلاح کے تحت دو مختلف اقسام کے اضرار کا تذکرہ کیا جاتا ہے۔ (۱) یہ حالت پہلے انسانی تنقودی فطریات (botryomycosis hominis) کے نام سے یاد کی جاتی تھی۔ اس نام کا اطلاق جلد کے چھوٹے چھوٹے ڈنڈی دار سلعات پر کیا جاتا ہے اور یہ ان سلعات سے مشابہ ہوتے ہیں جو بعض اوقات گھوڑوں کے زخموں میں پیدا ہو جاتے ہیں جو آخرتہ گری کے عملیہ کے بعد باقی رہ جاتے ہیں۔ خیال کیا جاتا تھا کہ یہ ایک خاص فطر (فطر عنقودی = botryomyces) کی سرایت کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن وہ شہوت نما تو دے، جن پر لطفیلیاتی عناصر ہونے کا غلط گمان کیا جاتا تھا، وہ اصل انحطاط یافتہ خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سلحہ ایک نمڑ کے دانہ سے لیکر ایک میاری کے برابر تک مختلف جسامت کا ہوتا ہے۔ اس کا رنگ سرخ، اور یہ گول یا انقباضا گیتقدہ چٹا ہوتا ہے، اور اس کی سطح چکنی یا مٹھ دار ہوتی ہے۔ یہ عموماً بڑا دم سے نہیں ڈھکا ہوا ہوتا لیکن اُدھر ہمارا رکھتا ہے، جس سے اسے ایک میزاب مجد کرتا ہے۔ سلحہ کو ایک طرف ہٹا لینے پر اس میزاب کے چنڈے میں ڈنڈی دکھائی دے سکتی ہے۔ یہ سلحہ چھونے پر سخت اور ٹھکدار معلوم ہوتا ہے اور اُس میں سے آسانی خون محل آتا ہے۔ بعض اوقات یہ ایک تروی مائل پیڑی سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ اضرار نہایت عام لحد پر ہاتھوں اور انگلیوں پر دیکھے جلتے ہیں، لیکن چہرے، پاؤں، ٹانگوں، لبوں، جلد اس بلکہ زبان پر بھی ہو سکتے ہیں۔ تا وقتیکہ ان کا استیصال نہ کر دیا جائے یہ غیر معین زمانہ تک باقی رہتے ہیں۔ نسجیاتی لحاظ سے یہ مضمئی انقباضی بافت پر مشتمل ہوتے ہیں جس میں کثیر التعداد و نوساختہ خستہ شعری دموی عروق (جیسے کہ عروقی سلحہ میں دیکھے جاتے ہیں) موجود ہوتے ہیں۔

(۲) ایک متغیر ٹولول چکتی (fungating warty patch) جو اکثر متع

جسامت کی ہوتی اور ناہض فطریات (blastomycosis) یا بروقی ذنبہ (lupus)

(verrucosus) سے مشابہت رکھتی ہے۔ یہ ایک قانچی ضرر کے طور پر شروع ہوتی ہے جو خراج الکراہست میں پھیلتی ہے اور جس میں نرم عودتی اریکے نویاب ہو جاتے ہیں۔ یہ آنزوالد کر ایک بروقی شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور مکمل نمو یافتہ چمکتی بدودریابے قاعدہ جسامت کی پیدا ہو کر گرد و پیش کی جلد کے لیول سے مختلف حد تک اُجمہر آتی ہے اور پٹریوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جگہ درمیان اور جگہ نیچے ٹولولی، بنتی، اریکی سلمی سطح دکھلائی دیکھتی ہے۔ اس ضرر کو دبانے سے پیپ کے قلیرات کا ارتشاع ہونے لگتا ہے۔ موضوعی علامات خفیف ہوتے ہیں، اور تا وقتیکہ علاج دیکھا جائے مرض کا عمر بلی اور مزمن ہوتا ہے۔

بیمکت اسباب۔ ریم جراثیمی ذراتی سلعہ کی دونوں قسمیں منکشف حصوں پر واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہیں، اور ایک مابست عفوئی سرایت، بالخصوص کسی متقیج خراسیدگی یا زخم کو پیچیدہ کر دیتی ہیں۔ جراثیمیاتی استخوان پر عموماً ایک نبدما عنبیہ ذہبیہ خالص کاشتوں میں حاصل ہوتا ہے، لیکن اضرار کی عجمتی نوعیت کے مستبب علامات نامعلوم ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات کاتیات کی خواش سے پہلی قسم کا منظر پیدا ہو جاتا ہے۔ دوسری قسم کو بروقی ڈسبہ (lupus verrucosus) ناماض فطریہ (blastomycosis) بندر شریت (sporotrichosis) اور شوری فطریہ (trichophytosis) سے پہنچ کر نا اہم ہے۔

علاج۔ پہلی قسم کے ضرر کو قینچی سے کاٹ کر عود مرض کو روکنے کے لئے اسکی ڈنڈی کو سلوزنا ٹریٹ کی قلم سے جلا دینا چاہئے۔ ماورائے بنغشی روشنی کا متاع استعمال بھی شفا بخش پایا گیا ہے۔ دوسری قسم داخ عفوئت عسولات مثلاً پرکلورائڈ آف مرکیوری (۳ ہزار میں ایک حصہ) یا یوڈی آلی بور (eau d'Alibour) کے متواتر استعمال سے عموماً شفا یاب ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں لاشعاعوں کی پوری رفاقی معستاد مناسب ہوتی ہے۔

ایگزما کی ساری التهاب جلد

(dermatitis infectiosa eczematoides)

اس عنوان کے تحت انگلین (Engman) اور ازاں بعد ٹاؤنس (Fordyce) اور سٹن (Sutton) نے ایگزما کی التهاب جلد کی ایک قسم بیان کی ہے، جو عموماً جلد کے کسی محدود وں مقام ساری ضرورتاً ذیلی التهاب (varicose dermatitis) کی مزمین چمکتی، 'حرفی' ایگزما (occupational eczema)، 'ذمیلت یا راج پھوڑے'، زخموں، مزمین سیلان الاذن، صوبوبی جھولوں (discharging sinuses) وغیرہ کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ عارضت (scabies) کے حملے کے بعد بھی شائع ہوتی ہوئی ہو، مزمین عظمی لبتی التهاب (osteomyelitis) میں جیسے اوپر کی جلد کی سرایت بھی ہو گئی ہو، اور کسور مرکب (compound fractures) کے بعد بھی علی العموم پائی جاتی ہے۔ ٹوریاں عموماً امسلی ساری ضرر کے گرد ایگزما کی چمکتیوں کے طور پر شروع ہوتا ہے، اور پھر اس سے کسی قدر فاصلہ پر کم و بیش واضح طور پر محدود دائری یا بیضوی چمکتیاں نمودار ہو جاتی ہیں، جو نہایت عام طور پر بازوؤں، رانوں اور ماتحتوں پر واقع ہوتی ہیں۔ یہ چمکتیاں اعلیٰ درجہ کی میتر ہوتی ہیں، اور ایک منفرد آبلہ یا آبلہ ناقح سے پیدا ہوتی ہیں جو ایک احماری قاعدہ پر ہوتا ہے۔ التهاب محیطاً پھیلتا ہے یہاں تک کہ ایک چمچوانہ چمکتی بن جاتی ہے۔ یہ آبلے بڑے بڑے ہوتے ہیں، اور خشک ہو کر جلد زردی مائل پٹریاں بنا دیتے ہیں۔

853

بحث اسباب - التهاب جلد کی وہ قسم جسے ہم ایکٹرا (eczema)

کہتے ہیں، برآمدی حساس گری کی دلالت ہے، اور ساری ایگزما کی التهاب جلد حساس گر عامل ایک نبتہ عنبہ عموماً نبتہ عنبہ ذہلیہ ہوتا ہے۔ حساس گری جلد میں بقی صبی سرایت کے کسی ماسکہ کی موجودگی کے باعث واقع ہو جاتی ہے۔ نبتہ عنبہ سے ثبت جلدی تعاملات اکثر حاصل ہوتے ہیں، اور سٹن نے بتلایا ہے کہ تقریباً ۲۵ فیصدی اماتول میں اس ٹوریاں کیساتھ شری (urticarial) اضرار موجود ہو سکتے ہیں، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ برآمدی حساس گری کے ساتھ ساتھ آدمی حساس گری بھی واقع ہو گئی ہے۔

آیر (Byre) نے بتلایا ہے کہ سرائیت رساں نبقہ عفیبہ کے لئے نوعی الزاقین اکثر خون میں موجود رہتے ہیں۔

علاج۔ پہلے سرائیت کے اس اصلی ماسکہ کا علاج کرنا ضروری ہے، جسکی وجہ سے جلد کی حساس گری واقع ہو گئی ہے۔ جب یہ شفا یاب ہو جائے تو بعض اوقات ایک یا دو چکیتوں کا مزید ثوران موقوف ہو جاتا ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ ہواطب اصابتوں میں حساسیت کربانی کے لئے خود زاونقی غبی جھدین کی بڑھتی ہوئی معادیں دینی چاہئیں۔ بعض اصابتوں میں میٹھون کے دروں وریدی یا دروں عضلی اثرات کامیاب ثابت ہوتے ہیں۔ مقامی طور پر ایک یا دو چکیتوں کو ایک ایسی لگدی سے ڈھانک دینا چاہئے جس میں تار (tar) اور آیرنٹینٹ مریکیوری (ammoniated mercury) موجود ہو، مثلاً نسخہ ذیل:- لاکر پیس کا ربوئس ۳۰ قطرے تا اذرام (liq. picis carbonis, m. xxx to dm. i) ہیسٹ زکی کپاؤنڈ برٹش فارماکوپیا ایک اونس (hydrarg. ammoniat. gr. v) کی مد تک شامل کریں (past. zinci comp. B.P.C. ad. oz. i)۔ یہ لگدی لگانے سے پہلے آپرسلورنٹریٹ کا دو فیصدی محلول لگادیں جو اسپرٹ ایتھیرس ٹائرسوسائی میں تیار کیا گیا ہو، اور بعض اصابتوں میں خام کوئلہ کی لگدی (crude coal tar paste) نہایت کارگر مقامی دوا ہوتی ہے۔ جن مریضوں میں یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے انہیں سے جیتر سیلان الدہنی ہوتے ہیں، اور انہیں قلوآت کا استعمال، جیسا کہ شخص نے بتلایا ہے، اکثر نفع بخش ہوتا ہے۔

جراحی جلدی التهاب مسلسل

(acrodermatitis continua)

(dermatitis repens: ناگہانی التهاب الجلد)

ششہ میں رڈ بلف کروکر (Radcliffe Crocker) نے "ناگہانی

التهاب الجلد" (dermatitis repens) کے نام کے تحت ایک ثوران کو بیان کیا، جسکی تعریف اس نے یوں بیان کی:- ایک پھیلنے والا التهاب الجلد ہے جو عموماً تقریباً

کے بعد پیدا ہو جاتا ہے اور غالباً التهاب العصبی ہوتا ہے اور تقریباً خالصتاً بالائی جوارح میں شروع ہوتا ہے۔

علامات اس محدود المقام ٹوران کا بیان کر دہ کرنے حسب ذیل درج کیا ہے۔
 "ان تمام امواتوں میں جنہیں دریافت کیا گیا کوئی تغیر، جو اکثر خفیف سا تھا اسباب تھا۔ اس تغیر کے مقام پر آبلے یا پھپھولے نمودار ہو گئے، یہ پھوٹ گئے اور ابھری ہوئی بڑبڑھل گئی، جس کے بعد ایک چمکدار سرخ سطح باقی رہ گئی، جس سے ایک صاف یا کھینچا کھینچا سیال رستا رہا۔ اس سوزا رقبہ کا کنارہ بڑبڑھل کے ایک حلقہ سے محدود ہوتا ہے جو زیر افتادہ نیال سے (جو صاف یا کھینچا ہوتا ہے) ابھری ہوئی اور کپڑی ہوئی اور پتھارہ ہوتی ہے۔ بعض اوقات مزید ارتشاح کی وجہ سے بڑبڑھل کا جڑا ہونا پاری رہ کر توسیع واقع ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ کنارے سے عین باہر کو تازہ چھالے یا چھوٹے چھوٹے پھپھولے پیدا ہو کر پھوٹ جائیں اور مستقل ابتدائی سوزا رقبہ میں ایک تازہ سوزا رقبہ اور شامی ہو جائے۔"

اس حالت کا ایک نہایت مخصوص اور ممتاز خاصہ ناخونوں کی ماؤفیت ہے، جو بالکل اسی طرح ماؤف ہوتے ہیں جس طرح کہ معمولی داحس میں ہوتے ہیں۔ یہ ٹوران ایک ہاتھ یا ایک پاؤں میں محدود ہو سکتا ہے، لیکن بعض امواتوں میں دونوں ہاتھ یا چاروں ہواج ماؤف ہو جاتے ہیں۔ موضوعی عللاً مستدل تمامی غارش، اور بعض اوقات درد ہوتا ہے جو شدید ہو سکتا ہے۔ یعنی عروقی کا کوئی ثانوی التهاب شاذ ہوتا ہے اور بنیانی اختلال خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں دیکھا۔ مریض مست اور مرن ہوتا ہے اور ایک زمانہ میں تو یہ مرض لا علاج تصور کیا جاتا تھا۔ بالآخر ممکن ہے کہ ماؤف اختلیاں شکوہ کر چھوٹی ہو جائیں اور ناخن غائب ہو کر اختلیاں محض چھوٹے چھوٹے مخروطی اور متصلب شدہ کی طرح باقی رہ جائیں۔ ممکن ہے کہ لاشعاعی امتحان سے مستقل شقت کی امواتوں میں بھی زیر افتادہ ہڈیوں (بالخصوص منہائی سلامیات) کا عظمی التهاب اور انجذاب ظاہر ہو۔

اس مرض کی عمومی شکل میں، ہاتھ پاؤں پر ناگہانی التهاب الجلد (dermatitis repens) کے مخصوص و ممتاز ٹوران اور ناخونوں کی ماؤفیت کے

علاوہ 'دھرا'، 'جواج' اور 'جلد الاراس' پر قانچی ثورانات نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ جھٹلا پھلکر اپنے مرکزی حصوں میں خشک ہو کر پٹری دار چکٹیاں بنا دیتے ہیں جو اکثر بہت بڑی جسامت کی ہوتی ہیں۔ بادی النظر میں یہ چکٹیاں مزمن صدفہ (chronic psoriasis) کی چکٹیوں سے مشابہ ہو سکتی ہیں، لیکن یہ دراصل جھڑے ہوئے قرقی طبقہ اور خشک معنی ریم پر مشتمل ہوتی ہیں، اور انکے نیچے ایک تدریسی ہوئی سطح سے مایع ریم کا ارتشح ہوتا ہے۔ عمومی امصابتوں میں فحی، لمتھی اور جھری ابولی غامی چکٹیاں سب ماکوف ہو سکتی ہیں، جیسا کہ راقم الحروف نے ایک مریض مرد میں شاہدہ کیا۔ زبان اوپری التہاب اللسان سے ماکوف ہوتی ہے، اور اسپرڈ فٹھیہ یا غامی جھٹی بنجانے کی وجہ سے سفید چکٹیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ متوالی حادثے واقع ہوتے ہیں جو جلد پر ثورانات کے اشتدادات کے ساتھ ہمزان ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ اسپیلر ج کی فوبیت پیدا کر دیں جیسی کہ ثلثیہ داسرہ زبان (lingua plicata) میں ہوتی ہے۔

مرضی ششریج - اصلی ضرر کثیر الاشکال نواتی سپید غلیتوں سے بالائی مایع ہوئی کی درریش ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرقی طبقہ کے مین نیچے ایک پھڑا بن کر نیچے کی طرف زیر افتادہ غلیبہ کی چوٹی تک پھیل جاتا ہے۔ اشکال اس پھوڑے کی تجفیف سے، اور قرقیتی قرقی غلیتوں میں اسکے ادغال اور سلخ سے واقع ہوتا ہے۔ لہذا نسبیاتی طور پر جو اس جلد ہی التہاب مسلسل کا مقابلہ صدفہ (psoriasis) سے کیا جاسکتا ہے، لیکن آخر الذکر میں، قطع نظر اس کی قانچی فصل کے، کثیر الاشکال نواتی درریش جھتی پھوڑے نہیں بناتی۔

حکمت اسباب - اس مرض کی مقامی اور عمومی دونوں قسموں کی تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ اسکا اولی سبب نبقتا غلیبہ ذہلیہ کے ذریعہ سرایت ہے (14)۔

انذار - اس ثوران کی دونوں قسمیں حقیقتہ میں اور عیر العلاج ہیں۔ اسٹوورس (Stowers) کی امصابت میں یہ حالت پنیٹا لیس سال تک جاری رہی اور مرتے دم تک موجود رہی۔ اسٹرانڈ برگ (Strandberg) کے تین مریضوں میں یہ علی الترتیب ۱۲ سال، ۱۳ سال، اور پانچ سال تک موجود رہی۔ راقم الحروف کے شاہدہ کردہ ایک مریض میں

آغاز مرض سے آخری شفا یابی تک اسکی مدت نو ماہ تھی۔ ایک دوسری اصابت میں درمیان بارہ سال تک نوبی فترات کیسہ موقوف رہا۔ تاہم یہ خیال غلط ہے کہ یہ مرض لا علاج ہے۔

علاج۔ راقم الحروف نے علاج کے جو طریقے کامیابی کے ساتھ استعمال کئے ہیں وہ حسب ذیل ہیں:— (۱) خود زاد جدیدین (جو تفرید کئے ہوئے نبتہ منیہ سے تیار کی ہوئی ہو) کے ذریعہ علاج، جسے مناسب بڑھتی ہوئی مقداروں میں عرصہ دراز تک جاری رکھنا چاہئے۔ (۲) اضار پر خود زاد ضد قشب، اور مختلف دافع سرایت ادویہ کا مقامی استعمال جس کے ساتھ ایسے غسل بھی استعمال کئے جائیں جنہیں سائلین (cyllin) یا مانسول (monsol) شامل ہو۔ (۳) لکڑی اور اسے بنفشی روشنی کے غسل (total ultra-violet light baths) اور حتی الامکان میدانی زندگی۔ اغلب ہے کہ جدیدین کے تحت الجلد اشکریات کے بجائے دروں ادھی اشکریات زیادہ کارگر ہوں، جیسا کہ بتقی علی بنجریہ میں پایا جاتا ہے۔

سیلان الذہنی حالت اور متعلقہ حالتیں

(SEBORRHOEIC STATA AND ASSOCIATED CONDITIONS)

بحث اسباب۔ جیسا کہ پہلے اشارہ کیا گیا ہے، تین خود عضویہ ایسے ہیں جو سمتدن انسان کی جلد میں اس قدر عام طور پر موجود رہتے ہیں کہ انہیں اسکا طبی باشندہ خیال کیا جاسکتا ہے۔ وہ یہ ہیں:— (۱) ملائیز کا تخمیلی فنگ (pityrosporon of Malassez) تغلیظ کا خود عضویہ (microbacillus of acne) اور نبتہ ثما عنبیہ (staphylococcus albus)۔ قطعی طور پر تندرست جلد پر یہ مرض گندہ نباتوں کی حیثیت سے موجود ہوتے ہیں، لیکن جب حالات موافق ہوتے ہیں تو یہ قاعلی بالیدگی اختیار کر لیتے ہیں اور جلد میں ایسے تعاملات پیدا کر دیتے ہیں جنکی نوعیت سبب عضویہ کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ جب ایسا واقعہ ہوتا ہے تو ان تینوں عضویوں کی قاعلی بالیدگی عموماً ہمزان طور پر واقع ہوتی ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ ان میں سے

کوئی ایک عضو یہ غلبہ حاصل کر لے۔ چنانچہ یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ وہ حالات جو مگندہ نبات (saprophytism) کو طغیلت (parasitism) میں تبدیل کر دیتے ہیں، ان تینوں عضویوں کے لئے مائل ہوتے ہیں۔

اس تغیر کو پیدا کرنے والا سب سے زیادہ اہم معدہ عامل جلد کی وہ مرضی حالت ہے جسے سیلان الدہن (seborrhoea) کہتے ہیں، جس کا مفہوم غدود ذہنیہ سے حد سے زائد اور متغیر افراز کا پیدا ہونا اور طبعاً قرنیہ میں چربی کے ترکیبی اجزاء کا متغیر ہوجانا ہے۔ جلد کی طبی چربی مختلف معادل شحم سے بنتی ہے، جنکے ساتھ شحمی ترشے مخلوط ہوتے ہیں، جو ثلاثی ہائڈراکسی الکحل (trihydroxy-alcohol glycerol) سے نہیں بلکہ ایک جوہری الکحل (monatomic alcohol cholesterol) سے ترکیب پاتے ہیں۔ یہ کالیسٹیرائی شحم جو حرامی بالیدگی سے آسانی تحلیل نہیں ہوتی اور ایک مناسب واسطہ کا خست نہیں ہیں۔ غلبہ ہے کہ متذکرہ بالاتین عضویوں کی قاطعی بالیدگی میں مبد ہونے والا (اور اسی وجہ سے سیلان الدہنی حالتوں کو تقویت پہنچانے والا) اصلی عامل وہ تغیر ہے جو سیلان الدہن کی حالت میں جلدی شحم کے افراز اور اس کی ترکیب میں واقع ہوجاتا ہے، لیکن اس کی سابق استعداد پیدا کرنے والے عامل بہ پیچیدہ ہوتے ہیں۔ ان پر بالاعتصار ذیل میں نظر ڈالی جاسکتی ہے۔

856

فی الواقع اور ما سبق استعداد۔ بہت سی اصابتوں میں سیلان الدہن اور اس کی پیچیدگیوں کے لئے بلاشبہ ایک موروثی رجحان ہوتا ہے۔ سیلان الدہنی خاندان عام ہیں، اور اسکے برعکس بعض خاندان مریع معلوم ہوتے ہیں۔ جرد (calvities) اور مریع نام نہا سیلان الدہنی صلعہ (seborrhoeic alopecia) میں رشتہ نیتنا ایک اہم عامل ہے۔ سیلان الدہنی حالت کی ایک پیدائشی استعداد بھی ہوتی ہے، جو بعض اوقات زمانہ شیرخواری ہی میں شناخت کی جاسکتی ہے۔

عمر اور منغنی ارتقاء۔ پیدائشی استعداد رکھنے والے شخص میں سیلان الدہنی مظاہر عمر کے لحاظ سے ایک خاص ارتقاء کے تحت واقع ہوتے ہیں۔ حقیقی و دفعہ پٹری (milk-crust) کو بہت سے ماہرین سیلان الدہنی رجحان کی ابتدائی ترین امارت

مجھے ہیں۔ شیرخوار بچہ کا سر ابتدا ہی میں تخمیلی بدوریہ (pityrosporon) سے سرائیہ ہو جاتا ہے، جو رضیسی ایکزیما (infantile eczema) کی سیلان الدہنی قسم پیدا کر سکتا ہے۔ یہ سرایت جلد الراس کے خشک سبوسہ (dandruff) کی صورت میں زمانہ بلوغ تک باقی رہ سکتی ہے، جبکہ سیلان الدہنی فود میں فعلیت کی تحریک پیدا ہو جاتی ہے جلد الزا اور چہرہ چمکنے ہو جاتے ہیں، اور اول الذکر کی سادہ سرایت جو تخمیلی بدوریہ سے تھی بقعہ عنبیہ ابض سے پیچیدہ ہو جاتی ہے جسکا نتیجہ نام نہاد شخصی تفخیل (pityriasis steatoides) ہوتی ہے۔ اب شعری دہنی جراثیم کے اتھام میں عصیتہ تغطیر فاعلی طور پر رخصت ہے اور طفولی تغطیر (juvenile acne) کے حصول اور قاحات نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ پچیس سال کی یا زائد عمر تک جاری رہتا ہے اور اسکے ساتھ یا اسکے بعد اکثر سیلان الدہنی التهاب الجلد ہوتا ہے۔ تقریباً اٹھارہ سال کی عمر میں یا اس کے بعد قحط الراس اور کنٹیوں پر کے بال گر جاتے ہیں اور ایسا فقدان ابتدائی ادھیڑ عمر کے جزو (calvities) کی طرف ترقی کرتا رہتا ہے۔ تیسرے چارچھے عاشورہ میں ریمان کی تغطیر کے بعد مگلایہ (rosacea) ہو جاتا ہے، جو عودوں میں اکثر کثرت شعر (hypertrichosis) کے ساتھ ہوتا ہے۔ اس وقت نام نہاد سیلان الدہنی ثولولات (seborrheic warts) بھی پیدا ہو جاتے ہیں، جو موت تک باقی رہتے ہیں۔

صنعی اثر۔ شعری دہنی نظام اور صننی قدر کے درمیان، نیز بالوں کی بالیدگی اور فود دہنیہ کے درمیان گہرا تعلق ہوتا ہے۔ رجولیت (virility) جلد الراس پر کے بالوں کا فقدان واقع کرنے کا رجحان رکھتی ہے اور وہ چہرے اور جسم پر کثرت بڑھ جاتے ہیں۔ نسائیت (feminism) اسکے برعکس توزیع واقع کرنا رجحان رکھتی ہے۔

خصیوں (eunuchs) میں جزو (calvities) کا نموکھی نہیں ہوتا، اور عورتیں سن الٹا اس کے زمانہ میں بالوں کے بہت فقدان میں مبتلا ہونے کا اور ابتدائی ڈاڑھی موچہ پیدا کر لینے کا رجحان رکھتی ہیں۔ سیلان الدہنی دونوں صنفوں میں عموماً جلد الراس پر کے بالوں کے گرنے اور چہرے اور جسم پر موٹے بال پیدا ہونے کے رجحان ہیں۔

وابستہ ہوتا ہے۔ عورتوں میں فوق الکلوئی سلیمہ (suprarenal tumour) کی امراض میں، مسریتیت (virilism) کی دوسری امارات کے علاوہ، شعری دہنی نظام میں ایسے تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں جو مرد سے مخصوص ہوتے ہیں، اور دائری موناخہ کی بالیدگی کے ساتھ جزو (calvities) ہوتا ہے۔

غذا اور طہیز زندگی - اگر یہ تسلیم کر لیا جائے کہ سیلان الدہنی حالت چربی کے اور چربی پیدا کرنے والی غذاؤں کے ناقص تحول کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے، تو یہ ظاہر ہے کہ غذا، یا یوں کہنا چاہئے کہ غذا اور جسمانی توانائی کے صرف کے درمیان ہم رشتگی ایک بڑا اہم جزو عامل ہے۔ ممکن ہے کہ ان اشخاص میں بھی جنہیں کوئی خلقی استعداد نہیں ہوتی، اور جو ریمان اور ابتدائی سن بلوغ کی قاعلی میدانی زندگی بسر کرنے کی حالت میں سیلان الدہنی علامات سے مبتلا رہتے ہیں، اس وقت جبکہ وہ کیلوں کو چھوڑ کر ایک قعودی پیشہ اختیار کر لیں اور اسے قدر یا پہلے سے بھی زیادہ غذا کھاتے رہیں سیلان الدہنی علامات پیدا ہو جائیں۔ سریری شہادت صاف طور پر ظاہر کرتے ہیں کہ غذاؤں میں کاربوہائیڈریٹس، بالخصوص گنے کی شکر (cane sugar) نرم نشاستہ والی غذاؤں (جنہیں جراثیمی تخمیر اور شحمی ترشہ کی پیدائش کا امکان ہوتا ہے)، بعض شحوم اور الکحل، جبکہ انکو بکثرت استعمال کیا جائے، سیلان الدہن اور اس کی پیپیڈگیوں کو پیدا کر دینے کا سب سے زیادہ برحمان رکھتے ہیں۔ سیکوراؤٹے اس مفید اثر پر زور دیا ہے جو کہ بعض سیلان الدہنی طورانات، مثلاً تھوری تغطیر (acne necrotica)، گلابیہ (rosacea)، پٹرمونی روئی سے قطعی پرہیز کرنے سے پیدا ہوتا ہے، جو کھانے کے وقت (جو دوسرے لحاظ سے کافی یا حد سے زائد ہوتا ہے) اکثر یکائی طور پر کھالی جاتی ہے۔ دوسری نرم نشاستہ آمیز غذاؤں بھی، بالخصوص جبکہ وہ دودھ کے ساتھ پکائی ہوئی ہوں، اسے قدر مضر ہوتی ہیں۔

شحوم کے متعلق یہ بتلادیا گیا ہے کہ دہنی افراز غیر طبعی طور پر ہی کیمیائی خاص رکھ سکتا ہے جو داخل کردہ چربی کے ہوتے ہیں، اور یہ دہنی غد کے اس قابلیت کے باعث ہے جو وہ خون کے اندر دوران کرتے ہوئے شحمی ذرات کو براہ راست ثابت

858

کر دینے کی رکھتے ہیں۔ یہ بیرونی چربی، دوسری مخزنی چربی (depot fat) کی طرح غذا کے ساتھ لٹے ہوئے سوڈان سرخ (sudan-red) سے رنگین ہو جاتی ہے اور آٹا لیکہ طبعی دہن (sebum) جو غلوی فعلیت کے ذریعہ خون کے اندر کے شحمی ترشوں سے تیار کیا جاتا ہے، (یعنی جو ایک حقیقی افراز ہوتا ہے) اس طرح رنگین نہیں ہوتا لہذا غدود دہنیہ کا طبعی وظیفہ شحم افزائی ہے اور انکی تیار کردہ چربی اپنی خاص ترکیب رکھتی ہے۔ بعض حالات میں، مثلاً حیوانوں میں کثرت غذا (hyperalimentation) کے بعد یہ غدود شحم اندوزی (adiposity) کا وظیفہ اختیار کر لیتے ہیں۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ غلوی سے براہ راست اخذ کردہ چربی کے خصائص وہی ہوں جو غذا کے طور پر داخل کردہ چربی کے ہوتے ہیں۔ لہذا اغلب ہے کہ چربی یا چربی پیدا کرنے والی غذاؤں کے بکثرت کھانے سے، یا چربی کی مخصوص قسموں کے ادخال سے دہن کی ترکیب بدل جاتی ہے۔ سور کی چربی، پنیر اور چاکولیٹ تغذیہ کی بعض اصابتوں میں ہمیشہ اس شوران کو شدید بنا دیتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ دودھ کی چربی بھی، جس میں جراثیمی تغذیہ کا خاص امکان ہوتا ہے، جب حد سے زائد لی جاتی ہے تو سیلان الدہن کے رجحان کو زیادہ کر دیتی ہے۔ انکلی شرابوں کا اثر بھی مائل ہوتا ہے، جسکی وجہ کچھ تو بلاشبہ یہ ہے کہ انکھل کاربوہائیڈریٹ اور چربی کو بچا رکھنے والی اور موثع العروق ہوتی ہے، اور کچھ یہ وجہ کہ انکھلوں میں شکر موجود ہوتی ہے لیکن یہ صاف ظاہر ہے کہ غذا کے مسئلہ پر اس ورزش کی مقدار کے لحاظ سے جو لی جاتی ہے اور طرز زندگی کے لحاظ سے غور کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو باب علاج)۔

قطع نظر ان حالات کے، یہ یاد رکھنا چاہئے کہ پسینہ، لعاب دہن، اور آنسوؤں کے افراز کی طرح، دہن کا افراز بھی خود آئین مصبغی نظام (autonomic nervous system) کے زیر اقتدار ہے۔ ساقی التهاب (encephalitis lethargica) میں، اور ان دوسری اصابتوں میں جنہیں پارکینسنی علامتیں (Parkinsonian syndrome) ظاہر ہوتا ہے، ممکن ہے کہ دہن کا حد سے زائد افراز، جو سیلان الدہنی خلعت پیدا کر دیتا ہے، جسکے ہمراہ عموماً سیلان الریق پایا جاتا ہے، ایک نمایاں علامت ہو، اور معلوم ہوتا ہے کہ یہ بطنین سویم کے قرب و جوار کے امراض پر منحصر ہوتا

ہے جو فنی عصبی مرکزوں (vegetative nerve centres) کو مؤثر کرتے ہیں (15)۔

سیلان الدہنی ثلاثیہ عضویات - سیلان الدہنی حالت جلد میں جن تین عضویات کی فاعلی بالیدگی کی استعداد پیدا کرتی ہے، وہ یہ ہیں کہ پیلیمان کیا جا چکا ہے حسب ذیل ہیں:۔ 1۔ لائیز کا تخفیل بدوریہ، عصبیہ تغلیظ اور فقہما عصبیہ ابیض۔ 2۔ تخفیلی بدوریہ کو جسے بعض اوقات لائیز کا بدورہ اور غلط طور پر قینی عصبیہ بھی کہا جاتا ہے، اب عام طور پر سادہ سبوسہ (simple dandruff) یا مادہ تخفیل جلد (pityriasis simplex) کا سبب تسلیم کیا جاتا ہے، کیونکہ وہ اُسکے قینی چمکوں میں ایک فاعلی بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ ایک کثیر الاشکال مضویہ ہے، چنانچہ اسکی سادہ کروی یا کھنڈ نما اقسام عام تر اور مزید صراحی نما اقسام کیاتھ فاعلی دیکھی جاتی ہیں۔ یہ بتایا گیا ہے (16) کہ سادہ تخفیل جلد میں یہ عضویہ طبقہ قونیہ کی اوپری ہوں میں بالیدگی حاصل کرتا ہوا تنہا پایا جاتا ہے، بعینہ اسی طرح کہ جس طرح متلون تخفیل جلد یا سفہ (pityriasis or tinea versicolor) میں فضالی خرد بدورہ (microsporon furfur) ہوتا ہے، صیکسن شمی تخفیل (pityriasis) steatoides میں اور ثورانات کے اُس گردہ میں جبکو سیلان الدہنی التهاب الجلد یا ایکزیما (seborrhoeic dermatitis or eczema)، سیلان الدہنی ثوران (seborrhoides)، ایکزما ثی ثوران (eczematides) (Darier) وغیرہ مختلف ناموں سے یاد کیا جاتا ہے، تخفیل بدوریہ کے ساتھ ساتھ فقہما عصبیہ ابیض بھی فاعلی نکا شرکی حالت میں پایا جاتا ہے۔ لہذا یہ قرار دیا گیا کہ یہ امراض ان دونوں عضویات کی ہم باشانہ سرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ تخفیل بدوریہ کو عضویہ متلون پر خالص کاشت میں حاصل کرنے کی کوششیں بالعموم ناکام ثابت ہوئی ہیں، اگرچہ کہ گارٹر نے مالٹوس ایگر (maltose agar) اور ایسڈ گلیسرین ایگر (acid glycerine agar) استعمال کر کے کاسیانی کا دعویٰ کیا ہے۔ میکلوڈ (MacLeod) اور ڈوولنگ (Dowling) (17) نے اُسکی کاشتوں کے ٹکری تعلقات دریافت کئے اور اُسکے ساتھ تعلیمی تجربات بھی انجام دیے۔ وہ اس فیصلہ پر پہنچے کہ یہ عضویہ قطرات ناکامل

میں سے ہے اور بیض بذریعہات (oosporacea) کی جماعت سے تعلق رکھتا ہے اور نیلیا گروہ کے ساتھ قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ کاشتوں کی تنظیم سے انھوں نے تشکیلی شکل (figurate) سیلان الذہنی التهاب جلد پیدا کرنے میں کامیابی حاصل کی جو ارتقا اور منظر دونوں لحاظ سے قدرتی دوران سے ناقابل تیز تھا۔ طبعی غیر سیلان الذہنی جلدوں پر تنظیم کرنے سے جو بیس گھنٹوں کے اندر جرابی بخور کا ایک گروہ پیدا ہو گیا، جو تقریباً دس دن تک قائم رہ کر پھر خائب ہو گئے۔ بیض سیلان الذہنی موضوعوں میں بالخصوص انہیں جن میں فاعلی سیلان الذہنی التهاب الجلد موجود تھا، اس سے زیادہ مادہ تعامل نمودار ہوا، اور بعض اوقات ایک وسیع تشکیلی چکیتی پیدا ہو گئی۔ انھوں نے یہ بھی دیکھا کہ سیلان الذہنی التهاب الجلد والے اشخاص میں اس مضویہ کے درجہ اولیٰ اثرات سے مقامی اور ماسکی دونوں طرح کے تعاملات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لہذا اُن کا یہ خیال ہے کہ سیلان الذہنی التهاب الجلد کا اولیٰ سبب تغلیبی بذوریہ ہے اور نبقما حلیہ ایضاً محض ایک ثانوی حلقہ آؤر ہے۔ تاہم اس حقیقت سے انکار نہیں کیا جاسکتا کہ اس مرض میں نبقما حلیہ ایضاً ہمیشہ فاعلی بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے۔

857

عصیتہ تفطیر (یا سیلان الذہنی کا خود عصیتہ) سیلان الذہنی اشخاص میں شعری ذہنی جراب کے قع یعنی بالائی ایک ثلث میں پھیلتا پھولتا ہے اور اگر جراب کے اندر سے نام نہاد سیلان الذہنی کوئی ("seberrrhoeic cocoon") نچوڑ کر باہر نکال لیا جائے اور ایک شریح پر خوب دبا کر چٹا کر لینے کے بعد مناسب طریقہ سے رنگ دیا جائے تو بے شمار عصیات تفطیر صریحاً فاعلی بالیدگی کی حالت میں دکھائی دیں گے۔ اس مضویہ سے جرابات کی سرایت واقع ہو جانے سے بعض مقامات میں معمولی تفطیر (acne juvenilia) کے کثیر الاشکال اضرار (نعمول: comedones) کیلین "black heads" تفطیری بخور قاسحات وغیرہ پیدا ہو سکتے ہیں۔ مستحجراؤں میں رائے رکھتا ہے کہ حقیقی تفطیری قاسحہ عصیتہ تفطیر کے باعث ہی ہوتا ہے، نہ کہ نبقما حلیہ ایضاً کے ثانوی حلقہ وجہ سے، اگرچہ تفطیر میں بنی جنی اضرار موجود ہو سکتے ہیں اور اکثر موجود ہوتے ہیں۔ حال ہی میں اس رائے کی تصدیق اس تحقیقات سے ہو گئی ہے جو جمولی

تفطیر (acne vulgaris) میں نبتات عینہ کے متعلق کی گئی ہے (18)۔
نبتہ عینہ ابیض کے خصائص اور حیثیت کے متعلق پہلے تذکرہ کیا گیا ہے

صفحہ (841)۔

یاد رکھنا چاہئے کہ ان تین عضویوں میں سے ہر ایک عضو جلد میں اپنا جتنی تخیز یا انتخابی مقام رکھتا ہے، اور ہر ایک جب فاعلی بالیدگی اختیار کرتا ہے تو اپنے عمل کے مقابلہ میں ایک خاص قسم کی خلوی استجابت کو برانگیختہ کرتا ہے۔ چنانچہ تخفیلی بندوریہ، ایک قوبانی فطر شلہ خرد بندہ کو یہ انتخابی کی طرح، طبقہ قرنیہ کی تہوں کے درمیان بڑھتا رہتا ہے اور یہ طبقہ بیش پردہ ہو کر مرنی گالوں یا فوفوں کی صورت میں اتر جاتا ہے (کسبوسہ "dandruff" یا لغا "scurf") اور اس میں تنک نہیں کہ اس قسم کا تسلیع اس طبعیہ کو خارج کر دینے کی کوشش ہے۔ جلد الاراس اور دوسرے بالدار عضوں پر ممکن ہے کہ تخفیلی بندوریہ دوسرے قوبانی فطرات کی طرح، جلد حقیقی میں التهابی مجبیت بہت کم پیدا کرے یا بالکل نہ پیدا کرے، لیکن بے بال جلد پر یہ بندوریہ اور قوبانی فطر دونوں التهاب کے واضح سرری اور سیمیا کی امارت برانگیختہ کر دیتے ہیں۔ شعری دہنی جراثیم کے قہمی حصے میں عصیہ تفطیر لاکھوں کی تعداد میں پھیلتا اور چلتا رہتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ بال تکمیل بندوریہ کی طرح غیر التهابی اور التهابی دونوں قسم کا حفاظتی تعامل (یعنی نصلہ comedo اور تفطیری قانحہ) پیدا کر دے۔ نصلہ (comedo) کو ایک ایسا دہریہ سمجھا جائے جو قرنی غلیوں سے بنتا ہے اور تفطیری عصیوں کے قودہ کو ایک جسم غریب کی طرح ملغوف کر لینے کی غرض سے ہوتا ہے۔ حقیقی تفطیری قانحہ اس عصیہ کے مقابلہ کے لئے ایک التهابی حفاظتی تعامل ہے، اگرچہ عام طور پر اسے نبتہ عینہ ابیض کی ثانوی سرایت کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے جسے براؤن نے صاف طور پر بتا دیا ہے کہ اس کا سبب تنہا عصیہ تفطیر ہی ہے۔ وہ یہ بھی بتاتا ہے کہ اس حالت میں پیدا ہونے والی غلیوں کا تعامل نبتی غلی سرایت کی حالت کے نسبت کثیف تر ہو کر کارسی جینی پیپ پیدا کرتا ہے، جو آخر الذکر سرایت کی سیال بالائی نامستودہ ریم ("laudable pus") کی طرح نہیں ہوتی۔ نبتات عینہ کا انتخابی مقام شعری دہنی جراثیم کا دہنہ ہوتا ہے، اور نبتی غلی سرایت کا طبعی حفاظتی تعامل کثیر الاشکال نواتی غلیوں کی جہا جرت ہے۔

علامات - جلد ہی - ایک کامل صحت رکھنے والا شخص جو درزشوں اور کھیلوں کا عادی ہو اور میدان فی زندگی بسر کرتا ہو، اُسکی جلد چمکی ہو، چمکی اور صاف ہوتی ہے۔ اُسکا طبقہ قرنی پتلا اور نیم شفاف ہوتا ہے، اور غیر مرنی گالوں کی صورت میں اُترتا رہتا ہے، اُسکے شعری دُہنی دہنے بمشکل نظر آتے ہیں، اور دُہن اور پسینہ غیر محسوس ہوتا ہے (باستثناء اُسوقت کے جبکہ گرمی یا تیز دھوپ ہو یا درزش کے بعد)۔ اُسکے بال چمکنے اور چمکیلے ہوتے ہیں، نہ کہ چربیلے، اور جلد میں فاعلی جراثیمی یا لیدگی کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔

اُسکے برعکس، سیلان الدہنی شخص میں، جلد بحیثیت مجموعی موٹی، کرخت اور میلی نظر آتی ہے، بالخصوص سیاہ فام اشخاص میں۔ قرنی طبقہ غیر مناسب طور پر بنا ہوا اور بیش پروردہ ہوتا ہے۔ شعری دُہنی دہنے کلائی یافتہ اور فراخ ہوتے ہیں، اُن سے یا تو روغنی دُہن کے مرنی قطرات کا ارتشاح ہوتا ہے، یا دھوکا ڈالوں (نام نہاد سیلان الدہنی کوئیوں: seborrhoeic cocoons) سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں، جن میں بیشمار تغیری عصیات موجود ہوتے ہیں۔ اکثر بعض مقامات میں مرنی کثرت عرق (hyperidrosis) ہوتی ہے۔ جلد الاس بلوغ کے بعد چربیلی ہوتی ہے، اور چمکنے سبب سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جس میں بکثرت تخمیلی بندوریے اور نبقات عنبیہ امیض موجود ہوتے ہیں، اور بال غم اور بیجان سے ہوتے ہیں۔ اس تصویر میں ساری پیچیدگیوں (انفول: comedones) قاشحات، اور تغیری گرکوں، سیلان الدہنی التهاب الجلد کے مختلف اقسام، سطحی قاشحات جو نبقات عنبیہ امیض کی وجہ سے ہوتے ہیں، انخیریہ کے عمیق تر جراثیمی التهاب اور نبقات عنبیہ ذہبیلہ کی وجہ سے پیدا ہونے والے دنبیلوں) کا اضافہ کرنا چاہئے۔ ادھیر عمر میں گلابیہ (rosacea) عام ہوتا ہے، جو جلد یا دیر سے سرخ رقبہ میں سیلان الدہنی عضویوں سے مستزاد سرایت ہونے کے باعث پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ سرری طور پر سیلان الدہنی اشخاص کی دو قسم شناخت کی جاسکتی ہیں۔ ایک وہ قسم جو عموماً گورے رنگ کی ہوتی ہے۔ یہ سرخ، تنومند، تیز و چست، اور آخری عمر میں اکثر کثیر الدم ہوتی

ہے۔ دوسری وہ جو عموماً سیاہ قام، شہوبی، موٹی چلد رکھنے والی، طون اور ست ہوتی ہے۔ آخر الذکر میں اکثر بچپن میں غدد، ہڈیوں یا بارہٹوں کے تمدن کی سرگزشت پائی جاتی ہے، اور بہت سوں کو بالغ عمر میں سِل ریبوی کی شکایت ہوجاتی ہے۔ ان ہی اشخاص میں تغیر کی عمیق گرو کی قسم نہایت عام طور پر دیکھی جاتی ہے، جس کے ساتھ عمیق اور اکثر غلبی انداز ہوتا ہے۔

مخاطی جھڈیاں سیلان الدہن اشخاص کی پہلی قسم میں ہوں گے شگرفی کنارے عموماً شوخ سرخ رنگ کے ہوتے ہیں اور ان پر ایک زردی مائل رنگ کی سطحی پٹری جمی ہوتی ہے۔ زبان سخت اور سرخ ہوتی ہے، اور اس کے ملکیت ابھرتے ہوئے ہوتے ہیں۔ التهاب لثہ عام ہوتا ہے اور یہ بلاشبہ سرایت کی ویسی ہی ادنیٰ ملاحظہ کو ظاہر کرتا ہے جو کہ چلد کا متمیز خاصہ ہوتی چلا سیلان الدہنی حالت کا آغاز جمعدر جلد ہوتا ہے یہ التهاب اُس قدر جلد واقع ہوتا ہے۔ سیلان الدہنی اشخاص کی دوسری قسم میں لب شاحب یا نیلگوں ہوتے ہیں، زبان شاحب ورنہ لکڑی ہوتی ہے اور اس کے ملکیت بھل نظر آسکتے ہیں۔ التهاب لثہ کے ساتھ اکثر بوسیدگی و دندان کا نمایاں رجحان موجود ہوتا ہے۔

سیلان الدہنی حالت کی شدید اصابتوں میں مزمن انفی بلعومی نازلت تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے، اور اس میں بار بار اشتدادات ہوتے رہتے ہیں، ورنہ جنگل میں فرانس میں جو مریض پائے گئے ان میں یہ ایک نمایاں علامت تھی۔ مزمن سیلان الدہنی اشخاص میں، جن میں اس کے علامات زمانہ طفلی سے موجود تھے، یہ نازلت عموماً خلعت غدودہ اور لطف آسافیت کی نمایاں بیش پرورش کے ہمارہ پائی جاتی ہے۔ اس کے برعکس مگر کہ ان اشخاص میں، جو اذیمہ عمر میں قعودی زندگی اختیار کر لینے کی وجہ سے سیلان الدہنی ہو جاتے ہیں، یہ جلد کی سرایت کے ساتھ ایک بالکل نئی علامت کے طور پر پیدا ہو جائے۔

نظام ہضم - حقیقی رسمیت جو بلع الہوا سے بالکل جدا ہوتی ہے، ایک عام علامت ہوتی ہے، جسکی وجہ بظاہر کاربوہائیڈریٹ کی تخمیر ہے، کیونکہ وہ خوراک سے نرم کاربوہائیڈریٹ غذا کو خارج کر دینے پر عموماً رافع ہوجاتی ہے۔

سیلان الدہنی حالت میں بول کا مطالعہ متعدد مشاہدین نے کیا ہے۔ بالعموم قلوئیات کا تحمل نمایاں طور پر زیادہ ہو جاتا ہے۔ اسکا نتیجہ ہوتا ہے کہ بول کو قلوئی بنانے کے لئے قلی کی بہت بڑی معادوں کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بعض اصابتوں میں، بالعموم انمیں جو زیادہ طویل سوجھ کی ہوں ایونیائی نسبت (amonia-ratio) اور ترشٹی نسبت (acid-ratio) بلند ہو جاتی ہے۔ سیلان الدہنی حالت میں بول کے ارتکانز ہائڈروجن آئون (hydrogen ion concentration) کے متعلق مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ طبیعی عیاری اشخاص میں (جنہیں سے سیلان الدہنی اشخاص کو احتیاط کے ساتھ علیحدہ کر دیا گیا تھا) pH قدر ۷.۰ سے لیکر ۷.۴ تک مختلف تھی لیکن ان مریضوں میں جنہیں سیلان الدہنی ظاہر موجود تھے یہ قدر ۷.۰ سے لیکر ۷.۴ تک مختلف پائی گئی۔ ان اصابتوں میں pH قدر کو طبیعی درجہ تک واپس لانے کے لئے قلوئیات کی کافی مقدار استعمال کرنے سے نمایاں فائدہ حاصل ہوتا ہے۔ ایک دلچسپ نکتہ یہ ہے کہ ممکن ہے کہ ایک مریض کا بول (حتیٰ کہ اُس مریض تک کا جس میں سیلان الدہنی ظاہر موجود ہوں) عقیف سائترشٹی یا بلکہ معادل پایا جائے لیکن یہ کہ جب قلی استعمال کی جاتی ہے تو اُس کے قلوئی ہوجانے سے پہلے اُس کی ترشٹی ایک خاص نقطہ تک بندیکچ زیادہ ہوتی رہتی ہے۔

علاج۔ سیلان الدہنی مریضوں کا علاج قدرتی طور پر ہر انفرادی اصابت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، لیکن یہاں بعض عام اصول کا خاکہ پیش کیا جاسکتا ہے۔ غذاء کی تنظیم آب و ہوا کے حالات اور جو جسمانی ورزشیں لیجاتی ہے اُسکی مقدار کے لحاظ سے کرنا چاہئے۔ نشاستہ دار غذاؤں کو ایسی شکل میں لینا چاہئے جس میں کامل طور پر چبانے کی ضرورت ہو۔ اور معمولی سپید روٹی، دودھ کی میڈنگ، اور دوسری نرم نشاستہ دار خذیہ سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مرکبہ مٹھائیاں، بالخصوص گنے کی ٹکڑ اور چاکولیٹ (chocolate)، سٹور کی چربی، دودھ کی چربی کی زیادتی، الکھلی شرابیں، اور بعض اصابتوں میں پنیر، یہ سب عموماً سیلان الدہنی حالتوں کو زیادہ کر دیتے ہیں، بالخصوص اُن اشخاص میں جو قعودی زندگی بسر کر رہے ہوں۔ خاص خوراک ایسی ہونی چاہئے جس میں کچے اور پکائے ہوئے پھل اور سبزیاں ہوں، خشک پھل، انڈوں، دودھ اور کمین کی معتدل مقدار ہو، اور ساتھ ہی خشک نشاستہ

اخذیہ ہوں۔

لباس اور ورزش۔ لباس کی حد سے زیادہ زیادتی غالباً ایک ہی عامل ہے جس سے سیلان الدہنی حالت کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ اس سے جلد کو اسکا وہ قدرتی نتیجہ نہیں پہنچنے پاتا جو ٹھنڈی ہوا سے حاصل ہوتا ہے اور جو قدرتی مرکزہ کی نظام کو فعل میں لاتا ہے۔ لباس کی زیادتی بلاشبہ سیلان الدہنی عضویوں کی بالیدگی میں بھی مجدد ہوتی ہے۔ سیلان الدہنی جلدوں پر مچلی ہوئی اور آفتابی غسلوں کا اثر نہایت حیرتناک ہوتا ہے۔ مریض کو جلد کے نچلے مدار لباس کا عادی بننے کی تربیت دینی چاہئے اور اگر ممکن ہو تو اسے دو گھنٹہ کے لباس میں باقاعدگی کے ساتھ روزوار میدانی ورزش کرنا چاہئے۔

غسل۔ روزانہ گرم غسل اور اس کے بعد سرد نلول مناسب ہے اور شدید اصابتوں میں سوتے وقت کبریتی غسلوں کی فمائش کرنی چاہئے۔ ابتداً تو یہ ہر روز رات کے وقت ہوں اور ازاں بعد چھتے میں دو بار۔ جب اسپائیٹلج (Spa treatment) میر ہو تو تبادل گرم اور سرد نلول (اسکاچ نلول "Scotch") - "douche" نہایت نفع بخش ہوتا ہے۔

قلویات۔ جن اشخاص میں بولی ترشگی زیادہ ہو گئی ہو انہیں قلوئی مائع مفتحات کا ایک ابتدائی نصاب دینا چاہئے اور ازاں بعد ایک مقررہ معمول کے طور پر علی الصباح قلی کی ایک منفرد مقدار پانی کے ایک بڑے گلاس میں لینا چاہئے۔

سادہ تنخیل

(pityriasis simplex)

"تنخیل" کی اصطلاح کا اطلاق بدقسمتی سے جلد کے کئی جداگانہ عوارض پر کیا گیا ہے۔ یہ ایک لفظ سے فارغ ہے جسکے معنی جو کسی کے ہیں اور اس سے محض چمکوں کی موجودگی مراد ہے۔ متعلقہ تنخیل جلد (pityriasis versicolor) ترنی طبقہ کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے جو ایک قطر، خفالی، خسر، دہندہ وریہ

(microsporan furfur) کے ذریعہ واقع ہوتی ہے گلابی تخیل (pityriasis rosea) ایک نوعی مرض ہے جو ایک ایسے عضوے کی سرایت سے پیدا ہو جاتا ہے جو اب تک نامعلوم ہے۔ سرخ تخیل الشع (P. rubra pilaris) بھی ایک نوعی ذات ہے جو نامعلوم السبب ہے۔ اور سرخ تخیل (P. rubra) ایک احرار الجلد (erythrodermia) ہے۔

سادہ تخیل (pityriasis simplex) قرنی طبقہ کا ایک غیر التهابی تغشری عارضہ ہے، جسے عام طور پر سبوسما (dandruff) یا بفا (scurf) کہتے ہیں۔ سادہ شکل میں یہ خاص کر بالدار غلوں اور بالخصوص جلد الراس کو مآؤف کرتی ہے (اسی تخیل = P. capitis)، لیکن جیسا کہ اشارہ کیا جا چکا ہے اسکا سبب عضوہ بنقات ضیہ کے ساتھ فکر اس التهابی حالت کو پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہے جو سیلان الدہنی التهاب الجلد (seborrhoeic dermatitis) (پچیلر تخیل = P. circinata) کے نام سے مشہور ہے۔ اس عارضہ کے ابتدائی ترین درجے نو عمر بچوں میں دیکھے جاتے ہیں، جنکی جلد الراس پر یہ 'عموماً قمتہ الراس پر' شعری جراثیم کے گرد چھوٹی چھوٹی خشک بفائی چمکتیوں کی صورت میں شروع ہوتا ہے۔ بتدیج یہ گول چھلکے دار زنبوں کی صورت میں (جو قوبا یعنی داد سے غیر مشابہ نہیں ہوتے) پھیلنا رہتا ہے، یہاں تک کہ یہ منتشر ہو جاتا ہے۔ تقریباً عمر بلوغ سے لیکر آگے کو، جبکہ ساتھ سیلان الدہنی کی موجودگی کا امکان ہوتا ہے، یہ چھلکے چربیلے ہو جاتے ہیں۔

یہ حالت تخیلی تبدیہ سے (جو پہلے بیان کیا گیا ہے) قرنی طبقہ کی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ اس میں کوئی خشک نہیں کہ اس عضوہ سے پیدا ہونیوالی سرایت بلا واسطہ اور بالواسطہ تماس کے ذریعہ پھیلتی ہے۔ جب یہ آن چھوٹے بچوں میں واقع ہو جنہیں جلد الراس کی سادہ تخیل 'رضعیہ اکریما' (infantile eczema) کی ایک شکل کا نقطہ آغاز ہوتی ہے، تو ماں یا دایہ کی جلد الراس کے امتحان سے عموماً ایک بیماری سرایت ظاہر ہوگی، اور بلاشبہ بالوں کے جڑوں کا بلا امتیاز مبادلہ بالواسطہ انتشار کا ایک قوی سبب ہوتا ہے۔

علاج۔ چونکہ صرف مقامی تدابیر سے اس سرایت کا استیصال نہایت مشکل ہے، لہذا سیلان الدہنی حالت کا عمومی علاج (جو ملاحظہ ہو) کرنا چاہئے۔ جلد الاس کو بار بار دھونا چاہئے، عورتوں میں ہفتہ میں ایک بار، اور مردوں میں دو بار یا اس سے بھی زیادہ مرتبہ۔ علاج کے آغاز میں صابن دار فوج شمر (soap spirit) (spiritus saponatus B. P. C.) یا اتری صابن (ether soap) استعمال کیا جاسکتا ہے، لیکن انکو زیادہ عرصہ تک نہیں جاری رکھنا چاہئے، بعض محفوظ الحقوق دلوکات (proprietary shampoos) جن میں مارموجود ہوتا ہے، یا قاعدہ استعمال کے لئے بہترین اور خوشگوار ترین چیزیں ہیں۔ نحیف امواتوں میں ایک شعری غسل کاروزانہ کامل استعمال کافی ہوتا ہے، مثلاً نسخہ ذیل ۱۔ ریسا ریسن (resorcin) آئیڈیلی سلک (acidi salicylici) دونوں دس دس گرین، ہیڈ راج پر کلورامائڈ (hydrarg. perchloridi) ۲۰ گرین، روغن کوئینڈ ۲ قطرے، روغن بدینجیر (aceton) ایک ڈرام، اسپرٹ وائٹ میٹھ انڈرسٹ (spirit vini meth. indust) اسقہ کہ کل مقدار ایک اونس ہو جائے۔ من اشخاص کے بال بھوسے یا آٹھلے ہوں انہیں ریسا ریسن کو حذف کر دینا چاہئے۔ اس غسل کو ایک پاشندہ کاک (sprinkler-cork) میں سے ہلا کر جلد الاس پر چھڑکنا چاہئے، پھر خوب برش پھیر کر اسے اندر داخل ہونے دینا چاہئے۔ یا اسے ایک مڑقشہ کے ذریعہ لگا سکتے ہیں۔ شدید امواتوں میں، بالخصوص جبکہ سیلان الدہنی زیادہ ہو، اسکے علاوہ کسی پوریم (pomade) کا استعمال بھی ضروری ہے۔ مثلاً نسخہ ذیل ۱۔ سلفر پریسیپ (sulphur praecip) اور آئیڈیلی سلکی سیلیسی ہر دو میں بیس گرین (acidi salicylici, aa, gr. xx)، وئیلین آلبا دو ڈرام (vaselin alb. dm ii) آئل کوکاس نیو سیغری (ol. cocois nuciferae) اسقہ کہ کل مقدار ایک اونس ہو جائے، خوشبو کافی مقدار میں۔ اسے جلد الاس پر تھک (shampooing) سے اگلی راتوں میں خوب مٹا چاہئے، اور مندرجہ بالا غسل کو (پر کلورامائڈ آف مرکبوری کے بغیر) روزانہ استعمال کرنا چاہئے۔ اس امر پر حقد زور دیا جائے کہ یہ کامیاب نہ خیال کہ جلد الاس کو صرف گلچہ گلچہ دھونا چاہئے غلط ہے۔ دراصل یہی خیال بھوسے

کے پھیلنے کا بڑی مدت تک سبب ہے۔ بشرطیکہ قوی قلعوی اسپرڈاردوکتا (spirituous shampoos) (جن سے بال بھر بھرے اور خستہ ہو جاتے ہیں، اور عورتوں میں خضاب اور تجعید کے مضر فعل کے ساتھ بکڑوہ حالت پیدا کر دیتے ہیں جو کہ دارقصف الشعر (trichorrhexis nodosa) کے نام سے مشہور ہے استعمال نہ کئے جائیں، سر کو جتنی بار چاہیں دھو سکتے ہیں۔

نصلہ

(comedo)

(blackhead: رکیل)

نصلہ معمولی تغیر (جو لحاظ ہو) کے اضرار میں سے ایک ضرر ہے۔ یہ ایک چوٹا، قرنی، گویہ نا تو وہ ہے، جو شعری ڈھنی جراب کے منہ میں مدفون ہوتا ہے، اور قرنی غلیظوں کے ہم مرکز غلافوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو ایک قاسم دار کھد کو محصور کرتے ہیں، جس کے اندر عصیہ تغیر کے تودے، مغلف ڈھن، اور ایک مردہ زغب (lanugo hair) کے فوہل موجود ہوتے ہیں۔ نصلہ کی چوٹی سیاہ بھورے یا سیاہ رنگ کی ہوتی ہے، چپکے پوئے میل کی وجہ سے نہیں، بلکہ کسرتین (keratin) (ultra-marine) کے ایک کسیدی مائل کی وجہ سے۔ نصلہ کا زیرین حصہ زرد رنگ کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات ”دوہرے“ یا ”متعد نصلات“ دیکھنے میں آتے ہیں، یعنی دو یا زائد قریبی طور پر مقرب شدہ نصلات جو قاعدہ کے مقام پر باہم مربوط ہوتے ہیں۔ نصلہ ایک اعتباری دور ہے، اور جراب کے منہ پر پیش قرینیت واقع ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ پیش قرینیت بلاشبہ ان ہیشمار تغیری عصیات کی میکانی یا ستمی خراش کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے جو قلع میں بڑھتے رہتے ہیں۔ لہذا عصیہ تغیر کو نصلہ کا سبب سمجھنا چاہئے، اور حقیقی نصلات کی تکوین کا اصلی معد عامل سیلان الذہن ہے، جو اس عصیہ کی فاعلی بائیدگی میں مدد ہوتا ہے۔ لیکن معمولی تغیر کے نصلات کے علاوہ، مختلف بیرونی خراش اور حالات بھی نصلی تکوین پیدا کر سکتے ہیں، جس کے بعد قاضات کا نو ہو سکتا ہے۔ ان میں سب سے

زیادہ عام کا فور آمیز روغن (camphorated oil) ہے، جو ان شیرخواروں اور بچوں کا نام نہادگر وہ بند نصل (grouped comedo) پیدا کر دیتا ہے، جنکے سینوں پر شعبی التهاب کی وجہ سے زور سے مالش کی گئی ہو۔ کا فور آمیز روغن سے پیدا شدہ تظہیر میں تفتیح شدید ہو سکتا ہے، جس سے وسیع انداب پیدا ہو جانا ممکن ہے، مروجہ پاپرن (turpentine liniment) بھی بعض اوقات یہی حالت پیدا کر دیتا ہے، اور بالخصوص میں مختلف قسم کے ناربا نصوص روغن کیڈ (oil of cade) اور کلورین کے بنیاد پر علی الترتیب سبب مرض ہو سکتے ہیں (ناری تظہیر = "tar acne" - کلورینی تظہیر = "chlor-acne") -

نصل کا علاج معمولی تظہیر کے تحت درج ہے -

معمولی تظہیر

(acne vulgaris)

ایکینی (تظہیر) کی اصطلاح (لیتری: Litter) کی روایت ہے کہ ایک نقل نویس نے "ایکون" کے لفظ کو جسکے معنی ایک نقطے کے ہیں ایکینی میں بدل دیا، کا اطلاق اس زمانہ سے جبکہ ویلن (Willan) اور بیٹمن (Bateman) نے اسے پہلے شروع کیا، متعدد جدا جدا فورانات پر کیا گیا ہے، جنہیں شعری عبارات ماؤت ہو جاتے ہیں۔ اب اسکا استعمال نسبت کم وسیع طور پر کیا جاتا ہے، اور تسخیری بجدہ سی الاشکل تظہیر (acne necrotica seu varioliformis) سے قطع نظر، اب اسے عموماً معمولی تظہیر (acne vulgaris) (کثیر الاشکال یا ملنولی تظہیر = polymorphic or juvenile acne) کے لئے محفوظ کر دیا گیا ہے۔ کثیر الاشکال کا لقب یہ ظاہر کرتا ہے کہ یہ کوئی ایک مخصوص اور مختصر ضرر نہیں ہے، بلکہ زیادہ تر متعدد مختلف الاشکال فورانی عناصر جوتے ہیں، جنہیں سے بعض کا غلبہ ایک امابت میں ہوتا ہے تو دوسروں کا غلبہ دوسری امابت میں تظہیر کے نمونے اصلی اور ضروری معد عامل سیلان الدہن ہے، اور ابتدائی ترین ضرر عموماً نصل (comedo) ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہو)۔ یہ نصل ایک احتباسی دویہ

ہوتا ہے، جسکے بننے کی تحریک شعری دہنی جواب کے اندر عصیہ (تفطیر acne bacillus) کی فاعلی بالیدگی سے ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کثیر التعداد فصلات تہا موجود ہوتے ہیں (مُتَقَطُّ تَفْطِیر = acne punctata)۔ دوسری اصابتوں میں مادہ فصلات کے ساتھ ملے جلے کربنی مائل رنگ کے ثبور موجود ہوتے ہیں جو عموماً فصلات کے گرد بجاتے ہیں (بثورہ شعری تَفْطِیر = acne papulosa)۔ اور دوسری اصابتوں میں سمریت زیادہ عارہ ہوتی ہے، بثورہ چکدار سرخ رنگ کے اور نیلے ہوتے ہیں انکی چوٹیوں پر تفتیح واقع ہوتی ہے، اور جو پیپ پیدا ہوتی ہے وہ یا تو مرغ ہو جاتی ہے یا خشک ہو کر پٹیاں بنا دیتی ہے، جسکے نیچے بثورہ کا عکس ہو جاتا ہے، اور ایک چھوٹا سا ندب باقی رہ جاتا ہے (قائمی تَفْطِیر = acne pustulosa)۔ زیادہ شدید اصابتوں میں بڑی بڑی، متصل، عمیق المقام گرکھیں دیکھی جاتی ہیں، جن سے بعض آہستہ آہستہ غیر اللندمال قانحات میں تبدیل ہو جاتی ہیں، جسکے اندر سے پیپ کی کچھ مقدار خارج کی جاسکتی ہے، اور جسکے سمدل ہونے کے بعد بڑی جسامت کے اور گہرے ندبات باقی رہ جاتے ہیں (متصل تَفْطِیر = acne indurata)۔ بعض اوقات نیلگوں سرخ، تموجی پھوٹے بجاتے ہیں، جو کھن پہ کر زیر آدم کو موقوف کر دیں۔ نام نہاد ”مسکدار دوبرے“ (”bityric cysts”) بڑے بڑے فصلات کے انحطاط پذیر ہونے سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور ان میں ایک نیم سیال جینی مادہ موجود ہوتا ہے، جس میں ایک خاص قسم کی سلی لانے والی بو ہوتی ہے۔ زیادہ شداد صورتوں میں انحطاط آسا دوبرے دیکھے جاتے ہیں، جو عموماً دراز سے سدود شدہ دہنی عدد کے دوبری انحطاط کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

جیسا کہ بتلایا گیا ہے یہ مختلف الاقسام اضرار ایک ہی مریض میں ایک ساتھ موجود رہ سکتے ہیں، اور چند فصلات اور گاہ بگاہ بثورہ قانحات سے فیکر متعلّب تَفْطِیر تک (جس میں بڑی بڑی اور دردناک گرکھیں اور بھوٹے اور وسیع گہرا انداب ہوتا ہے) سب درجوں کی شدت پائی جاتی ہے۔ تَفْطِیر کی توزیع کم و بیش مستقل ہوتی ہے، اور یہ ثوران تقریباً ہمیشہ صرف چہرے اور پشت پر، اور نسبت کم عام طور پر سینے کے سامنے اور والیہ عضلات پر واقع ہوتا ہے۔ پشت پر یہ بالخصوص کئی خطوں کو

ماؤف کرتا ہے، اور مکر کے خط سے نیچے صرف شانہ صورتوں میں جاتا ہے۔

بحث اسباب - وہ مختلف اضرار جو ب فکر معمولی تغذیر بناتے ہیں، تقریباً ہمیشہ صرف سیلان الدہنی اشخاص ہی میں واقع ہوتے ہیں، جنکی ذہنی برابا کے اندر عصیتہ تغذیر بکثرت بڑھتا ہے۔ یہ مرض عموماً پہلے عمر بلوغ کے قریب قریب لگا روٹنا ہوتا ہے، جبکہ دہنی غد کے نمو اور فعالیت میں بڑی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ خفیف شکل میں بلوغ سے کئی سال پہلے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ عموماً یہ سولہ اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان اپنی انتہائی شدت کو پہنچ جاتا ہے، اور پھر زوال پذیر ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور اسکے بعد سیلان الدہنی حالت کے دوسرے خواہر، مثلاً جرد (calvities)، دُملیت (furunculosis)، آنجیمسٹر (sycoosis)، اور سیلان الدہنی التهاب الجلد، روٹنا ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اصابتوں میں یہ دیر تک عیڑ عمر میں باقی رہ سکتا ہے، اور بوڑھوں تک میں فصلات اور دشوری قاعی تغذیر کا پایا جانا کسی طرح غیر عام نہیں۔ منفی بحثگی کے اثر کے علاوہ، تغذیر کے اسباب متعدد وہی ہیں جو سیلان الدہنی حالت کے ہوتے ہیں، اور خاص اہمیت امور ذیل کو حاصل ہے:-
نامناسب خوراک، اور سب سے بڑھ کر میٹھی اور نشاستہ دار غذائیں اور چربی کی بعض قسمیں (جیسا کہ کینیٹھ ولس: Kenneth Wills نے زور دیکر بتلایا ہے، نشور کی چربی بالخصوص مضر ہے)، تانہ ہوا، دھوپ کی سڑھنی اور وسائش کی کچی، اور من قبض جکے ساتھ معمولی قسم الدم ہو۔ اس مرض کی سب سے زیادہ خراب مثالیں عموماً خناریسی قسم کی موئی جلد والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہیں جنہیں معمولی لڑاتی قسم (intestinal autointoxication) کے علامات و امارت موجود ہوں۔ ایسے مریضوں میں سب سے بہت سے غد، باریطون، ہڈیوں اور جوڑوں کے تدرن میں متلا رہ چکے ہوتے ہیں، اور گہرے انداب کے وقوع کا سب سے زیادہ امکان ان ہی میں ہوتا ہے۔

علاج - داخلی - معمولی تغذیر کے داخلی علاج کا انحصار ہر مریض کی انفرادی علامات پر ہونا چاہئے۔ مثلاً بعض اصابتوں میں نقص الدم، کم نمک ترشھی (hypochlorhydria)، مزمن قبض، اور بول میں اینڈیکین (indican) کی زیادتی

ہوتی ہے۔ چنانچہ انکے لئے صبح کے وقت مالح مفتحات کو لیا اور میہ شامل رکھنے والی جراب اور کھانے کے بعد مرقق یا ڈیڈو کلورک ایسڈ میں تاجائیس قطروں کی مقدار میں ضروری ہیں۔ اس کے برعکس پرخون اشخاص میں ایک قلوئی آمیزہ (جس میں سوڈیم بالی کاربونیٹ، پوٹاشیم سائٹریٹ، اور میگنیشیا شامل ہو) کھانے سے پہلے لیا جائے تو اکثر نفع بخش ہوتا ہے۔ خوراک کے تعلق پر جو کہ کاربواڈیٹ اور چربی کی مقدار کو محدود کرنا عموماً ضروری ہوتا ہے، اور مٹھائیاں، کیلک، پیسٹری، پنڈنگ، جام اور مارمالیڈ (marmalade) سور کی چربی، چاکولیٹ، اور پیز کو بالکل ممنوع قرار دینا چاہئے۔ تازہ پھل اور سبز ترکاریاں بکثرت اور بے چربی کا گوشت، مچھلی، مسرخی، اور بطخ وغیرہ استعمال کرنی چاہئیں۔ چائے اور کافی کی زیادتی سے بھی پرہیز لازم ہے، اور اگرچہ بیر اور اسٹاؤٹ (beer & stout) اعتدال کے ساتھ غالباً مفید ہیں، شراب انگوری (wines) اور روح شراب (spirits) یقیناً نقصان کرتی ہے۔ جدیدی علاج (vaccine therapy) تغصیر میں اُس قدر کامیاب نہیں جتنی کہ ڈیسلیت میں، لیکن قاحلی قسم میں مفید ہو سکتا ہے۔ لہن کی فقال تجبیز، کیسیم سلفاڈ ایک گرین، دن میں تین بار بعد غذا، یا کالوسال سلفر (collosol sulphur) دو ڈرام، دن میں تین بار، بعد غذا، بغیر ہائی کے، قابل آزمائش ہیں۔ بعض امواتوں میں جن میں جلد بطنی الفعل اور بطنی دوران خون کمزور ہو، درقیہ (thyroid) نہایت درجہ منید ہوتا ہے، اور بے قاعدہ یا قلیل لمٹ والی عورتوں میں ایک فعال بینی تجبیز آزمائی چاہئے۔

مقامی۔ معمولی تغصیر کے مقامی علاج کا مقصد یہ ہے کہ خدو دہنیہ کی فعالیت کو کم کر کے جلد کو خشک بنایا جائے۔ اگر یہ کر دیا جائے تو ان خرد عضویوں میں جو اضرار کا سبب ہوتے ہیں اپنی قبضیت سے محروم ہو کر ہلک ہو جائیں گے۔ پید ہو جائیگا۔ اس مقصد کے حصول کا سب سے زیادہ کارگر طریقہ لاشعاعوں کے ذریعہ ہے، جنہیں کسری مقداروں میں دینا پسندیدہ امر ہے۔ اس میں خشک نہیں کہ انکے استعمال میں بہت احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ مدے سے زیادہ مقداریں دینے سے جلد کا دائمی صغیر وئی اتساعی ذبول (telangiectatic atrophy) پیدا

ہو جائیگا۔ لاشعاعوں کے استعمال سے دوسرے درجہ پر پہنچ کرین طریقہ یہ ہے کہ قوی لیوں کے ذریعہ سے جنہیں ریسا رین (resorcin) اور گندھک موجود ہو، ماؤف حصوں کی چٹکاسلخ پیدا کیا جائے، مثلاً نسخہ ذیل سے ۱۔

Ri

Resorcin } ریسا رین
Camphor } کا فور 10.0, ہر دو ۱۰ حصہ

Sapo. moll. virid. 15.0, ۱۵ سپو۔ مال۔ ورڈ

Sulphur precip. 30.0, ۳۰ سلفر پریسیپ

Creta praept. 5.0, ۵ کرہ ٹی پریسیپ

Paraffin, moll. flav. 10.0, ۱۰ پیرافین۔ مال۔ فلیو

Adipis. lan. anhyd. 20.0, ۲۰ ایڈیپس لین اینہائیڈ

اگر مریض گھریں ذرہ سکتا تو اس لٹی کو صرف شب کے وقت ہی لگانا چاہئے۔ چند روز کے بعد جلد سرخ اور زخمی ہو جائیگی اور آرتنا شروع ہوگی۔ اب بجائے لٹی کے کوئی مسکن غسل یا زبدہ استعمال کرنا چاہئے حتیٰ کہ تسلیخ پورا ہو جائے جسکے بعد پھر ہی اسلوب عمل کو اختیار کیا جاسکتا ہے۔ تسلیخ کے لئے اس طریقہ کے لگاتار استعمال سے خراب ترین اصابتوں میں بھی بہترین نتائج حاصل ہو سکتے ہیں، اور یہ پشت کی شدید فلفلیہ کے علاج کے لئے بہت مفید ہے۔ نسبت زیادہ ہلکی تہہ پر ایسے غسلات، سفوفوں اور مرہموں کا لگانا ہے جنہیں گندھک، ریسا رین، سیلی بکاک، ایسڈ، لاپارہ شامل ہو۔ ایسے صابن سے دھونیکے بعد پھل گندھک اور سیلی بکاک ایسڈ (ہر ایک کے ۲۰ فیصد) موجود ہوں، اور فصلات اور قاشحات کو دبا کر مواد نکال دینے کے بعد مندرجہ ذیل غسلات میں سے کسی ایک کو روزانہ دو بار اچھی طرح لگا سکتے ہیں ۱۔

(1) Ri

Potass sulphidi 3i, پوٹاس سلفائیڈ ایک ڈرام

Zinc sulphat. 3i, زنک سلفٹ ایک ڈرام

Aqua rosea ad. 3iv, ایجو ارنزی لاکر کل ۴ اونس اور بجائے

بجیرند

(R)

Resorcin gr. x to xx	۱۰-۲۰ گرین	ریساکسن
Boracic purif. gr. x	۱۰	بوراسس پورف
Zinc oxid.	۱۵	زنک آکسائیڈ
Calamine. 33 gr. xv	۱۵	کیلین
Glycerini m. xxx	۲۰ قطرے	گلیسرینی
Fau de cologne m. xxx	۳۰	یوڈی کولان
Aqua calcis ad. 33		ایکوا کیلیس لاکر ایکس ہوجائے

دوا میز صابن جس میں گندھک اور سیلی بلک آئیڈ شامل ہوا اچھی طرح لگا کر صابن کے پھین کو چند منٹ تک لگا رہنے دیا جائے تو ممکن ہے کہ صرف یہی غصیف اصابتوں کو شفا بخشنے کے لئے کافی ہو۔ چہرے کے لئے ایک مناسب سفوف لالک (tale) اور زنک آکسائیڈ (zinc oxide) کے مساوی حقوں سے بننا ہے جس میں گندھک دو تا پانچ فیصدی شامل ہوتی ہے۔ تھپڑ کے کامیاب علاج کے لئے ضروری ہے کہ خوراک کے مقررہ اصول کی سخت پابندی کی جائے، عریض گھر سے باہر روزانہ خاصی نیش کرے، قبض نہ ہونے دیا جائے، جلد کو خشک رکھا جائے، اور نصائت اور قاتحات کو باقاعدگی کے ساتھ خالی کر دیا جائے سیلان الدہنی اور پیتیریا (pityriasis of the scalp) جو ہمیشہ تھپڑ کے ساتھ ہوا کرتے ہیں، آٹھا علاج بار بار تھپڑ سے اور ایک ایسے اصول شعری کے استعمال سے کیا جائے جس میں پائڈرائج پرکلو رائڈ اور سیلی بلک آئیڈ اور (قلع نظر آجٹے یا بھورے رنگ کے بال والوں کے) ریساکسن شامل ہو۔

اگر علاج شمسی یا کئی ماہ کے نفشتی روشنی کے (total ultra violet light baths) مناسب مقداروں میں استعمال کے ساتھ جاری رکھے جائیں تو ان سے کسی دوری قسم کے مقامی علاج کی نسبت زیادہ پائدار نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

سیلان الدہنی التهاب جلد

(seborrhoeic dermatitis)

”سیلان الدہنی التهاب جلد“ کی اصطلاح ثورانات کے ایک گروہ پر رکھی ہے جنہیں مختلف مشاہدین نے مختلف ناموں سے یاد کیا ہے مثلاً واضح الحلد و حزازہ (lichen circumscripatus) (Willan & Bateman)، حلقہ دار دہلی (Brasmas Wilson) (lichen annulatus serpiginosus)، حزازہ (pityriasis circinata) (Bazin)، سیلان الدہنی جسم (seborrhoea corporis) (Duhring)، سیلان الدہنی ایکڑیا (eczema) (Unna) (seborrhoeicum)، سیلان الدہنی ثوران (seborrhoeoides) (Audry, Brocq)، ”فلا لینی طغیہ“ (”flannel rash“)، وغیرہ۔ ڈاریر (Darier) نے انکے لئے ”ایکڑمی ثورانات“ (eczematides) کی اصطلاح تجویز کی ہے، اور اصطلاح انکا ایکڑیما کے ساتھ قریبی سریری اور نسیمیاتی تعلق ظاہر کیا ہے۔

سیلان الدہنی التهاب جلد کی تین خاص قسمیں شناخت کی جاسکتی ہیں (19) :-
(۱) شکل دار قسم (پیتیریاں سرٹیکٹیل: pityriasis circinata، برکت کا شکل دار وسطانی صدی دار الجلد: medio-thoracic dermatosis، ڈیڑہ برکت کا سیلان الدہنی جسم: seborrhoea corporis، سبورڈا کی شعلی تسخیل: pityriasis steatoides، ”فلا لینی طغیہ“: ”flannel-rash“) (۲) تسخیل نما قسم - (۳) مدنیہ ناقص (psoriasisiform type) - لیکن اسکا اعتراف ضروری ہے کہ یہ امتیازات مصنوعی ہیں کیونکہ انکا کچھ انحصار اس خاص مقام پر ہوتا ہے جو ناف ہوا ہو، اور ممکن ہے کہ یہ سب قسمیں ایک ہی سریش میں ایک ساتھ موجود ہوں۔

۱۔ شکل دار قسم (figurate type) - یہ زیادہ تر پیش قتی اور بین کتفی خلوں میں نہایت تمثیل طور پر دیکھی جاتی ہے، جہاں سے یہ جانتا جاسکتا ہے اور جلد الراس پر، جہاں سے یہ پیشانی پر (سیلان الدہنی اکلیل = corona seborrhoeica)

کنٹیوں پر اور کانوں کے پیچھے وسعت حاصل کر سکتی ہے۔ دھڑ پر انکے ارتقا کا مطالعہ بہترین ہو سکتا ہے۔ شاہدہ کیا جائیگا کہ انتہائی مٹی شوری دہنی جراثیم کے دہنوں پر شروع ہوتا ہے، چنانچہ یہ ثوران اولاً جراثیمی ہوتا ہے۔ پھر بین جراثیمی رقبے ماؤف ہو کر پیکٹری نما چکیتیاں بن جاتی ہیں، جو باہم لکر شکلدار بن جاتی ہیں۔ یہ چکیتیاں اپنے پھیلتے ہوئے مائیں پر جو کہ قدسے اچھے ہوتے ہیں گلابی مائل یا پیکٹدار سرخ رنگ کی ہوتی ہیں اور مرکز میں زردی مائل یا بادامی رنگ کی۔ یہ چوبیلے چھلکوں سے ملکی ہوئی ہوتی ہیں۔ اس ثوران سے بہت کھلی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ محسوس بھی نہ ہو اور سالہا سال تک موجود رہے۔ یہ سیلان الدہنی اشخاص میں نہایت عام ہوتا ہے، بالخصوص انیس جو جلد کے قریب ظاہر کے کپڑے یا حد سے زائد درونی جانے پہنچتے ہیں اور یہ اکثر دوسرے سیلان الدہنی ثورانات، مثلاً گلابی طفیلہ، انجیر، ڈیمیلیت وغیرہ کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔

۲۔ تفلیل ناقص (pityriasis form type)۔ یہ قسم جلد کے ایک زیادہ خستہ قسم کے سیلان الدہنی التہاب کی آئینہ دار ہے۔ یہ بیضوی، گول، یا بے قاعدہ چکیتوں کی شکل میں ہوتی ہے، جو قدسے چھلکے دار، اپنی جائے وقوع کے لحاظ خشک یا چربیلی، اور رنگ میں گلابی یا گلابی مائل زرد ہوتی ہیں۔ یہ جلد الراس، گردن، اور دھڑ کے بالائی حصہ پر یا آنکھ کے گرد، اور مفصلی تعریجات، مثلاً بغلوں، پیش مرفعی حفرات، بعضی فضاؤں، اور جھڑوں میں، اور بین سریتی درز میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ خشک جلد والے اشخاص میں جوارح کی اسط سطحیات پر بھی موجود ہو سکتی ہیں، اور انیس قرنی طبقہ کی جراثیم پذیری بلاشبہ مرایت کے وقوع میں مدد ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس قسم کے سیلان الدہنی التہاب جلد کے مادے دھڑ پر ہو جاتے ہیں، اور یہ ثوران گلابی تیقل (pityriasis rosea) سے قریبی طور پر مشابہ ہو سکتا ہے، لیکن اول الذکر کے چھلکوں میں عصہ قفنی ("bottle bacillus") کی فاعلی بالیدگی کی حالت میں موجودگی ان کے درمیان امتیاز کے لئے کافی ہوتی ہے۔ ثانوی ایکزیما سے واقع ہو سکتی ہے، بالخصوص جلد الراس، کالوں، گردن، اور مفصلی تعریجات پر، جسکی وجہ سے یہ ثوران سرخ، آبلہ وار اور

مصلی ارتشاح کی وجہ سے تر ہو جاتا ہے۔

۳۔ صدفیہ ناس قسم (psoriasisiform type)۔ اس قسم میں التهاب اسبق اقسام کی نسبت زیادہ گہرا اور زیادہ شدید ہوتا ہے۔ چمکتیاں زیادہ درخشاں زیادہ سیاہ سرخ رنگ کی اور زیادہ موٹے، کم و بیش چمکے ہوئے چمکتوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ صدفیہ سے نہایت قریبی طور پر مشابہ ہوں۔ درحقیقت بعض اصابتوں میں محتاط خوردبینی استحسان کے بغیر انکی تفریق تشخص مشکل ہو سکتی ہے۔ یہ دوران ایک منفرد مزمن ہونے کے طور پر واقع ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وسیع طور پر پھیل کر بڑی جسامت کے اتعنائی رقبہ بنا دے۔ انہیں عارض عموماً ایک نمایاں علامت ہوتی ہے اور شدید ہو سکتی ہے۔ ہمیشہ کھڑے بیٹھنے اور نسلنے سے حزاریت پیدا ہو سکتی ہے۔

مرضی ششہرج۔ اگرچہ سیلان الدہنی التهاب جلد کی مختلف قسمیں اپنی نیچیا تی شکلوں میں بہت مختلف ہوتی ہیں، تاہم اصلی اثر اربیشہر شامل ہوتے ہیں اور اسفنجیت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں، گود قرص نیت (parakeratosis)، پیدہ علیوں کو محصور کرنے والے خشک مصل سے بنی ہوئی پیٹریوں، داء الشوکیدہ (acanthosis) اور اُفویا پر مشتمل ہوتے ہیں جس کے ساتھ آدمہ کی گرد عروقی غلوی درجہ کا موجود ہوتی ہے۔ لہذا نیچیا تی تغیرات ایک زیادہ ناس قسم کے ہوتے ہیں، لیکن اسفنجیت نسبت کم نمایاں ہوتی ہے، اور وہ اور گرد قرصیت دونوں حقیقی ایک زیادہ نسبت زیادہ غیر متستی ہوتی ہیں سیلان الدہنی التهاب جلد کی صدفیہ ناس قسم نیچیا تی اور سرخی لحاظ سے صدفیہ سے مشابہت رکھتی ہے، لیکن تحقیقات (20) سے ظاہر ہو گیا ہے کہ نیچیا تی اختلافات ایسے ہوتے ہیں کہ ان دونوں میں یقینی امتیاز کیا جاسکتا ہے۔ زیادہ اختلافات یہ ہیں کہ اول الذکر میں اموری ہمیں نہ صرف نوات دار قرنی حلیوں سے بلکہ اُن پر پڑیوں سے بھی بنتی ہیں جس کا اور تذکرہ کیا گیا ہے۔ گرد قرصیت اکثر غیر مسلسل ہوتی ہے۔ برآویہ کے طبی جسم میں اسفنجیت کے چھوٹے چھوٹے رقبے پائے جاتے ہیں جو یک نواتی پیدہ علیوں کو محصور کرتے ہیں، نہ کہ کثیر النوات علیوں کو جیسا کہ صدفیہ میں ہوتا ہے۔ یہاں رقبہ جبکہ قرنی طبقہ تک پہنچ جاتے ہیں تو پڑیاں بن جاتے ہیں۔ مخصوص تخوینی طریقوں

سے یہ بھی بتلایا جاسکتا ہے کہ در آنحالیکہ سد فیہ کے اضران نمایاں طور پر غیر خرد عضوی ہوتے ہیں، سیلان الدہنی التهاب جلد کے اضران نہایت خاکی خرد عضوی یا تسیدگی ظاہر کرتے ہیں۔

بحث اسباب۔ سیلان الدہنی التهاب جلد، جلد کی ایک مشترک حالت سمجھی جاسکتی ہے، جو خرد عضوی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ یہ الفاظ دیگر وہ ایک ماری برآمدی التهاب جلد (infective epidermo-dermatitis) ہے۔ اُس کا میز خاصہ یہ ہے کہ اُس کے اضران کے اندر تخیلی بذریعہ (pityrosporon) اور تھقات خاکی خاکی بالیدگی کی حالت میں موجود ہوتے ہیں۔ اس طرح وہ دو پہل سد فیہ سے نینر خلائی تھیل (pityriasis rosea) سے مختلف ہوتا ہے جنہیں تخیلی بذریعہ غیر موجود ہوتا ہے۔ ڈاؤنگ (Dowling) کا خیال ہے کہ سیلان الدہنی التهاب جلد کی تمام قسمیں اولی طور پر تخیلی بذریعہ کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ سچ ہو لیکن اغلب ہے کہ وہ اختلافات جو اس دوران کی سریری قسموں کو میز کرتے ہیں، خاص کر سرایت رساں بقعہ غبیہ کی قسم اور تشبیت پر منحصر ہوتے ہیں۔ سیلان الدہنی حالت ان عضویوں کی خاکی خاکی بالیدگی کے لئے خاص معقدہ عامل ہے، اور جیسا کہ اشارہ کیا گیا ہے قرنی بقعہ اور وہی قد میں کی جربی کی ترکیب کا تغیر ہی غالباً انکی بالیدگی میں مدد ہوتا ہے۔ اسی سبب سے سیلان الدہنی التهاب جلد کی توزیع عموماً اُن رقبوں سے متناظر ہوتی ہے جنہیں خرد وہنیہ سب سے زیادہ برٹسہ اور زیادہ خاکی ہوتے ہیں یہ کہنے کی فرصت نہیں کہ جسمانی صفائی کی کمی اور عہد سے نرا نہ لباس پہننا مزید معقد اسباب ہیں۔

علاج۔ داخلی علاج وہی ہے جو سیلان الدہنی حالت کا ہوتا ہے، اور جو مقامی تدابیر اختیار کرنے چاہئیں، انکا انحصار التهابی عمل کی قسم اور شدت پر ہوگا۔ تشکلات قسم جو تھقت اور سینہ پر استدر اکثر الوقوع دیکھی جاتی ہے، گندھک کے لاسقات سے ہر صورت اچھی ہو جاتی ہے، مثلاً نسو ذیل سے۔

R/

Sulphur præcip gr. x to xx

سلفر پریپ

بگیرند

Resorcin gr. x

ریسارسن ۱۰ گرین

Past. zinci comp. B. P. C.

پسٹ زنکائی کمپ بی پی سی ڈاکٹر

ad. oz. i } کل ایک اونس کر لیا جائے۔

اُن خشرخیل ناچکتیوں کے لئے، جو بالخصوص مفصلی تعریجات میں کانٹل کے پھیپھ اور گردوں پر واقع ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ گندھک مد سے زائد تراش پیدا کر دے، انکے لئے اکتھیل اور ٹار ایک مرجم یا لٹی کی صحت میں زیادہ مناسب ہیں، مثلاً نسخہ ذیل:-

B/

بجیرند

Ichthyol gr. v

۵ گرین

اکتھیل

Liq. picis carbonis gr. xxx

لاکر پائکس کاربونس ۳۰ -

to dm. i

{ ایک ام }

Past. zinci comp. B. P. C.

پسٹ زنکائی کمپ بی پی سی ڈاکٹر

ad oz. i

کل ایک اونس کر لیا جائے۔

مدفینا قسم میں زیادہ فعال تجویزات ضروری ہیں، مثلاً روغن کیڈ (oil of cade) خام کو تیار رک وہ لئی (crude coal-tar paste) جسکی ایکریا کی مزین پکتیوں کے لئے سفارش کی گئی ہے، بلکہ کرس آروبین (chrysarobin) - لاشعائین بہت مفید ہیں مگر اُنکی معاد کی نگرانی اور تنظیم احتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے۔

سیلان الدہنی التهاب جلد کی تمام اماعتوں میں جلد لاس کا علاج کرنا ضروری ہے، کیونکہ یہی اکثر اوقات مرآت کا اصلی خبیع ہوتی ہے۔ مرووں میں کوئار مابن کے ساتھ اسکاتھ لک ہفتہ میں دو یا تین بار کرنا چاہئے اور تک سے اگلی راتوں کو مسند ذیل پومید (pomade) کی خوب مالش کرنی چاہئے۔

B/

بجیرند

Sulphur præcipit gr. xv to xxx

سلفر پریسیپٹ ۱۵ تا ۳۰ گرین

Acid salicylici gr. x to xx

ایسڈ سیلایلی ۱۰ تا ۲۰

Vaselin alb. dm. ii

وکیلین الب ۲ ڈرام

Ol. coealis nuciferis ad. oz. i

اول کانسوئیسی نژی ڈاکٹر ایک کر لیا جائے

Perfume q.s. بقدر کفایت
ہر روز علی الصبح منہ پر ذیل غسول استعمال کیا جاتا ہے :-

R/ ریگرنڈ
Resorcin gr. x آگرین
Acidi salicylici gr. x ایڈائی سیلی سلائی
Hydrarg. perchloridi gr. ۱/۴ ہائیڈرارج پیرکلورائیڈ
Ol. lavandulae m. ii. اولیم لیونڈلیونی ۲ قطرے
Ol. ricini m. x اولیم ریسنائی ۱۰
Spt. vini meth. indust. سپرٹ وائنائی میتھ انڈسٹ لاکر
nd. oz. i کل ایک اونس

محصول میں بالوں کا تھک جھٹتہ میں ایک یا دو بار کرنا چاہئے اور تھک سے اگلی رات میں پرمیڈل دینا چاہئے۔ مندرجہ بالا غسول روزانہ استعمال کرنا چاہئے، مگر نسخہ سے روغن پیدا بخیر کو حذف کر دینا چاہئے۔ لیکن اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ پرمیڈ میں کی گندھک سے چہرے اور گردن میں خراش نہ ہونے پائے، لہذا ان راتوں میں جنہیں پرمیڈ لگا جائے ایک نہانے کی ٹوپی (bathing-cap) پہن لینا چاہئے۔
نہایت شدید میلان الدہنی التهاب جلد کی اصابتوں میں یا اسوقت جب کہ ایکزیما واقع ہوگئی ہو، مسکن لاسعات (soothing applications) استعمال کرنے چاہئیں، مثلاً مرخ کلامن (calamine liniment) یا اکتھیل کا ایسا زبدہ (ichthyol cream) جیسا کہ مندرجہ ذیل :-

R/ ریگرنڈ
Ichthyol gr. v اکتھیل
Ol. olivae. Zinci oxidi aa oz. ss. ایل الیوئی اور زینک آکسائیڈ انس

Adip. lanæ anhyd. dm. i

ایڈیپ لینن این ہائیڈ

Aqua calcis dm. iii

۲

ایکوا کالکس

اور ماؤف حصول کو صاف کرنے کے لئے صبح و شام روغن زیتون کام میں لانا چاہئے۔

جراثیمی امراض ۲۔ عصیتہ

- نعلہ (comedo) عصیتہ نفطیہ (B. acnes) (صفحہ 860)۔
 جذام (leprosy) عصیتہ جذام (B. lepræ) (صفحہ 1016)۔
 سراجہ (glanders) عصیتہ سراجہ (B. mallei) (صفحہ 91)۔
 مرہ (anthrax) عصیتہ مرہ (B. anthracis) (صفحہ 92)۔
 خناق بائی (diphtheria) عصیتہ خناق بائی (B. diphtheriæ) (صفحہ 63)۔
 تدین (tuberculosis) عصیتہ درنہ (B. tuberculosis) (صفحہ 83)۔
 قرقرہ (soft sore) آئنا کا عصیتہ مبہب (strepto-bacillus of Ducrey-Unna) (صفحہ 875)۔
 انفی صلابتی علہ (rhinoscleroma) عصیتہ فیش (B. of Frisch) (صفحہ 877)۔
 سرمدہ نما (erysipeloid) خنزیری منجیاد کا عصیتہ (صفحہ 877)۔

تدین

(TUBERCULOSIS)

جلد کے قاطبی تدین کی جماعت بندی حسب ذیل کی جاسکتی ہے۔

- (۱) قدنی اکولہ - (۲) ذرنی قرصہ - (۳) ذرنی صفیہ - (۴) بروقی ذئبہ (lupus verrucosus) - (۵) مسمولی ذئبہ (lupus vulgaris) - (۶) غزالہ ذرود اور حنیات (tuberculides) اور لحمیات (sarcoids) کا بیان اب درج کیا جاتا ہے۔

معمولی ذئبہ

(lupus vulgaris)

جلد کے تدرن کی یہ قسم جو نہایت عام طور پر معلوم ہے، خوش قسمتی سے کم عام ہوتی جاتی ہے اور اب وہ ہولناک تحدیدیات جنہیں یہ مرض پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتا ہے مقابلہ شاذ ہی دیکھنے میں آتی ہے۔ ذئبہ کا اولیٰ ضرر ایک تیز دھنکی گر حک ہے، جو جلد کے اندر مدفون ہوتی ہے، اور سیمیائی لحاظ سے ایک دقیق ماری تدراتی سلعہ (infective granuloma) کی حیثیت رکھتی ہے۔ اسے بد نظر سہولت ایک ذئبی سلعہ (lupoma) کہہ سکتے ہیں۔ جسامت میں وہ ایک الپین کے سر سے نیکر رٹے مر کے دانہ کے برابر ہوتا ہے۔ رنگ میں وہ زردی یا لال رخ سے نیکر بھورے سرخ تک مختلف ہوتا ہے، جس کے ساتھ کبھی کبھی نیلگوں جھلک پائی جاتی ہے۔ وہ جلد کی سطح پر ایک اُبھرا ہوا بڑا گر حک بنا سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ بالکل نہ اُبھرے۔ وہ نیم شفاف نظر آتا ہے، قوام میں نرم ہوتا ہے، اور ایک ٹوک دار دیاسلانی سے برآسانی چمیدا جاسکتا ہے۔ ذئبہ کی ایک چمکی کا آغاز اس طرح ہو سکتا ہے کہ اس قسم کی ایک منفرد گر حک نمودار ہو جائے، جو تدریج بڑی ہوتی جاتی ہے، اور اُس کے قریب دوسری گر حکیں بنتی جاتی ہیں، یا ممکن ہے کہ دو تین یا زائد گر حکیں ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ یہ چمکی انفرادی گر حکوں کے بڑھنے اور نئی گر حکیں بننے سے پھیلی جاتی ہے اور یہ جدا جدا نواضر بتدریج طعتی ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ زجاجی دباؤ کے نیچے ذئبی گر حکیں ایک نہایت تیز منظر پیش کرتی ہیں۔ آئین سن لے ٹھیک کہا کہ یہ سب کی جلی کے دھتوں کی طرح نظر آتی ہیں جو جلد کے اندر مدفون ہوں اور انہی نیم شفافیت کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ لچکدار اور اتصالی بافت کا جال مقامی طور پر غائب ہو جاتا ہے۔

اگر ذئبہ کی چمکی کو بلا علاج کئے چھوڑ دیا جائے تو اُس میں دو تغیرات میں سے ایک تغیر واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں مرکز میں خود بخود انداز واقع ہو جاتا ہے، اور کناروں پر تازہ گر حکیں بکر یہ چمکی آہستہ آہستہ پھیلنے کا رجحان

رکھتی ہے۔ لیکن مرکزی نرم پیدائندہ میں چند گرھکیں باقی رہتی ہیں یا ان میں نوپیدا ہو جاتی ہیں، اور یہ عموماً خاصہ ذئب اور دیسب نامید (serpiginous syphilides) کے درمیان تقریبی تشخیص میں اہمیت رکھتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں براؤن فادرہ براؤن وٹھلکے ہو جاتا ہے، چنانچہ ثانوی ریم ناسرائیت کے ساتھ تقریباً واقع ہو جاتا اور حصد نہ پڑ پائیاں بن جاتی ہیں۔

مندرجہ بالا اعمال میں سے ایک یا دوسرے کے غلبہ کے لحاظ سے اس مرض کے سرمدی مظاہر نہایت مختلف الاقسام ہوتے ہیں۔ مثلاً بعض اصابتوں میں یہ گرھکیں چھوٹی اور سطحی ہوتی ہیں، اور کبھی سرخ، پھلکے دار، اور گرد و پیش کی جلد کے لیول سے اوپر پھسل اُبھری ہوتی ہے یا بالکل نہیں اُبھرتی۔ یہ قسم (احمرارنا ذئب lupus erythematoides) اکثر غلیظ ہوا ہوا (lupus erythematosus) سمجھی جاتی ہے۔ لیکن یہ کہ زجاجی دباؤ لگانے سے میز سبب کی جلی جیسی گرھکیں دکھائی دیں، لیکن بعض اوقات یہ صرف خود بینی امتحان سے شناخت ہو سکتی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں یہ گرھکیں بڑی، لمبی اور اُبھری ہو کر ایک سلعہ (ذئب متورم یا بلیش پروٹروشی = *L. tumidus or hypertrophicus*) بنا دیتی ہیں۔ بعض اوقات، غالباً ثانوی ریم ناسرائیت کی وجہ سے، ایک متفرج چمکتی غلیظ سلعہ نما جیسے پیدا کر دیتی ہے، جو ابتداؤں میں ہوتی ہیں اور بعد میں ٹولول نما ہو کر بروقی ذئب (lupus verrucosus) سے (جو غلط فہم) مشابہت رکھتی ہیں (حلیبی) سلعہ نما ذئب (lupus papillomatous)۔ وہ چمکتیاں جو ماسٹیوں پر متفرج ہوتی ہیں اور مرکز میں خود بخود انداب پذیر ہوتی ہیں متفرج ناریل (ulcerating syphilides) (دیسب ذئب = *L. serpiginous*) کی مشابہت پیدا کر دیتی ہیں۔ پہلے ذئب کی غیر متفرج اقسام کو ذئب غیورادم (*L. non-exedens*) اور متفرج اقسام کو ذئب غادادم (*L. exedens*) کہتے تھے، لیکن یہ تفریق کسی قدر معنوی ہے متفرج ذئب کی نہایت ترین قسم (شراکھ یا آکل ذئب = *Lupus vorax seu phagadenicus*) خوش قسمتی سے نادر ہے۔ یہ صرمت کے ساتھ نہایت ہولناک آفات اور تشوہ پیدا کر سکتی ہے۔

ذنبہ کا مرد اصل مزن ہے اور اسکا پھیلاؤ غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ اگرچہ کہ عموماً خود بخود نکش اور اس کے ساتھ انداب واقع ہو جاتا ہے، تاہم یہ مرض فیصلہ چھلکا ہے، انداب یا فنتہ رقبہ میں گرھکیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور پھر ذنبہ (Lupus disseminatus) کی حالت کے قدرتی شفا کا وقوع نہایت شاذ ہوتا ہے۔

توزیع۔ ذنبہ جلد اور مخاطی افشہ دونوں کو ماؤف کرتا ہے۔ وہ جلد سے مخاطی افشہ پر پھیل سکتا ہے، لیکن جیسا کہ آڈری (Audry) نے مصرعہ کے برعکس ہونا اس سے بہت زیادہ عام طور پر سچ ہے جتنا کہ ابتداً خیال کیا گیا تھا۔ جلد پر ذنبہ کا عام ترین محل وقوع چہرہ ہے (سیکویرا: Boquetra) کی رائے کے مطابق ۸ فیصدی (اصابتوں میں)۔ ایلان جونز (Emlyn Jones) نے دریافت کیا کہ یہ مرض ۲۸ فیصدی اصابتوں میں ناک کے قریب شروع ہوا، اور ۳۸ فیصدی اصابتوں میں چہرے کے دوسرے حصوں میں جنہیں کان شامل ہیں۔ ۸۰ فی صدی اصابتوں میں لب، ۱۳ فیصدی سے زائد اصابتوں میں گردن، اور ۵۰ فیصدی اصابتوں میں دھڑ اور جوارح اوتلی محل وقوع تھے۔ یہ جلد الراس، پیشانی، بالائی پوپو، اعضائے تناسل، بغلوں، یا ہتھیلیوں اور لمووں پر شاذ ہی دیکھنے میں آتا ہے۔ مخاطی اغشہ، اصابتوں کی فیصدی بہت بڑی تعداد میں ماؤف ہوتے ہیں (سیکویرا کے مریضوں میں ۲۵ و ۳۳ فیصدی میں، اگرچہ جنس Christianesen کے مریضوں کے گروہ میں فنسن اسٹیوٹ میں ۸۰ فی صدی میں)۔ ناک، منہ، آلو، بلعوم، حنجرو، زبان، انفی قنات، ناچسہ، منی، مقعر، اور دمیانی گوش ماؤف ہو سکتے ہیں۔ ناک نسبت عام ترین محل وقوع ہے اور اکثر اوقات جلد کی ماؤفیت کا اوتلی ضیع ہوتی ہے۔ بعض اوقات رابیتہ انفی قنات کی راہ سے اوپر پھیل کر زیرین پوٹے اور مقعر میں پہنچ جاتی ہے یا وہ مقعر کے ایک اوتلی دینی ضرے سے نیچے کی طرف پھیل کر انفی مخاطی جملی کو اور وہاں سے جلد کو ماؤف کر سکتی ہے۔ آلو اور بلعوم پر، اور منہ کے اندر ذنبہ ایک گجلی، اٹل، سوز رنگ کی جملہ دار حکمتی کے طور پر نمودار ہوتا ہے، جس کے ساتھ جا بجا چھوٹے چھوٹے قوتے ہوتے ہیں، جو پھیل کر سارے رقبہ کو متفرج اور پیری دار بنا دیتے ہیں۔ سوز و حرارت

پر وہ متورم، سرخ، لمبی اسکی پیدا کر دیتا ہے، اور دانت اکثر ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ زبان پر، جو ایک شاذ عقل مرض ہے، عموماً ایک طبعی سلسلہ نما چکیتی پیدا ہو جاتی ہے، لیکن تفریح کا وقوع بھی ممکن ہے۔

کمیت اسباب سراس مرض کا سبب یہ ہے کہ عصیتہ درنسیہ (tubercle bacillus) جلد میں یا داخلی اغشیہ میں دراصل بالیدگی حاصل کرتا ہے۔ یہ عصیتہ یا توانائی ہو سکتا ہے یا بقری، اور ان دونوں کا تناسب مختلف شکلوں میں مختلف ہوتا ہے۔ گریفٹھ (Griffith) اور دوسروں کی تحقیقات سے ظاہر ہے کہ بیشتر امیبتوں میں عصیتہ کی نسل، خواہ وہ انسانی ہو یا بقری، ادنیٰ نقشبیت کی ہوتی ہے۔ اگرچہ ذنبہ ہر عمر میں شروع ہو سکتا ہے، تاہم نصف سے زائد امیبتوں میں وہ دسویں سال سے پہلے، اور ۸ فیصدی سے زائد امیبتوں میں بیسویں سال سے پہلے نمودار ہوتا ہے۔ وہ مردوں کی نسبت عورتوں میں ڈگنے سے زیادہ عام ہوتا ہے، اور جنوب کی نسبت شمالی یورپ میں بہت زیادہ ہوتا ہے، جسکی وجہ بلاشبہ سورج کی روشنی کی کمی ہے، اور لوہا کا دیات، ہڈارین، اور امریکہ میں مقابلہ شاذ ہوتا ہے۔ وہ عموماً خنثی زہری اشخاص کو مایوف کرتا ہے، جو ادنیٰ عمر ہی میں ذرذہ سے سرایت نمود ہو گئے ہوں، اور اکثر تمدن کی قوی خاندانی سرگذشت پائی جاسکتی ہے۔ وہ تقریباً ہمیشہ ذرنی غدی التہسب (tubercular adenitis) کے ساتھ، اور بعض اوقات ہڈیوں، جوڑوں، یا باریلون کے تمدن کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ جیسا کہ بینیر (Besnier) نے بتلایا ہے، مسلول اشخاص میں ذنبہ نہیں پیدا ہوتا، مگر ذنبہ کے مریض اکثر سلی ریوی میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

جلد کی سرایت کے اصلی طریقہ کے متعلق یہ ہے کہ اسکا وقوع (۱) براہ راست باہر سے، یا (۲) عمیق قرونی ماسکوں سے یا داخلی اغشیہ سے توسیع کے ذریعہ، یا (۳) جوئے خون کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ پہلا طریقہ غالباً عام ہے اور بلاشبہ اسی سے اس مرض کے اکثر ناک میں یا اس کے گرد پیش واقع ہونے کی وجہ ہوتی ہے، اور اس صورت میں اسکا عضو گرد و غبار سے یا آنکھوں کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ ایسی امیبتیں بھی مرقوم ہیں جن میں یہ جدیدین رسانی یا گودنے (tattoo) کے خزانوں میں یا بال

اور بندوں وغیرہ کے لئے کانوں کو چیدنے کے بعد شروع ہو گیا ہو۔
 دوسرے طریقہ کی مثالیں اسوقت ملتی ہیں جبکہ اُن درنی غدد کے اوپر کی جلد
 میں جو پھوٹ گئے ہوں یا نکال دئے گئے ہوں ذنب پیدا ہو جائے، یا جب سرایت الٹی
 مقامی جلد سے، یا براہِ آئنی قناتِ لمحہ سے پھیل جائے۔ تیسرا طریقہ ذنب کی اُن متعدد
 منتشر جگہوں کی توجیہ کرتا ہے جو کھسرا یا کالی کھاسی کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں، اور
 اغلب یہ ہے کہ جوئے خون کی راء سے جلد کی سرایت کا وقوع اس سے زیادہ عام
 ہے کہ جتنا عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

مرضی تشہر سچ۔ برآوردہ عموماً مدہول ہو جاتا ہے، اور اُنکے نیچے درنی بافت
 کا ایک تودہ ہوتا ہے، جو لمبی غلیظ، سرطنتہ آسا اور پلارائی غلیظوں، اور کہیں کہیں
 تخیلی عسری غلیظوں کے نظامات پر مشتمل ہوتا ہے۔ لچکدار اور
 اتھالی بافت کا اور عروقِ دمویہ کا آلف ہوتا ہے، اور نو ساختہ
 بافت میں حقیقی تجتن کے بغیر انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ سیجیاتی تصویر قدرتی طور پر
 مرض کی قسم کے لحاظ سے، اور تفریح اور ثانوی سرایت کی موجودگی یا غیر موجودگی کے
 لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ درنی عصیات بتلائے جاسکتے ہیں، لیکن عموماً صرف سلسلہ
 تراشوں میں ملاحظہ ہوتا ہے۔

تشخیص۔ ذنب پر غلطی سے حسب ذیل حالتوں کا گمان ہو سکتا ہے: ۱۔ شائشی
 آشک، قرصہ قارصہ (rodent ulcer) شرابی جذام (nodular leprosy)،
 ذنبہ آسا انجیریہ (lupoid sycois)، لحمیہ (sarcoid) کے بعض اقسام، اور ذنبہ حمزائی
 (lupus erythematosus)۔ مدہم احتیاط کی وجہ سے وہ عموماً حصہ (impetigo)
 حصیت یافتہ (impetiginised eczema) اور صد فیہ (psoriasis) کے ساتھ غلط نظر دیا جاتا ہے۔

شائشی ناریہ (tertiary syphilide) سے ذنبہ کی تشخیص پسینہ آواز مرض سے
 ملاحظہ شدت مرض سے [کیونکہ استثناء ذنبہ شریہ (lupus vorax) کے، ذنبہ اس
 وسعت کے افراد پیدا کرنے کے لئے سالہا سال لیتا ہے جو چند ہفتوں یا چھٹیوں کا ناز
 پیدا کرتا ہے]، اسکی گرہوں کے نرم قوام اور راجاجی دباؤ لگانے پر اُنکے سبب

کی جلی جیسے منظر ہے، اور مرکزی ندبہ میں گرہوں کی موجودگی سے ہو سکتی ہے۔ ذئبہ ہڈیوں کا تنخیر بھی واقع نہیں کرتا۔ تعاملی وائرڈن ہمیشہ کرنا چاہئے، حتیٰ کہ اس وقت بھی جبکہ ذئبہ کی تفریع یقینی ہو، کیونکہ غلط اصابتیں ہی ہوا کرتی ہیں (یعنی پیدا کنشی آنشک کے مریض میں اکثر ذئبہ ہوتا ہے) جنہیں دافع آنشک علاج سے حیرت انگیز اصلاح ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) سے نہیں

مشکل ہو سکتی ہے۔ ایسی حالت میں خاص تفریقی خصائص حسب ذیل ہوتے ہیں۔۔۔ احمراری ذئبہ کی متشاکل توزیع (اگرچہ عام ذئبہ بھی بتدریج پھیل کر ایک دو جانبی متشاکل چمکتی ناک اور گالوں پر پیدا کر سکتا ہے)۔ جلد لاس کاؤں کے کناروں، اور انگلیوں کی ماؤ فیت۔ تفریح کی غیر موجودگی اور غضروف کی عدم ماؤ فیت۔ اور نچا جی دباؤ لگانے پر مختلف مناظر۔

چھوٹا گرہکی لحمیہ (nodular sarcoid) ذئبہ سے قریبی شا بہت پیدا کر سکتا ہے، لیکن یہ گرہکیں زیادہ سخت ہوتی ہیں، اسکی لسیجیات مزید ہوتی ہے، اور حمینی چمب میں کی ہوئی تلخیصات ہمیشہ منفی ہوتی ہیں۔

سین آغاز مرض، سخت موتی جیسا اگر کی کھارا، اوصاف کما ہوا تفریح قرار دیا کو ذئبہ سے میز کرتا ہے۔

پیچیدہ گیائیں۔ قطع نظر اس بد شکل اور تھدیج کے جو یہ مرض پیدا کر سکتا ہے خاص پیچیدہ گیائیں جو پیدا ہو جاتی ہیں، سرخارہ (erysipelas) اور قلمانی خلیوں والا سرطانی سلحہ (squamous-celled carcinoma) اس بزرگوار کے حملے کا اثر مفید بلکہ شفا بخش ہو سکتا ہے، جیسا کہ ہالوپین (Hallopeau) اور سیکویرا (Sequeira) کے مریضوں میں پایا گیا۔ اگرچہ سرطانی سلحہ ذئبہ کی ایک شاذ پیچیدگی ہے، بالخصوص عورتوں میں، تاہم لاشاعوں کے رواج کے بعد اسکا حدوث بہت زیادہ ہو گیا ہے، اور انہیں اس مرض میں عرصہ دراز تک استعمال کرنا بالکل ناجائز ہے۔

علاج۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ذئبہ کے مریضوں کی بڑی اکثریت میں جلد کے علاوہ دوسرے درنی مائیکے موجود ہوتے ہیں، اور یہ کہ انہیں کا ایک بڑا تناسب حشائی تدرن (visceral tuberculosis) سے ہلاک ہو جاتا ہے۔ اسی سبب سے ضروری

ہے کہ مریض کی قوت مدافعت کو ہر ممکن طریقہ سے بڑھانے کے لئے عام علاج بھی کرنا چاہیے۔
 علاج شمسی (heliotherapy) (جیسا کہ روکیٹر: Rollier لیسین: Leysin میں
 قبل میں لانا ہے) ایک منتخب طریقہ علاج ہے اور یہ بلاشبہ دوسری تمام معلوم
 علاجی تدبیروں سے افضل ہے۔ انگلستان اور ان ممالک میں جہاں سورج کی روشنی
 نسبت کم دستیاب ہے، کاربنی قوسی لیمپوں (carbon-arc lamps) اور سیماہانی
 بخار کے لیمپوں (mercury-vapour lamps) سے بہترین نتائج حاصل ہوتے
 ہیں۔ اس علاج کے رواج نے ذیہ اور مزمن تدرن کے دوسرے اقسام کے علاج
 میں ایک انقلابِ عظیم پیدا کر دیا ہے اور بہت سی مقامی تدبیروں کو جو پہلے استعمال
 کی جاتی تھیں بے ضرورت ثابت کر دیا ہے۔ مزید برآں، آریوڈین اور کاڈیور آکس
 نہایت نفع بخش ہے۔ اول الذکر کو مصطفیٰ اروج شراب (rectified spirit) کے
 اندر ایک دس فیصدی طاقت کے محلول میں استعمال کرنا چاہئے، جسکے ابتدائی
 پانچ قطرے روزانہ دوبارہ دودھ کے اندر دینا چاہئے، اور پھر اس مقدار کو ہندو
 بڑھاکر روزانہ ساٹھ قطروں تک دیکھتے ہیں، بشرطیکہ مریض اسکو اچھی طرح برداشت
 کرے۔ ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اشروبات، اگر یہ ہوشیاری کے ساتھ حوصلہ
 میں دئے جائیں، تو بلاشبہ نفع بخش ہوتے ہیں۔ کیلومیل (calomel) کے درجن
 عضلی اشروبات سے بعض اوقات نیز ناک اصلاح پائی جاتی ہے، لیکن ان کے
 نتائج غیر مستقل ہوتے ہیں۔

غذا - عالیہ سالوں میں، معمولی ذیہ اور جلد کی دیگر تدرنی حالتوں کا غذائی
 علاج، جسکی مکرسن (Gerson) نے سفارش کی اور جمن یا بریوچ (Sauerbruch)
 اور ہرمنز دارفر (Hermannsdorfer) نے ترمیم کی، زیادہ زیادہ نظر پسند یدگی
 سے دیکھا جاتا ہے۔ غذا کے مہمات یہ ہیں: (۱) سوڈیم کلورائیڈ کو تقریباً مکمل طور
 پر خارج کر دیا جائے، اور ایک مرکب (شٹا سیلارم - Sclarom) جسکی کیلیم
 کی کثرت اور سوڈیم کی قلت ہو، بطور بدل کے استعمال کیا جائے۔ (۲) بچہ پکی ہوئی
 تازہ بنریاں کچھ مقدار میں، مثلاً سلاؤڈز (salads) جسکے ہمراہ پھلوں کا رس ملا ہوا
 ہو، اور غلامہ جیہوں جو بچے پکی ہوئی بنریوں کو دبا کر تیار کئے گئے ہوں۔ (۳) بنریوچ

اپنے ہی رس میں بغیر پانی ملائے پکایا جائے۔ (۴) گوشت کی مقدار متدل طور پر کم کر دی جائے۔ (۵) پانی کی درآمد کو کم دیا جائے، لیکن تازہ پھلوں اور سبز پھلوں کے رس کی کثیر مقداریں دیا جاسکتی ہیں۔ (۶) معدنی مرکبات دئے جائیں، جن میں کیلیم، کالیکٹیت اور فاسفیت، کیلیم اور میگنیشیم کے دوہرے لحاظ، سٹرانٹیم (strontium)، الیونیم (aluminium) اور سلکا شامل ہوں، اور کاڈمیل کے جگر کا تیل (cod-liver oil) روزانہ تین بار۔ (۷) ایک بلند شحمی اور پروٹینی درآمد، لیکن کاربوہائیڈریٹ کی نمایاں تکلیف۔

مقامی علاج۔ ذہنی یا فکری کو تکلف کرنے کے لئے کوئی مقامی تدابیر استعمال کرنے سے پہلے اور ان حیرتناک نتائج کے مد نظر جو آب شمسی علاج یا مصنوعی روشنی کے غلوں سے حاصل ہو رہے ہیں، اس امر پر غور کرنا مناسب ہے کہ ایسے علاج کیا تھے آریوڈین اور کاڈیوڈائن کے داخلی استعمال سے خود بخود اندام کس حد تک واقع ہو سکے گا۔ تجلی نقطہ نظر سے فستنی قوسی لب کے ساتھ مقامی علاج بالانور سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں، کیونکہ ان سے جوندہ پیدا ہوتا ہے وہ چکنا اور کھلنا ہوتا ہے۔ مگر یہ طریقہ نہایت صبر آزما اور کثیر المعاصرف ہوتا ہے۔ فنس لب کی ترمیم جسے سوئڈن لہولٹ (Svend Lombolt) نے تجویز کیا ہے، اصلی لب میں ایک بہت بڑی اصلاح ہے اور اسکے ذریعہ ۵۰ فیصد فی ایپی شفائیں حاصل ہو چکی ہیں۔ مملو بہ اطلاقات کی تعداد بہت تھوڑی ہوتی ہے، تجلی نتائج نہایت عمدہ ہوتے ہیں، اور اسکو محلی اغشیہ پر استعمال کیا جاسکتا ہے۔ لاشعاعوں کے استعمال کو مرض کی متفرع نابت یا ظہیمی سلعہ ناقصوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے، جیسا کہ اب عام طور پر تسلیم کیا جا رہا ہے۔ اسکے ساتھ گیلوانی کواؤ (galvano-cautery) یا ٹوبی تشریط (scarification) استعمال کی جاسکتی ہے۔ لاشعاعوں کی بڑی مقداریں، یا طویل عرصوں تک ایک مسلسل استعمال اب بالکل ناجائز نہیں، کیونکہ ایسے بالآخر شعاعی التهاب جلد (radiodermatitis) کا خطرہ ہوتا ہے، اور آخر کار رندہ کا سرطانی سلعہ نما انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ کئی بالانور اور گیلوانی کواؤ علاج میں مفید اضافات ہیں، اور یہ محلی تجلیوں کے ذریعہ

میں خاص طور پر نفع بخش ثابت ہوتے ہیں۔ حال ہی میں برقی حرارت رسائی کے استعمال سے نہایت اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اگر تشریط صبح طور پر عمل میں لائی جائے، تو جو ندبات اُس سے پیدا ہوتے ہیں وہ نفسی لپ سے حاصل شدہ ندبات سے کسی طرح کم تشفی بخش نہیں ہوتے، لیکن یہ ایک صبر آزما اور دردناک طریقہ ہے۔ اینہیمہ برعزت پھیلنے والے اور نبات ذمہ (ذمہ شہر بیکھ = *L. vorax*) کے لئے، اور ندبات کے اندر مدفون گرھکوں کے علاج کے لئے، یہی ایک خفیب طریقہ علاج ہے۔ فرانس میں ذہنی بافت کو وقف کرنے کے لئے خط نافذوش (*sliforme douche*) استعمال کی جا رہی ہے اور اُس سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مختلف کایات مثلاً آرسنیس آئیڈ (*arsenious acid*)، پائروگالک آئیڈ (*pyrogallie acid*)، ٹرائی کلور آئیسیک آئیڈ (*trichloroacetic acid*)، پارے کے مائع ترششی نائٹریٹ (*liquid acid nitrate of mercury*) کا، اور سیلیسیلک آئیڈ (*salicylic acid*) اور کراسوٹ (*creasote*) کے ایک امتزاج کا جو لعتہ کی شکل میں ہوتا ہے، ذہنی بافت پر ایک انتخابی عمل ہوتا ہے، لیکن ان سے (بالخصوص آرسنیس آئیڈ سے) بہت درد پیدا ہو جاتا ہے۔ آئیڈ مسن (*Adamsen*) کا طریقہ، جس میں وہ پارے کا مائع ترششی نائٹریٹ (*liquid acid nitrate of mercury*) استعمال کرتا ہے، سادہ ہے اور اُس سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ وہ حسب طریقہ ذیل عمل میں لایا جاتا ہے۔ نرم روئی کے ایک ٹکڑے سے، جسے ایک بائیک ٹوک والے چمچے کے بند سروں پر لپیٹ کر اس مائع سے حرک لایا جاتا ہے، ذہنی گرھکوں کو ایک یا دو منٹ کے لئے آہستہ سے ملتے ہیں۔ اسکے بعد کسی کسوت کی ضرورت نہیں، اگرچہ شائد اس طرح عمل یافتہ سطح کو صاف نکال دیا جائے۔ ایک ٹکڑے سے ڈھانک کر رکھنا مناسب ہے۔ اس کے بعد نسبت الہتائی تعامل پیدا ہو جاتا ہے اور ایک کھربلہ بن جاتا ہے جو رفتہ رفتہ جدار کو دہل دیا کرتی ہے۔ اس کے بعد جو ندبہ پیدا ہو جاتا ہے وہ اس ندبہ سے بہتر ہوتا ہے کہ جو دوسرے کسی طریقہ سے پیدا ہوا تھا۔ شائد فنی روشنی کے یہ طریقہ کسی قدر دردناک ہے، لیکن کسی معدوم حس دوا کی عمر

ضرورت نہیں ہوتی۔ اس سے ایک نشست میں بہت سے رقبہ پر عمل کیا جاسکتا ہے اور ان اطلاعات کو کر رہتہ مال کر سکتے ہیں، معنی کہ تمام قاعلی ذہنی بافت تلف ہو جائے۔ اُن اصابتوں میں جن میں گرہیں بڑی بڑی اور گہری ہوں، انہیں پہلے عدم حیات کے تحت کسرج لینے کے بعد پھر آئیڈ ناٹریٹ آف مرکبٹری یا زرنک کلورائیڈ لگا سکتے ہیں۔

بروقی ذئب

(lapus verrucosus)

(نحشی بروقا = verruca necrogenica)

جلدی مدزن کی یہ قسم حسیت درنہ کی راست تعلیم سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ذاتی تعلیم کی وجہ سے مسلول اشخاص میں یا دوسرے مریضوں میں جو مدزن کشوف ("open" tuberculosis) میں مبتلا ہو پیدا ہو سکتی ہے۔ زیادہ عام طور پر برقراری میں رسول، یا اُن طالب علموں میں جو مدزن مریضوں کے تماس میں رہتے ہیں، ماہرین امراضیات بعد الموت امتحان پر موجود ہونے والے مدسکراروں (post-mortem attendants) بیلاری جزا، قصابوں، اور دوسروں میں پایا جاتا ہے جو درنہ سے مراد لہو انسانی یا حیوانی نعشوں کو ہاتھ لگاتے رہتے ہیں۔ ان اضرار میں کثیر التعداد درنی عقبات موجود ہوتے ہیں، جو عام ذئب کی نسبت کہیں زیادہ، لیکن درنی قروح سے نسبت کم ہوتے ہیں۔ یہ عموماً تھوں پر پائے جاتے ہیں، بالخصوص انگوٹھوں پر، لیکن کہنیوں، گھٹنوں، پاؤں، سرخیوں، گرد بھری خطہ، گردن، اور چہرے تک پر ہوتے ہیں۔ ابتدائی ترین ضرر ایک چھوٹی احماری گرہک ہوتی ہے جس کے بعد میں دہانے سے پیپ کا ایک دانہ نکل آتا ہے۔ یہ تدریج بڑھ کر ایک ٹولولی قشر (wart) (plaques) بنا دیتا ہے، جو احمار کے ایک نیگلوں ہارے گرا ہوا ہوتا ہے۔ ایک کامل نمو یافتہ چھتی میں تین مہلکے شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ محیط میں ایک احماری رقبہ ایک اندر نیگلوں نفشی رنگ کی متعدد مہلکی سطح نما گرہکیں جو چمکی ہوئی پٹریوں سے ڈھکی ہوئی ہیں۔ اور مرکز میں یا تو ایک گرہکے دارندہ یا محور سے رنگ کے ٹولولی

اُبھار ہوتے ہیں، بوشقوق کے ذریعہ ایک سرے سے جدا ہوتے ہیں۔ سطح سے پیپ کی تھوڑی مقدار خارج ہوتی ہے، جسمیں رنی عصیات مل سکتے ہیں، اور رقبہ کا قاعدہ متخلب ہوتا ہے۔ یعنی غدد جلد ہی سرایت زدہ ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اشاد بھی ناف ہو جائیں۔

علاج۔ خفط طریقہ علاج یہ ہے کہ جیسے ہی کہ تشخیص قائم ہو جائے جلد کے ناف رقبہ کا استیصال کر دیا جائے، یا عقیقی کی یا برقی حرارت رسانی کے ذریعہ ضرر کو بالکل تلف کر دیا جائے۔ سیکویرا (Sequeira) سفارش کرتا ہے کہ ٹولولی سطح کو پائیرگلیک آئیڈ (pyrogallie acid) یا سیلی بلک آئیڈ (salicylic acid) سے محالہ دینا چاہئے اور اُس کے بعد لاشعاعوں کا استعمال کرنا چاہئے۔

درنی ثوراناتا (درنیہ)

(tuberculides)

ملاحظہ میں ڈاریر (Darier) نے "درنی ثوراناتا (درنیہ) (tuberculides)" کی اصطلاح کو ثورانات کے اُس گروہ کے تسمیہ کے لئے رائج کیا جو ظاہر درنی سرایت رکھنے والے اشخاص میں واقع ہوتے ہیں، اور جو اگرچہ اپنے سریدی مناظر میں ایک سرے سے مختلف ہوتے ہیں، تاہم اکثر ایک ہی مریض میں ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں، اور اس طرح اپنا باہمی تعلق اور مشترک بعد اظہار کرتے ہیں۔

جماعت بندی۔ الف۔ جلدی درنیہ (cutaneous tuberculides) جنہیں اضرار آدمی بر آدمی ہوتے ہیں۔

(۱) حوزانہ آسا درنیہ (lichenoid tuberculide)۔ خنازیری حراز (lichen scrofulosorum)۔

(۲) ایکوزیا آسا درنیہ (eczematoid tuberculide)۔ خنازیری التهاب جلد (dermatitis scrofulosa)۔ و مندرجہ بالا کی ایک قسم ہوتی ہے۔

(۳) بشوری تغیری درنیہ (papulo-necrotic tuberculides)۔ جرابیہ (folliculitis)۔ تغیری التهاب (acnitis)۔

- (۴) تقطیرنا درانیہ (acneiform tuberculide) - ضمنی تقطیر (acne cachecticorum) جو بڑی تھری درانیہ کی ایک قسم ہے۔
- (۵) ذمید آسا درانیہ (lupoid tuberculide) - بوسیت (Boeck) کا بٹوری لحمیہ (papular sarcoid) یا منتشر دغنی ذمید آسا (disseminated miliary lupoid) جسکے ساتھ تقطیری التهاب موجود ہو سکتا ہے۔
- (۶) احمراری ذبولی درانیہ (erythematous tuberculides) - بعض اصابتوں میں احمراری ذمید (lupus erythematosus) -
- (۷) گلانی درانیہ (rosaceous tuberculide) -
- ب - تحت الجلد درانیہ -

تصلبی منازیری احمر (erythema induratum scrofula) -

(مرض بیزن = Bazin's disease) -

گرہ دار احمر (بعض اصابتوں میں) -

ڈاریر راوزی (Darier-Roussy) کا تحت الجلد لحمیہ (sarcoid) -

درانیوں کے اسباب - درانیہ، درنی عصیات کی سدا ریت سے پیدا ہوتے ہیں جو جلد یا تحت الجلدی بافت کی کسی عرق دمی میں اس وقت واقع ہوتی ہے جبکہ درنی عصیات کسی مقامی درنی ضرر سے جوئے خون میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ یہ ان اشخاص میں پیدا ہوتے ہیں جو، اگر ہمیشہ نہیں تو عموماً اوائل زندگی میں دغنی کی حساسیت حاصل کر چکے ہوتے ہیں، اور جنہیں اس سرایت کی مدافعت کی قوت عموماً اچھی ہوتی ہے۔ حقیقی اضرار وہ التهابی تعاملات ہیں جو شاس شدہ بافتوں میں کے ضد اجسام اور درنی عصیات کے باہمی عمل سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ تعامل آخر اندر کو تلف اور برباد کر دیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ اضرار تکون ندیہ کے ساتھ یا اس کے بغیر مندل ہو جاتے ہیں۔ ظاہر ہے کہ انکے وقوع کیلئے ضد اجسام کی موجودگی ناگزیر ہے، اور اسی سے غالباً اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ ایک درنی شخص میں کھسرا کے حملے کے بعد کیوں حقیقی ذمید کی خشر چکنتیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ کھسرا کی وجہ سے درنی ضد اجسام حارشی طور پر غائب ہو جاتے

ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ درنی عصیات زندہ رہتے ہیں اور تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ درنیوں کی پیدائش میں ایک اہم عامل دوران خون کا رکود ہے۔ بخوری تنخری قسم خنازیری اشخاص میں دیکھی جاتی ہے جو عصرتی دوران خون (chilblain circulation) رکھتے ہیں، جبکہ انتخابی مقامات وہ ہوتے ہیں جنہیں خون کا بساؤ نہایت رکودی ہوتا ہے، اور تصلبی احمرار تقریباً صرف اُن نوعمر عورتوں میں ہوتا ہے جنکی ٹانگیں ازرق اور اُذیمیائی نما ہوتی ہیں۔ جیسی کہ توقع کی جاسکتی ہے، عصیات سرسج آظاف کی وجہ سے، صرف شاذ ہی درختی اضرار میں موجود پائے جاتے ہیں لیکن وہ خنازیری حوازا اور تصلبی احمرار میں پائے گئے ہیں۔ اضرار میں کی بافت سے گینے پچوں کی قطع سے نسبت زیادہ اکثر مثبت نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ٹیوبریکولین (tuberculin) کے اثرات نہ صرف ماسکی جلدی تعاملات پیدا کر دیتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ درنی شخص میں ایسے درنیوں کا حلا واقع کر دیں جو پہلے موجود نہ تھے۔ مزید برآں اگر ٹیوبریکولین کی خفیف مقداریں مناسب وقفوں کے ساتھ دی جائیں تو وہ تصلبی احمرار اور بخوری تنخری درنیوں پر حیرتناک شفا بخش اثر رکھتی ہیں۔

870

درنیوں کا علاج۔ درنیوں کے مریضوں کا عام علاج وہی ہے جو عام ذئبہ کے لئے پہلے درج کیا گیا ہے (جو ملاحظہ ہو)۔ ڈائریکٹ درنیوں جلدی راہ سے ٹیوبریکولین کی خفیف مقداروں کے اثرات کی اور انکے ساتھ ہی نووآرسنوبیلان (novarsenobillon) کے دروں ویریدی اثرات کی زور کے ساتھ سفارش کی ہے۔ راقم الحروف کو جرابیہ اور تصلبی احمرار میں طوائی مرکبات کے اثرات سے، جیسے کہ احمراری ذئبہ میں استعمال کئے جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)، اور داخلی طور پر آیوڈین اور کارڈیورائل کے استعمال، اور ٹکی ماورائے بغشی ریختنی کے غسلوں سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ تصلبی احمرار میں، خاص کر اُن اصابتوں میں جنہیں تفرح موجود ہو، اضرار کے مندل ہونے تک بستر میں کامل آرام کی ہایت کرنی چاہئے۔

خنازیری حوازا (lichen scrofulosorum) ورینہ کی اس حوازا قسم کا مقابلہ حوازا آشعری فطری ثور (lichenoid trichophytide) کے ساتھ، اور اُس بخوری جرابی ثوران کے ساتھ کیا جاسکتا ہے جسے پہلے وحش فیلڈ

(Whitfield) نے شدید شبکی جسمی حصہ (streptococcal impetigo) کے ابتدائی میں بیان کیا (حارث آسانبتی جسمی ثوران = lichenoid streptococcide)۔
 یہ ثوران دو قسموں کے اضرار پر مشتمل ہوتا ہے۔ اے ستوی، شور جو سوزا زہ مسلخ (lichen planus) کے اضرار سے کیقدر مشابہ ہوتے ہیں اور جلی ثور (follicular papules) جو شکل میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ اول الذکر جوٹے، چھٹے، کثیر الانواع اور ندوی مائل یا سرخی مائل رنگ کے ہوتے ہیں۔ یہ پکٹے اور پکدار، یا ایک چھوٹے پھلکے سے ڈھکے ہوئے ہو سکتے ہیں۔ جرابی ثور تنہا موجود ہو سکتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر ستوی قسم کے ساتھ دیکھے جاتے ہیں۔ یہ شعری دہنی جراثیم کے گرد بنتے ہیں، شکل میں مخروطی یا کھیلے اور رنگ میں سرخی مائل ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی ان پر ایک قرنی شوکہ کی ٹوٹی پر مٹی ہوئی ہوتی ہے (حارثہ شوکی = lichen spinulosus کی ایک قسم، مقابلہ کرو حارثہ آسانبتی فطری ثوران: lichenoid trichophytide سے)۔
 بعض اوقات ایسی چوٹیوں پر آبلہ ناقائحات نجاتے ہیں (مقابلہ کرو آبلہ ناقائحاتی شعری فطری ثوران = vesiculo-pustular trichophytide کے ساتھ)۔

ضرر کے مختلف اقسام گول گروہوں، یا دائروں، یا دائروں کے خلیوں میں مرتب ہوتے ہیں۔ یہ بالخصوص دھڑیر، زیادہ تر پہلوؤں پر، شاذ صورتوں میں ابرخ پر، اور کبھی کبھی چہرے پر تو زینع یافتہ ہوتے ہیں۔ انیس کبھی خفیف سی ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی۔ وقتاً فوقتاً شور کے تازہ گروہ پیدا ہو کر یہ ثوران ترقی کرتا رہتا ہے اور اس طرح یہ ہمنوں جاسی رہتا ہے۔

مرضی کش۔ ریج۔ یہ اضرار مرحلہ آسانبتیوں اور عفرتی خلیوں کے ساتھ آدمہ کی درنہ آسان در ریش کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ جینی اختلاط کارحمان کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ یہ در ریش استخوان کردہ بشرہ کی قسم کے لحاظ سے یا تو عظیمی طبقہ میں واقع ہوتی ہے، یا ایک شعری دہنی جراب کے گرد۔

بحث اسباب۔ یہ ثوران، معہ ایک یا آسانبتی قسم کے در نیوں میں سب سے زیادہ سادہ اور سب سے زیادہ سطحی ہوتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ، اور اسکے ساتھ نفیعی یعنی اضرار (phlyctenular ophthalmic lesions)، اس

بال کے ٹوٹنے کے بعد جو لُغنی غد سے حاصل ہوتی ہے، درنی مصتیہ و مویتہ کو سب سے پہلا منظر ہیں۔ اسی واسطے اسکا حدوث زمانہ طفلی میں ہوتا ہے۔ بوئیٹ (Boeck) اور بروئس گارڈ (Bruusgaard) نے اس کے متعلق بیان کیا ہے کہ یہ ایک سولہ ماہ کے بچے میں انگلی کے درنی اکولہ (tuberculous chancre) کے اندمال کے چھ ہفتے بعد، اور نفیسی التهاب قزنبہ (phlyctenular keratitis) کے فوراً بعد واقع ہو گیا۔ ایک دوسری امابت میں، جو ایک یکسالہ لڑکی تھی، اور جس میں درنی اکولہ فرج (vulvar tuberculous chancre) اور اُربی غبہ دی التهاب (inguinal adenitis) موجود تھا، اکولہ کے اندمال سے پہلے التهاب قزنبہ پیدا ہو گیا، اور اسکے تین ماہ بعد خنازیری حواز۔

ان ثور کی خوردبینی تراشوں میں درنی مصتیات فی الحقیقت بتلا دے گئے ہیں اور گینی پگ میں مثبت تطبیحات حاصل ہوئی ہیں۔ ٹیوبرکیولین کے اثر اب سے مقامی ماسکی، اور عمومی تغذات پیدا ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ درنی اشخاص میں ایسے اثرات سے یہ ثوران برانگیختہ ہو جائے۔ آئڈرسن اور براک (Brocq) نے ٹیوبرکیولین کے دروں آدمی اثر اب کے مقام کے گرد جرابی ثور کی نمویابی مشاہدہ کی ایسی امابتیں مرقوم ہیں جن میں درنی غد کا جراحی عمل کے ذریعہ استیصال کر دینے کے بعد خنازیری حواز خود بخود صاف ہو گیا۔

ایکڑیا آسا درنیما (eczematoid tuberculide)۔ بہت سال

پہلے بوئیٹ (Boeck) نے خنازیری حواز کی مختلف شکلوں کے طور پر ایک "خستہ ثوری فلسفانی رزبہ" ("disseminated papulo-squamous tuberculide")

اور ایک "خنازیری ایکڑیا" ("eczema scrofulosorum") بیان کیا۔ جڈاسون

(Jadassohn) نے بھی ایک چھپکے دار قسم کا ثوران بتلایا ہے، جس میں کسی قدر درنیستہ چکیتیاں دیکھی جاتی ہیں جو رنگ میں سرخی مائل بھوری، اور مد فیہ (psoriasis)

یا سیلان الدہنی التهاب الجلد کی چکیتوں سے مشابہ ہوتی ہیں۔ شوٹمان (Schaumann)

اور دروں نے ایسی چکیتوں کو مثلی خنازیری حواز کے ساتھ دیکھا ہے، اور تراش لینے پر اول الذکر نے ایک مدہ آسا ساخت اور اُس کے ساتھ عفرتی خلیاتے پائے، لیکن

تغیر کے بغیر۔

ایگز یا آسا التهاب جلد کی اصابتوں کا ایک سلسلہ بیان کیا گیا ہے (21) جو تقریباً صرف بچوں اور کنبائیوں میں ایک میٹرنگ کے با دمی یا شاہج بھوے رنگ کی چھلکے دار چکیتوں کی صورت میں ہوتی ہیں۔ یہ عموماً خشک مگر بعض اوقات (غالباً کمر بچے سے یاٹنے کی وجہ سے) رستی ہوتی اور بالخصوص جواج کی باسط سطوں دھڑ اور چہرہ، خاص کر کنبلیوں اور پیشانی پر بالوں کے حاشیہ سے نیچے واقع ہوتی ہیں ان اصابتوں کی تقریباً ۱۰ فیصدی میں فاعلی تدرن کے واضح آمارت موجود پائے گئے راقم الحروف نے اس توران کو خنازیری التهاب جلد (dermatitis scrofulosa) کے نام سے موسوم کیا۔ کچھ عرصہ بعد ان اصابتوں کا ایک مزید سلسلہ بیان کیا گیا (22) اور یہ بتلایا گیا کہ (۱) درنی بچوں میں اس جگہ جہاں ٹیوبرکیولین کے ذریعہ ترک کی کا آدمی کا شغ (Pirquet's cuti-test) عمل میں لایا گیا ہو، ایسی ہی چکیتیاں تانہ پیدا ہو سکتی اور کچھ عرصہ تک قائم رہ سکتی ہیں، اور یہ کہ (۲) ان بچوں میں خنازیری التهاب جلد موجود ہو، جلد پر ٹیوبرکیولین لگانے سے ایسی چکیتیاں پیدا کی جا سکتی ہیں جن سے اور سیبائی ساخت میں ان چکیتوں سے مشابہ ہوتی ہیں جو پچھلے سے موجود ہیں۔ غیر ملوک خنازیری خزانہ کی ایسی اصابتیں بھی دیکھی گئی ہیں، جنہیں خنازیری التهاب جلد کی چکیتیاں بھی ساتھ ساتھ موجود تھیں، اور ان کے متعلق یہ رائے ظاہر کی گئی کہ ان کے اول الذکر کی ایک ایگز یا آسا قسم ہے۔

درنیہ کی اس ایگز یا آسا شکل کی اغلب توجیہ یہ ہے کہ یہ ٹیوبرکیولین کے لئے ترواد مہ کی حساس کردگی سے پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ ہر ایگز یا آسا تعامل کا انحصار شگہ، مالفیجیہ کے خلیوں کی حساس کردگی پر ہوتا ہے۔ جلد پر ٹیوبرکیولین لگا کر خنازیری التهاب جلد کی چکیتوں کی تجربی پیدائش سے، جس کا اوپر ذکر کیا گیا ہے، اس رائے کی تائید ہوتی ہے۔

تشخیص - خنازیری التهاب جلد جن تورانات کے ساتھ خلط ملط کر دے جانے کا سب سے زیادہ امکان رکھتا ہے، وہ حسب ذیل ہیں: انتہائی جسمی جھٹکا خشک چھلکے دار شکل، وہ چھلکے دار چکیتیاں جو قوی قوی صابنوں کے استعمال سے

پیدا ہو جاتی ہیں، اور وہ جو تغزلی بندریہ (pityrosporon) کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ انہیں سے کسی ایک کا رنگ دیا ہلکا بادامی یا سرخی مائل بھورا نہیں ہوتا، اور نہ انہیں اس درجہ کی درریش ہوتی ہے جو خائری الہتھاپ جلد کا میٹر خاصہ ہوتی ہے۔

بثورہای تغزری (نفیما) (papulo-necrotic tuberculide)۔
درنہ کی یہ قسم غیر عام نہیں ہے، اور یہ بالخصوص ریعانیوں اور ان نوعمر بالغوں میں دیکھی جاتی ہے۔ جھکا محیطی دوران خون ضعیف ہو اور مچھیں غدود، ہڈیوں، مفاصل، یا باریٹون کا تکثر ہو۔ ابتدائی طور پر ایک چھوٹا مساحت برتتا ہوتا ہے، جو ایک سرخی مائل کنارے سے محصور، اور آدمہ کے اندر مدفون ہوتا ہے۔ اس کا مرکزی حصہ نیلگوں رنگ کا ہو کر اس کے برآمدہ کے نیچے ایک آبد نما قاعہ بن جاتا ہے جسے کھول دینے سے ایک مائل ریسی سیال کا ارتشاح ہو کر ایک چھوٹا تغزری کہفہ منکشف ہو جاتا ہے۔ جب اسے چھوٹا نہ جائے تو یہ قاعہ خشک ہو کر ایک پیڑی بنا دیتا ہے، جو مرکزی تغزری رقبہ کو ڈھانک دیتی ہے۔ جب یہ پیڑی نکل جاتی ہے تو ایک گڑھے دار ندبہ باقی رہ جاتا ہے، جو لونیت کے ایک تنگ منبٹہ سے محصور ہوتا ہے۔

اضرار کی توزیع بڑی حد تک اعظم عودتی رکود کے ساتھ متاثر ہوتی ہے، اور یہ اضرار زیادہ تر ہاتھوں اور پاؤں، کہنیوں اور گھٹنوں، پیش بازوؤں کی واسطہ سطحات، کانوں، اور چہرہ کے گلابیہ دار رقبہ پر پائے جاتے ہیں۔ فیصلوں (erops) کی صورت میں نمودار ہوتے ہیں، بالخصوص سر میں، جبکہ محیطی دوران خون نہایت سست ہوتا ہے، اور جہینوں یا برسوں تک اس طرح پیدا ہونا جاری رکھ سکتے ہیں۔ لیکن جیسا کہ تعلبی احرار میں ہوتا ہے، جیسے جیسے مریض ادھیڑ عمر کے قریب پہنچتا ہے، یہ دوران خود بخود علاج کے بغیر بھی غائب ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

مرضی تشسرح۔ قیاس ہے کہ یہ اضرار ایک چھوٹی آدمی عرق میں رنی حسیات کی سدا دیت سے پیدا ہو جاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اتصالی بافت

میں تخیر کا ایک رقبہ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ التهاب کے ایک منطوقہ سے معصور ہو جاتا ہے جسکی ساخت ممکن ہے کہ معتین طور پر درنی ہو اور میں سرطانی مائلیت اور خفرتی غلیظہ بنیقادہ گردوں میں پائے جاتے ہیں۔ نام نہاد تنظیر (acne encheetia) میں تخیر کا مٹی و قمع نہایت اوپری ہوتا ہے۔

بحث اسباب - خناری کی طرز، بخوری تخیری درنیہ بھی عصیہ دمویت کا سب سے پہلا منظر ہو سکتے ہیں۔ بروس کا روٹنے ایک سترہ سال کی عمر والے لڑکے کی حالت کا مشاہدہ کیا، جس میں درنیہ ٹھنڈی کے ایک درنی آکولہ (tuberculous chancre) کے اندام کے ٹھوٹے ہی عرصہ کے بعد نمودار ہو گئے۔ درنیوں سے ایک گینٹی پگ کی کامیاب تطعیم کی گئی، اور ایک انسانی قسم کا عصیہ بندیدہ کاشت آگایا گیا۔

دخنی و جھمی ذئب (tuberculous dermatoses) کا بثور (papular sarcoid of Boeck) اس ثوران کو شادان صبح طور پر ان حقیقی لمبیات سے میز کرتا ہے جو اسکے سلیم زراتی سلعہ (benign granuloma) کا بثور ہوتے ہیں، اور اسکی بہترین جماعت بندی درنیوں کے زمرہ میں کی جاسکتی ہے بعض امور کے لحاظ سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ ان حقیقی لمبیات اور فاعلی درنی اولو الجلد (tuberculous dermatoses) (مثلاً حام ذئب) کے درمیان ایک برزخی صورت پیش کرتا ہے۔ شادان کا خیال ہے کہ اس میں بظری فاکس کے جراثیمی خستہ ذئب، گردہ کی سر بردار تنظیر (acne agminata) اور بار تنظیلی کے تنظیری التهاب (acneitis) کو شامل کرنا چاہئے۔

یہ باجرہ کے دانے سے لیکر مٹر کے برابر جماعت کے نیم کردی بخور ہوتے ہیں، جکارنگ سرخی مائل نیلا یا سبز ہوتا ہے، اور جو چھونے سے معتدل طور پر سخت معلوم ہوتے ہیں۔ یہ تحاکل لحد پر چہرہ پر مرتب ہوتے ہیں، بالخصوص گلابیہ کے رقبہ پر گردن پر، اور نسبت کم عام طور پر گلابیوں، بالائی جوارح کی باسط سطحات، شانوں اور پشت، جلد الاس اور زین جوارح پر۔ ممکن ہے کہ بالکل ناگہانی طور پر نمودار ہو کر عرصہ دراز تک فصول کا پیدا کرنا چاسی رکھیں۔ ممکن ہے کہ یہ جذب ہو جائیں اور

ایسے ندبات باقی رہ جائیں جو پیشکل محسوس ہو سکیں۔ یا انہیں مرنی تنخر واقع ہو کر ادھری تفتیح، اور انزل بعد گڑھے دار انداب (تفطیری التهاب = acenitis) واقع ہو جائے۔ بعض اصحاب آغاز الذکر شکل کو توران کی غیر متوجہ قسم سے غلطہ سمجھتے ہیں، لیکن یہ دونوں جیسا کہ شائد قارئین اشارہ کرتا ہے، ایک ساتھ موجود ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نسبی حیاتی لحاظ سے ذنبہ آسا بشور اور تفتیح بشور دونوں میں تنخر کی شہادت پائی جائے۔

مرضی تشریح - نسبی حیاتی لحاظ سے یہ بشور سرمد آسا علیتوں کے تودوں پر پھیل پائے جاتے ہیں، جنکے ساتھ عفرتی غلیظے ہوں یا نہوں، اور کثیر التعداد لمفی غلیظے ملے جاتے ہوتے ہیں۔ مرکزی خیمین اکثر دیکھا جاتا ہے۔

بحث اسباب - یہ توران سل ریوی کی ترقی یافتہ اصابتوں میں پیدا ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ اکثر ماؤف اصابتوں میں تدریج کی سرمدی شہادت نمایاں نہیں ہوتی، بالخصوص خاص ذنبہ آسا قسم میں جو بالخصوص ادھیڑ عمر کی عمرتوں میں دیکھی جاتی ہے۔ سینہ کے لاشعاعی استخوان سے اکثر پرانی ناپھی سل ریوی (hilus phthisis) کی اور ساتھ ہی شیمی غدود کی تکلیس اور بعض اوقات ایک سابقہ لاشعاعی ضرر کی شہادت ظاہر ہوتی ہے، لیکن شائد قارئین کا خیال ہے کہ یہ سبب کبھی نہیں ظاہر کرتے جو کہ سلیم لمفی ذراتی سلحہ میں دیکھے جاتے ہیں۔ کئی مشاہدین کو ان اضرار میں درنی مصیبت موجود لگتے ہیں، اور دوسروں کو مثبت حیوانی لطیبات حاصل ہوتی ہیں۔ شائد قارئین کا بیان ہے کہ دروں آدمی ٹیوبرکیولینی کا شغہ ہمیشہ مثبت ہوتا ہے۔

گلابی درنہ (rosaceous tuberculide) - درنہ کی قسم متذکرہ سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ گلابی درنہ زنتھارٹ، صغیر حوقی اتساع، اور چٹکوں کی موجودگی زیادہ واضح ہوتا ہے، اضرار زیادہ چھوٹے اور زیادہ ادھری ہوتے ہیں، اور انداب کا رجحان کم ہوتا ہے۔ نسبی حیاتی طور پر، اگرچہ انکی ساخت درنہ آسا ہوتی ہے، تاہم مرکزی خیمین کے ساتھ معروف درنہ نہیں پایا جاتا۔

اس حالت کو پہلے پہل لیوڈوسکی (Lewandowsky) نے بیان کیا تھا اور اس وقت سے لیکر کئی اصابتوں کی اطلاع دی گئی ہے (23) - اضرار دقیق بشور پیشکل ہوتے ہیں، جو اگرچہ ہمیشہ نہیں، تاہم بعض اوقات جرابی ہوتے ہیں، اور بے قاعدہ طور

توزیع یافتہ ہوتے ہیں۔ اگرچہ بالعموم وہ غیر متغی ہوتے ہیں، تاہم ممکن ہے کہ وہ چھوٹی چھوٹی چمکتیوں کی صورت میں گرد و بند ہوں۔ انکی رنگت شوخ شوخ سے لیکر جھری کی زرد تک مختلف ہوتی ہے۔ زجاجی دباؤ پر وہ ذنبہ نما گرہوں سے مشابہت رکھتے ہیں، جو کہ حقیقی گلابیہ کے بخور کے برعکس ہے۔ انیں بعض قاکھی ہو جاتے ہیں، لیکن قاکحات چھوٹے اور اوپری ہوتے ہیں گلابی نمناہٹ اور صغیر عروقی اتساع کا درجہ اضافہ پذیر ہوتا ہے۔

یہ اضرار معتد بہ مدت تک قائم رہتے ہیں، اور اسکے بعد انیں مکش واقع ہوتا ہے، جسکے بعد انکے کوئی آثار باقی نہیں رہتے یا ایک چھوٹا سا گرہ سے دار ندبہ باقی رہتا ہے۔ بخری قاکھی گلابیہ سے شخصیں بعض اوقات مشعل ہوتی ہے، اور خاص نکات یہ ہیں۔ ۱۔ زجاجی دباؤ کے ساتھ یا اسکے بغیر بخور کا ذنبہ نما منظر۔ پیشانی کے جانبی مصلوں، اور گالوں اور گردن کا ساثر ہونا۔ روغنی سیلان الدہن، جو گلابیہ میں بالعموم موجود ہوتا ہے، اس میں عام طور پر مفقود یا غنیف ہوتا ہے، اور قاکحیت کا رجحان بہت کم ہوتا ہے، اور قاکحات جب موجود ہوتے ہیں تو چھوٹے اور اوپری ہوتے ہیں۔ اضرار کی تسبیحاتی ساخت۔ ٹیوبرکلیں کے لئے جلد کی ماسیت (دروں جلدی اور مارو کے کاشفات)، لیکن بعض اصابتوں میں یہ غنیف ہوتی ہے۔

879

مرضی تشریح۔ معمولی گلابیہ کے مزین متغلب بخور میں ایک مدہ نما ساخت، جس میں گاہ گاہ غفریتی غلیات ہوں، بعض اوقات ٹوٹی چھوٹی جرابوں اور دہنی خد کے رد عمل کے طور پر پائی جاتی ہے۔ گلابی درنیہ میں، دقیق اور حالیہ بخور میں بھی واضح الحدود درند آسا در ریزشیں پائی جاتی ہیں، جو براہ درہ کے عین نیچے واقع ہوتی ہیں، اور جنیں کہیں کہیں غفریتی غلیات ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ گرد جرابی ہوں یا کسی عروقی قنات کے گرد ہوں، لیکن اکثر وہ خدی زائندوں سے بے تعلق ہوتی ہیں، جو کہ گلابیہ کے برعکس ہے۔

طلاج۔ جلد کی درنی حالتوں کے لئے جو عام علاج پیش کرنا یا جانچنا ہے، اسکے علاوہ راقم الحروف اور دوسروں نے طلائی مرکبات (gold compounds) کے اثرات نہایت مفید پائے ہیں۔

تصلبی احمرار (erythema induratum) (مرض بکینن - Barin's disease) - تصلبی احمرار کی اصطلاح کے تحت غیر الاندال تحت التبادلی گرگوں کی دو قسمیں شامل ہیں، ایک درنی اور دوسری بیرونی۔ اول الذکر کو اس ملک میں عام طور پر مرض بکینن کے نام سے یاد کرتے ہیں، اور یہ تقریباً استثنائی طور پر اُن نوعِ انگریزوں میں دیکھی جاتی ہے، جنکی نا انگلیں خمی، اندرق اور اذنیائی ہوتی ہیں، جنہیں عروقی رکود موجود ہوتا ہے، جو زیرین ترین ایک شلٹ حصہ کی عقبی بیرونی سطح پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے (ساقی دو کشیزہ کا احمراری زراق "erythrocyanosis crurum puellaris") - چونکہ یہ گرگوں سدا دی مبداء کی ہوتی ہیں، یہ نہایت عام طور پر اسی رقبہ پر واقع ہوتی ہیں۔ یہ مختلف جہامت کے گہرے تصلبی، سرخی، مائل یا بنفشی رقاق کے طور پر نمودار ہوتی ہیں، جو ممکن ہے کہ بتدریج حل ہو جائیں، یا چوٹ کر ایک ردغنی سستال کا رشہ خارج کریں، جو ضمیمہ تنخر کا حامل ہوتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں غیر الاندال قروح پیدا ہو جاتے ہیں، جنہیں ریم ز اعضوں کی ثانوی سرایت واقع ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ توقع کی جاسکتی ہے، طویل عرصوں تک کھڑے رہنے سے تازہ گرگوں کے وقوع کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ زیادہ عرصہ تک کھڑے رہنے سے عروقی رکود بڑھ جاتا ہے، اور بہتر میں آرام کرنے سے ان گرگوں کے انزال میں سرعت پیدا ہو جاتی ہے۔

حرفی ششریج - جیسا کہ شاذمان لے ظاہر کرتا ہے، اغلب ہے کہ تصلبی احمرار اور لمحیہ کی تحت الجلد قسم میں دلی عصبیات کسی تحت الجلد ورید کے عروق العروق میں سے ایک عرق کے اندر ٹھہراتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک حقیقی التهاب ورید واقع ہو جاتا ہے۔ اس حقیقت یافتہ عرق کے گرد ورید کی دیوار میں درد آسا درریش ہو سکتی ہے۔ جیسا کہ گردہ دار احمرار (erythema nodosum) میں ہوتا ہے، تحت الجلد جہنی کا وسیع تنخر ہوتا ہے، جسکے ماحولات کو فیجی خلیے اور عروقی خلیے جذب کر لیتے ہیں۔

بحث اسباب - تصلبی احمرار کی یہ قسم غالباً ہمیشہ درنی مبداء کی ہوتی ہے۔ گرگوں سے نکلے ہوئے مواد سے استعداد کا مایاب حیوانی تلحیمات محل میں

لائی گئی ہیں۔ اسکے مریضوں میں ٹیوبرکولین سے قوی مثبت جہلدی اور دروں آدمی کا شفا حاصل ہوتے ہیں، اور اگر اسکا اثراب کر دیا جائے تو نمایاں ماسکی تعاملات پائے جاتے ہیں۔ خنازیری حزار کی طرح، یہ ثوران ایک دینی شخص میں ٹیوبرکولین کے علاجی اثراب کے بعد پہلی بار پیدا ہو سکتا ہے۔ عموماً اُسی مریض میں شوئی تغزری درنیہ اور تصلبی احمرار دونوں ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں۔

داریش راؤسی کا تحت الجلدی لحمیہ (subcutaneous)

(sarcoid of Darier-Roussy) درنیہ کی یہ قسم نہایت قریبی طور پر تصلبی احمرار کی درنی قسم سے ملال ہوتی ہے۔ اسکے احمرار عیرالامہ مال تحت الادومہ گرہوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جنکی جاست ایک مڑکے دانہ سے لیکر اخروٹ کے برابر مختلف ہوتی ہے، یا نسبتہ اور بھی بڑی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ کم و بیش انتقائی ہو کر گرہ کی رقلع بنادیں۔ اسکے اوپر کی جلد طبعی رنگ کی یا نیلیوں اور گہیں گہیں چمکی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ دونوں صنفوں کے بالغوں میں ہوتے ہیں، اور بچوں میں شاذ ہی ہوتے ہیں۔ اسکے انتخابی مقامات کتنی خلک، سینہ کے اطراف، پہلو یا کمر، اور مائیں ہیں۔ لیکن یہ بازوؤں اور ٹانگوں پر، بلکہ جلد لاس پر بھی پائے جاسکتے ہیں۔ تصلبی احمرار اور درنی صنفیوں کے برعکس، انہیں تغز اور اسکے ساتھ تقریر کبھی نہیں واقع ہوتا۔ مرضی تشریح کیسیجاتی مناظر تصلبی احمرار کے مناظر سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن درنی ساخت زیادہ واضح ہوتی ہے۔ جمعی تغز کے ساتھ حفرتی غلیتوں کے تشکیلی نظامات پائے جاتے ہیں۔

بحوث اسباب۔ گرہوں سے نکلی ہوئی بافت کے ذریعہ کامیاب جوانی تعلیمات کی گئی ہیں، اور ٹیوبرکولین سے مثبت مقامی اور ماسکی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔

لحمیات

(sarcoids)

ثورانات کے ایک نہایت اہم کردہ کی جماعت بندی لحمیات (sarcoids)

کی اصطلاح کے تحت بہ سہولت کی جاسکتی ہے، لیکن ان کے متعلق اب بھی بہت غلط فہم موجود ہے۔ مندرجہ ذیل بیان میں بڑی حد تک شاؤآن کے خیالات کا اتنا ہی کیا جائیگا (24) جسکے ہم سلیم لمفی ذراتی ملعہ (benign lymphogranuloma) کے تصور کے لئے ممنون احسان ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ مزید تحقیقات ان خیالات میں ترمیم کی مقتضی ہو۔

ثوابات کی جن اقسام پر لکھیات کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے، وہ حسب ذیل ہیں:

(۱) لیوٹیک کا متعدد سلیم پشوری لحمیہ (multiple benign papular sarcoid of Boeck) جسے آپ بہت سے اصحاب نشر دخی ذئب آسا (disseminated miliary lupoid) کہتے ہیں۔

(۲) لیوٹیک کا بڑا گرہکی سلیم لحمیہ (large nodular benign sarcoid)

(۳) ذائیراؤسی کا تحت الأورہ لحمیہ (hypodermic sarcoid)

(۴) ذئب خصرتی (lupus pernio)

شاؤآن کی رائے ہے کہ چھوٹے پشوری اور تحت الأورہ اقسام کو درزیوں کے لمرہ میں شمار کرنا چاہئے (جو غلط ہیں) اور بڑے گرہکی لحمیہ اور ذئب خصرتی کو ان کے سلیم لمفی ذراتی ملعہ کا بڑا سمجھ کر اجزائی ذئب کی درنی قسم اور اسٹرن برگ (Sternberg) کے خبیث لمفی ذراتی ملعہ (مرض ابکتن Hodgkin's disease) کے ہمراہ تدرن نما (paratuberculosis) کے لحاظ پر جامعیت بند کر دینا چاہئے۔

ذئب خصرتی اور گرہکی سلیم لحمیہ (lupus pernio & nodular benign sarcoid)

(benign lymphogranuloma) = شاؤآن کی تحقیقات مستحق فکر یہ ہے کہ اب اسی کے بدولت سلیم کر لیا گیا ہے کہ یہ ذراتی ملعہ کی ایک وسیع پھیلی ہوئی اور مزمن قسم کے جلدی اضرار ہیں، جو جلد اور تحت الجلدی بافت کے علاوہ لمفی غدود، نوزدین، جوارج کی ہڈیوں، پھیپھڑوں، طحال اور جگر کو مآذخ کر دیتے ہیں۔ اس مرض کی شدید

اصابتیں شاذ ہیں۔ انہیں چہرہ، کانوں، اور اطراف کے ذنبہ خصرتی کے ساتھ متعدد لمبیتی اضرار دیکھے جاسکتے ہیں، جو اوپری ذنبہ آساگر کوں سے لیکر بڑے تحت الجلد سلعات تک مختلف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ہاتھ پاؤں کی ہڈیوں اور پھیپھڑوں کی شعاعی ترسیلات سے وسیع ماؤفیت ظاہر ہو۔ اسکے برعکس نسبتہ غفیضہ صابتیں غیر عام نہیں، جنہیں صرف معتدل جسامت کی چند خشر لمبیتی (sarcoid) گرگیں موجود ہوتی ہیں، اور ذنبہ خصرتی یا ہڈیوں اور پھیپھڑوں کی ماؤفیت کے ظواہر نہیں پائے جاتے۔

ذنبہ خصرتی۔ یہ اصطلاح اس خشر قشاکل درریش کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو ناک، و بینی خفوں، صیوانات الاذن، ہاتھوں کی پشت، ہاتھ کی انگلیوں، اور زیادہ شاذ حالتوں میں پاؤں کی انگلیوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ ان اور ام کا قوام گندے ہوئے آٹے کی طرح اور رنگ نیلگوں رمادی، بعض اوقات ایک سرخی مائل جھلک کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہاتھوں کی انگلیاں دوک نما شکل کی ہو جاتی ہیں، اور ممکن ہے کہ زیر افادہ ہڈیوں کے اطراف سے تشوہ (شو کہ مختلف) پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات تقریح اور اس کے ساتھ انداب موجود ہوتا ہے۔

گرہلی لحمیہ (nodular sarcoid)۔ سب سے اوپری گرگیں رنگ میں تبدیلی مائل سرخ، گروہوں میں مجتمع، اور عام ذنبہ کی گرگوں سے قریبی طور پر مشابہ، لیکن نسبتہ زیادہ سخت ہوتی ہیں۔ دوسری مٹر کے دانے سے لیکر آخروٹ کے برابر مختلف جسامت کی ہوتی ہیں، اُٹھارنگ، گلابی یا خاکستری ہوتا ہے، اور وہ عتیز طور پر نیم شفاف نظر آتی ہیں۔ سب سے بڑے اضرار آدمی یا تحت الادمی اور ام بنا دیتے ہیں، جو بعض اوقات بیضہ مرخ کے برابر بڑے ہوتے ہیں، اُٹھارنگ ذنبہ خصرتی کی طرح نیلگوں رمادی ہوتا ہے، اور وہ بالخصوص بازوؤں، لٹاگوں، دھڑ، اور چہرے کے وجہی خفے میں واقع ہوتے ہیں۔ انحلال واقع ہو سکتا ہے جس کے بعد برا فادہ جلد بھلجی رہ جاتی ہے، یا ممکن ہے سطح میں تقریح ہو کر پٹریاں بن جائیں۔

لحمی کی ایک نیا قسم اور ہے جو علحدہ بیان کی مستحق ہے۔ یہ نہایت عام طور پر عورتوں میں دیکھی جاتی ہے، اور اس کے اضرار زیادہ تر جلد الراس، پیشانی، کنپٹیوں، کانوں اور گردن میں پائے جاتے ہیں۔ ابتدائی ضرر ایک آبھری ہوئی گرکب ہوتا ہے، جو رنگ اور منظر میں ظم و زک کے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ یہ گرکبیں گروہوں کی شکل میں پیدا ہونے کا رجحان رکھتی ہیں، اور محیط پھیلنے کا رجحان رکھتی ہیں، جبکہ ان کے مرکز میں انحلال اور اس کے ساتھ انداب واقع ہوتا رہتا ہے۔ اس طریقہ سے مکمل یا ناقص ملتے جھاتے ہیں جو نشیب دار ندبی مرکز کو گھیر لیتے ہیں۔ ان کے کنارے سرخی مائل نرموحمیتی درریش سے بنتے ہیں۔ یہ حالت غلطی سے قاعدی غلیات و ملے برطانی سلمہ کی مدید اوپری قسم سمجھی جاسکتی ہے، لیکن اسکی کوروں کے "سیب کی جیسی جیسے" رنگ کی وجہ سے ایسے غلط کا سد باب ہونا چاہئے۔ متذکرہ بالامقامات میں ایسے کثیر التعداد اضرار مل سکتے ہیں، جو اپنے ارتقائی درجہ میں منفرد دائری یا بیضوی گرکبوں سے لیکر جداگاندہ یا کسب الحدود التقائی معلقوں تک مختلف ہوتے ہیں۔ ان کے مستقل ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جو بلاشبہ جلد الراس پر صلعہ (alopecia) کے ندبی رقبے پیدا کر دیتے ہیں۔

مرضی انشریج - ذہنی غمی اور لحمیتی گرکبیں سرحد آسامیوں، لمفی غلیتوں، او کہیں کہیں عفرتی غلیتوں کے لمفی تودوں پر مشتمل ہوتی ہیں، جو اتصالی بافت کے ڈوروں سے جدا ہوتے ہیں۔ جیسا کہ تذکرہ کیا گیا ہے، ایسی ہی سیجیاتی ساخت رکھنے والی گرکبیں لمفی خدد، لوزتین، جوارح کی ہڈیوں کے لب، اور پھیپھڑوں میں واقع ہوتی ہیں۔ ہڈیوں کے اندر یہ غلطی بافت کو تلفہ کر کے انجذاب کے تمیز رقبے پیدا کر دیتی ہیں، جو شعاعی ترسیمات کے صفحات میں سیاہ نظر آتے ہیں۔ یہ رقبے زیادہ تر مدور اور واضح الحدود ہوتے ہیں، لیکن اگر متلف عمل وسیع ہو تو یہ بقاعدہ ہو سکتے ہیں۔ یہ خاص طور پر شلایات میں، اور بعد رسنی اور بعد حمارتی ہڈیوں میں اٹکی اتہاؤں کے قریب دیکھے جاتے ہیں، لیکن رسفہ اور حمار کو ہڈیوں، بلکہ لمبی ہڈیوں کے سروں پر بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ چونکہ یہ مطروحات اتولی طور پر مغز، استخوان میں واقع ہوتے ہیں، لہذا ممکن ہے کہ غلطی بافت میں لازماً کوئی تغیر ہوئے بغیر بھی

مفر استخوان وسیع طور پر ماؤف ہو جائے۔

بکثرت اسباب - شائمان کی رائے میں اس کے سلیم لمفی ذراتی سلمہ (جیکے خصرقی ذئب اور لحمیہ جلدی مظاہر ہیں) کا مبداء (غالبا بقری قسم کے) عصیتہ درنیہ کی نقطہ پڈیو قسم کی سرایت ہے۔ اس نے گہنی بچوں کے اندر میں مریضوں کے بسا قات کی تلجیم کی اور جب تک کہ وہ انھیں کئی ماںوروں سے گذار نہ چکا وہ خجری تدرن کی مستند شکل پیدا کرنے میں اور عصیتہ کی کاشت کرنے میں کامیاب نہ ہوا، جو کہ دو مریضوں کی عودت میں بقری قسم کا اور تیسرے میں غیر تشیلی قسم کا تھا۔ درنی تبیب کی تائید میں وہ اس حقیقت کو بھی پیش کرتا ہے کہ حقیقی سلیم لمفی ذراتی سلمہ میں تعالی وان پرکی (Von Pirquet) ہمیشہ منفی ہوتا ہے، یعنی مریض فی الحقیقت معمولی اشخاص کی نسبت ٹیوبرکیولین کے لئے کم حساس ہوتا ہے اور وہ اس امر کو ناگہن سمجھتا ہے کہ درنیہ جو بلند صبح کی جلدی مساسیت اور قوی مثبت ٹیوبرکیولینی تعاملات کے ساتھ وابستہ ہیں، سلیم لمفی ذراتی سلمہ کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتے ہیں۔

شائمان کی اصابتوں میں سے بعض میں ربوی تدرن پیدا ہو گیا، اور پچھلے سال کی اس ماؤفیت سے جلدی لحمیہ کے اضرار غائب ہو گئے اور وان پرکی تعامل مثبت ہو گیا۔ لیکن اس امر کو ملحوظ خاطر رکھنا چاہئے کہ جب غاطلی طور پر ترقی پذیر ریل ربوی پیدا ہو جاتا ہے، تو درنیہ بلکہ عام ذئب بھی عموما غائب ہو جاتے ہیں، اور پچھلے سال کے مرض کی توسیع کے ساتھ وان پرکی تعامل کم ہو کر بالآخر منفی ہو جاتا ہے۔

علاج - بعض اصابتوں میں راقم الحروف کو مرکبات (gold compounds)

کے اثرات سے (جیسے کہ احمراری ذئب کے علاج کے لئے دیے جاتے ہیں) تشنی بخش نتائج حاصل ہوئے۔ گرتے (Gray) نے سوڈیم موریو (sodium morrhuate)

کے دروں عضلی اثرات کو بہت مفید پایا، اور ایک اصابت میں جو راقم الحروف کی زیر نگرانی تھی (اور جو اسکی مشاہدہ کردہ اصابتوں میں سلیم ذراتی سلمہ کی سب سے زیادہ وسیع اور غیر مثال تھی) یہ اثرات آیوڈین اور کاڈلیورائل کے داخلی استعمال اور مصنوعی دھوپ کے غسلوں کے ساتھ ساتھ دیے گئے اور آخری نتیجہ نہایت خیر شک پایا گیا۔

ڈائریٹر ٹیوبرگولین کے درون آمدی اثرا بات کے ساتھ نووارسینو بلان (novarsenobillon) دروں ویدی راہ سے دینے کا مشورہ دیتا ہے۔ آخر الذکر سے یا سنکسیا براو دہن دینے سے شاذمان مفید نتائج حاصل کرنے میں ناکام رہا۔ جو ڈیلو (Hudelo)، مانتھ فائر (Montfaur) اور ٹی فاریسٹیر (Leforestier) نے خصری ڈیٹ کی ایک اصابت میں کاکوڈیلیٹ آف سڈا (cacodylate of soda) کی بڑی مقداروں کے اثرا بات سے کامیابی حاصل ہونے کا تذکرہ درج کیا ہے۔ حال ہی میں لوم ہولٹ (Lombolt) نے لٹنی لیرال (antileprol) کے اثرا بات سے اضرار کے دور ہو جانے یا ان میں اصلاح ہو جانے کی اطلاع دی ہے۔

قرحہ رخوہ

(SOFT SORE)

{ (نرم آکولہ = soft chancre)
{ (آکولہ مانغا = chaneroid)

قرحہ رخوہ یا نرم آکولہ ایک گول یا بیضوی قرحہ ہے، جو ایک مختصر زمانہ صفات کے بعد نہایت سرعت کے ساتھ نمایاں ہو جاتا ہے، اور ذاتی طور پر تعلیم پذیر ہوتا ہے۔ نوعی مزاحمت رمان عضویہ (معتدہ ڈکری و آتھا = Bacillus of Ducrey-Unna) کے حملہ کے مقام پر بارہ سے لیکر چوبیس گھنٹوں کے اندر ایک چھوٹا التهابی بڑھ نمودار ہو جاتا ہے، جو جلد ہی ایک قاعدہ بن جاتا ہے جو ایک چکدار سرخ قاعدہ پر واقع ہوتا ہے۔ اس قاعدہ کے چمٹ جانے پر یہ قرحہ بڑھتا ہے، یعنی تعلیم کی تاریخ سے چار یا پانچ دنوں کے اندر اندر۔ اس قرحہ کا قاعدہ کا خاستری انگوروں سے بنتا ہے، جو زرد یا لالی نما، ریخی فلم سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ اسکی کوساں تیز کٹی ہوئی یا گولی ہوئی ہوتی ہیں، اور غور سے دیکھنے پر خفیف قفل ظاہر کھینچی۔ یہ ایک قیمتی تشخیصی امارت ہوتی ہے۔ اس کا قاعدہ کا اُڑیا ہوا ہوتا ہے، مگر آکولہ (chancre) کے قاعدہ کی طرح متصلب نہیں ہوتا۔ نوک کا محیط چکدار سرخ ہوتا ہے۔ اس قرحہ میں سے ایک ریخی افراز کا ارتشاح

ہوتا ہے، جس سے جلد کے متصل رقبوں کی تطہیم واقع ہو جاتی ہے۔ اسی واسطے ایک منفرد ضرر شاذ ہی دیکھنے میں آتا ہے، اور عام طور پر متعدد قروح پائے جاتے ہیں، جو ایک سے زائد نقطوں پر ایک ساتھ تطہیم ہونے کی وجہ سے، یا ایک ابتدائی منفرد زخم سے ذاتی تطہیم واقع ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ متعدد اضرار کے التماس سے جن کی جہات ایک سر کے دانہ سے لیکر انگلی کے ناخن کے برابر تک مختلف ہوتی ہے، تفرج کا ایک وسیع رقبہ پیدا ہو جاتا ہے۔

قرعہ یا قروح نمودار ہونے کے چند ہی دنوں کے اندر، قرب و جوار کے یعنی غلہ، عموماً ایک یا زیادہ شاذ حالتوں میں دونوں جانب پرکلائی یا فستہ اور دردناک ہو جاتے ہیں، اور بالخصوص ایک غدہ کے ماؤف ہو جانے کا رجحان زیادہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ نرم ہو کر جلد کے آر پار پھوٹ نکلے اور نرم یا اکولہ نمائی کہتے ہیں (soft or chancroidal bubo) پیدا کر دے۔

قروح زخموں کا مجموعہ وقوع مختلف ہوتا ہے، لیکن اچھی بڑی اکثریت اعضاء تناسل اور ان کے متصل حصوں پر دیکھی جاتی ہے۔ مردوں میں غلہ، اخیل اور عنت، اور لہام (جس کا مشقوب ہو جانا ممکن ہے) نہایت عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ عورتوں میں دہلیز، قید الشفرین، شفران صغیر، شفٹہ البظر، اور مبرز ماؤف ہوتے ہیں، لیکن یہ کہ ذاتی تطہیم سے متصل نکلے، مثلاً مانہ، بین سرخی در زخموں کی اندرونی سطحیں، ماؤف ہو جائیں۔ اعضاء تناسل سے باہر کے قروح زخموں نہایت شاذ ہیں، اور یہ گویا ہمیشہ نہیں مگر اکثر تناسلی اضرار سے ذاتی تطہیم واقع ہو جانے کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔

پیدا کی گئیاں۔ متعجب کہ کاتنگہ پہلے ہی کیا گیا ہے۔ اسکے علاوہ عروق لنفاۃ کا التهاب، قصبہ کے نلری عروق لنفاۃ کا پوٹا (کیٹیہ = tubonulus) فیبق الغلہ، اعتناق الغلہ، آکلہ اور رنگرین پیدا ہو سکتے ہیں۔ آکلہ اصلی قروح اور متعجب کہ دونوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔

بکثرت اسباب۔ نرم قرعہ کا سبب کبھی معیتہ (streptobacillus) ہے، جو ذرئی اور آتانی بیان کیا ہے۔ یہ ایک قصیر القامت گرام منفی معیتہ ہے، جو میتھیلین بلیو (methylene-blue) سے باسانی رنگ قبول کر لیتا ہے۔ یہ معیتہ

طور پر عمل سے اگایا جاسکتا ہے، لیکن پتہ تیز انسانانی جلد اور بعض دوسرے مخصوص ماسٹھ پر اس کی کاشت حاصل کی گئی ہے۔ جندوں پر اس عضو کی تطہیم کا سیانہ کیا تھا کی گئی ہے۔ برایت عموماً براہ راست مباشرت سے واقع ہوتی ہے، لیکن کثافتوں میں بالواسطہ بھی ہو سکتی ہے۔

تفصیص۔ قرصہ قرصہ کے مخصوص متغیر خصائص حسب ذیل ہیں: ۱۔ مختصر زمانہ حضانہ سرخ تفرج کا رجحان، ذاتی تطہیم پذیری اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والا تعدد، لہذا غد کی سرخ الوقوع باوقیت اور ان کے شقیق ہونے کا امکان، قاعدہ کے متصلب کا فقدان، قرصہ کی متغیر کور، اور اس مرض کا دردناک ممر۔ ایس میں اور ایک آتشکی آکولہ، پیش تناسلی نملہ (herpes progenitalis) غارشت (seabies) کے اضرار، مخاطی ملکیتوں، شالشی صمغیتی تفرج، اور سرطانی سرطانی سلحہ (epithelioma) میں تمیز کرنا چاہئے۔

سخت اور نرم آکولوں کے درمیان سدرجہ ذیل فرق یاد رکھنا چاہئے (Pusey)۔

سرخ آکولے

سخت آکولے

زمانہ حضانہ دو ہفتوں سے لے کر پانچ دن میں ایک قرصہ بنتا ہے۔

زمانہ حضانہ دو ہفتوں سے لے کر پانچ ہفتوں تک۔

ایک لال جبکہ قرصہ جبکہ گرد ایک سرخ ہال ہوتا ہے، کوریں گولی ہوئی، کنارہ متغیر اور برمی افراد کثرت ہوتا ہے۔

ایک تارک یا اوپری قرصہ، جبکہ کوریں طولانی ہوتی ہیں، اور افراد قلیل المقدار ہوتا ہے۔

خفیف التهابی متصلب۔

متصلب غرضوفی قاعدہ۔

اکثر نہایت دردناک ہوتا ہے۔

تقریباً غیر مؤلم ہوتا ہے۔

ذاتی طور پر تطہیم پذیر ہوتا ہے، اور اس وجہ سے

ذاتی طور پر تطہیم پذیر نہیں ہوتا۔

متعدد اضرار عام ہوتے ہیں، جو مختلف

اگر متعدد ہوں تو متعدد ذاتی تطہیمات کی

بدتوں کے اور مختلف جسامتوں کے ہوتے

وجہ سے ہوتے ہیں، اور یہ اضرار ہم عمر

ہیں۔

ہوتے ہیں۔

فقدی التهاب دو جانی ہوتا ہے۔
فقدی التهاب عیبرالاند مال اور غیر مؤلم ہوتا ہے۔
فقدی التهاب مادہ دردناک اور التهابی
ہوتا ہے اور اس سے شقیق کتبہ پیدا ہوتا ہے
کا امکان ہوتا ہے۔

لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عصیتہ ذکر تری اور پیچے ملکیتہ شقیق (treponema pallidum) دونوں کی ہیزان تطہیم ایک ساتھ واقع ہو سکتی ہے اور اسوجہ سے ہیزم قرصہ کو بالقوہ سخت آکولہ سمجھنا چاہئے۔ قرصہ کی سطح کو پہلے صاف کر کے اس کی کور سے متصل لے کر بار بار متواتر امتحان کر کے پیچ خیطیہ کو تلاش کرنا چاہئے۔
علاج۔ اگر ممکن ہو تو مریض کو بحالت سکون رکھنا چاہئے، کیونکہ ورزش متعق
فقدی التهاب پیدا کرنے میں تھمد ہوتی ہے۔ قرصہ کو روزانہ کئی بار پر کلورائڈ آف مرکور
(دو ہزار میں ایک طاقت کے) پروٹاسیم پر مینگنیٹ (ایک ہزار میں ایک
حصہ) یا کاربولک ایسڈ (ایکٹ دو فیصد) کے گرم محلول سے صاف کرنا چاہئے، اور پھر آریسٹول
یا آریسٹال (aristol) کا سفوف آزادانہ لگانا چاہئے۔ دوسرا طریقہ یہ ہے کہ نرم روئی کے
پچاسے پر خالص کاربولک ایسڈ لگا کر اس سے قرصہ کو اچھی طرح پچا کر کٹ کر دیا جائے اس
حاد التهابی تعامل پیدا ہو کر ایک غشیہ بن جائے اور اس کے گرجانے پر ایک تندرست
زخم باقی رہ جاتا ہے۔

انفی سلفہ صلب

(rhinoeccleroma)

یہ ناک کے قاصد اور اجنہ کی ایک کثیف درزش ہے، جو بے اتھی ذات
کی طرح سخت اور ٹوٹا اور استوار بنا دیتی ہے۔ اس کی سطح چمکی یا تھمارا اور رنگ
طبعی یا بھورا سا سرخ ہو جاتا ہے۔ مخاطی جلی بھی ماؤف ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کے
درم کی وجہ سے وہاں سے سدود ہو جائیں۔ توسیع سے بالائی اور زیرین ہونٹ، مونہے
بروز مار، منفرہ، قصبۃ الریہ، جبرے اور نرم تالو، جو کہ مشغوب ہو چکے ہیں، ماؤف
ہو جاتے ہیں۔ جو تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ یہ ہیں۔ پلارانی غلیظوں سے آدر اور

حلیات کی درریش، بڑے نیم شفاف انحطاطیائے حلیات (Mikulicz cells) اور عصیات یعنی عصیات قریش (bacilli of Frisch) کی موجودگی جو فریڈلینڈ کے ذات الری عصیات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور بالخصوص غلیات کو لنگر میں موجود پائے جلتے ہیں لیکن پلازمائی حلیات اور بافت کے اندر بھی پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اسے چاقہ سے نکال دینے کا کایات سے تلف کر دینے کی ضرورت ہو، لیکن پہلے لاشعاعوں کو آزمایا جانی چاہئے۔

اصابتوں کی اکثریت جنوبی روس، مصر، اٹالیہ، اور ڈینیوب (Danube) کے دونوں ساحلوں (کیسپس = Castex) پر واقع ہوئی ہے۔ بہت سی اصابتوں کی اطلاع امریکہ میں دی گئی ہے، جن میں صرف ایک ہی ملکی تھی۔

مصر، بادشاہ (erysipeloid) اس تمدن کو سب سے پہلے مارٹنیکر (Marrant Baker) نے احمر "erythema serpens" کے نام سے بیان کیا، اور بعد میں روزن باج (Rosenbach) نے، جس نے اس کو وہ نام دیا جس سے وہ اب مشہور ہے۔ یہ بالعموم انھوں پر دیکھا جاتا ہے، لیکن چہرہ اور دوسری جگہوں پر ہو سکتا ہے۔ تازہ تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ فزیری سرخبادہ کے عصیہ سے جو کہ حیوانی مادہ پر گندہ خور ہوتا ہے، جلد کے اتفاقی طور پر سرایت زدہ ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ثوران، ایک احمر کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو کہ نقطہ قطعیم، بالعموم ایک کاٹ یا کھریج کے گرد واقع ہوتا ہے۔ یہ فیصلی طور پر پھیلتا ہے جبکہ مرکز میں زائل ہوتا جاتا ہے۔ اسکی رنگت نیلی سی رخ ہوتی ہے اور کناہ (بھرا ہوا اور خوب واضح ہوتا ہے۔ نیے رقبوں کے پڑا ہو جانے سے بے قاعدہ پیچیدار شکلیں نمودار ہو سکتی ہیں۔ موضوعی علامات بالعموم غنیف ہوتے ہیں، لیکن غارش اور کبھی قدر در واقع ہو سکتا ہے۔ سرایت دو لیکر چار ہفتے کا واضح ممر رکھتی ہے۔

مرض کی اس غنیف قسم کے علاوہ، ایک اور زیادہ شدید قسم (25) بھلے سے دیکھی جاتی ہے۔ یہ ثوران وسیع طور پر پھیل جاتا ہے، اور مختلف اوقات میں تقریباً پوری جلد کو مؤف کر دیتا ہے۔ التهاب عروق لمفیہ اور التهاب مفاصل عام کسندہی اور تپ کے ساتھ، اس کے ہمراہ پائے جاتے ہیں، اور اگرچہ خود بخود صحت یابی بالعموم خف ہوتی ہے۔

میں ہو جاتی ہے، تاہم اسکا عمر مزمن ہو سکتا ہے۔ ایک حاد عفونت الدھوی قسم التہا
مفاصل ادا التہاب دروں قلب کے ساتھ ان بیماریوں میں ہو جاتی ہے، جو اس سرائت
کے خلاف سوڈروں کی تسبیح کرتے وقت اتفاقی طور پر تطہیم یافتہ ہو جاتے ہیں۔
بحث اسباب - یہ مرض خاص طور پر ان میں پیدا ہو جاتا ہے جو گوشت پھل
قشریات (crustacea) کھالوں اور ہڈیوں کو چھوتے ہیں۔ ٹکڑا سٹ (Gilechrist)
نے ۳۲۳ اصابتیں دریچ کی ہیں جن میں یہ کیکڑوں کے کاٹے یا قضر سے پیدا ہو گیا، جب کہ
زمانہ حضانت ۲ روز تھا۔ یہ انگلستان میں شائع ہے، لیکن امریکہ میں یہ ایک اہم حرفتی
مرض ہے، بالخصوص انہیں جو کہ مچھلی کی حرفت میں کام کرتے ہیں۔
ظلمج - متاثرہ رقبہ پر آیوڈین یا اکتیوال لگا دینا چاہئے۔ شدید اصابتوں میں
ایک طبع مصل کے اثرات مفید ثابت ہوئے ہیں۔

۱۴ امراض جو کہ فطرات سے پیدا ہوتے ہیں (فطریات)

جلدی فطریات دوسری جگہ بیان کی گئی ہیں یعنی شعاعی فطریات صفحہ 99 پر،
نہرونی فطریات صفحہ 102 پر، اور اس فصل میں جو کہ مدارینی امراض سے بحث کرتی ہے،
صفحہ 102B پر۔

براؤمی فطریات

قراع یا شہدیہ

(favus)

اس مرض میں، جو انگلستان میں شائع ہے، برادر اور شعری براؤں پر فطر کا
حلقہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے معمولی قراع کی چکیتوں جیسی چکیتاں بنادے، لیکن جلد ہی
وہاں ایک چھوٹا، پھلدار زرد، کروی قرص نمودار ہو جاتا ہے، جسکا مرکز گڑبھ دار اور شہ
تدیرج پتلا ہونے والا ہوتا ہے۔ یہ جسے "قراعی پیالہ" ("favus cup") کہتے ہیں،

اسطرح پیدا ہوتا ہے کہ فطری عناصر برآمدہ کی تہوں کو جدا کر کے اوپر اٹھا دیتے ہیں، ہمزہ کے مرکزی نقطہ کے، جہاں شعری جراب جلد کے ساتھ ملتی ہوتی ہے۔ یہ مقبض فسرر جلد الاراس پر یا جسم کے کسی دوسرے حصے (مثلاً پیش بازو) پر واقع ہو سکتا ہے جس کی تعیین تعدی سے ہوتی ہے۔ اور یہ نہ صرف ایک انسان سے دوسرے انسان میں بلکہ پالتو جانوروں (خرگوشوں، کتوں، میوں) اور دوسرے جانوروں سے انسان میں منتقل ہو جاتا ہے۔ جب کثیر التعداد سالے بچاتے ہیں تو یہ مجتمع ہو کر ایک موٹی مسلسل زرد پٹری پیدا کر دیتے ہیں، جسکی سطح ببقاعدہ اور شہد کے چھتے جیسی ہوتی ہے، جسکے اندر سے ایک ناگوار بدبو نکلتی ہے جو جوہروں کی بو سے مشابہ ہوتی ہے شعری تاجے تلف ہو جاتے ہیں، بال گر جاتے ہیں، اور گھنچ پیدا ہو جاتا ہے۔ مزید برآں قراع کے تودے اکثر جوئل کے لئے ایک مادی بجاتے ہیں، اور ابتدائی ضرر ایک یا اور حصہ سے پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ اگر ان تودوں کو لاکر پٹاماسی (liquor potassae) سے جھگو کر خرد بین کے نیچے امتحان کیا جائے تو سمبوسہ مشاطینی (Achorion schönleinii) کے عسیدیم الجنس بدور ساقطہ اور فطر جال دکھائی دیتے ہیں۔ یہ عسیدیم الجنس بدور ساقطہ قوبائی فطرات کے عسیدیم الجنس بدور ساقطہ کی نسبت بڑے اور زیادہ مختلف ہوتے ہیں، اور فطر جال نسبت چوٹا اور زیادہ جوڑدار ہوتا ہے۔

قراع کا فطر ناخنوں پر بھی ملتا اور ہوتا ہے۔ انکی شکل ویسی ہی ہو جاتی ہے جیسی کہ قوباو میں ہوتی ہے، اور بعض ناخنوں کے نیچے ایک ممتاز پیلاہ بجاتا ہے۔ ایسے ناخن کا امتحان اسی طریقہ سے کیا جاسکتا ہے جس طرح کہ قوباو میں کیا جاتا ہے۔ انسان میں شاذ حالتوں میں سبور کی دودو سری انواع دیکھنے میں آتی ہیں:-

سمبوسہ قونگیانی (Achorion Quinekeanum) جو قراع موش (mouse favus) کا فطر ہے، اور سمبوسہ خانہ بدو و قنلا (Achorion gypseum)۔

علاج - پیڑی کوتیل یا پولشوں سے نرم کر کے نکال لینا چاہئے۔ یہاں لفیلیا سنگین ادویہ اور مومینی کی ضرورت ہوتی ہے، اور بیشتر امابتوں کے لئے راجینی شعاعیں اسی طرح استعمال کرنی چاہئیں جس طرح کہ وہ قوباو کی حالت میں کی جاتی ہیں۔ اگر ناخن آؤف ہو گئے ہوں تو ان پر اسی طرح عمل کرنا چاہئے جس طرح کہ اسوقت کیا جاتا ہے جب کہ وہ

خرد بندوبز (microsporon) یا شعری فطر (trichophyton) سے مرض زدہ ہوجاتا ہے۔ یہ مرض بہت دشوار علاج ہے، اور بظاہر شفا یاب ہونے کے بعد اکثر پھر پھوٹتا ہے۔ مناسب ہے کہ عمدہ غذا اور مقوی ادویہ کے ذریعہ عام صحت کی نگہداشت کی جائے۔

قوبا، (دا)

(ringworm)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹)

سفعہ یعنی قوبا کی اصطلاح، جلد، بالوں، اور ناخنوں کی سرایت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو کہ مختلف قسم کے فطرات سے واقع ہوتی ہے۔ یہ سب کے سب فلفلہ دار فطری جال رکھتے ہیں اور بندناٹ بناتے ہیں، جنکی جسامت کو سینقدر غیما کثیف طور پر جماعت بندی کے لئے اساس کے طور پر کام میں لایا گیا ہے۔ تاہم سرری اغراض کے لئے ہم مندرجہ ذیل کو تسلیم کرتے ہیں۔ خرد بند وریات (microsporons) یا جھوٹے بندناٹ والے قوبا۔ یہ مشتکل ہوتے ہیں خرد بند وریہ آڈون (M. audouini) پر جو کہ اس ملک (انگلستان) میں جلد الزاس کے قوبا کی اماتوں کی بہت بڑی اکثریت کا، اور سفعہ پیدار کی بعض اماتوں کا سبب ہے۔ اور دوسری انواع پر جو حیوانوں کو اور بالواسطہ طور پر انسانوں کو سرایت زدہ کرتی ہیں مثلاً خرد بند وریہ قلعی (M. Felineum)، خرد بند وریہ فوسی (M. equinum)، خرد بند وریہ کلبی یا مونوسگ (M. canis vel lanosum)، شعری فطر (trichophytens) یا ٹیے بعلت والے قوبا۔ انکی تقسیم دروں شعری (endothrix) قسموں میں جن میں فطری طور سے سرایت زدہ بالوں کے اندر پائی جاتا ہے، اور بیرونی شعری (ectothrix) یا بیرونی و دروں شعری قسموں میں کی جاتی ہے، جن میں بالوں کے اندر بھی اور باہر بھی پائی جاتا ہے۔ اول الذکر بظاہر صرف آدمی اور پرندوں کو آؤف کرتی ہیں۔ آخر الذکر بہت سے جانوروں (گھوڑوں، کتوں، بیروں، مویشیوں، برنوں، پرندوں) میں پائی جاتی ہیں، لیکن مکن ہے آدمی کو خصل ہو جائیں۔ مبادی فطرات (epidermophytens)۔ یہ بالوں پر حملہ نہیں کرتے، بلکہ صرف جلد کی قریبی تہ اور

ناخنوں میں نشوونما پاتے ہیں۔ ان میں سب سے مشہور برآمدی (ارجی فطر (E. inguinale) ہے جو کہ آدمی سے نقص ہے اور سب سے ساقی (T. cruris) یا دھوبی کھجلی (dhobi itch) کہلائی اور بالوں اور پاؤں کے معمولی تھپتھپی قوبار کا سب سے۔ ان فطرات کو مصنوعی واسطوں پر کاشت کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ صرف ان کے کاشتی خصائص ہی ہیں جن کی بناء پر ہم ان کو سائنٹفک طرز پر جماعت بند کر سکتے ہیں۔ سریری طرز پر قوبار کو کسی مددک اس مقام کے لحاظ سے جماعت بند کر سکتے ہیں کہ جو متاثر ہوتا ہے۔ چنانچہ ہم سب سے بال الخور (T. tonsurans) (جلد الاراس کا قوبار) سب سے پھیلا ہوا (T. circinata) (بے بال جلد کا قوبار) سب سے پھیلا ہوا (T. sycosis) (داخلی قوبار) سب سے ناخن (T. unguium) (ناخنوں کا قوبار) اور سب سے ساقی (T. cruris) (پاؤں کے پنجے کا قوبار) جسے 'ایکڑا ماشیہ دار' 'دھوبی کھجلی' اور 'برمی قوبار' Burmese ringworm: بھی کہتے ہیں کے الفاظ استعمال کرتے ہیں۔

بال الخور سب سے (tinea tonsurans) (قوبار شہر)۔ یہ مرض بالوں اور مٹائی اداؤں میں غزاکے لئے ایک بڑی بلا ہے۔ یہ بچوں میں کثیر الوقوع ہے مگر خوراک کی غرض سے شاف ہوتا ہے اور بالغ اس سے آسانی متاثر نہیں ہوتے۔ یہ تھاس سے اور ان ہیشوں (hats) ٹوپیوں، برشوں، کنگھوں اور تولیوں سے پھیلتا ہے جو مشترک طور پر استعمال کئے جاتے ہیں۔

یہ عام طور پر پہلے ایک گول چکیتی کے طرز پر نمودار ہوتا ہے جس پر بالوں کی بالیدگی دوری جگہ کی نسبت بہت باریک ہوتی ہے۔ خور سے امتحان کرنے پر یہاں کی جلد گلابی، شاید قدر سے متورم، اور باریک جھوس جیسے چمکوں سے ڈھکی ہوئی نظر آتی ہے۔ چھوٹے پھیلے ہوئے لیجے اور تندرست بالوں کے علاوہ بالوں کے متعدد دڑتے ہوئے ٹنڈ نظر آتے ہیں جو غیر شفاف، سیاہ یا گہرے بھورے رنگ کے 'مرزے ہوئے' یا خمیدہ ہوتے ہیں۔ ایک چکیتی کو کلوروفارم سے دھونے سے یہ ٹنڈ ملیدی مائل اور زیادہ آسانی سے نظر آنے لگتے ہیں۔ اگر ان ٹنڈے ہوئے بالوں میں سے ایک آدھ کو چھٹے سے اکھاڑنے کی کوشش کی جائے تو وہ تقریباً یقینی طور پر بیج میں سے ٹوٹ جائیگا۔

اب اگر اُسے لاکر پوچھا سہی کے ایک قطرے سے جھگو کر خود مین کے نیچے رکھ دیا جائے تو اس حالت کی توجیہ ہوتی ہے۔ چرم بالکل غیر شفاف نظر آتا ہے، بال کی قدرتی ساخت ناقابل شناخت ہوتی ہے، اور معلوم ہوتا ہے کہ بال متغیر ہو کر فطری نمونہ (عیدیم) الجنس بندور سا قطرے کا ایک تودہ بن گیا ہے۔ لیکن یہ صرف بندوروں کی ایک پیش ہے جو بال کو گھیرے ہوئے ہوتی ہے، اور خود بال کے اندر زیادہ تر فطر جال کی نالیاں جاگزیں ہوتی ہیں اور یہ نالیاں لولی رخ میں دوڑتی ہیں۔ یہ اُن بالوں کے اندر جو نسبتہ غیر مکمل طور پر مرضی ہوں، زیادہ آسانی کے ساتھ نظر آ سکتی ہیں۔

یہ یکپاتی اُس کے محیط پر کے بالوں کے ماؤف ہوتے جلنے سے پھیلتی ہے، اور جلد الاس کے دوسرے حصوں میں تازہ چمکتیاں بنتی ہیں۔ جیسے جیسے یہ بڑی ہوتی جاتی ہیں، یہ لمبے بالوں سے زیادہ کافی طور پر معرہ ہوتی جاتی ہیں، گور انہیں تقریباً ہمیشہ متذکرہ بالا چھوٹے ٹنڈ معتد بہ مقدار میں نظر آتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ یہ کمزور پڑیوں، یا دہنی ماترے سے گھرے ہوئے درانکے ساتھ مخلوط ہوں، یا ایک سیدھا مائل رنگ کے سفوف کے ساتھ جسکا ایک جزو غالباً فطری عناصر ہوتے ہیں۔ یہ چمکتیاں آہستہ آہستہ پھیلتی جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض کوروں پر بڑھتی رہیں اور مرکز میں بندل ہوتی جائیں۔ یا ممکن ہے کہ چمکتیاں ایک دوسرے کے ساتھ پیوستہ ہو جائیں، اور اس طرح تقریباً پوری جلد الاس ماؤف ہو جائے۔ اسکے برعکس بعض اوقات ایک یا دو چمکتیاں باقی رہتی ہیں، انہیں کوئی اصلاح نہیں ہوتی، مگر وہ پھیلتی نہیں۔ یہ مرض سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے، لیکن بالاً بفر اچھا ہو جاتا ہے، اور بال کامل طور پر از سر نو پیدا ہو جاتے ہیں۔ زیادہ التهاب شاذ ہی ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی شعری جراثیم، مکتب ہو کر باہم پیوستہ ہو جاتی ہیں اور ایک سرخ یا گلابی درم پیدا کر دیتی ہیں جو چھوٹے سے نرم اور پٹلا معلوم ہوتا ہے، اور جس میں چند نقطوں سے پیپ خارج ہوتی ہے۔ بال ڈھیلے پڑ جاتے ہیں اور گر جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اُسوقت جبکہ جلد الاس کے دوسرے حصوں کی حالت بحال ہو جائے یہ یکپاتی بھی ہے۔ اس حالت کو چھتہ داسہ داد (kerion) کہتے ہیں۔

غالباً یہ فطر بال پر جلد الاس کے قریب حلا آور ہو کر نیچے بصل کی طرف

داخل کیا جاتا ہے۔ اس طرح جراب میں بال کمزور یا تلف ہو جاتا ہے، اور جب نو ساختہ سر علی حصے آئے باہر کی طرف دھکیلتے ہیں تو وہ ٹوٹ جاتا ہے۔ جیسے ہی کہ نو ساختہ سر عمل قونی حالت کو پہنچتا ہے اس پر حملہ ہونے کی باری آتی ہے۔ سر فریڈرک ٹیلر (Sir Frederick Taylor) اور تھن (Thin) نے بتلایا کہ قطر خود بال پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس کی بڑائی پچشش کے غلیظوں یا شعری جراب کی ساختوں میں نہیں پایا جاتا۔

حال ہی میں جلد الراس کے داد کی تشخیص اس معیت کی وجہ سے نسبت بہت آسان ہو گئی ہے کہ جب قویائی فطر سے ماؤف بالوں اور چمکوں کو ۳۴۰۰ اور ۳۳۰۰ انگریز میٹر کے درمیان کے فوجی طولوں کی مدد سے نفیسی شعاعوں میں منکشف کیا جائے تو وہ دوسرے امراض مثلاً سادہ پٹیل (pityriasis simplex) یا سڈر (psoriasis) کے چمکوں یا طبعی بالوں کی نسبت زیادہ چمکیلا اثر ظاہر کرتے ہیں۔ یہ شعاعیں ایک میکانیکی بخاری لپ (mercury-vapour lamp) سے نکلنے والی روشنی کو شیشہ ٹوڈ (Wood's glass) میں سے منظر کر کے حاصل کی جاتی ہیں۔ اگر ایک تاریک کمرے کے اندر یہ شعاعیں مراست زدہ جلد الراس پر ڈالی جائیں تو ماؤف رقبہ پر کے بال اور چمکے ایک چمکدار بزم چمک کے ساتھ تیز تر ظاہر کریں گے۔ اس طریقے سے نہ صرف ابتدائی امراضیں بہ سہولت شناخت کی جاسکتی ہیں، بلکہ اسے اس امر کی تعین کے لئے بھی کام میں لاسکتے ہیں کہ آیا ایک بچہ علاج کے بعد شفا یاب ہو گیا ہے یا نہیں، جو پہلے ایک مشکل مسئلہ تھا۔

اس ملک (انگلستان) میں جلد الراس کا قباہ تقریباً ۹۰ فیصدی امواتوں میں خرد بندہ ویرایہ آڈون کے باعث ہوتا ہے۔ یہ تقریباً خالصتہ بچوں میں ہوتا ہے اور بلوغ پر خود بخود رائل ہو جاتا ہے۔ تاہم چند امواتوں کی بالوں میں اطلاع دی گئی ہے۔ دوسرے ممالک میں جلد الراس کا شمر فطری یا بڑے ہمدات والا قباہ زیادہ عام ہے اور یہ بچوں اور بالوں دونوں میں دیکھا جاتا ہے۔ مزید برآں حیوانی اصل کے خرد بندہ ویرایہ، بالعموم خرد بندہ ویرایہ قحطی بالغ جلد الراس پر حملہ کر سکتے ہیں، جیسا کہ رافیلو نے ایک معمر عورت میں دیکھا، جس میں مراست ایک ایرانی بلبی کے بچے سے واقع ہو گئی تھی۔

شعر فطری دروں شعر یہ (trichophyton endothrix)

کی سرایت سے پیدا ہونے والے جلد الاراس کے قوبا کا سرری منظر خورد بند و ریت
(microsporoia) کے سرری منظر سے مختلف ہوتا ہے عرض کی دو قسمیں دیکھی جاتی
ہیں (۱) سرایت زدہ بال جو طبعی لمبے بالوں کے ساتھ ملے جلتے ہوتے ہیں، خاکسری
مائل ہوتے ہیں، اور جلد الاراس سے ۲-۴ ملی میٹر کے فاصلہ پر لٹوئے ہوتے ہیں جلد الاراس
کی سطح خشک یا چریلے چمکوں سے ڈھکی ہوتی ہے، جس میں مرض زدہ بالوں کے بل دار
ننڈ ہوتے ہیں۔ یہ قسم باطیلہ ناشعہ فطر (trichophyton crateriforme)
کے باعث ہوتی ہے۔ (۲) متاثرہ رقبہ پر سیاہ نقاط جڑے ہوئے ہوتے ہیں جو
سرایت زدہ بالوں سے بنتے ہیں، جو جلد الاراس کے لیول پر لٹوئے ہوتے ہیں یا جراب
کے دہن میں اپنے آپ پر بل کھائے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ اگر زمینیں کا سیاہ نقطہ
والا قوبا (black-dot ringworm) ہے۔ یہ خشکیلے شعر فطری
(trichophyton acuminatum) یا بنفشہ شعر فطری (trichophyton
violaceum) کا نتیجہ ہے۔ لٹوئے ہوئے بالوں کو جب سوئی کے ذریعہ نکالا جائے اور
خرد ہن کے ذریعہ معائنہ کیا جائے تو ان کے جرم میں بڑے بڑے ہڈات کے توڑے
پائے جائینگے (درولی شعر)۔

دروں شعر فطری کے ذریعہ جلد الاراس کی سرایت زدگی بہ نسبت خورد بند و ریت
کے زیادہ آسانی سے نظر انداز ہو جاتی ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ کسی جاسم کی واضح
چمکوں والی پکتیاں موجود نہیں ہوتیں، اور یہ کہ سرایت زدہ بال طبعی بالوں کے ساتھ
ملے جلتے رہتے ہیں۔ مزید برآں ننڈ وڈ کی روکشی سے تہر ظاہر نہیں کرتے۔ ملاحظہ فرمائیے
(alopecia areata) سے غلط ملط ہونے کا امکان بھی، خورد بند و ریت کی نسبت
زیادہ ہے۔

جلد الاراس کی بروں شعر فطری (ectothrix trichophytosis)

حیوانوں سے منتقل ہو جاسکتی ہے، اور تقریباً ہمیشہ چمٹ دار داد (kerion) پیدا کرتی ہے
جو کہ خود بخود شفا یاب ہو جاتا ہے۔

معقدہ پیکل (tinea circinata) یا بے بال جلد کا قوبا (۱) ان

بچوں میں جکو صفحہ بالخور ہو، اور انہیں جو ان کے تماس میں ہوں واقع ہوتا ہے اور فطر جو اسکا سبب ہوتا ہے، خود بدن و سایہ آذوقہ یا دروں شعری فطر ہوتا ہے۔ (۲) ان بچوں میں جکو جلد الاراس کا قوبانہ ہو اور بالغوں میں پایا جاتا ہے، جن میں یہ مرض مرایت زدہ حیوانوں سے بلا واسطہ یا بالواسطہ طور پر منتقل ہو جاتا ہے۔ ایسی صورتیں فطر ہا اوقات بروں شعری قسم کا ہوتا ہے، لیکن اب ایسی اصابتیں عام طور پر پائی جاتی ہیں، جنہیں خرم بدن و دیر قحطی، جو کہ بالعموم نیلے ایرانی بلی کے بچوں سے منتقل ہوتا ہے سبب ہوتا ہے، اور جیسا کہ بیان کیا گیا ہے، یہ بالغوں میں بھی جلد الاراس پر حملہ کر دیتا ہے۔

صفحہ پیدار کی چکیتی کے سریری خصائص، کسی مذکب فطر کی قسم پر منحصر ہوتے ہیں، اور بروں شعری نہیں، دوسری قسموں کی نسبت زیادہ شدید التهاب پیدا کرتی ہیں۔ آخر الذکر احراری چھلکے دار چکیتاں پیدا کرتی ہیں، جو ڈول میں تقریباً ٹھیک ٹھیک مستدیر ہوتی ہیں اور جگہ کناسے واقع طور پر متمیز ہوتے ہیں۔ یہ چکیتاں محیط پر پھیلی ہیں اور مرکزی حصوں میں خود بخود شفا یاب ہو جائے کار جہان رکھتی ہیں، لہذا یہ حصے، آبصرے ہوئے حاشیہ کے تضاد میں متفرض معلوم ہوتے ہیں۔ اس طرح پیدار تشکیل پیدا ہوتی ہے، جس سے مرض کا نام مانخو ہے۔ ہا اوقات آبلے یا قانچے نمودار ہو جاتے ہیں، اور بالمرہ پھیلنے والے کناسے سے ذرا اندک واقع ہوتے ہیں، لیکن دوسری جگہ بھی واقع ہو سکتے ہیں۔

گاہے گاہے آبلوں کے ہم مرکز دائرے پائے جاتے ہیں۔ بروں شعری فطرات شدید التهابی رد عمل پیدا کرتے ہیں، اور چکیتاں شریخ، اذیمائی ہو جاتی ہیں، اور آبلوں اور قانچوں سے ڈھک جاتی ہیں، جو خشک ہو کر مصلی قحطی پیڑ پیاں بنا دیتے ہیں۔

881

افزار کا ارتقاء سرعت سے ہوتا ہے، اور وہ ایسی جہامت کو پہنچ جاتے ہیں جو شلنگ کے سکہ سے لیکر تھ کی جمیلی تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ہم پہلو چکیتوں کے التواء سے کثیر دائری شکلیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ صفحہ پیدار کی تشخیص کی جہت تصدیق کیلئے چاہئے، جسکے لئے چکیتی کے کناسے یا آبلے کی چمت سے ماصل کردہ کسر جنوں کا بولا کر پڑھائی (liq. potassm) میں بھگوئی ہوئی ہوں، خود بینی امتحان کرنا چاہئے۔ فطری مثال شاخدار، موجد انطوط کے لہر پر دکھایا جاسکا، جکو قرفی غلیات کے خاکوں کے ساتھ خلط ملط ہیں کرنا چاہئے۔ ایک خاص ماسکہ پر یہ بزی مائل جھلک رکھتے ہیں، اور عرضی

فاسلات، زرات، اور خالیاں پہچانے جاسکتے ہیں۔ فطری جالوں کے علاوہ، انعطاف فی بندلت کے گروہ دیکھے جاتے ہیں۔

حاشیہ دار سنف (tinea marginata) (مافی سنف tinea cruris = حاشیہ دار ایکنریا = eezema marginatum، یا بُری داد = Burmese ringworm)۔ داؤ کی یہ شکل، جو اُساری بسر آدھی فطر (epidermophyton inguinale) کی وجہ سے ہوتی ہے، جسکی کم از کم تین قسمیں ہوتی ہیں، مدارینی ملکوں میں نہایت عام ہے، جہاں اسے دھوئی کی غارش (washer man's itch) کہتے ہیں، کیونکہ یہ اکثر درونی جامہ کو دھوتے وقت سرایت واقع ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ مرض خاصہ جگہوں میں ہوتا ہے، مگر بغلوں کو بھی ماؤف کر سکتا ہے اور جگہوں سے پیچھے کی طرف عجان اور ٹرنٹوں پر، اور اوپر کی طرف شکم کے زیرین حصہ پر پھیل سکتا ہے۔ یہ مادہ تسمیط (acute intertrigo) کی طرح شروع ہو سکتا ہے، گزریاہ عام طور پر اتلی اضرار چند پیچدار چکیتوں پر متل ہوتے ہیں، جو باہم پیوستہ ہو کر سرخ تشاکن نیم دائری رقبہ پیدا کر دیتی ہیں، جسکی کوریں واضح الحدود اور کسی قدر ابھری ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ چکیتیاں جانتھوں کی اندرونی سطحوں اور صفن کے متصل حصوں پر ہوتی ہیں۔ جیسے جیسے یہ مرض حاشیوں پر پھیلتا ہے، مرکز میں خفا ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ یہ اضرار پیچدار سنف کے اضرار کی نسبت بہت زیادہ وسیع، زیادہ مہذب اور زیادہ حیرت علاج ہوتے ہیں۔ جنگ کے بعد کچھ عرصہ سے یہ مرض انگلستان میں نسبت بہت یاد عام ہو گیا ہے، اور مداریں کالجوں اور دوسرے اداروں میں اکثر وبائی شکل میں ہوا کرتا ہے۔ سرایت کا معمولی ذریعہ بلاشبہ پانی ہوا کر دھونے کے بیت الخلاء کی نشست ہے۔

برآمدی فطر ایک نہایت اہم حالت کا باعث بھی ہے، جسے جو اسراج کا ایکنریا آسا قویا (eczematoid ringworm of the extrinities) کہتے ہیں، جس میں سرایت ہاتھ پاؤں کی انگلیوں، ہتھیلیوں، تلووں، اور بعض اوقات ناخنوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ یہ پاؤں پر عموماً انگلیوں کے درمیان غیر لاندال، خیسر، مؤلم، چھلکے دار چکیتوں کی طرح شروع ہو کر باہر کو زیریں اور بعض اوقات بالائی سطحوں پر بعد مائی جگہوں کے سروں کی طرف پھیل جاتا ہے۔ اسکی کوریں ابھرے ہوئے قرنی طبقہ سے بنتی

ہیں۔ اور ان کو روکوں کے اندر کی جلد سرخ اور جلا دار یا دراصل کچی نظر آتی ہے۔ اکثر ایزیمیائی آبلے بچھلتے ہیں، جسکی وجہ سے یہ حالت حببا بدیا (pompholyx) سے مشابہ ہوتی ہے اور بعض اوقات عموماً گرم موسم میں ایزیمائیکے متوالی حادثے واقع ہو جاتے ہیں جنہیں بہت اہتنبہ ہوتا ہے اور بیشتر آبلوں پر پھوپھو کی کوہن ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ثانوی تنفیجی سبھی سرایت واقع ہو کر لمبی عروق کا اہتنبہ پیدا کرے جو اوپر کوٹا رنگ میں پھیل جاتے۔ پاؤں کی انگلیوں کی نام نہاد تسمیہ (intertrigo) کی بیشتر اصابتیں اور پاؤں کے ایزیمیائی بہت سی اصابتیں دراصل ایزیمائیک آساقربار کی شالیں ہیں، لہذا جب کسی مشتہ اصابت سے واسطہ پڑے تو چمکتیوں کے ماحشیوں اور آبلوں کی سفوفوں سے نکالے ہوئے چمکیوں کی زیرین سطح کا خدہ بن کے نیچے فطر کے لئے استخوان کرنا چاہئے۔ ہاتھوں پر یہ مرض تھیلیوں کے احمراری فلسفائی ایزیمائیک (erythematous-squamous eczema) سے مشابہ ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ یہ اسی طرح جسطرح کرباؤں کی انگلیوں میں ہوتا ہے، ہاتھ کی انگلیوں کی جڑوں اور اطراف میں واقع ہو کر اوپر کی طرف اٹھی ٹھری سطحوں تک پھیل جائے۔ حادثہ جو حبایہ سے مشابہ ہوتے ہیں، شاذ نہیں، بالعموم گرم موسم میں۔ ان آبلہ دار اضرار میں فطر فعال بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے، یا یہ ان فطری عناصر (epidermophyitin) کے لئے برآمدہ کا ایزیمائیک آسار دعمل ظاہر کرتے ہیں، جو کہ ایک فعال سرایت کے مقام سے دوران خون میں جذب ہو جائیں، اور جوئے خون کی راہ سے جلد کے دور مد زخموں میں پہنچ جائیں (ایزیمائیک آسار د فطر (eczematoid epidermophytide)۔ چنانچہ انگلیوں اور تھیلیوں پر ایسے آبلہ دار اضرار کے متوالی طے، پاؤں کی مومن برآمدی فطریہ کے ہمراہ عام ہیں۔ مزید برآں مکہ نما قسم کی ایزیمائیک چمکتیاں، جو بالعموم ٹخنوں اور ٹانگوں پر واقع ہوتی ہیں، ممکن ہے اسی سبب کا نتیجہ ہوں۔ ان اصابتوں میں برآمدہ سم کے لئے ماس ہو سکتے، اور اگر ٹرانگو فائٹین یا ایسی ڈروموفائٹین کا دروں جلدی اثر اب کسی غیر متاثرہ حصہ میں کیا جائے شلاچیش بازو کی اگلی سطح میں، تو جو میں گھٹنے کے اندر مقام اثر اب پر ایک احمراری شری تعامل پیدا ہو جائیگا، اور چند دن کے وقفے کے بعد اسکی بجائے ایک ایزیمائیک آساقربا تعامل نمودار ہو جائیگا۔ ان ایزیمائیک آساقربا میں جو موجود ہوں ماسکی تعاملات واقع

ہو سکتے ہیں۔ ہاتھوں اور پاؤں کے ایکڑیا کی اس قسم کے طفیلی مبداء کی شناخت کے لئے ہم ویت فیلڈ (Whitfield) اور سبوراؤڈ (Sabouraud) کی تحقیقات کے رہن منت ہیں، اور یہ اکتشاف نہایت اہم ہے، کیونکہ بہت سی غیر مشخص اصابوں کا علاج پہلے اور اب بھی سالہا سال تک تقریباً ایکڑیا (gouty eczema) یا تسبیط (intertrigo) یا حبابید (pompholyx) کے طور پر کیا جاتا رہا۔

سعدیہ انجیڈریلہ (tinea aycosis) (ڈاڈا ہی کا دام) (فیض آباد)
 انجیڈریلہ = (hyphogenic sycosis)۔ اس میں ٹھنڈی اور گالوں کے شری جراثیم فطری موجودگی کی وجہ سے مہذب ہو جاتے ہیں۔ ان میں پیپ پیدا ہو جاتی ہے، اور بال ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ درمیانی جلد کا تعلق دردم بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یا بھریرے سے (جس کا بیان دوسری جگہ درج ہے) اس امر میں اختلاف رکھتا ہے کہ یہ ابتداً بالوں پر حملہ آور ہو کر جلد ہی انھیں ڈھیلہ کر دیتا ہے، جسکی وجہ سے انھیں اکھاٹنے میں درد نہیں ہوتا، یہ نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ پھیلتا اور زیادہ گہری درریش پیدا کر دیتا ہے۔ خود بینی امتحان سے فطر نظر آ جاتا ہے، جس میں فطری جال، بذروں کی نسبت زیادہ افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔

ناخنوں کا سعدیہ (tinea of the nails)۔ ناخنوں پر فطر کے حملہ کو ظفری فطریہ (onychomycosis) کہتے ہیں، اور یہ فطر ایک قوبار (داد) یا شہد یہ (قراع) (favus) ہو سکتا ہے۔ اس حالت میں ناخن لیا اور خمیدہ ہو کر اٹھکلیوں کے سروں پر آ جاتا ہے۔ اسکی کور موٹی، سطح کھردری اور نا ہوار، اور رنگ میلانزدہ ہوا ہے۔ نیز وہ خستہ ہو جاتا ہے اور آب سانی ٹوٹ جاتا ہے۔ اگر اس کے ٹکڑوں یا کسر جنوں کو لاکھڑ پوٹاسی میں بھگو کر دین کے نیچے امتحان کیا جائے تو شاخدار فطری جال اور فطر کے ہندور کی زنجیریں نظر آئیں گی۔

علاج۔ بالخور سعدیہ (tinea tonsurans) کے لئے عام طور پر دو طرح کے سے کام لیا جاتا ہے۔

(۱) رانجینی شعا میں۔ انکو بڑی احتیاط اور تدقیق کے ساتھ لگانا پڑتا ہے تاکہ جلد زخمی ہونے پائے، اور ساتھ ہی ایک نشست میں پورا موصین اثر حاصل ہو سکے۔

اس مقصد کے لئے اسکے اطلاق کی مدت اور طاقت متنبہواراڈ کے سہ فاقات (Sabouraud's pastilles) کے ذریعہ منظم اور باقاعدہ کی جاسکتی ہے۔ یہ کاغذ کے قرص ہوتے ہیں جن پر پلاٹینوسائٹڈ آف بیریم (platinocyanide of barium) کے مستحلب کی موٹی تہ چڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ اگر شعاعوں کا منبع جلد الاراس سے ۱۵ سینٹی میٹر فاصلہ پر، اور رفاقت درمیان میں ٹھیک بیچوں بیچ رکھا جائے، پھر ۲۴ سے ۲۷ سینٹی میٹر فاصلہ پر، تو تاثیر کی مطلوبہ مقدار پہنچ جاتی ہے، اور اس وقت رفاقت ایک مخصوص باہمی جھلک حاصل کر لیتا ہے، جو ایک کاشنی رنگ سے مماثل ہوتی ہے جو ہم پہنچایا جاتا ہے۔ یہ اطلاق ایک وقت میں جلد الاراس کے ایک محدود رقبہ پر کیا جاتا ہے اور باقی ماندہ رقبہ ایک سیسے کی چادر سے محفوظ کر لیا جاتا ہے لیکن اسی دن پانچ ایسے نقطوں پر، جو ایک دوسرے سے کم از کم ۵ انچ دور واقع ہوں، عمل کر کے وقت بچالیا جاتا ہے۔ سہندہ دن سے لیکر بیس دنوں کے بعد ذرا ہی گھینچنے پر بال اکٹھا آتے ہیں، اور پھر اس چمکتی کو صابن اور پانی سے متواتر دھوتے رہنا چاہئے، یہاں تک کہ وہ سب دور ہو جائیں۔ مرضی بال سب سے آخر میں گرتے ہیں۔ بال جھڑنے کے دوران میں کوئی طفیلیہ کش دوا مثلاً آگنٹیم ہیڈرارج آمونیا (ung. hydrarg. ammon.) ماری جلد الاراس پر لگانا چاہئے۔ پانچ یا چھ ہفتوں تک سرگھبرا رہتا ہے اور پھر زیادہ باریک اور زیادہ موٹے بال نکلتا شروع ہوتے ہیں۔

(۲) تھیلیئم آسیٹھائیٹ (thallium acetate) کے ذریعہ مویشنی دراز سے معلوم ہے کہ اگر تھیلیئم آسیٹھائیٹ کافی مقدار میں براہ دہن دیا جائے تو اس سے بال گر جاتے ہیں، اور بالوں کے رقعہ میں تھیلیئم کے اس فعل سے شامی علاج کے بدلے بہت کام لیا جاتا رہا ہے۔ اس دوا کی سفارش کردہ مقدار جسمانی وزن کے ہر کلو (kilo) کے لئے ۱۰ فی گرام ہے، اور اسکی سمیت کی وجہ سے ضروری ہے کہ انتہائی احتیاط عمل میں لانی چاہئے تاکہ اسکی مقدار حد سے زائد نہ ہونے پائے۔ اسے ایک سفوف مقدار میں کچھ پانی کے اندر دیا جاتا ہے جس میں میٹھایا گیا ہو۔ ایک ہفتے کے انتہام پر بال ڈھیلے پڑنا شروع ہوتے ہیں، اور انیسویں دن کے

قریب مویہنی کی عموماً تکمیل ہو جاتی ہے۔ سرایت زدہ بال غیر سرایت زدہ بالوں کی نسبت کم آسانی کے ساتھ جڑتے ہیں، اور ان کے دور کرنے میں آسانی پیدا کرنے کے لئے مناسب ہے کہ پسندہ لصدہ لگا دیا جائے اور پھر اسے زور سے کھینچ لیا جائے۔ نئے بالوں کی باز سرایت کو روکنے کے لئے ساری جلد الراس پر کوئی طفیلیہ کش دوا لگا دینا بھی ضروری ہے۔ بوشکے (Buschke) مشورہ دیتا ہے کہ علاج کے پہلے دن سے لیکر بالوں کے گرنے تک ۱۰ فیصدی گندھک مرہم استعمال کرنا چاہئے، اور پھر مرہم اور صیفہ آریوڈین متبادل دونوں میں لگائے جاتے ہیں۔ نئے بال اس سے زیادہ سرعت کی ساتھ اگتے ہیں کہ جس سرعت کے ساتھ لاشعاہوں کے ذریعہ مویہنی کے بعد اگتے ہیں، جسکی وجہ غالباً یہ ہے کہ تصلیح بالوں کو گرنے کے علاوہ انکے از سر نو پیدا ہونے میں بھی تحریک پہنچاتا ہے اس دوا سے بالوں کے جھڑنے کا سبب یہ معلوم ہوا ہے کہ اس سے اس عمل کا قتل واقع ہو جاتا ہے جسکے ذریعہ سے بڑے کثیر الرود یا غلیظہ ان طبقاتی قیراطینی غلیظوں میں تبدیل ہو جاتے ہیں جسے بال بنتا ہے۔ مویہنی کا یہ طریقہ جلد الراس کے قویار کے علاج کے لئے نو عمر بچوں میں موزوں ہے، جنہیں دوا کی مقدار (جسمانی وزن کے لحاظ سے) زیادہ عمر کے بچوں کی نسبت کم خطرناک معلوم ہوگی۔ آخر الذکر میں سستی علامات پیدا ہونے کا بہت امکان ہے۔ ان علامات میں سے عام ترین یہ ہیں:-
 ۱۔ جلدوں کے درد (جو دوا دینے کے بعد عموماً دوسرے ہفتہ کے آخری میں پیدا ہو جاتے ہیں)، عدم اشتہا، چڑچڑاہٹ، غنودگی، اور جلد کی خشکی۔ البیومین بولیت بھی دیکھی گئی ہے۔ بد قسمتی سے بعض اماتوں میں مقدار کے متعلق ایسی غلطیاں مرتد ہوئی ہیں جسکے نتائج خطرناک ہوئے ہیں۔ کہا جاسکتا ہے کہ یہ علاج چھ سال سے کم عمر کے بچوں میں خطرہ سے مولا خالی ہے، بشرطیکہ:- (۱) دوا صحیح الامکان خالص ہو، (۲) بچہ کو برہنہ کر کے ٹھیک ٹھیک وزن کر لیا جائے، اور (۳) دوا کی مقدار کی نہایت احتیاط کے ساتھ جانچ پڑتال کر لی گئی ہو۔

جھمدہ داس (kerion) جلد الراس کے تقیمی قویار کا علاج لاشعاہوں یا تصلیح سے ہرگز نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ وہ خود بخود شفا یاب ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ بلکہ واقعہ معنوں میں دوا سے استعمال کر لے جائیں، اور عکیتوں کے انحلال میں سرعت

پیدا کرنے کے لئے تارپین (terpichin) یا اسے اولان (aolan) کے دروں عضلی اثرات دینے چاہئیں۔

پسینہ دار معدنہ (tinea circinata) آنگلیٹیم ہیلڈ رچ اونیوا اورلیٹ آف مرکٹوری، نیچر آف آیوڈین، سلفیورس آئسڈ (محلول کی صورت میں) ایک حصہ پانی کے ۲ یا ۲ حصوں میں، ہلکی کاربولک آئسڈ گلیسرین، اٹیو سلفاٹ آف سوڈیم (۸ میں ۱) سے یا کسی دوسری لطیف کیش دواسے جو مدے زائد قوی نہ ہو، بآسانی اچھا ہو جاتا ہے۔

حاشیہ دار معدنہ (tinea marginata)۔ تین دن کی برادری فطریہ ستر کا علاج عموماً زیادہ مشکل نہیں ہوتا، لیکن تاوقتیکہ اسے پورے طور پر عمل میں نہ لایا جائے گا وہ درونی جامہ کی سرایت کا ازالہ نہ کر دیا جائے، اغلب ہے کہ ٹمس واقع ہو جائیگا۔ بیشتر امواتوں کے لئے مندرجہ ذیل طریقہ کامیاب ثابت ہوتا ہے۔ سرایت زدہ خفوں کو روزانہ دو بار ایک غسل سے اسفنج کیا جاتا ہے جو ۵ فیصدی روح شراب میں ۲ فیصدی سیلی بیکلک آئسڈ پر مشتمل ہو۔ رات کے وقت مندرجہ ذیل مرہم اچھی طرح ملا جاتا ہے:- (نسخہ) آئسڈا بنیزا لکی (acidi benzoici) ۵ گریں، آئسڈی سیلی سیلیکی (acidi salicylici) ۵ گریں، پیرافینی مالس (paraffini mollis) ۲ ڈرام، اولیم کوکو اس نیو سیغیری (ol. cocois nuciferae) ہلا کر ایک دنس (Whitfield)۔ صبح کے وقت یا تو یہ مرہم پھر لگایا جاتا ہے، یا غسل سے اسفنج کرنے کے بعد مندرجہ ذیل سفوف چمک دیا جاتا ہے:- (نسخہ) آئسڈی سیلی سیلیکی ۴ حصے، آئسڈی بوریکی ۲۰ حصے، ٹالک (talc) ہلا کر ۱۰۰ حصے۔ پسندیدہ طریقہ یہ ہے کہ مریض دوران علاج میں اپنے معمولی پاہلے کے نیچے چھوٹا سوتی جاگلیا پہنے، اور یہ ظاہر شفا ہونے کے بعد بھی ایک آدھ ہفتے تک غسل اور سفوف استعمال کرتا رہے۔ دشوار علاج امواتوں میں کرکس ڈین کارمزہم (chrysarobin ointment)، یا برٹش فارماکوپیا کا چمفٹم کرکس اوروینی (pigmentum chrysarobini) استعمال کیا جائے لیکن اس امر کی بڑی احتیاط رکھی جائے کہ صغن میں تراش نہ ہونے پائے۔

جوارح کی برادری فطریہ (epidermophytosis of extremities)۔

یہ حالت عموماً نہایت دشوار علاج ہوتی ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ ہاتھوں اور پاؤں پر قرفی طبقہ دبیز ہوتا ہے، اور زانگوں سے باز مرایت کا امکان ہوتا ہے۔ جو طریق علاج استعمال میں لائے جائیں وہ ہر مریض کی انفرادی حیثیت کے لحاظ سے کیسے مختلف ہونے چاہئیں، لیکن راقم الحروف کو پاؤں کی غیر پیچیدہ برادری فطریہ میں مندرجہ ذیل طریق علاج سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ تقریباً دو ہفتہ تک پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور دوسرے متاثرہ حصہ پر ایک طاقتور سیلی سلک غسول (بجیرید ایسڈائی سیلی سلائی ایک ڈرام، سپرٹ وائٹنی میتھ انڈسٹ (spt. vini meth. indust.) ملا کر ایک انس کر لیا جائے) صبح اور شام اچھی طرح لگا دیا جاتا ہے، اور ہر اطلاق کے بعد پلو ایسڈائی سیلی سلائی کو، بی پی سی پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور زوروں یا لمبی جرابوں میں چھڑک دیا جاتا ہے۔ اس سے مرایت زدہ قرفی تہہ کا ضمیمہ تسلخ واقع ہوتا ہے، اور جب اسکی تکمیل ہو جائے تو پھر بدل کے طور پر مندرجہ ذیل طریقہ استعمال کیا جاتا ہے۔ رات کے وقت مندرجہ بالا بیرونی سیلی سلک ایسڈ مرہم پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور نیچے اور دوسرے ٹائوف رقبوں پر اچھی طرح لایا جاتا ہے۔ البتہ اپنی انگلیوں کی مرایت کا خطرہ دور کرنے کے لئے سالہ کی ایک گدی استعمال کی جاتی ہے۔ رات کے وقت پیدہ ہوتی مونہ سے پن لئے جاتے ہیں۔ صبح کے وقت پاؤں دھو ڈالے جاتے ہیں اور بقدر قرفی طبقہ آسانی سے علحدہ کیا جاسکے میکائی طور پر نکال دیا جاتا ہے، پھر ان پر ذیل کا ضما د اچھی طرح لگا دیا جاتا ہے: ۱۔ ٹیپس آئیوڈی ٹیسس ایک حصہ، اسپرٹ وائٹنی میتھ انڈسٹ (spt. vini meth. indust.) ملا کر جلد تین حصے کر دیے جائیں۔ اور پلو ایسڈائی سیلی سلک کیاؤنڈ (پرشس فارما کوپیا) پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور زوروں کے اندر چھڑک دیا جاتا ہے۔ یہ علاج ایک ماہ تک عمل میں لایا جاتا ہے، اور اس کے بعد کے تین ہفتوں کے لئے صرف مغوف استعمال کیا جاتا ہے۔ پھر ایک اوداء کے لئے پورا علاج پھر اختیار کیا جاتا ہے، اور اس کے بعد مریض کو ہدایت کر دی جاتی ہے کہ اپنی باقی ماندہ ساری عمر دن کے وقت اس مغوف کو بطور ایک معمولی دستور عمل کے استعمال کرتا رہے۔ دوران علاج میں زوروں کو الگ دھونا چاہئے اور سوڈا کے ساتھ جوش دے لینا چاہئے۔ جوتوں کو وقتاً فوقتاً غاسل کرنا

(lysol) یا سائیلین (cyllin) سے بچا کر لینا چاہئے۔ ہاتھوں کے لئے رات کے وقت سوئی دستانوں کے نیچے مڑھ لگایا جاسکتا ہے اور صبح کے وقت ان پر آئیوڈین کا ضمد لگایا جاسکتا ہے۔

اُن اصابتوں میں جن میں نمایاں طور پر ایکزیمیت (eczematization) موجود ہو، مندرجہ بالا کوئی طریقہ اختیار کرتے سے پہلے مناسب یہ ہے کہ علاج کا آغاز لا شعاعوں کی کسری معادروں (fractional doses) سے کیا جائے۔

سعدنا ریش (tinea barbae) (سعدنا انجیم = tinea sycosis)۔
اس کا علاج جلد الاراس کے چھتہ دار واد کے علاج سے مکمل ہے (جو لا ظہ ہو)۔
ظفر فطریت (onychomycosis) میں ناخنوں کو کھینچ کر ہٹا کر لینا، قلوئی محلولات سے نرم کر لینا اور سلفیو پریس آئیڈ، یا سوڈیم اٹیو سلفائیٹ (sodium hyposulphite) یا مرکبوری کلورائیڈ (ایک اونس پانی میں ۲ گرین) کے محلولات میں جھگو لینا چاہئے، یا ان پر کاربوئک آئیڈ بار بار لگاتے رہنا چاہئے۔ بہتر اور سریع تر طریقہ یہ ہے کہ انھیں کسی معدوم جس دوا کے زیر اثر بھلا کر خارج کر دیا جائے اور ناخن کی گدی پر سلسل آئیوڈین کی کسوٹہ لگاتے رہیں، یہاں تک کہ ناخن از سر نو پیدا ہو جائے۔

شعر فطری ثورانا (trichophytides) 'خرد بند وری ثورانا'

(microsporides) بُرادھی فطری ثورانات (epidermophytides) قراچی یا شعلہ سی ثورانات (favides) درنی ثورانات کے مقابل میں ثورانات کا ایک گروہ ہے جو قبائی فطرات کی مختلف انواع سے جلد کی سرایت کے ساتھ وابستہ ہے۔ ان کے وقوع کا انحصار فطرات میں کے مشمول ضد جسم زائ کے تعلق جلد کی حیثیت مجموعی حساس شدگی پر ہوتا ہے۔ بالعموم عام دوران خون کے اندر خود فطری ضام کے ضد جسم زائ کو مشمول رکھنے والی شے (trichophytin, microsporin, etc.) کے داخل ہونے پر ہوتا ہے۔ لیکن ہے کہ اس وقت جبکہ یہ دوران سرایت کے اتالی مقام کے قریب وجوہ میں محدودا مقام ہوتا ہے، ضد جسم زائ کا تماس، جوئے خون کے ذریعہ نہیں بلکہ بیرونی ذاتی تعلیم (auto-inoculation) کے ذریعہ، یا لمبی عروق کے

راستہ سے، حساس شدہ جلد کے ساتھ واقع ہو جاتا ہو۔ یہ حساسیتی فطری ثورانات نہایت عام طور پر شعر فطریت (trychophytosis) کی تقیتی قسموں میں پائے جاتے ہیں (شعر فطری ثورانات = trichophytides)۔ خورد بندوری ثورانات (microsporides) شاذ ہوتے ہیں، بجز ان بچوں کے جنہیں خورد بندوری سرایت جلد از اس میں ہو گئی ہو۔ انہیں ممکن ہے کہ مویجی کے لئے لاشعاعوں کے استعمال سے ایک عارضی مادہ الہابی تعامل پیدا ہو جائے۔ بلاشبہ اب اس ملک میں قراع یا شہد یہ (favus) نہایت غیر عام ہے، لیکن معمولی حزانہ آسا شعر فطری ثورانات (lichenoid trichophytides) سے مشابہت رکھنے والے قراعی یا شہدی ثورانات (favides) بیان کئے گئے ہیں جو بالخصوص جلد از اس کے لاشعاعی علاج کے بعد واقع ہوتے ہیں۔

آبلہ دار ایکزیمیا آسا برادری فطریہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ یہاں معض شعر فطری ثورانات (trichophytides) کا تذکرہ کیا جائیگا۔ ان کی مندرجہ ذیل اقسام شناخت کی گئی ہیں: (الف) بشوری حزانہ آسا شعر فطری ثوران (papular lichenoid trichophytide) (شعر فطری حزانہ = lichen trichophyticus)۔ یہ سب سے زیادہ عام ہے اور اس کا مقابلہ خناری حزانہ سے کیا جاسکتا ہے۔ ایکے اضرار چپے یا مخروطی بشور ہوتے ہیں، جو عموماً جرابی ہوتے ہیں، اور جھکا رنگ سرخیائل یا بھورا سا ہوتا ہے۔ بعض اوقات ان پر ایک چمکنا یا خضاسا قاتمہ چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ خناری حزانہ کی طرح یہ گروہ درگروہ ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور خاص کر دھڑ اور جوارح پر اور شاذ حالات میں چہرے پر نمودار ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ جرابی اضرار میں قرفی شوکے نمویاب ہو جائیں (شوبی حزانہ: lichen spinulosus کی ایک قسم)۔ جڈاسون اور سیویس (Jadassohn & Saeves) نے اس ثوران کی ایک نئی خوشی قسم (corymbose form) بیان کی ہے، جو گل خوشی آتشکی ثوران (corymbose syphilide) سے مشابہ ہوتی ہے۔ (ب) آبلہ دار اودقاعی شعر فطری ثورانات (vesicular & pustular trichophytides)۔

(ج) ایک نیا شاعر فطری ثوران (eczematoid trichophytide) - یہ بعض حزازی شکل کی ایک قسم ہے، جس میں اضرار گتھان ہوتے ہیں، اور چھلکے دار متغی پکتیاں بناتے ہیں جو ایک نیا ثوران سے مشابہ ہوتی ہیں (خنازیری آدمی التهاب (dermatitis scrofulosa) - (د) قرمزیا شاعر فطری ثوران (scarlatiniform trichophytide) - بخوری یا بخوری قانچی شاعر فطری ثوران کے نمونے پہلے ممکن ہے کہ شاذ حالات میں ایک عمومی احمری فحج پیدا ہو جائے، جو حجازی قرمز سے مشابہ ہوتا ہے، اور جس کے ساتھ تپ ہو سکتی ہے اور لہنی غدد کی کلانی بلکہ نتیجہ بھی ہوتا ہے - (ه) گولہ کی شاعر فطری ثوران (nodular trichophytides) - شدید جھتہ دار داد کے ساتھ کئی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں حزازہ نما شاعر فطری ثوران کے ہمراہ گرگی احمر کی گرگوں میسی زیر عیدی گرگیں بھی پیدا ہو گئیں - بروکس گارڈ (Bruusgaard) کے مریض میں تو گرگوں کے اندر خرد بن سے فطر بھی حقیقتہ یا یا گیا اور ان سے اُسکی کاشت بھی تیار کی گئی - (26) - (و) کثیر الاشکال شاعر فطری احمر (erythema multiforme trichophyticum) - یہ سب سے زیادہ شاذ ہے، لیکن مستند اصابتیں بیان کی گئی ہیں -

شاعر فطریہ کی بیشتر اصابتوں میں مقامی مرایت شدید نہیں ہوتی اور بلیغی تعامل کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا - دھڑ اور جوارج کے بنور امتحان سے ممکن ہے کہ ایک حزازہ نما شاعر فطری ثوران ظاہر ہو، جسے مریض اکثر نظر انداز کر دیتا ہے - لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ اقلی مقامی التهاب اور عام علامات دونوں شدید ہوں - نتیجہ کے ساتھ ابتدائی ضرر کے گرد اُذیا اور قرب و جوار کے لہنی غدد کی کلانی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ متعجب ہو کر چھوٹ جائیں - تپ عمومی غدد التهاب، حس پذیر لہال، ورم مفاسل اور کثیر الاشکال سپید غلیظ کی کثرت کے ساتھ شاعر فطری ثورات میں سے ایک یا زائد کا وسیع ثوران ہوتا ہے -

احراضیات - ان ثورات کی پیدائش کے اصلی اسباب اور انکی مرضی ماہیت کی تعیین کے لئے بہت کچھ تجربی تحقیقات کی گئی ہے - تا سر اور

پلیٹیز (Neisser & Platc) نے سفلیہ میں قوبائی فطر سے ایک خلاصہ تیار کیا، جس کا نام انھوں نے ٹراکوفائٹین (شعر فطرین) (trichophylin) رکھا، جو بیکٹیرین (درزین) (tuberculin) سے مماثل ہے۔ جن اشخاص کو گہرے قیچی قسم کے داد کی شکایت ہو، انہیں ٹراکوفائٹین (شعر فطرین) کے اشرب سے عمومی اور اسکی تعامل سے اسے طرح پیدا ہو جاتے ہیں، جس طرح کہ تدرن کے مرض میں ٹیوبریکولین (درزین) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اسکے ساتھ ہی مثبت جلدی اور دروں جلدی کا شفا بھی حاصل ہوتے ہیں جن سے جلد کی نوعی عمومی حساسی حالت ظاہر ہوتی ہے۔ سرایت کئے بغیر ہونے کے بعد یہ حالت سالہا سال تک باقی رہتی ہے۔ طبعی عیارات میں اور ان میں جنسین داد کی ادیری قسمیں ہوں، منفی تعاملات حاصل ہوتے ہیں۔ عمومی اور اسکی تعامل کے علاوہ ٹراکوفائٹین کے اشرب سے ایک شعر فطری ثوران پھوٹ پڑنے کا امکان ہوتا ہے۔ بعض قوبائی فطرات (شعری فطر خانہ بدشا trichophyton gypseum = مسبوومہ، قونکلیانی achorion) = quinekeanum کے ذریعہ جانوروں، مثلاً گھینہ پگ یا خرگوش، کی جلد کی تجربی تطہیم سے ایسے اضرار پیدا ہو جاتے ہیں جو خود بخود اچھے ہو جاتے ہیں، اور جبکہ بعد ایک دائمی جلدی حساسیت باقی رہ جاتی ہے جو آئندہ کامیاب تطہیمات نہیں ہونے دیتی، یا کم از کم ثانوی اضرار کو قلیل المدت اور ماقط النعمو بنا دیتی ہے۔ یہی بات انسانوں میں صادق آتی ہے، کیونکہ ایک عمیق المقام شعر فطریات اس معنی میں مناعت بخشی ہے کہ دوسرے حملہ نہایت شاذ ہو جاتے ہیں۔ لیکن یہ بلاشبہ جلد کی اس حساسیتی حالت کی وجہ سے ہوتا ہے جو باز تطہیم کردہ قطر کا مربع اتیلاف کر دیتی ہے، نہ کہ حقیقی مناعت کی وجہ سے (مقابلہ کرو منظر کلاخ Koch's phenomenon سے جو تدرن میں ہوتا ہے)۔

بلاکش (Bloch) نے بتلادیا ہے اولاً یہ کہ قوباء (داد) کے خلاف حیوانی مناعت صرف جلد کی تطہیم سے پیدا کی جاسکتی ہے، اور اس کے لئے ذریعہ جلدی یا درن طریقوں تطہیمات غیر موثر ہوتی ہیں۔ دوم یہ کہ ایک جیسے شدہ شخص میں حساسیت خود جلد کے غلیہ میں ہوتی ہے، کیونکہ اگر جلد کے دو ٹکڑے لیکر

(ایک کڑا تو کسی متاس شدہ شخص سے اور دوسرا کسی حساس ناشدہ شخص سے) کسی طبی شخص پر انکی تعلیم کی جائے تو قلم کے مندل ہو جانے کے بعد حساس شدہ شخص سے لیا ہوا کڑا اثر انکو فاشین (شعر فطریں) کا مثبت جلدی تعامل ظاہر کرتا ہے۔ مگر دوسرے (حساس ناشدہ شخص سے لئے ہوئے) کڑے اور خود موضوع کی جلد ان دونوں سے منفی نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ یہ امر کہ شعر فطریہ کی اصابتوں میں جنس شعر فطری ثورانات ہوں فطری عناصر عمومی دوران خون کے اندر چلے جاتے ہیں، یقینی ہے، کیونکہ انکی مثبت دموئی کاشتیں حاصل ہوتی ہیں، اور شعر فطری ثوران کی زیادہ شدید قسمیں، مثلاً گردہ دار قسم، غالباً اس طرح پیدا ہوتی ہیں کہ آدمی یا زیر جلدی عروق میں ان عناصر کی حقیقی سدا دیت واقع ہوتی ہے اور متاس شدہ جلد انکی سرچ پاشیدگی واقع کر دیتی ہے، جس سے ضد جسم زائے (antigenic substance) رہا ہو جاتی ہے۔ لیکن بلاشبہ نے ایک اسکے میں، جسے قویا کی شدید سرایت لاحق ہو گئی تھی لیکن جو اچھا ہو گیا، ٹراکوفاشین کے اثر اب سے قمریہ نما احمرار اور ازاں بعد ایک تمثیلی حرازہ نما شعر فطری ثوران پیدا کر دیا۔ لہذا یہ ممکن ہے کہ خفیف تر شعر فطری ثورانات ضد جسم زائے کے انجذاب کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (جو سرایت کے اتنی مقام سے حاصل ہوتی ہے) نہ کہ حقیقی فطری عناصر کے خون زاد پھیلاؤ کی وجہ سے۔

اس طرح ہم دیکھتے ہیں کہ اپنی مرضی تولید اور ماہیت مرض میں آنشکی ثورانات (syphilides) اور ثورانات (tuberculides) اور شعر فطری ثورانات (trichophytides) تینوں کیسندہ تقریبی باہمی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ سرایتیں اعلیٰ درجہ کی حساسیت پیدا کر سکتی ہیں، جس سے سیجی علیات، یا انعموس جلد کے علیات، حساس بن جاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب سرایت رساں مضویہ یا بعض اصابتوں میں اسکے سم (مثلاً ٹیوبرکولین اور ٹراکوفاشین) کا انتشار جوئے خون کی وساطت سے واقع ہو جائے تو ایک قسم کے ثورانات (سیجی جلدی تعاملات) پیدا ہو جاتے ہیں، جو مستزاد سرایت کے خلاف مدافعتی رد عمل ہوتے ہیں، اور جبکا نتیجہ اس عضو یا سم کا علی مقامہ اطلاق ہوتا ہے۔ حال ہی میں

مانیلا کی سرایتوں کے تعلق میں ایسے ثورات بیان کیے گئے ہیں جنکا مقابلہ شعر فطری ثورات سے کیا جاسکتا ہے، لیکن جو بالخصوص لکھی فلسفا (muculo-squamous) یا ایکزیماتوما (eczematoid) قسم کے ہوتے ہیں (لہنی ثورات)۔

مختلف الالوان سعفہ

(tinea versicolor)

یہ جلد کا ایک عام عارضہ ہے، جو تعدیہ سے پیدا ہو جاتا ہے اور گرمی اور مرطوبیت سے پرورش پاتا اور پھیلتا پھولتا ہے۔ یہ مردوں میں زیادہ ہوتا ہے اور بالخصوص انہیں جو فلائین کا درونی جامہ پہنتے ہیں۔ یہ شاید طور پر براہ راست تماس سے منتقل ہوتا ہے، مثلاً شوہر سے بیوی میں۔

886

یہ مرض ایک زردی مائل بھورے رنگ کے چھوٹے دائری دھتے کی طرح شروع ہوتا ہے، جو جلد سے کس قدر ابھرا ہوا ہوتا ہے، اور جس سے اٹھکی کے ناخن یا ایک چھریا سے کھرچنے پر چند سفیدی مائل رنگ کے چھلکے یا سانی ملاحظہ کئے جاسکتے ہیں۔ یہ چکیتیاں پھیل جاتی ہیں اور نئی چکیتیاں اور بنجاتی ہیں، جس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ جلد ہی سینہ کا (جہاں یہ عموماً ابتدا دیکھنے میں آتا ہے) ایک بڑا حصہ ایک بھورے یا بھورے زردی مائل رنگ کی بیقاعدہ چکیتی سے ڈھک جاتا ہے، جسکا حاشیہ مقرب یا محاری ہوتا ہے۔ اور اسکے قریب کی تندرست جلد پر متعدد منفرد چکیتیاں ہوتی ہیں، جنکا قطر $\frac{1}{8}$ انچ سے لیکر $\frac{1}{4}$ انچ تک ہوتا ہے۔ یہ مرض صرف ڈھکے ہوئے حصوں پر ہوتا ہے، اور سینہ کے سامنے اور پیچھے اور شکم پر بہت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھرچنوں کا امتحان لاکر ہوناسی میں خوردبین سے کرنے پر انہیں مرحلی صفے اور نوعی قطر، یعنی خالی خردبذریہ (microsporon furfur) شاذاً فطر جال کے ذروں کا شبکہ بناتے ہوئے نظر آتا ہے، جنکے درمیان نسبتہ بڑے حدیم الجنس بذور ماقطع کے چھوٹے چھوٹے گروہ انگو کے خوشوں کی طرح فشر ہوتے ہیں۔ اس عارضہ سے کس قدر معمولی کے سوائے اور زیادہ تکلیف نہیں پیدا ہوتی اور مریض اکثر اس سے بیخبر رہتا ہے لیکن بعض اوقات

ہدیش کی وسعت اس قدر زیادہ ہو جاتی ہے کہ اس پر غلطی سے مرض ایدیلسین اور دوسرے کوئی عارضیوں مثلاً برص (vitiligo) کا گمان ہو جاتا ہے۔ اس کا مخصوص رنگ اس کی مقب کور، اور سطح کا آسانی تشر واقع ہونا، یہ امور باطل معیار ہونے چاہئیں اور خردین سے تشخیص کی فوراً تصدیق ہو جاتی ہے۔

علاج۔ یہ سوڈیم ہائیپوسلفاٹ کے (۸ میں ۱) یا سلفیورن ایلید (۴ میں ۱) کے غسولات، یا ایک لٹی جس میں گندھک ریسا رسن (resorcin) اور سیلی سلک ایلید ہو، لکھنے سے جلد اچھا ہو جاتا ہے لیکن اگر وہی دوائی جامہ اچھی طرح دھوئے بغیر اور ازالہ عفونت کے بغیر پھر استعمال کیا جائے تو یہ مرض پھر ہو سکتا ہے۔

حمراء (erythrasma)۔ یہ تھوڑا زیادہ اکثر تمام طبقات کے بالوں اور سر آدمیوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عورتوں میں یہ شاف ہے اور بچوں میں کبھی واقع نہیں ہوتا۔ اس سے کچھ تکلیف نہیں ہوتی، الا یہ کہ پسینہ آنے کے بعد خفیف سی خارش ہوتی ہے اور اکثر یہ اتفاقی طور پر دریافت ہوتا ہے۔ اس کا انتخابی مقام تناسلی ساقی دہرائو اور ران کے متصل حصہ کی اندرونی سطح ہے۔ یہ صنف یا عسانہ پر بہت کم ہو کر رہتا ہے، لیکن شاذ حالتوں میں یہ بغلوں میں واقع ہو سکتا ہے۔ یہ بھوری سی یا زرد گلابی چمکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو سطح سے مشتمل ابھری ہوئی ہوتی ہیں، کسی قدر چمکے دار ہوتی ہیں، اور کبھی آبلہ دار نہیں ہوتیں۔ ماحشیہ واضح طور پر متمیز ہوتے ہیں، لیکن سعد ساقی کے ماحشیوں کے برعکس، ابھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ گاہے گاہے برفل افتادہ بیضوی چمکتیاں شکم اور رانوں پر دیکھی جاتی ہیں۔ یہ مرض محض خفیف طور پر متعدی ہے۔

اس کا سبب خردین وریہ ادق (microsporon minutissimum) کے ساتھ قرنی طبقہ کی سرایت ہے، جس کا فطر جال نہایت ہی باریک اور بذرات نہایت ہی چھوٹے ہوتے ہیں۔ اس کو اس طرح دیکھا جاسکتا ہے کہ اس کے چمکوں کا امتزاج لاکر بوناسی میں $\frac{1}{14}$ انچہ روغن غرق حدسہ کے ساتھ کیا جائے۔

سعد ساقی سے تفریق تشفیض مشکل نہیں، کیونکہ آخر الذکر رنگ میں زیادہ سرخ ہوتا ہے، ابھرے ہوئے کنارے رکھتا ہے، اور نیچے کی طرف رانوں میں

اور پھر صدف اور عسانہ پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے، اکثر آبلہ دار ہوتا ہے، اور زیادہ سریع ارتقا پاتا ہے۔ وہ قسیمیٹ جو کہ بقیہ سبھیہ (streptococcus) یا مانیسیلا (monilia) کی سرایت کے باعث ہو، زیادہ التهابی اور بالعموم تر ہوتی ہے۔ علاج: وٹ فیلڈ کا بنز فلک سیلی سلک اینڈ مرہم موثر ہے، لیکن جس کا سد باب کرنے کے لئے اسکو متعدد عرصہ تک استعمال کرنا چاہئے۔

شعر فلست (leptothrix) (پلمیلی شعر فطریت (Trichomycosis palmellina)، گولا دار شعر فطریت (T. nodosa)۔ یہ مرض ساری دنیا میں پایا جاتا ہے، اور اکثر اُن اشخاص میں ہوتا ہے جو اپنی جسمانی صفائی کے متعلق غیر محتاط رہتے ہیں۔ یہ بگلوں کے بالوں اور موہے زہار کو موقوف کرتا ہے، جسکے گرد زردی مائل یا سرخی مائل یا سیاہ انجمادات واقع ہو کر، بالوں کی ڈنڈیوں کے طول میں اکثر ببقا مدہ گرہیں پیدا کر دیتے ہیں۔ خود میں سے دیکھنے پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ ایسے خود نمبوں کے خوردوں پر مشتمل ہیں، جو ایک یکساں لزوج شے میں مفلون ہوتے ہیں۔ قسطلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ اسکی زرد قسم ایک فطر، نازک ٹوکا رڈیا (nocardia tenuis) کے سبب سے ہوتی ہے، سرخ قسم ایک سرخ لون پیدا کرنے والے ببقہ کے ساتھ اُسی فطر کی ہم باشی کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اور سیاہ قسم ایک سیاہ لون پیدا کرنے والے ببقہ کے ساتھ ٹوکا رڈیا کی ہم باشی کی وجہ سے نام نہاد تلون العرق (chromidrosis) کی بیشتر اصناف میں شعر فلست ہی کی وجہ سے ہوتی ہیں۔

علاج۔ موقوف حصول کو بنیزین (benzina) سے صاف کر کے پرکلورائیڈ آف مرکری کے (۲۰۰۰ میں ۱) یا فارمالین کے (۲ فیصدی) الکحلی محلول سے پھاردینا چاہئے۔ بالوں کو مونڈ دینا مناسب ہوگا۔

بویضی فطریت (oidiomycoses)۔ حال ہی میں چند سال سے بعض ادواء الجلد کی تسبیب میں لہن نما عضویوں کی اہمیت زیادہ زیادہ مانی جاتی لگی ہے۔ اس گروہ سے تعلق رکھنے والے تخیلی بندویرے ٹاسیز (pityrosporon of Malassez) کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ ان عضویوں کی ٹھیک ٹھیک شناخت ہدی

شکل ہے اور یہاں اُس کے متعلق بحث نہیں کی جائیگی۔ یہ لہن سے اس امر میں مشابہت رکھتے ہیں کہ یہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں اور ان کا تنکا ٹرکھاؤ سے ہوتا ہے، لیکن یہ ایک ادنیٰ تر فیصلہ سے تعلق رکھتے ہیں اور انھیں ناگمل فطرات (fungi imperfecti) کی جماعت میں سمجھا جاتا ہے۔ ایک خاندان فطرات خفی النبقہ (erythrococcaceae) میں خفی النبقہ فطر، 'ٹارولا' اور غالباً تنخلی بذوریہ کی اجناس شامل ہیں۔ ایک دوسرے، یعنی فطر ابیض بذری (sporaceae) میں ابیض بذری فطر (oospora)، بوضی فطر (oidia)، اور انیلیا شامل ہیں۔ جب آخر الذکر جلد میں پڑھتے ہیں تو لہے اور شاخدار فطر جال بنا دیتے ہیں۔ اول الذکر ایسے جال نہیں بناتے۔ تنخلی بذوریہ کے علاوہ، بیشتر ممرض عضویہ جنکے متعلق اب تک تحقیقات کی گئی ہے جن میں مانیلیا سے تعلق رکھتے ہیں، جیسے کا قلاچی فطر (thrush fungus) یعنی مانیلیا ابیض (monilia albicans) اور مانیلیا پنونی (M. pinoyi) اہم ترین ہیں۔

انیلیا سے پیدا ہونے والے ثوران کے اقسام کی جماعت بندی حسب ذیل ہو سکتی ہے (27) :- (۱) عمومی قسم (generalised type)۔ یہ عام طور پر مریضوں میں پائی جاتی ہے جن کا علاج مسلسل غسل سے (جو بالخصوص دانتوں سے متعلق کیا جاتا ہے) ہو رہا ہو۔ اس کے اضرار آجوں، 'بثور' اور چھلکے دار احراری چکیتوں پر مشتمل ہوتے ہیں اور بالخصوص بقلوں، گھٹنوں، اور ہاتھوں کو موقوف کرتے ہیں۔ لیکن یہ ثوران وسیع طور پر پھیلا ہوا ہو سکتا ہے۔ (۲) مریضی قسم (infantile type)۔ یہ قسم شیر خوار بچوں میں دیکھی جاتی ہے، اور اکثر اوقات مخاطی جھلیوں کے قلاع (thrush) کے ہمراہ (جو ملاحظہ ہو) پائی جاتی ہے۔ اس میں ثوران ٹوٹا پہلے مبرز کے گرد پیدا ہوتا ہے اور پھر مریضوں، اعضائے تناسل، رانوں اور شکم پر پھیل جاتا ہے اور یہاں سے ممکن ہے کہ وہ بقلوں، گردن اور چہرے تک پہنچ جائے۔ یہ آجوں، قاشوں، اور ایسے احراری رقتوں پر مشتمل ہوتا ہے جن میں مرکز میں چھلکے آتے ہیں۔ آجے اور قاشے چھوٹ کر قریٰ طبقہ کی ایک جھلی باقی رہ جاتی ہے، جس سے سرایت پھیلا کر احراری فلسفانی چکیتاں بنا دیتی ہے

جنگے کنارے اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ قسم جاکیتہ کے فسی احمرار (infantile erythema of Jacquet) میں ایک پیدگی کے طور پر واقع ہو سکتی ہے۔ (۳) تسمیطی قسم (intertriginous type)۔ یہ سب سے زیادہ عام قسم ہے اور اسے اس تسمیط سے تیز کرنا پڑتا ہے جو بغابت سبجیدہ کی سرایت یا قوبائی سرایت کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ چٹوں، مین سرخی درز، اور بغلوں میں عورتوں میں پستانوں کے نیچے، اور ضخیم اشخاص میں نشی دہراؤں میں دیکھی جاتی ہے۔ یہ توران خاص کر ان رقبوں کو ماؤف کر رہے جن میں جلد کی مقابل سطحیں متاس ہوتی ہیں اور چمکے دار چمکیاں یا سطحی تاؤکلات بنا دیتا ہے۔ جنگی کوروں پر زیرکا ویدہ قرنی طبقہ کا ایک چھوٹا کلسا بن جاتا ہے، لیکن بروں افتادہ احمراری فلسمانی اضرار بھی ہوتے ہیں۔ (۴) باین اصبعی قسم (interdigital type) جسے پہلے "بین اصبعی ہوض فطری تاؤکل" ("erosio interdigitalis blastomyoetica") کے نام سے یاد کیا جاتا تھا۔ یہ قسم نہایت عام طور پر ان اشخاص میں پائی جاتی ہے جنکے ہاتھ ہمیشہ گیلے رہتے ہیں، مثلاً دھوبوئوں اور شراب خانوں کے لازموں میں۔ تیسری بین اصبعی فضا کے ماؤف ہونے کا امکان سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ یہ توران آبلوں کے گرد ہوں کی صورت میں شروع ہوتا ہے، جنگے پھوٹنے پر ایک کچی سطح باقی رہ جاتی ہے جس کا عا شہ یہ موٹے کپوے ہوئے مرحلہ کا ہوتا ہے۔ (۵) ناخنوں کی سرایت۔ التهاب جہاد الظفر (onychia) یا داحس (paronychia) کی مختلف قسمیں بیان کی گئی ہیں، جو مانیلیا کی وجہ سے ہوتی ہیں زیر ناخن پھوٹے (subungual abscesses) یا ظفری صفحے کی بیش قرنیت پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن وہ داحس زیادہ مخصوص و متمیز ہے، جس میں ناخن ٹھکن بہت بڑے رقبہ پر نہایت متورم ہو جاتا ہے۔ بالعموم التهاب کے متوالی مادہ چمکے ہوتے ہیں، جنگے ساتھ فرہ کے زمانے ہوتے ہیں ظفری صفحے سے تغذیاتی چھوٹے ہیں۔

مانیلیا کی سرایت کی ان قسموں کے علاوہ، راقم الحروف کو داتھ پاؤں کی ایک زیادہ تسمیطی التهاب آدمہ کی ایسی مزمین اصابتیں ملی ہیں جو ایک زیادہ ناقابل سے

مشابہ تھیں اور اس عضو کے سبب سے پیدا ہو گئی تھیں۔ یہ اکثر نہایت دشوار علاج ہوتی ہیں۔

فشیخص تفتیش قائم کر نیچے لئے خود بینی امتحان اور کاشتیں ضروری ہیں۔ پدماش کی تجہیزات میں قطر جال، لہجے، پتلے، عموماً غریف صل دار، اور چھوٹی جانی کلیوں کے ساتھ نظر آتے ہیں۔ انکے ساتھ بذروں کے متعدد دگروہ ہوتے ہیں۔ کاش کرنے پر عضو باقراط بڑھتا ہے اور عموماً خالص کاشت میں ہوتا ہے، مگر ایسا آہستہ نہیں ہوتا جبکہ وہ محض ایک گندہ نہایتی آلودگی ہو۔

علاج۔ مانیلیا سے سطحی نارتیں ہوں تو بالعموم اُنکا علاج کامیابی کے ساتھ لکے شجر آف ایوڈین سے کیا جاسکتا ہے یا بنزائیگلی سکد ایسڈ کا مرہم لٹنے سے جس کی سفارش برادری فطریہ کے لئے کی گئی ہے۔ شاید ۲۵ فیصدی روج شراب میں جنکشن وایولیٹ (gentian violet) کا ۲-۳ فیصدی محلول زیادہ موثر ہے۔ داجس کے لئے، اُٹھے ہوئے ناخنی دہرائو کے نیچے غائبس کاربوولک ایسڈ یا غیر مرغن مان سال (monsol) روئی کے ذریعہ لگایا جاتا ہے، جبکہ ایک چھٹی باریک بنی ہوئی دیاسلٹی کے گرد لپیٹ لیا جاتا ہے اور ایک جانب سے دوسری جانب تک پھیرا جاتا ہے۔ اس طرح مان سال روزانہ، اور کاربوولک ایسڈ ہر چھ یا پانچ گھنٹے لگائے جاتے ہیں۔

پیچ موئی امراض

آنرک پیچ سلکیہ، شاحب (treponema pallidum) (صفحہ ۱۰۱)۔

فریبسیہ (frambesia) (راز = yaws) پیچ سلکیہ، نارنگ (treponema pertenue) (صفحہ ۱۰۳)۔

زہراوی ثولولات

(venereal warts)

(condyloma vel verruca acuminata = زہراویہ یا نوکدار برص)
زہراوی ثولولات دونوں منفوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ مردوں میں۔

بالخصوص حشفہ، قضیب کے پیچھے کے فجوہ میں اور اکیلیل اور لجام پر واقع ہوتے ہیں لیکن سارے خلفہ بلکہ مجری البول کے دہانہ تک کو مؤؤف کر سکتے ہیں۔ عورتوں میں یہ دلیز، قید الشفرین، اور بظہر پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن ساری قرچ پر ہو کر قد و بزرگ اور عجمان تک پھیل سکتے ہیں۔ شاذ حالتوں میں یہ بغلوں میں اور جلد الاراس پر بھی پائے جاتے ہیں۔

یہ علیمہ سلیبی نبتوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جھکارنگ گلابی یا بھورا سرخ ہوتا ہے، اور جو بے ڈنڈی اور لٹک دار، یا خیط نما اور لمبوتری ہوتی ہیں۔ عورتوں میں یہ گوبھی کے پھول جیسے بڑے بڑے تو دے بنا دیتے ہیں، جو تراور بدبودار ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ ذاتی طور پر تطہیم پذیر ہوتے ہیں، لہذا یہ ہم پہلو سطحوں کو مؤؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

حکمت اسباب - فاوری (Favre) اور سیواٹی (Civatte) نے بتلایا ہے کہ انکھا مبتتب عضو یہ تقریباً یقینی طور پر ایک مغرولچہ ہے، جو بروں خلوی اور دروں خلوی دونوں طرح تعداد کثیر میں پایا جاتا ہے۔ ذاتی صفائی کا فقدان، مرطوبیت، حرارت، اور خراش اور اخراجات، جو برآمدہ کی تعطین کر دیتے ہیں، انکے نمویں معدہ ہوتے ہیں۔ سوزاک ایک کثیر الوقوع متعدی سبب ہے اگرچہ ایک لازمی متعدی سبب نہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ حل بھی ایک اہم عامل ہے۔

تشریح - نبتیں نوخیز اتصالی بافت کی خیط نما بروں بالیدگیوں ہوتی ہیں، جنہیں کثیر التعداد دومی عروق موجود ہوتے ہیں، اور جو ایک دبازت یافتہ، فاعلی طور پر بڑھنے والی مالپیگی (Malpighian) ترسے ڈسکی ہوتی ہوتی ہیں، جسکے غلیات سر بیج کا خرکی حالت میں ہوتے ہیں۔ قرنی طبقہ تلا ہو جاتا ہے۔

علاج - کامل صفائی، اور عابس غسولات اور چھڑکنے کے ایسے سفوف کے استعمال سے جنہیں سیلی سلک ایڈ اور بودک ایڈ شامل ہوں، ممکن ہے کہ یہ غائب ہو جائیں۔ دشوار علاج اصابتوں میں لاشعاعیں استعمال کرنا چاہئے، یا نبتوں کو ایک مجرف (curette) سے دور کیا جاسکتا ہے۔

فخز حیوانی امراض (protozoal diseases)

لیشمانیت (قوہ مشرقی) لیشمانیا (leishmania) (سنو 1052) -
امیبائیت نیج پاش دروں آمیب (entamoeba histolytica) (سنو 1056) -

جلد کی امیبائیت سب سے پہلے اینگمن (Engman) نے اور ہیٹھاؤس (Heithaus) نے ایک بچہ میں بیان کی جو امیبائی ترعیر میں مبتلا تھا، اور ضروریہ مرض نہایت ہی شاذ ہے۔

بعد حیوانی امراض (metazoal diseases)

انسانی جلد میں مختلف حیوانی طفیلیات اپنی موجودگی سے اضرار یا ثورات پیدا کر سکتے ہیں، جو عموماً مخصوص اور تمیز ہوتے ہیں۔ جو 'پتو'، کھنسل اور چھتر طفیلی حشرات کی مثالیں ہیں۔ کھنی (acarus) کی کئی قسمیں مثلاً انسانی جگر پی کنہ (sarcoptes scabiei hominis) جو انسانی جرب یا غارشت کا سبب بنتی الخریف (leptus autumnalis) یا "بق حصید" ("harvest bug")، لز قیہ شجر میہ (ixodes ricinus) یا "قرن نشی" ("wood louse")، عتق منتقم (pediculoides ventricosus) جو "اناج کھلی" ("grain-itch") کا سبب ہے، اور کنہ (sarcoptes) کی وہ اقسام جو کتے، بلی، بھیڑ اور ستر جیسے جانوروں پر طفیلی ہوتی ہیں، یہ سب انسانوں پر حملہ آور ہو سکتی ہیں۔ بالآخر بعض کرم اور ترسے جلد کے اندر داخل ہو سکتے ہیں، مثلاً رشتہ یا نارو (guinea worm) (worm) اثناعشری کج دھنہ (anchylostoma duodenale) کا سرورہ بعض دوبرے کیڑوں کا سرورہ (مہاجر سکودا (larva migrans)۔

انسانوں میں پائے جانے والے قملات یا جوؤں کی تین انواع ہیں:۔
قل الرأس (pediculus capitis) یا سر کی جوں، اور قل البدن أو ملا بسس (pediculus corporis vel vestimentorum) یا بدن کی جوں

اور قمل العانہ (P. pubis) یا کیکڑا جوں -

قمل الراس

(pediculus capitis)

سر کی جوں تقریباً دو ملی میٹر لمبی x ایک ملی میٹر چوڑی ہوتی ہے، اور جلد الراس کے بالوں میں نسل پیدا کرتی ہے۔ یہ خاکستری زردی مائل رنگ کی ہوتی ہے، اور اسکے سات تنگی قلعات کے اتصالات پر دونوں طرف سیاہ نشان ہوتے ہیں۔ اُسکے انڈے بالوں سے چپکے رہتے ہیں اور انھیں لیکمیں (nits) کہتے ہیں۔ انکی لمبائی تقریباً ۱ ملی میٹر، رنگ سپیدی مائل، اور شکل کیسے قد مخروطی ہوتی ہے اور اس مخروط کا راس ہمیشہ جلد الراس کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ کائینی مادے کے ایک مستوانی غلاف کے ذریعہ سے، جو اس سے تھوڑا فاصلہ آگئے تک پھیلا ہوتا ہے، بال کے ساتھ ثبت ہوتی ہیں۔ جوؤں کی خواش سے مستمر غارش ہو کر قانچی ایکن یا متعدی جصفہ (contagious impetigo) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ دوران غذائی نخلے میں سب سے زیادہ عام اور شدید ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سخت القذالی غدو اکثر کلائی یافتہ ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ متعجب ہو جائیں۔

تشخیص مشکل نہیں۔ اگر جوؤں فوراً نظر آجائیں تو لیکوں سے (جو غور سے امتحان کرنے پر مجبوسی سے باسانی تمیز کی جاسکتی ہیں) فوراً ظاہر ہو جائیگا کہ جوؤں موجود ہیں یا نہیں۔ سر کے پچھلے حصے میں پٹریوں کے محل وقوع سے بھی جوؤں کی موجودگی کی قوی تائید ہوتی ہے۔

علاج۔ لطیفیات کو وازلین (vaseline) کے ذریعہ سرعت تلف کیا جاتا ہے جو انکی تنفسی نالیوں کو مسدود کر دیتا ہے، یا بنزال کے ذریعہ (Sabouraud) زائل (xylol) ۵۰ قطرات، اور وازلین ۵۰ گرام کے آمیزہ کی سفارش کرتا ہے۔ اسکو پورے سر پر اچھی طرح مل دیا جاتا ہے، اور ۱۲ گھنٹہ تک لگا رہنے دیا جاتا ہے۔ پھر بالوں کا تھک کیا جاتا ہے، اور مرقع الیشک ایسڈ کے ساتھ کٹھک کر کے

لیکھوں (nits) کو نکال دیا جاتا ہے۔ کاربالکس ایڈجولڈ (۴۰ میں ۱) بھی موثر ہے۔ بالوں کو اس کے ساتھ مسیر کر کے ایک دو گھنٹے تک تولیے میں لپیٹ دینا چاہئے، قبل اسکے کہ انکا تدلک کیا جائے۔ ثانوی حصہ کا علاج، پارسے کے مریضوں سے کونے کی ضرورت ہے، لیکن بالعموم جب طفلیات تلف ہو جاتے ہیں تو یہ بھی غائب ہو جاتا ہے۔

قل طبوستا

(pediculus vestimentorum)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹، ب، صفحہ ۸۷۸)

قل البدن، قمل الاس کی نسبت زیادہ بڑی، طول میں تقریباً ۳ ملی میٹر اور عرض میں ۱.۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ لکے خاکستری مائل رنگ کی ہوتی ہے، الا اسوقت جبکہ وہ خون سے متغین ہو، جو اسے تاریک سرخی مائل رنگ دیتا ہے۔ اسکے حکم پر ہمیں ۸ فلقات ہوتے ہیں، کوئی سیاہ نشانات نہیں ہوتے طفلیات میزبان کے درونی جامہ میں کثرت سے ہوتے ہیں، جہاں وہ اسکی شکلوں میں پائے جاتے ہیں۔ اسکے انڈے کپڑوں کے اندر دیے جاتے ہیں، مگر جیسا کہ جنگ کے دوران میں دریافت ہوا، ممکن ہے کہ یہ بدن، اور خصوصاً عانی خطہ کے بالوں کے ساتھ چپکے ہوئے ہوں۔ ماداقوں کی جبلت بے انتہا ہوتی ہے، اور نٹل (Nuttall) نے اندازہ لگایا کہ ایک واحد طفیلیہ اپنی عمر بھر میں ۲۷۵ - ۳۰۰ انڈے دیتی ہے، جن میں سے ۷۰ روزانہ دئے جاتے ہیں۔ قمل البدن بلا غذا کے تین دن تک رہ سکتی ہیں، سردی کی مدافعت کرتی ہیں، لیکن وہ ۸۰ سینٹی گریڈ کی تپش سے ہلاک ہو جاتی ہیں۔

ان طفیلیات کے کلٹے سے شرری شور پیدا ہو جاتے ہیں، جو شدت سے خارش پیدا کرتے ہیں۔ جوئیں خاص طور پر رات کے وقت غذا کھاتی ہیں، جبکہ خراش نہایت شدید ہوتی ہے، جیسا کہ خارش میں ہوتا ہے۔ ان اشخاص میں جو کہ مزمن طور پر قملی ہوتے ہیں، کسی قدر برداشت پیدا ہو جاتی ہے، اور

اگرچہ وہ کھیلنا جاری رکھتے ہیں، تاہم غارش کی بہت کم شکایت کیجاتی ہے۔
 کھیلانے کے نتیجہ کے طور پر لکھی انسحاجات پیدا ہو جاتے ہیں جو خطوط
 احشاک (lines de grattage) کے ساتھ متناظر ہوتے ہیں۔ یہ بالعموم شانوں
 پر بہترین طور پر دیکھے جلتے ہیں۔ ثانوی ریم زار ساریت ہونے کا امکان ہے، جس کا
 نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پیرمی دار مصغنی اضرار، اور گہرے ناقلیتی قروح جو قلمیت کی ان
 شدید اصابوں کو پیچیدہ کرتے تھے جو کہ جنگ میں پانی گئیں، نویاب ہو جاتے ہیں۔
 زیادہ گہرے انسحاجات کے بعد شاخ حطی ندرات واقع ہو سکتے ہیں۔
 ان مختلف اضرار کے انتخابی مقامات، شانے، پچھلے بٹنی دہراؤ، پہلو،
 عجری خطہ اور سرینوں کے بالائی حصے، اور رانوں کی مقدمی اور سرورنی سطحوں
 میں۔ طویل المدت اصابوں میں جلد خشک، کھردری، چھلکے دار، اور گہری ٹون
 ہو جاتی ہے (مرض آوارہ گرد = "vagabond's disease")۔ لونیت، جس کے ساتھ
 انسحاجات اور ان کے نتیجہ میں ندرات ہوتے ہیں، انتخابی مقامات پر زیادہ تر موجود
 ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے عمومی ہو جائے اور استقر شدید کہ ایڈین کے مرض سے
 شباب ہو۔ مزید براں ممکن ہے یہ خدی غشا و مخاطی میں پانی جائے، اور چونکہ شدید قمل
 سے نہاکت اور ضعف پیدا ہو سکتا ہے، لہذا اس مرض سے تفریق کرنی ممکن ہے
 مشکل ہو۔ لونیت کا منہ میں محدود المقام ہونا اور نہاکت ظاہر کرتی ہے کہ
 جو قمل کا نہر دروں افزاری شمار کی نظام براہ کمتی تاثیر رکھتا ہے، اور یہ امر دلچسپ
 ہے کہ دوران جنگ میں راقم الحروف نے برص (vitiligo) کی کئی اصابتیں دیکھیں
 جنہیں اس لونی اختلال کی تحریک نقل سے ہونی تھی (28)۔
 قمل البدن اور غارش (scabies) (جو ملاحظہ ہو) کے درمیان تفریق
 تشخیص میں خاص نکات یہ ہیں:-

تقل البدن	خا و قشت
انتخابی مقامات۔ شانے اور پچھلے بٹنی	انگلیاں، کلائیوں کی مقدمی سطحوں، کہنیاں
عجری خطہ اور سرینوں کے بالائی	مقدہی بٹنی دہراؤ، بٹنیاں (مورتوں
جیسے پہلو، رانوں کے مقدم اور	میں)، شکم و ران کی حدیثوں پر سرینوں کے

بیرونی حصے -

اغوار - کھر پیچنے کے نشانات
خطی دوسری پٹریاں ہوتی ہیں جو خطوط
احتکاک کے ساتھ متناظر ہوتی ہیں -

دوسرے اضرار حالیہ کاٹوں سے
پیدا شدہ شری شور حصفی اور ناقطیعتی زخم
اور اوپری خطی ندبات ہوتے ہیں -

خامیروں حصے، ٹانگیں، ٹخنے، اور پاؤں -
کھر پیچنے کے نشانات الپن کی نوکٹ جیسی
پٹریاں ہوتی ہیں جو مقصب جرابوں کے
راسوں پر واقع ہوتی ہیں -

دوسرے اضرار یہ ہیں، نقبات - آبلے
اور قانچے - اطالت پذیر اور مقصب بخور
مقدمی بغلی دوہراؤں میں، صفن کلاوہر کی
حدیہوں پر - ایکز میت، حصفی پٹریاں الہ
دنبل -

انتخابی مقامات کی لویت شدہ
ہوتی ہے، اور ممکن ہے عمومی ہو جائے -

یہ دیکھا جائیگا کہ شائے اور پشت - یعنی وہ حصے جو کہ تھقل میں خاص طور پر اذیت
ہوتے ہیں، عارضت میں نسبت بچے رہتے ہیں - ان حالات سے قطع نظر جو کہ فوج کے اندر
دوران جنگ میں پائے جاتے ہیں، تھقل البدن خالعتہ دونوں سمتوں کے معر اشخاص
میں، حتیٰ کہ انہیں جو کہ آسودہ حالی ہوں، اور آوارہ گردوں میں پایا جاتا ہے - اس کو
حقیقی شیخوخی حکہ (true senile pruritis) اور اس حکہ سے جو کہ تحولی فسادات
مثلاً بیش شکر دمویت اور کلوی اور کبدی عدم کفایت پر منحصر ہو - امراض عصبی مثلاً
ہزال نخاع سے نفسیاتی اختلالات سے - اور لمفی غدی سلعہ، بیض دمویت،
اور حمل کے حکاک (prurigo) سے متفرق کرنا پڑتا ہے - یہ یاد رکھنا چاہئے کہ
ٹانفس، خندقی اور ناکس بنجار جوڑوں کے ذریعہ منتقل ہوتے ہیں -

علاج - اگلنٹم ہیڈار جرائی، امونیاٹی یا اگلنٹم ایسٹی فیسگری (ung. staphysagriae)
جلد پر لگا کر غدا جائے، تو جو میں ہلاک ہو جائیگی - جن کپڑوں یا
اندھے یقیناً حساسیت پاسبے ہوں انھیں بالکل تبدیل کر دینا چاہئے، اور اگر انھیں پھر
پہننا ہو تو انھیں گرم نمور میں خوب سینک لینا چاہئے - بدن کے بالوں کے ساتھ
چھکے ہوئے انڈوں کو دور کرنے یا تلف کرنے کی ضرورت یاد رکھنی چاہئے - این - سی - آئی

اور ہائپرڈرمٹو (naphtholine 96, creosote 2, iodoform 2) (N. C. I.)
(pyrethrum powder) بازرایت کو روکنے کے لئے استعمال کئے گئے ہیں لیکن
دونوں سے بعض موضوعوں میں شدید التهاب الجلد واقع ہو سکتا ہے۔

قمل العانة

(pediculus pubis)

یکڑا جوں (crab louse) دوسری دونوں انواع کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے وہ ایک سے یکڑیٹھ ملی میٹر تک لمبی، اور ایک سے یکڑیٹھ ملی میٹر تک چوڑی ہوتی ہے۔ اسکا جسم تقریباً مربع ہوتا ہے اور اسکی چھ لمبی ٹانگیں ہوتی ہیں جنہیں پنجے ہوتے ہیں جنکے ذریعہ سے وہ اس حصہ کے بالوں سے مضبوطی کے ساتھ چمٹی رہتی ہے۔ وہ نہ صرف موٹے زہار میں بغل کے بالوں میں اور عظم القص پر کے بالوں میں پائی جاتی ہے بلکہ کبھی کبھی بھوؤں، پٹکوں، مونچھوں یا ڈائریسی کے بالوں میں بھی منتقل ہو جاتی ہے۔ اُسکے انڈے بالوں سے جلد کے قریب چپکے ہوئے رہتے ہیں۔ کھیل کی وجہ سے کھلانا پڑتا ہے جس سے ایک ایکڑیا کی طبع پیدا ہو جاتا ہے۔ بہت سی امابتوں میں زیرین شکم اور بالوں کی جلد میں اور اگر بغل اور سینہ کے بال موقوف ہوں تو سینہ کے اطراف پر دھلی کے نشان کی جگہ کے برابر نیلگوں خاکستری لکھات (لاجوردی لکھات maculae caeruleae = تاشد نیلگوں = taches bleues) تاشد ماقاعہ (taches ombrees = نظر آتے ہیں۔ یہ یکڑا جوں کی سرایت کے لئے بالکل ممیز ہیں، اگرچہ پہلے ٹائفس بلکہ تپ محرقہ کی علامت سمجھے جاتے تھے۔ ان لکھات کا رنگ جوں کے ریتی غدو سے حاصل ہوتا ہے۔

801

علاج۔ انگنٹم ہیڈربرائی (برٹش فارماکوپیا) ایک مقبول عام علاج ہے اور نہایت کارگر ہوتا ہے، لیکن اُس سے کالخی جڑی التهاب (pustular folliculitis) بلکہ خادسیما جی التهاب (acute mercurial dermatitis) پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ نسبت محفوظ طریقہ یہ ہے کہ سرایت زدہ مقبول کو پہلے کاربالک ایڈ کے محلول (۴ میں ایک حصہ) سے جو سالہ پرنگا ہوا جو ایک گھنٹہ تک تر رکھی جائے

اور پھر چند روز تک ان پر ایک مرہم ملا جائے جس میں پارسے کا زرد آکسائیڈ (yellow oxide of mercury) آمونیا ٹیڈ مرکبوری (ammoniated mercury) باسٹم آف پیرو (balsam of Peru) شامل ہو۔ بنزال (benzol) یا بنزال اور زائلال (xylol) کا ایک آمیزہ طفیلیات کو ایک لمحہ میں تلف کر دیتا ہے اور ایک ہی اچھا اطلاق شفا کے لئے کافی ہوتا ہے، لیکن بعد میں ایک خفیف سیبانی مرہم کا استعمال قرین مصلحت ہے۔ مبادا کچھ انڈس بچ رہے ہوں۔ مجھے زہار کو کبھی ٹونٹنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اگرچہ سرائیت عموماً مہامت سے واقع ہوتی ہے، تاہم وہ دوسرے طریقوں مثلاً ان بیت الخلاء کی نشستوں پر سے بھی جو کہ گندہ ہوں حاصل ہو سکتی ہے۔

جرب یا خارش

(scabies)

(لاحظہ ہو صفحہ ۵۹ الف صفحہ 875)

جرب یا خارش جلد کا ایک کثیر الاشکال مرض ہے، جس میں خارش شستی کلفتی (itch acarus) یعنی انسانی کنڈ (sarcoptes hominis) کی خارش کی وجہ سے بخور آئے، قاسخے اور بعض اوقات پھپھولے موجود ہوتے ہیں۔

891

مادہ کلفتی شکل میں بھسوی اور طول میں ۱/۲ انچ ہوتی ہے۔ اُس میں سامنے چار چھٹے حکمہ نما زائندے ہوتے ہیں جنہیں ڈنڈیوں پر لگے ہوئے چھینے ہوتے ہیں اور پیچھے چار ویسے ہی زائندے جنہیں لمبے سخت خار ہوتے ہیں۔ زائندہ چھوٹا ہوتا ہے، اُسکے سامنے چار چھینے اور پیچھے دو چھینے اور دو خار ہوتے ہیں۔ مادہ حاط ہونے کے بعد جلد کے اندر ترچھے رخ میں چھید کرتی ہے، چنانچہ جب برادری کی اوپری تہیں ذرک کی وجہ سے ملحد ہو جاتی ہیں تو وہ پھر بھی سطح سے اُسے بقدر گہرائی پر رہتی ہے۔ جیسے جیسے وہ چھید کرتی ہوتی آگے بڑھتی ہے، وہ انڈس دیتی جاتی ہے (جو کہتے ہیں کہ روزانہ ایک دو ہوتے ہیں) اور اس طرح وہ جلد میں ایک بقیہ عدہ خط میں ۱/۲ انچ یا ۱/۲ انچ تک نقب بنا دیتی ہے۔ ایسی نقب (خسدد cuniculus) سے عرف عام میں "نرب" ("run") کہتے ہیں، جلد کی سطح پر

خصائیں ذیل کے باعث شناخت کی جاسکتی ہے۔ اسکے ایک سرے پر بڑا اور ٹوٹا یا گھسا ہوا ہوتا ہے اور اُسکی آزاد کوریں میلی ہوتی ہیں۔ دوسرے سرے پر ایک دقیق پدید کوکھڑا بھارا ہوتا ہے جسکے اندر کلنی رہتی ہے۔ ان دونوں نقطوں کے درمیان کی نقب خود ایک لہریہ دار سیاہ خط ہوتا ہے۔ پوری نقب کو ایک قینچی سے جو چھٹے رخ میں خمدار ہو، کاٹ کر چھانٹ سکتے ہیں، یا اسے ایک ٹھہری سے چھیل سکتے ہیں۔ اب اگر اسے لاٹکڑی یا سی سے خرکر کے امتحان کیا جائے تو اس میں مادہ کلنی، اور اُسکے چھٹے اُسکے اٹلے نظر آئینگے جو حضانت کے مختلف درجوں میں نقب کو پُر کئے ہوئے ہوتے اور جسکے درمیان فضلہ کے دقیق سیاہ دھبے ہونگے۔ جب جلد متعشر ہوتی ہے تو سب سے زیادہ نمایاں اٹلے سطح پر آجاتے ہیں اور ان میں سے بچہ نکلتا ہے۔ تر جلد میں نقب نہیں بناتا بلکہ سطح پر رہ جاتا ہے، جہاں وہ بعض اوقات اتفاقی طور پر پکڑ دیا جاسکتا ہے۔

علامات۔ کلنی کے حل کی وجہ سے بہت کھلی ہوتی ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کھرینچنے سے ریوی سرایت واقع ہو کر مختلف وسعت اور نوعیت کا التهاب جلد پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھلی خفیف یا شدید ہوتی ہے، لیکن عموماً آتشی بُری نہیں ہوتی جتنی کہ جوؤں سے اور کھرینچنے سے شاذ ہی ندبات باقی رہتے یا لونیت پیدا ہوتی ہے۔ رات کے وقت جبکہ مریض بستر کے اندر گرم ہو جاتا ہے، کھلی سب سے زیادہ بُری ہوتی ہے۔ یہ مرض شعری حرکی عضلات کے انقباض کے باعث شعری دہنی جرابوں کا انقباض واقع کر دیتا ہے، اور اُنکی چوٹیاں کھرینچنے سے مسحوج ہوتی ہیں، چنانچہ کھرینچنے کے نشانات اپنی نقطہ نامی دہنی پڑیاں ہوتے ہیں جو منقب شدہ جرابوں کے راسوں پر ہوتی ہیں، اور اس طرح قفل البدن کے کھرینچنے کے خلی نشانات سے مختلف ہوتے ہیں۔ وہ بالعموم شکم اور جوارح پر اچھی طرح دیکھے جاسکتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں معتد بہ جسامت کے اطالت پذیر التهابی ثور، جن میں کلنی کچھ گہرائی پر پائی جاسکتی ہے، موجود ہوتے ہیں۔ یہ دائرہ مرض ہوتے ہیں، اور مقدمی بغلی دہرائو، صفن، خفیب، وکی حدیوں پر، اور کہنیوں کے گرد واقع ہوتے ہیں۔ ان کی شناخت نہایت اہم ہے، کیونکہ اس وقت بھی جبکہ نقبیں شناخت

نہ کی جاسکیں ان خور کی موجودگی تشخیص کو یقین کر دیتی ہے۔ ان کے علاوہ، ابتدائی درجہ میں احماری اور شری اضرار، اور بعد ازاں آبلے، قاحات، حصنہ، نافیت اور ایکڑیمیت واقع ہوتے ہیں۔ آخر الذکر جراح پر فوری تفریق نما (dysidrosiform) قسم کی ہو سکتی ہے، لیکن دوسری جگہ مختلف جسامت کی پیڑی دار کلیتیاں بناتی ہیں۔ آبلے یا قاحہ ایک نقب کی انتہا پر بن سکتا ہے جہاں کلنی پڑی ہوتی ہے۔ یہی پھیپہے نو عمر بچوں کی، تھیلیوں اور تلووں پر غیر عام نہیں ہیں۔ عورتوں میں جھینوں اور بالیزوں کی ایکڑیمیت کثیر الوقوع ہے، اور یہ تقریباً ہمیشہ خارش یا رضاءت کے باعث ہوتی ہے۔ معتدل درجہ کی ایکڑیمین پسندی اور گاہے گاہے ایک عارضی البیومین بولیت ظاہر کرتی ہے کہ کلنیاں، قس البدن کی طرح، ایک سم پیدا کرتی ہیں جو جذب ہو جاتا ہے۔

التهابی مقامات - یہ مختلف اضرار خاص طور پر ہاتھوں کی بین اصبی فضاؤں میں اور انگلیوں کے جانبی کناروں پر، تھیلیوں پر، کلائیوں کے سامنے پر، خاص طور پر زردی جانب - کہنیوں پر - مقدمی بتلی دہراؤں پر - عورتوں میں میٹیلوں پر بیشکم پر - خلفہ اور حشفۃ القنصب پر - سرینوں پر - ور کی حدیوں پر - راتوں پر - سٹخوں اور پا انگلیوں پر - اور نو عمر بچوں کے تلووں پر پائے جاتے ہیں۔ نقبیں انگلیوں، کلائیوں، کہنیوں، قنصب پر، اور بچوں میں تلووں پر دیکھی جاتے ہیں کہ سب سے زیادہ امکان ہے۔ یہ دیکھا جائیگا کہ چہرہ، گردن، اور شانے اور پشت بچہ رہتے ہیں، لیکن شیر خوار بچوں میں چہرہ، اور گردن کا پچھلا دہراؤ علی الترتیب ماں کے پتاؤں اور کلائیوں کے قاس سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔

خارش سے تعدیہ واقع ہونے کے لئے شرط یہ ہے کہ ایک حاملہ کلنی ایک سرایت زدہ شخص سے نقل ہو جائے۔ ایسا بلا واسطہ طور پر اور تقریباً ناگزیر طور پر ایک خارش زدہ کے ہمراہ سونے سے واقع ہو سکتا ہے، جس سے خاندانی وباؤں کی، اور مرض کی زہراوی عمل کی کثرت وقوع کی توجیہ ہوتی ہے۔ چادروں اور کپڑوں کے ذریعہ بلا واسطہ منتقلی اکثر واقع ہوتی ہے، اور سوداگروں کے دلال، جنکو چھپے چھپے مسافر خانوں میں سونا پڑتا ہے، جہاں مسافر چاہیں

ہمیشہ میر نہیں ہو سکتیں، اس طرح مرایت زدہ ہونے کا خاص لحد پر امکان رکھتے ہیں۔ یہ امر مشکوک ہے کہ کیا کسی مرایت زدہ شخص کے ساتھ دن کے وقت معمولی تھاس سے مرض منتقل ہو سکتا ہے یا نہیں، اگرچہ یہ عمریات کو جو خارش زدہ صاحب فراسس مریضوں کی تیمارداری کرتی ہیں، ممکن ہے مقل ہو جائے۔

تفصیص۔ اضرار کے محل وقوع سے تشخیص میں اہم رہنمائی حاصل ہوتی ہے منلو بطور آبلوں اور قاتحوں کا کھلی وارثوران، خاص کر انگلیوں اور کلائیوں کے قرب وجوار میں اور دیگر متذکرہ بالا مقامات سے پر ہوتو ہنایت خود کے ساتھ تلاش جستجو کرنی چاہئے۔ اگر کوئی نقب مل سکے تو اسکے زیادہ صاف سرے پر دقیق سفید ابھار کو تلاش کرنا چاہئے اور اس کے برادر کو ایک سوئی کی نوک سے احتیاط کے ساتھ کھر پنچنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ایسا کہنے پر کھنی ہاتھ آجائے، کیونکہ وہ سوئی کی سطح سے فوراً چپک جاتی ہے۔ اگر یہ نہ ہو سکے تو پھر بہترین طریقہ یہی ہے کہ پوری نقب کو چھانٹ دیا جائے، اور اسے خدین کے نیچے رکھ کر کھنی کے انڈوں یا گڑلوں کے لئے امتحان کیا جائے۔ بالآخر، جہاں التهاب اتنا زیادہ ہوا ہو کہ نقبوں کا پتہ نہ لگایا جاسکتا ہو تو ایسی صورتوں میں پٹیوں کو علیحدہ بکا لکڑا نیس پوٹاس یا سوڈا کے محلول کے اندر جوش دیکر اس کستیاں کو ایک مخروطی گلاس میں ڈنھین ہونے دینا چاہئے، اور پھر ٹنفل کا کھنی کے ریزوں کے لئے امتحان کرنا چاہئے۔

علاج۔ خارش کا کامیاب علاج اس امر پر منحصر ہے کہ اسکو اچھی طرح عمل میں لایا جائے۔ مریض کو یہ کہدینا کہ ”جہاں کھلی ہو“ وہاں گندھک کا مرہم لے، بیکار ہے۔ یہ ضروری ہے کہ مرایت زدہ خاندان کے تمام رکنوں کا ایک وقت علاج عمل میں لایا جائے اور مریض کو قہر کر دیا جائے، کہ اگر مجوزہ علاج کو پورے طور پر عمل میں لانے کے بعد جلد کی خارش ہنوز باقی ہے تو یہ تقریباً یقینی طور پر استعمال شدہ لاسقہ کے باعث ہے نہ کہ مرایت کے باقی رہنے کے باعث۔

مندرجہ ذیل طریقہ بالعموم کامیاب ہوتا ہے۔

(۱) پہلی رات کو، مریض کو تقریباً ۲۰ منٹ تک ایک ٹویل گرم حمام کرایا جاتا ہے، جس میں سلف ایکوا (sulphaqua) ملایا جاسکتا ہے۔ حمام کے اند تمام جسم

کی جلد گردن سے لیکر نیچے تک صابن سے خوب رگڑی جاتی ہے تاکہ تمام نقبیں کھل جائیں۔
فصل کے بعد مندرجہ ذیل مرہم تمام جسم پر گردن سے لیکر نیچے تک بغیر ہاتھوں
اور پاؤں کو چھوڑے، دس گھنٹے خوب کھل دیا جاتا ہے۔

R/	بگنزد
Sulph precip gr. 30	سلفر پریسپ ۲۰ گرین
Balsam peruvian gr. 20	بالسم پروویانی ۲۰
Ung zinci to the ounce.	انگ زینکائی سا بعد ایک اونس

اور مریض پر اپنا پانچا باندھا، قطعی موزے، اور دستاں پہن لیتا ہے۔

893

(۲) اگلے دو روز صبح اور شام کو، مرہم کی مزید ترمیمات کرنی چاہئیں۔

(۳) تیسری صبح، ایک دوسرا حمام لینا چاہئے، اور مریض بالکل صاف
برونی کتان (underlinin) پہن لے۔ یہ امر اہم ہے کہ تمام درونی اور برتی کتان
کا قطع عفونت کر لیا جائے۔

مندرجہ بالا مرہم کی بجائے ٹیگال (Mitigal) (Bayer) یا ”ڈینش“
(Danish) مرہم استعمال کیا جاسکتا ہے۔ یہ دوائے کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر کا
واحد الساق کافی ہوتا ہے۔ اس علاج کے بعد، مریض کو کچھ عرصہ کے لئے کوئی
ٹینک زبده یا زینک کی لمی (zinc paste) لگانا چاہئے۔

ناروے کی خارشمت (Norwegian scabies) یہ نوع سب سے
پہلے ڈینیل سن (Danielsson) اور بوئیک (Boek) نے جذامیوں میں بیان
کی۔ اسکا اتیازی خاصہ وسیع جلیبیت ہے جو بعض اوقات تمام جلد کو، بشمول چہرہ
اور گردن کے، متاثر کرتی ہے۔ پٹریاں خشک شدہ پیپ اور چپکوں سے بنتی ہیں،
اور ان میں کثرت سے ایسی نقبیں پائی جاتی ہیں جنہیں بے شمار طفیلیات اور بیجے
ہوں۔ ناخن مفتول اور کٹ کر، اور کلنیوں کی پناہ گاہ ہوتے ہیں۔ یہ حالت نامہ اشیا
میں بھیڑیے کی کلنی سے سرایت کا نتیجہ سمجھی جاتی تھی، لیکن اب اسکو پست و سفیت
والے، مفلس اور مفتول اشخاص میں واقع ہونے والی انسانی خارشمت سمجھا جاتا ہے۔

حیوانی خارش (animal scabies) (طیلیا کرکٹہ) = sarcoptic

(mange) - حیوانوں (کتے، بلی، گھوڑے، اونٹ، سونر، بھیڑ، بکری) کے کتے انسانوں میں منتقل ہو سکتے ہیں، لیکن وہ نقبیں نہیں بندتے۔ مائوف جیسے وہی ہوتے ہیں جو کہ اس حیوان کے تماس میں رہے ہوں۔ اضرار جو پیدا ہوتے ہیں، چھوٹے بثری آبلے ہوتے ہیں، جو بڑا اوقات شرعی دارسلا قوں سے محصور ہوتے ہیں، اور کثیف بثری شرعی کو یاد دلاتے ہیں۔ انہیں شدید کھجلی ہوتی ہے۔ آدمیوں میں فرسی خارش کی شدید امسا بتیں بیان کی گئی ہیں، جبکہ ثوران ایک عمومی سرخ خجلی (pityriasis rubra) سے مشابہ ہوتا ہے۔ چمچلوں اور پٹریوں میں بے شمار طیلیات پائے جاتے ہیں۔ چونکہ حیوانی اصل کے کتے انسانی جلد میں نقب نہیں بناتے اور نہ نسل پیدا کرتے ہیں، لہذا اس مرض سے آسانی شفا ہو جاتی ہے، چنانچہ گندھک کے مرہم کی واحد تریح کافی ہوتی ہے، بشرطیکہ مرایت کا منع دور کر دیا جائے یا اس کا طلع کر دیا جائے۔

اناج کھجلی (grain-itch) - یہ ایک ثوران ہے جو شرعی سلا قات سے بنا ہوتا ہے، جنہیں ایک مرکزی آبد یا قاح ہوتا ہے، جو ممکن ہے معتد بہ جاست کا ہو جائے اور جدیری (chicken-pox) کے اضرار کے ساتھ مشابہت ظاہر کرے۔ کھجلی شدید ہوتی ہے، اور ممکن ہے ثانوی ریم زامرایت اور اسکے ساتھ غنیف تنپ اور کلمندی واقع ہو۔ معتدل کثرت طلیات ایض اور کثرت طلیات ایوسیند پائی گئی ہے۔ یہ ثوران عنثہ مفتخ (pediculoides ventricosis) کے باعث ہوتا ہے، جو مال اور اناج میں بکثرت پایا جاتا ہے۔ یہ انہیں واقع ہوتا ہے جو ان اشیاء کو ہاتھ لگاتے ہیں، یعنی گودی کے مزدوروں (dock-labourers) اور ملاو میں، اور پیال کی توخلوں سے مرایت مندرج کی گئی ہے۔ عنثہ نقب نہیں بناتا، اور گندھک کے مرہم سے آسانی تلف ہو جاتا ہے۔ کپڑوں کو سینک لینا چاہئے یا ان کو دھونی سے دہنی چاہئے۔

کھوپرا کھجلی (copra-itch) - یہ ایک ثوران ہے جو نقبوں کی موجودگی سے قطع نظر خارش سے مشابہت رکھتا ہے، اور ٹریگلفس (tryglyphus)

(longior) کے باعث ہوتا ہے، جو کھوپرا کے برادہ میں موجود ہوتا ہے۔ اس کا علاج گندک یا بیٹا نیفتھال (beta-naphthal) سے کیا جاتا ہے۔

جس میں نالی امراض کی بہت سی آنکی شکلیاں ملتی ہیں، اسے لکھا جاتا ہے

احمرات

(ERYTHEMAS)

اس دوسرے گروہ میں جن ثورات کے متعلق بحث کرنا ہے، انہی جماعت بندی یقیناً غیر تشفی بخش ہے۔ انہیں سے بہت سے محض جلدی تعامل کے اشکال ہیں جو بروں یا دروں زاد بداء کی مختلف النوع سخی یا خراش اور اشیاء سے پیدا ہوتا ہے، مثلاً بعض احمرات خرنی اور ایکڑیا، اور وہ جلد کی ایک حساسیتی حالت کے مظاہر ہیں (دنی ثورات = tuberculides اور شعر فطری رانا = trichophytides کے ساتھ مقابلہ کرو)۔ ان کے شکلیاتی اختلافات کا انحصار آئینہ جن کی نوعیت پر نہیں بلکہ جلد کے ان مخصوص عناصر پر ہوتا ہے جو حساس شدہ ہوتے ہیں۔ شائد یہ زیادہ مزعج ہو کہ ان غیر نوعی حساسیتی ثورات کو کچھ جماعت بندی کر کے کی کوشش کی جائے۔ ایسے گروہ میں خرنی (urticaria) اور وعائی عصبانی اڈیم (anagioneurotic edema) 'ایکڑیا' اور بعض حکاکات (prurigos) 'جو اکثر دوسرے حساسیتی علامات کے ساتھ پائے جاتے ہیں یا ان سے متبادل ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو سخی خود رو عارضے toxic idiopathies = صفحہ 138) 'اور عمومی تسلی التهاب جلد (exfoliative dermatitis) کی بعض قسمیں شامل ہونگی، لیکن ہمارے علم کی موجودہ حالت میں یہ پسندیدہ خیال کیا گیا کہ جن شکلیاتی جماعت بندی کو سابقہ ایڈیشن میں اختیار کیا گیا تھا اسی کو برقرار رکھا جائے۔

اس میں بہت کم شبہ کی گنجائش ہے کہ کثیر الاشکال احمرات (erythema multiforme) 'گرہمی احمرات (E. nodosum) اور قسم مزہ شکل احمرات

(E. scarlatini forme) بالخصوص اپنی ناکس شکلوں میں، عموماً اس حساس شدگی کے باعث ہوتے ہیں جو تبقہ، سمیچیدہ طویل (streptococcus longus) کی کسی نسل کے لئے واقع ہو چکی ہو۔ اور یہی قول غالباً احمساری ذئب (lupus erythematosus) کی بعض اصابتوں پر صادق آتا ہے۔ لیکن کثیر الاشکال احمرار، گر کی احمرار اور قمریہ شکل احمرار ایک شعری فطر (trichophyton) کی حساس گری سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گر کی احمرار، احمساری ذئب، اور شاید کثیر الاشکال احمرار بعض اصابتوں میں مدنی ثورانات ہوں۔ اسی واسطے گو ہم واضح سرریائی نقصا رکھنے والے ثورانات کو متعدد اسباب سے فسوب کرنا کتنا ہی ناپسند کریں، یہ امر ہمیں تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ احمرار کی قیسیں محض ملائیے ہیں، نہ کہ مخصوص نوعی ذاتیں۔

کثیر الاشکال احمرار

(erythema multiforme)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۸۵، ص ۸۵، ص ۸۳۳)

کثیر الاشکال احمرار کے عنوان کے تحت بعض مصنفین اُن غیر واضح احمراری شری طغناات کو بھی شامل کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، جو غذائی اشتیاء (مثلاً لحم فزیر، صدنی مچلی)، غریبہ مصلوں ("مصلی طغنه" serum rash) مختلف ادویہ، اور بہت سے جراثیمی اور سبز حیوانی سموم کی حساس گری سے پیدا ہو سکتے ہیں لیکن مستند اور مسلمہ قسم کا مدہ ثوران جو کثیر الاشکال ارتشاحی احمرار (erythema exudativum multiforme) کے نام سے مشہور ہے، ایک مخصوص سرریائی ذات ہے، جسے مذکورہ بالا غیر واضح قسم کے طغناات سے متفرق کرنا چاہئے۔

علامات۔ یہ ثوران، جبکہ ساتھ اکثر خراش خلق، تب، مفصل اور عضلات میں درد، اور معدی معوی اختلال ہوتا ہے، یکایک نمودار ہو جاتا ہے، اور ابتدا تقریباً ہمیشہ اُن حصوں پر ہوتا ہے جو روشنی میں کھلے رہتے ہیں، یعنی ہاتھوں اور کلائیوں کی پشت، چہرہ اور گردن، اور عورتوں میں بالائی سینہ کے اُس ۷ کی شکل کے رقبہ پر جو بلاؤس (blouse) کی کاٹ کی وجہ سے کھلا رہتا ہے۔ یہ دو جانباً متشاکل ہوتا ہے۔

اور ممکن ہے کہ بعد میں پیش بازوؤں، کہنیوں، گھٹنوں، ٹخنوں اور پاؤں کو بھی ماؤف کر دے بعض اوقات یہ کم و بیش عمومی ہوتا ہے۔ اکثر اوقات ہونٹوں، شکلوں، زبان، لبوں اور نرے کی مخاطی اغشیہ ماؤف ہو جاتی ہیں، بالخصوص جہانی قسم میں اور متوالی اصابتوں میں۔ مزید براں ممکن ہے کہ سالہا سال تک صرف مخاطی خشیہ پر مرض کے فوجی حملے ہوتے رہیں بغیر اسکے کہ کوئی جلدی اضرار نمودار نہ ہو۔ چنانچہ نام نہاد متوالی التهاب الفم (recurrent stomatitis) کی بہت سی اصابتیں درحقیقت اسی نوعیت کی ہوتی ہیں۔

جیسا کہ اسکے نام سے اشارہ ہوتا ہے، پیدا شدہ اضرار نہایت متنوع ہوتے ہیں۔ سب میں زیادہ میٹر و مخصوص اضرار، جو ہاتھوں اور ہتھیلیوں کی پشت پر تشبیلی طور پر پائے جاتے ہیں، اُنکے ہونے سے پیٹھے قرص نما احمراری بنور ہوتے ہیں جو مرکز میں نیلے سے سرخ اور محیطاً شوخ سرخ یا گلابی ہوتے ہیں۔ جس کرنے پر ایسے فرسے انگلی کو ایک مخصوص احساس ہوتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے جیسے ایک پانی بھری ہوئی بوتل کے منہ پر ایک ربڑ کی ٹوپی تنی ہوئی ہو۔ ان اضرار کے مراکز ایک سستال کے ارتشاح کے باعث اکثر سپید ہوتے ہیں۔ یہ ارتشاح اتنا کافی ہو سکتا ہے کہ ایک آبدیا پھپھولا پیدا کر دے (جبابی احمرار = E. bullosum) اور بعض اصابتوں میں بڑے دائر الفخاع نما (pemphigoid) پھپھولے پیدا ہو جاتے ہیں جو ایک احمراری دائرے گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک بڑھ کے مرکز میں حقیقی زرف واقع ہو جاتا ہے (شری پر پیور = purpura urticans) مزید براں ممکن ہے کہ مرکزی حقے زائل ہو جائیں اور حلقے باقی رہ جائیں (حلقہ دار احمرار = E. annulatum)۔ جو ایک دوسرے سے پیوستہ ہو کر لہریہ دار یا محاری چکریاں پیدا کر دیں (چکرو دار احمرار = E. gyratum)۔ شاذ صورتوں میں ایک احمراری حلقہ کے بالکل باہر ایک دوسرا احمراری رقبہ موجود ہوتا ہے اور اسکے اور باہر ایک اور دوسرا رقبہ اس وقت پیدا ہوتا ہے جبکہ پہلا حلقہ مدہم ہونا شروع ہوتا ہے مختلف مرحلوں میں ان حلقوں کے مختلف رنگوں سے قرصیتی احمرار (E. iris) کا نام ذہن میں آتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک ہی وقت میں ایسے چار حلقے دیکھے جائیں اور یہ زیادہ اوقات

ایک مرکزی پھیپھوں کے گرد ہم مرکزی طور پر مرتب ہوتے ہیں (قرن حسی = herpes iris) - کبھی کبھی یہ مرکزی پھیپھوں لائسنڈ چھوٹے پھیپھوں یا آبجوں کے ایک یا زائد حلقوں سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ مخاطی اغشیہ پر یہ اضرار ڈھیلے پھیپھوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جنکی جگہ پر جلد ہی نہایت دردناک تارکلات پیدا ہو جاتے ہیں، جنہر ایک خناق وانی جھٹکی بنتی ہے۔ اس طرح بعض اصابتوں میں علی طور پر پوری قعدی اور بلعوی نظام اغشیہ مآوف ہو جاتی ہیں، اور قعدہ اور تکلیف ایسی ہوتی ہے کہ کھانا کھانا تقریباً غیر ممکن ہو جاتا ہے۔

کثیر الاشکال احمرار کا ایک نہایت متاخر خافہ اسکار جہان توالی ہے۔ یہ توالی مختلف وقفوں کے بعد واقع ہوتے ہیں، یعنی کبھی تو سال بہ سال، عموماً فصل بہ فصل میں، کبھی ہر دوسرے یا تیسرے مہینے، اور شاید صورتوں میں ایک سابقہ احمرار کے اضرار خائب ہونے سے پیشتر ہی ایک نیا حملہ شروع ہو جاتا ہے۔ آسکر (Osler) نے بہت عرصہ پہلے اس امر پر زور دیا تھا کہ کثیر الاشکال احمرار، شرابی، پریچور اور گرہ کی احمرار کے درمیان قریبی ایتلاف موجود ہوتا ہے، اور یہ خسانی امراض، مثلاً التهاب دروں قلب یا التهاب عضلہ قلب، التهاب گردہ، اور معدی معوی اختلالات کے ساتھ بھی تعلق رکھتے ہیں۔ اس ایتلاف کی توجیہ باسانی ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ کثیر الاشکال احمرار، گرہ کی احمرار اور پریچور کا ایک سبب عادیہ مزمن خبیثی سببی سبب ہے، اور ممکن ہے کہ شرابی بھی اسی عضویہ کی حساس گری کے سبب سے ہو۔ حقیقی گرہ کی احمرار کے علاوہ، شاید حالتوں میں ممکن ہے کہ کثیر الاشکال احمرار کے معمولی اوپری اضرار کے ہمراہ دروں آدمی یا تحت الجلد گرہیں موجود ہوں، جو بلاشبہ بقائے جسمیہ کے سداوت سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ ایک دوسرا قولن جو کثیر الاشکال احمرار خاص طور پر متوالی قسم کے ساتھ استقدر عام طور پر واقع ہوتا ہے کہ اشکال ایتلاف بعض اتفاقی نہیں ہو سکتا، سادہ نمط (herpes simplex) ہے۔ ایسے بہت سے مریض دیکھے گئے ہیں جنہیں دروں نمطانات کے متوالی حملے ہونے کا رجحان بہت مدت تک رہا ہے، اور ارقم الحروف کی زیر محافی دومریضوں میں نعلی قشب کے مستحکم اثرات سے بظاہر دروں نمط کے لئے معتد بہ مدت کی مناعت پیدا ہو گئی۔

بحث اسباب۔ جیسا کہ کہا گیا ہے، شرعی اور احمرار کی بعض دوسری قسموں کی طرح کثیر الاشکال احمرار، متی کہ اُسکی سب سے زیادہ مستند اور مکمل شکل ایک مطلقاً نوعی تعامل نہیں قرار دیا جاسکتا۔ لندہ آؤزی (Landouzy) کی تحقیقات سے یہ نظر ثرا بت ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ کثیر الاشکال احمرار اور گرہ کی احمرار دونوں ایک ہی ذہنی دوران (toxi-tuberculide) ہیں۔ حملہ کے دوران میں چار مریضوں سے لئے ہوئے خون سے گینبی بچوں کی سلسلہ وار تطعیم کے نتیجہ (29) کے طور پر رائل (Raniel) یہ سمجھتا ہے کہ یہ دوران ایک ذہنی مصیبت دمویت ہے، احد صاحب موصوف کی رائے ہے کہ کوئی ماسیحی نبی تسبیحی سرایت، مثلاً لوزی التهابی مرض ایک سبب محرک ہوتی ہے۔ اسکے اکتشافات کی اس ملک میں تصدیق نہیں ہوئی (30)۔ شاعر فطری دوران (trichophytide) کی ایک کثیر الاشکال احمراری قسم بھی بیان کی گئی ہے، لیکن اصابتوں کی بڑی اکثریت میں کثیر الاشکال احمرار غالباً بقا بھیجیہ طویل کی کسی نسل کی حساس گرمی واقع ہوجانے کے سبب سے ہوتا ہے یا ررقیہ (acute rheumatism) کے ساتھ اُسکا اتیلاف اسقدر کثیر الوقوع ہے کہ اُسے مرض اتفاق پر محمول نہیں کیا جاسکتا۔ ذہنی سببی عفونہ (streptococcal septicæmia) میں بھی واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُسکا حملہ ایک ہلکے سببی ساری التهابی دروں قلبہ (infective endocarditis) کا آغاز کر دے۔ ایسے مریضوں کے ایک سلسلہ میں، جنہیں متوالی حملے ہوا کرتے تھے، مزمن نبی سببی سرایت کے ایک یا زیادہ اسکے ہمیشہ پائے گئے، انکے مصل میں نوعی الزائینین (agglutinins) اور روختی (precipitins) موجود تھیں، اور ہفتہ سببیہ کی سرایت رساں نسل سے تیار کردہ جدرین کے اثرات سے اکثر ماسکی تعاملات کی تحریک ہوئی، یعنی جلد یا مخاطی اغشیہ پر چند نمیشی اضران نمودار ہو گئے، اور سرایت کے اُن ماسکوں کو جن تک رسائی ہو سکی خارج کر دینے اور ساتھ ہی عرصہ دراز تک ایک خود زائہ نبی سببی جدرین استعمال کرنے سے حملے موقوف ہو گئے (31)۔ سرایت کے معمولی خفے یا داخل ہونے کے دھوارے لوزتین، آنفی بلعوم، دانت، آنفی جوف، اور آنتیں ہیں، لیکن ممکن ہے کہ دوسری راہیں بھی اسکا سبب ہوں، مثلاً غدہ قدامیہ اور عنقی رحم ممکن ہے

بعض اصابتوں میں کثیر الاشکال احمرار، سادہ نلکہ کے قشب کے حلکا وسیع طور پر پھیلا ہوا جلدی تعامل ہو۔ دوران کے حلک کی استعداد پیدا کرنے اور اس کے تیز کی تعیین میں سوچ کی روشنی میں کشف ہونا بھی بلاشبہ ایک عامل ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر میں لٹا دینا چاہئے، اور التهاب دروں قلب اور التهاب عضلہ قلب کے امارات کے لئے اس کے قلب کو بہ احتیاط دیکھتے رہنا چاہئے۔ سوڈیم سیلیسلیٹ (sodium salicylate) یا سیلی سین (salicin) کو قلوبات کے ساتھ لگا کر دیکھتے ہیں، یا کوئین دی جائے۔ مقامی طور پر مادہ درجہ کے دوران میں تبرد غسولات، مثلاً لوشیو پلمباٹی (lotio plumbi) یا لوشیو کالامینا (lotio calamina) لگانے چاہئیں۔ دوران کی مابی قسم میں، جبکہ دہن کی مخاطی جفتی ماؤف ہو، درد اور تکلیف کے ازالہ کے لئے مریض کو برطانی قرابادین کی ٹراکس کس کرامیٹھی ایٹ کوئینی (trochiscus krameriae et cocainae B.P.) یا ٹراکس کس ایٹھی کالامینا (trochiscus acidi carbolici, B.P.) چوسنے دینا چاہئے۔

جب حارفع ہو جائے تو کسی مزین ماسک سرایت مثلاً لوزتین یا دانٹوں کے لئے تلاش و جستجو کرنا چاہئے، اور اگر یہ مل جائے تو اسکا مناسب تدارک کرنا چاہئے۔ متوالی اصابتوں میں سرایت دمان ماسک سے تیار کردہ اور ترمیم دروں جلدی طہ پر افراب کردہ نسیجی جدین کا استعمال عرصہ دراز تک کرنا چاہئے۔ عدم دمویت کے لئے جو حملہ کے بعد واقع ہو جاتی ہے، لوبا دینا چاہئے یہاں تک کہ خون پھر طبعی ہو جائے۔

حلقہ دار مرکز گریز احمرار (erythema annulare

centrifugum) - متعدد مشاہدین نے پیچدار یا شکل دار احمراری خورانات کو مختلف

696

اصطلاحات کے تحت بیان کیا ہے، لیکن انکو حلقہ دار مرکز گریز احمرار کے تو ضیحی لقب کے تحت جمع کیا جاسکتا ہے، جسے ڈیئر (Darier) نے تجویز کیا ہے۔ یہ افرار اوجھ ہوئے احمراری بنوس کے طور پر پیدا ہوتے ہیں، جو چھنے پر سخت معلوم ہوتے ہیں، لیکن اس سے کم سخت کہ جتنے حلقہ دار اریکی سلہ (granuloma annulare) کے معلوم ہوتے ہیں۔ وہ معمولی طور پر پھیلتے اور ساتھ ہی مرکز میں زایل ہوتے جاتے ہیں، اور اس طرح حلقوں یا نیچروں میں بسرعت تبدیل ہو جاتے ہیں، جو مختلف جسامت حاصل کرتے ہیں

اور اسکے بعد مدغم پڑ جاتے ہیں، اور خفیف لونیت، شاید کسی قدر نفخہ کے ساتھ باقی رہتی ہے۔ بعض اوقات اچھے قاعدہ پھیلاؤ سے یا اصلی حلقہ دار احمرار کے ٹہرنے کے باعث چکر دار شکلیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ انتخابی مقامات، دھڑا اور جوارح کے قریبی فلقات میں سابق الوجود عناصر کے مقامات پر، بعض اوقات کچھ وقفہ کے بعد نئے عناصر پیدا ہوتے رہتے ہیں، لیکن بالعموم بیک وقت تھوڑے پائے جاتے ہیں، اور دوبارہ نئی شکل کا رجحان نہیں ہوتا۔ یہ عارضہ، صحت یابی کے وقفوں کے ساتھ مہینوں یا سالوں تک جاری رہ سکتا ہے۔

بحث اسباب۔ راقم الحروف کی رائے میں، اس ٹوران کو کثیر الاشکال احمرار اور حلقہ دار اریجی سلعہ کے درمیان ایک جوڑنے والی کڑی سمجھا جاسکتا ہے۔ شاید انکا مقابلہ آشکلی ٹورانات سے کیا جاسکتا ہے، چنانچہ کثیر الاشکال احمرار وسیع پھیلے ہوئے ثانوی اضراسے متاثر ہوتا ہے، حلقہ دار مرکز احمرار آخری ثانوی درجہ کے غیر تشاکل پیدار آشکلی ٹورانات سے، اور حلقہ دار اریجی سلعہ دبیب ناشی اضراسے۔ جیسا کہ کثیر الاشکال احمرار اور حلقہ دار اریجی سلعہ کی حالت میں ہوتا ہے، اغلب یہ ہے کہ حلقہ دار مرکز احمرار کوئی نوعی ذات نہیں ہے، بلکہ ایک سے زیادہ سم کے لئے جلد کا تعامل ہے۔ راقم الحروف کے اپنے مشاہدات سے مترشح ہوتا ہے کہ بالعموم یہ ایکہ جی سہی ٹوران ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اس کو حلقہ دار اریجی سلعہ سے متفرق کرنا پڑتا ہے، جس کے عناصر چھپنے پر زیادہ سخت، کم عادی طور پر احمراری، زیادہ سمست ارتقار کے اور زیادہ پھیلے ہوتے ہیں۔ نیز حلقہ دار آشکلی ٹورانات سے، جو کبھی سرعت سے نہیں پھیلتے، اور زیادہ طویل مدت کے جوتے ہیں۔ نیز سرخ بادہ نما (erysipeloid) سے۔

علاج۔ سابقہ مادیاتوں، مثلاً قرمزی تپ (scarlet fever)، التہانین (tonsillitis) اور نفسی تپ (puerperal fever) کی مرکزیت دریافت کرنی چاہیے اور سرایت کے مومن ماسکات کی موجودگی تلاش کر کے اس کا علاج کرنا چاہیے۔ راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ مختلف نسلوں سے تیار کردہ جینی سمی جدرین کے دروں جلدی اثرات شافی ہوتے ہیں، کم از کم اصابتوں کی اکثریت میں۔ ابتدائی معادہ چھٹی ہوئی چاہئے

(ایک یا دو لیون عضویات) کیونکہ مقام اثراب پر شدید مقامی تعاملات اکثر پیدا ہو جاتے ہیں۔ مابعد مقدار اس تعامل کے درجہ پر منحصر ہے، اور جب تک یہ نمایاں ہے مقدار کو ہرگز نہیں بڑھانا چاہئے۔

حلقہ دار اریکی سلعہ (granuloma annulare)۔ اس کی مقدار شاذ و نادر کا ابتدائی ضرر ایک سخت، مٹکے برابر گہک ہوتی ہے، جو سطح سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ یا کی مقدار زیادہ ابھرتی ہوتی ہے۔ خارج مرکز پھیلاؤ سے، یا نئی گہکوں کے پیدا ہونے سے، مختلف جسامت کی حلقہ دار چکیتیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان کی سطح چکنی، کنارے واضح طور پر متمیز ہوتے ہیں، اور رنگت سرخی نائل سفید سے لیکر دھندلی ارغوانی تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ حلقوں کے مرکزی رقبے بالعموم ایک تاریک ارغوانی رنگ سے ملتون ہوتے ہیں، اور ممکن ہے ان پر دقیق شاخیں گہکیں بڑی ہوتی ہوں، جو غیر ملتی رہتی ہیں اور ابھرے ہوئے کنارے کے انحلال کے بعد ممکن ہے باقی رہیں۔ بے قاعدہ مکش کے ذریعہ بالائی یا ارنما چکیتیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ یہ ٹولن زیادہ اکثر ہاتھوں کی پشت، کلائیوں، شمنوں، گھٹنوں، سہنوں اور گردن پر واقع ہوتا ہے۔ بالعموم اضرار کی تعداد تھوڑی ہوتی ہے، لیکن راقم الحروف کی مشاہدہ کردہ دو ماساتوں میں یہ بے شمار تھے اور وسیع پھیلاؤ سے بڑے رقبوں کو موقوف کرتے تھے۔ ارتقاء و سست ہوتا ہے، اور خود بخود انحلال ہونے کا رجحان بالکل نہیں ہوتا۔ تفریح کبھی واقع نہیں ہوتا، اور بعد ازاں اندلب بالکل نہیں ہوتا۔

بحث اسباب۔ اگرچہ حلقہ دار اریکی سلعہ بچوں اور ریغانیوں میں ہوتا ہے، تاہم یہ ادھیڑ بلکہ آخرو زندگی میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ کثیر الاشکال احمرار اور حلقہ دار مرکز کردہ احمرار کے ساتھ اسکے رشتہ پر پہلے بحث کی جا چکی ہے، اور راقم الحروف ایک ایسے مریض میں جو اول الذکر کے متوالی حلقوں کا موضوع تھا، کثیر الاشکال احمرار کی چکیتی سے تشکیل حلقہ دار اریکی سلعہ کا بتدیج نمونہ مشاہدہ کر چکا ہے۔ مزید برآں ان مریضوں میں تین احمراری ذائب ہو، گلابے گرگی اور حلقہ دار اضرار دیکھے جاتے ہیں، جو سریری طور پر حلقہ دار اریکی سلعہ سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، اور انکے ہمراہ ایسے اضرار پائے جاتے ہیں یا وہ ایسے اضرار میں مبتدل ہو جاتے ہیں جو کہ اس مرض کے لئے تمیز ہیں۔ یہ واضح ہے کہ

یہ سب ثورات ایک دوسرے کے ساتھ قریبی رشتہ رکھتے ہیں اور اگرچہ بعض کی رائے یہ ہے کہ یہ مدیم المثال امراض ہیں اور نامعلوم نوعی عضویات کی سرایت کے باعث ہیں، اغلب یہ ہے کہ یہ مختلف سموم کے لئے مختلف اقسام کے غیر نوعی تعاملات کے آئینہ دار ہیں۔ حلقہ دار ایک جلد کے متعلق بہت سوں کا خیال ہے کہ ذنبہ احمراری کی طرح یہ ذنبہ فی اصل کا ہوتا ہے، اور مگن ہے کہ بعض اصابتوں میں ایسا ہی ہو، لیکن دوسری اصابتوں میں غالباً یہ ایک منفی سببی ثوران ہوتا ہے۔ فارمن (Forman) اور راقم الحروف نے ۱۱ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں یہ دیکھا کہ ۳ فیصدی ذنبہ سببہ خون پاشش (streptococcus haemolyticus) کے لئے مثبت دروں جلدی کا شفا یافتہ رہی ہیں ۵ فیصدی ذنبہ سببہ سبز (streptococcus viridans) کے لئے، اور صرف ایک اصابت (۹ فیصدی) ٹیوبکلین کے لئے تعامل ظاہر کرتی تھی، اگرچہ یہ تعامل قوی طور پر مثبت تھا۔ مزید برآں دو وسیع پھیلاؤ رکھنے والی اصابتوں میں، جھکارا قم الحروف نے مشاہدہ کیا، تدرن کی کوئی شہادت نہ تھی۔ ایک میں یہ ثوران زنجلی کے بعد شدید منفی سببی عفونت الدم کے بعد ہوا تھا، اور دوسری کئی سال تک مزمن منفی سببی سرایت میں مبتلا رہی تھی۔ دونوں نے منفی سببی جدیرین کے دروں جلدی اثرات کے لئے حیرت انگیز عجیبیت ظاہر کی، گو کہ ابتدائی تعاملات شدید ہوئے، اور یہ طریقہ علاج بغفلت ملاحظہ میں کامیاب ثابت ہوا ہے۔

مرضی ششویح بالائی اور میں ترویجی خضر کا ایک مرکزی رقبہ ہوتا ہے، جسکے گرد لمفی خلیات، سرحد آسا اور توصیلی بافت کے خلیات کی درریش ہوتی ہے۔ پلانزائی اور عفرتی خلیات دیکھے جاسکتے ہیں۔ برادر مہیج و سالم ہوتا ہے۔

علاج۔ سیلی سلک ایسڈ لعتہ (salicylic acid plaster) کے مقامی استعمال سے افراد غائب ہو جاتے ہیں، اور شعاعی علاج سے وہ شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ تدرنی ذنبہ سببی سرایت کی موجودگی کے لئے مریض کی تفتیش کرنی چاہئے، اور اسی کے لحاظ سے اسکا علاج کرنا چاہئے۔ ڈیریہ (Darier) نے دروں جلدی طور پر ٹیوبکلین کا مشورہ دیا ہے اور جیسا کہ بیان کیا جا چکا ہے، راقم الحروف نے منفی سببی جدیرین کے دروں جلدی اثرات بالعموم شافی پائے ہیں۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ ایک چکنی ترویجی احتمال کیلئے اسکا تھوڑا سا

دور کرنے کے بعد اکثر غائب ہو جاتی ہے۔

گرہلی احمرار

(erythema nodosum)

یہ جلد کے بیضوی یا گول ٹھوس چبھٹے ابھار ہیں، جنکا قطر ۱/۲ انچ سے لیکر ۱/۲ انچ تک اور رنگ شوخ یا دھواں سرخ ہوتا ہے۔ یہ چند درجہ ڈھلوان ہو کر اس پاس کی جلد کے برابر ہو جاتے ہیں، اور چھوٹے میں الیم ہوتے ہیں اور شاید انھیں دبانے سے خلیف سا گڑھا پڑ جاتا ہے۔ علی العموم یہ دونوں قسمیات کے سارے طول میں واقع ہوتے ہیں اور دونوں زندگی پٹیوں پر بھی انکا وقوع شاذ نہیں۔ گو دوسرے حصوں پر شاذ ہی ہوتے ہیں، تاہم یہ پنڈلی، رانوں، کتئی پٹیوں، اور زراعیہ کے قدانوں پر بھی ہو سکتے ہیں۔ یہ کم و بیش لھلوں (erops) کی صورت میں نکل آتے ہیں، مانت یا دس دن تک جاری رہتے ہیں، اور تدریجاً کم ہو جاتے ہیں جسکے بعد کوئی نمائین باقی رہ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ نرم ہو کر تھوچ ظاہر کریں لیکن انھیں پیپ کبھی نہیں پڑتی۔ یہ بچوں میں اسی سال سے کم عمر کے اشخاص میں سب سے زیادہ عام ہوتے ہیں اور لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ کثیرا وقوع ہے۔ توران کے لہو سے پہلے اکثر سوزش علق یا التهاب لوزرین ہو جاتا ہے جسکے ہمراہ کسب قدر حرارت، عام کسلندی، جوڑوں میں درد، اور بعض اوقات حقیقی التهاب مصل (جسکا شیمیائی تپ سے مقابلہ کیا جاسکتا ہے) پیدا ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ گرہلی احمرار کو کثیر الاشکال احمرار کا ادوی زیر ادوی غرضی سمجھا جاسکتا ہے، جسکے ہمراہ یہ گاہے موجد ہوتا ہے۔ حالیہ سالوں میں اسکی تیبیب اور بالخصوص تمدن کے ساتھ اسکے رشتہ کے متعلق بہت بحث کی گئی ہے۔ بعض خیال کرتے ہیں کہ یہ ایک نوعی خود عضویہ کی سرایت کے باعث ہوتا ہے، مثلاً جسکو روسنو (Rosenow) نے اپنے ادعا کے مطابق اس مرض کی ۶ اصابتوں میں گرہوں اور خون سے تفریک کیا، اوٹرو سو (Trousseau) نے اسکو ثورات (exanthemata) میں جماعت بند کیا۔ عام اتفاق رائے اس پر ہے کہ کثیر الاشکال احمرار کی طرح، یہ ایک نعتی سببی یا شیمیائی سرایت کا مظہر ہو سکتا ہے، اور گاہے اس کے ہمراہ التهاب دلوں قلبہ اور التهاب تامور یا جاتا ہے۔

اسکے حملے دوران میں خون سے نبقات سببیہ کی کاشت کی گئی ہے۔ دوسروں نے سوزاک کے مریضوں میں اسکی کثرت وقوع پر زور دیا ہے، اور ایک آنکلی قسم بیان کی گئی ہے۔ بعض ادویہ مثلاً آیوڈائنڈ (iodides)، اینٹی پائیرین (antipyrine) سے مائل دوران کی تحریک ہو سکتی ہے۔

898

تاہم اب شہادت جمع ہوئی ہے جو ظاہر کرتی ہے کہ مثالوں کی اکثریت میں یہ تدریجی اصل کا ہوتا ہے۔ یہ نظریہ ۱۹۰۰ء میں لینڈوزی (Landowsy) نے قائم کیا اور بعد ازاں اس نے یہ ادعا کیا (32) کہ اس نے ایک گرہب کی عوق میں عصبہ درنی کا غلط ہرہ کیا ہے، اور اسی گرہب کے دوسرے حصے کے ذریعے ایک گنی پگ کو متاثر کیا ہے۔ اصابتوں کے بہت بڑے تناسب میں قوی طور پر مثبت مانتو (Montoux) کا شفا حاصل ہوئے ہیں۔ ۱۸ مریضوں کے ایک سلسلے میں فارمن (Forman) اور قمر المحرق نے (33) دیکھا کہ ۵۴ فیصدی یورکلین کے لئے قوی طور پر مثبت، اور ۳۸ فیصدی مثبت تعامل دیتے ہیں یعنی کل ۹۲ فیصدی۔ حالانکہ کثیر الاشکال احمرات میں صرف ۱۹ فی صدی قوی طور پر مثبت اور ۲۳ فیصدی مثبت تعامل دیتے ہیں یعنی کل ۴۲ فیصدی۔

معلوم ہوتا ہے کہ گرہب کی احمرات بالعموم ایک تازہ تدریجی سرایت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس میں تعلیم کا اولی مقام اکثر چھوٹا اور پورا سے عین نیچے ہوتا ہے، اور ناچہ کے غدہ برست اور زیادہ وسیع طور پر باؤف ہو جاتے ہیں (34)۔ غالباً آخر الذکر ہی سے درنی عصبیات جوئے خون پر حملہ آور ہو جاتے ہیں، جس پر دوران کا انحصار ہے اکثر اوقات ایسے شخص کے ساتھ جو کمشوف تمدن میں مبتلا ہو حالہ تماس کی سرگزشت حاصل ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ ایک مغنی درنی ماسک کی باز تعمیل کا پیش خیمہ ہوتا ہے (مقابلہ کرو احمرات تصلبی سے) یا رتوی تمدن کی بالغ شکل کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ وہسٹ ویل (Whitwell) نے ایک اصابت مدج کی ہے جس میں گرہب کی احمرات جلد کی اولی تدریجی سرایت کے بعد جبکہ ساتھ قرب وجوار کے لمبی غدہ پر حملہ ہوا تھا پیدا ہو گیا اور درنی عصبیات دونوں مقامات سے حاصل ہوئے۔ تحت الامداد اصابتیں جو احمرات گرہب کی اور احمرات تصلبی کے درمیان بزرغ بناتی ہیں، بیان کی گئی ہیں۔

بالآخر احمرات گرہب شعری فطری دوران کی ایک شاذ قسم ہو سکتی ہے۔

بلا تاج (Bloch) نے ٹرائکھو فائٹین کے اشراج سے ماسکی تعلات حاصل کئے اور برتوس گھارڈ (Bruusgaard) نے ادعا کیا ہے کہ اس نے اپنی امابت کی گرگوں میں بدلت کا نظارہ کیا اور اضرار سے شعری فطرخانہ بدوشاں (trychophyton) کی کاشت کی جو کہ اصل قوبائی سرایت کا تبیبی فطر تھا۔ مختصر آریہ کہ احرار کو ایک حاسیتی ادبی زیر ادبی تعالیٰ ہے جو کہ دوران کرنے والے عضویات کے سرداد کے باعث ہوتا ہے جنہیں سے دنیٰ عہد سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب معلوم ہوتا ہے۔ مرضی شریح۔ ابتدائی اضرار میں زیر جلدی شریخوں کی ملکیت دیکھی جاتی ہے اور گرد و پیش کی زیر جلدی شحم میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات کی کشیف در ریزش آخری اضرار میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات غائب ہو جاتے ہیں اور ان کے بجائے سفی خلیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ عمل اندمال کے دوران میں عفرتی خلیات موجود ہو سکتے ہیں لیکن وہ انکلات اشحم (fat-phagocytes) ہوتے ہیں اور مدنی ضرر پر دلالت نہیں کرتے۔

انذار۔ ان امابتوں میں نہیں دوران کا سبب مدنی سرایت معلوم ہوتا ہو انداز محتاط ہونا چاہئے۔ بہت سی مثالیں ایسی دیج جاتی ہیں کہ جنہیں احرار گرگوں کے جملے کے بعد چہ ماہ کے اندر فعال تمدن کے ظاہر پیدا ہو گئے ہیں۔ اور بعض میں مدنی تمدن سے موت واقع ہو گئی ہے۔ بچوں اور ریعا نیوں میں مستقبل زیادہ تشویشناک ہوتا ہے کیونکہ ان میں مدنی اصل کا زیادہ امکان ہوتا ہے لیکن یہ معلوم ہوتا ہے کہ بالغوں میں خون پاش بقہ سببی کے ساتھ خلق کی سرایت اکثر سبب ہوتی ہے۔

علاج قیثیات کے نتائج معلوم ہونے تک مریض کو بستر میں رہنا چاہئے اور ان قیثیات میں سینہ کا سردی اور شعلہ نگاری امتحان، یو بکٹینی کاشفات اور ان امابتوں میں جنہیں تہی سببی اصل کا شبہ ہو خون میں ضد سببی لائیسین (antistrepto-lysin) کی تخمین شامل ہونی چاہئے۔ ایسے شخص کے ساتھ جو کہ تمدن کشوف میں مبتلا رہا ہو سابقہ تماس کے متعلق محتاط استفسار کرنا چاہئے۔ اس قسم کا تماس احرار گرگوں کی ان یوافل کی ترمیم کرتا ہے جو بعض اوقات خاملا نوں اور مدنیوں میں نمودار ہو جاتی ہیں۔ فارمن (Forman) نے آٹھ بچوں کا ایک خاندان دیکھا جنہیں

پانچ پھول میں 'خاندان کے ایک زیادہ عمر کے فرد کے ساتھ متاس رہنے کے بعد جو فعال تمدن میں مبتلا تھا' یہ توران نمودار ہو گیا۔ اگر تعقیب کرنے پر تمدن کی شہادت پائی جائے تو اصابت کی اطلاع دے دی جی چاہئے، اور اس مرض کا مقابلہ کرنے کے معمولی طریقے فی الفور شروع کر دینے چاہئیں۔ بہر حال 'مریض کو کئی ماہ تک کڑی نگرانی میں رکھنا چاہئے۔ اگر ایک خون پاشن نبتہ سبب معلوم ہوتا ہو تو مزمن ماسکات، مثلاً لوزین کا تدارک کرنا چاہئے اور اگر توانائی سے واقف ہوں تو خود زائد خوردہ جلدین کے حصوں جلدی اثرات پہنچے چاہئیں، جیسا کہ کثیر الاشکال احمرار کے لئے مشورہ دیا گیا ہے تمام اصابتوں میں ایک پڑجائیں غذا اور کیلشیم کے کمات تجویز کرنے چاہئیں، اور مریض کو گھر سے باہر حتیٰ الامکان رہنا چاہئے۔

خصرتی احمرار

(erythema pernio)

(chilblain = خصرت)

خصرت، جلد کے نیلے سے سوخ تورمات ہیں، جو بعض اشخاص میں سردی میں نکشف سے یا کرہ ہوائی کی تپش کے یکایک گر جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ سب سے زیادہ عام طور پر ہاتھوں اعضاء کی انگلیوں اور پاتھوں اور پاؤں کے دوسرے حصوں پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن کان، ناک کی نوک، گال، اور نوجوان لڑکوں میں جبکہ احمری زراق (erythrocyanosis) ہونا انگوں کے زیریں حصے بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے وہ معدداً المقام ہوں، منتشر ہوں۔ معمولی، جھنجھٹا، اور حقیقی درد کے احساسات پیدا کر سکتے ہیں۔ بالعموم وہ تدریجاً نایل ہو جاتے ہیں، لیکن بعض وقتاً بالائی اور میں مصلیٰ ارتفاع برآمدہ کو ابھارنے کے لئے کافی ہوتا ہے، جس سے ایک موٹی دیو ادوں والا آبلہ بچتا ہو جو چھٹ جاتا ہے اور ایک عیر الاند مال تقرح باقی رہ جاتا ہے (خصرت کشوف = open chilblain)۔ ممکن ہے یہ ریمز اعصیات سے ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جائے۔ آہستہ آہستہ اندمال واقع ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ انداب مکن ہے یا نہ ہو۔ دوسری اصابتوں میں تقرح بالکل نہیں ہوتا، لیکن براقتہ قرنیۃ دبیز ہو کر پھر پھٹ جاتی ہے۔

جس سے درد ناک اشتقاقیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ شدید متفرق خصر میں بعض اوقات مریض کو دستی کام بلکہ چلنے پھرنے کے بالکل ناقابل بنا دیتی ہیں۔

بحث اسباب۔ اگرچہ بالعموم خصر میں بچوں اور یرغانیوں میں دیکھی جاتی ہیں، تاہم یہ ادھیڑ اور آخر عمر میں بھی نمودار ہو سکتی ہیں۔ ایسے اشخاص میں جن میں قلیل صلی دوران خون (خصر فی دوران خون) ہو اور شریانوں کے شنجی انقباض پر منحصر وہ انگلیوں کا یا جوارحی زراق (acrocyanosis) کا رجحان ہو، قدرتی طور پر یہ زیادہ آسانی کے ساتھ پیدا ہو جاتی ہیں، لیکن اس قسم کے چند اشخاص میں خصر میں کسی پیدا نہیں ہوتی اور اسکے بالعکس آغزالہ کر ایسے اشخاص میں پیدا ہو سکتی ہیں جن میں ایسا رجحان نہیں ہوتا۔ سردی، خصوصیت کے ساتھ مرطوب سردی، فوری محرک عامل ہوتا ہے، اور ایک مرطوب جگہ یا مکان میں رہائش، ایک ایسے شخص میں جو پہلے شمع تعصا خصر قوی کا ظہور واقع کرتی ہے۔ یہ سو تغذیہ، عدم دمویت، اور شریانی کم ملنابی اسباب مجتہد ہیں، اور بہت سے اشخاص جو مرض کا شکار ہو جاتے ہیں تمدنی موضوع ہوتے ہیں۔

یہ امر واضح ہے کہ دروں افزائی غدد کے سرخ گروہ (درقیہ) ضخامیہ اور بیضین کی قلت فعل، غالباً تبیسی اہمیت رکھتی ہے۔ دوران کرنے والے ضخامیہ دروں کی قلت جو کہ شری ملاب کا خاص منظم ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ دقیق عروق کی دیوار کی نفوذ پذیری کو کم کرتا ہے، غالباً جوارحی زراق اور خصر قوی کی تولید میں اہم ترین واحد عامل ہے۔

امراضیات۔ طبعی طور پر، سردی میں جلد کا گشت، چھوٹے عروق اور شعری عروق کا انقباض واقع کر کے بعد ازاں شحوب پیدا کر دیتا ہے۔ اسکے بعد عروقی اتساع کے باعث، احمرار کی صورت میں ایک تعامل واقع ہوتا ہے، جو بتدریج کم ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر عروقی حرکتی ملاب قلیل ہو، تو عروق اور شعری عروق کا تمدد باقی رہتا ہے اور بافتوں سے مسلسل بلکہ خون عمل جاتا ہے، کیونکہ دیواروں کی نفوذ پذیری بڑھ جاتی ہے۔ لہذا یہ کہا جاسکتا ہے کہ خصر میں انڈیا کے ساتھ کوئی احمرار کے باعث ہوتی ہیں۔ تشخیص۔ خصر قوی کو بخوشی تنفوی دینی تو زلالت اور ڈبہ احراری سے متفرق کرنا پڑتا ہے، احمد جب وہ احراری زراق والی لڑکیوں کی ٹانگوں پر ہوں تو تصلبی احرار

اور یہ تمام حالتیں اسکے ہمراہ موجود ہو سکتی ہیں، کیونکہ وہ خصرقی دوران خون رکھنے والے اشخاص میں پائی جاتی ہیں۔

علاج - مریض کی عام صحت کی حالت، اور زندگی کی طرز پر غور کرنا چاہئے۔ ایک کافی دوائی غذا جیسے دودھ، آئندے اور کھن کرشت سے ہوں، اگر اجمعی طرح برداشت ہو جائے، تو تجویز کر دینی چاہئے، اور موسم سرما میں اسکی تھیل کاڈلیور آئل (codliver oil) یا کسی ایک محفوظ الحقوق جاتیجی کرکڑ (vitamine-concentrate) کے فیصدیہ کرنی چاہئے۔ دتقیہ کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں بلاشبہ مفید ہوتی ہیں، انکے ساتھ سالم تخامی غدہ کی بڑی خوراکیں مزوج کیجا سکتی ہیں، لیکن پشوٹرین (pituitrin) کے دروں عضلی اثرات دینا مزج ہے۔ بے قاعدہ یا قلیل حیض والی خورنوں میں فعال بیضی خلاصہ جات دینے کی ضرورت ہے۔ کیلسیم کے لمحات بعض امساتیوں میں تقریباً تیرہدرف معلوم ہوتے ہیں، لیکن دوسری امساتیوں میں یا یوس کن ثابت ہوتے ہیں کیلسیم لیکٹیت ۱۵-۳۰ گرین دن میں ۳ مرتبہ، سرکیلیائی نیکٹو فاسفیٹ بی پی (ayr. calci lactophospat. B. P.) یا کوئی ایک محفوظ الحقوق تجہیز آزمائی چاہئے۔ زور دار پیدا ورتش اور مادہ جناس شکر کی ہایت کر دینی چاہئے، اور گرم دستلنے اور موزے پہننے چاہئیں۔ دوارو، بغشی، روشنی کے مقامی اور عمومی اطلاقات کا نصاب، بسا اوقات نمایاں طہر پر مفید ہوتا ہے۔ مقامی طور پر، کیلوانی غسل دوران خون میں موثر طور پر مصلوح کر دیتے ہیں، اور روزانہ دس منٹ تک دینے چاہئیں۔ ہر شب ۱۵ منٹ تک متاثرہ حصوں کو ہائڈروجن پروکسائیڈ (hydrogen prooxide) (۱۵-۲۰ حجم) اور گرم پانی کے تہیز میں ڈوبنے اور بعد ازاں ایک نتیج تجہیز، شلا آیوڈیکس (iodex) یا تھیل سلی سیٹ مزاج (methyl-salicylate ointment) لگانے سے نہایت عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

کلاح (livedo) (جلد مہر میں = cutis marmorata) - یہ جلد میں دوائی رکود کے اثر کی ایک دوسری مثال ہے۔ یہ خاص طور پر ناخگوں کی باسط سٹوں پر رانوں، اوپالائی بانڈوں، بعض اوقات پیلوٹوں پر دکھا جاتا ہے۔ یہ ایک نیلے سے جال پریشٹل ہے، جس میں متعدد جماعت کے تشبکات، طبعی رنگ کے رقبہ جات کو محصور کرتے ہیں۔

سری میں تکشف کی زیادہ وضع ہو جاتا ہے۔ یہ خاص شش رخی علاقہ جات کی توزیع پر منحصر ہوتا ہے، چنانچہ مرکزی شامب رقبہ جات زیر افادہ شش رخیوں سے براہ راست رسد حاصل کرتے ہیں، اور تشبکات تنعم کے مقامات سے متاخر ہوتے ہیں، جہاں خون کا بہاؤ قدرتی طور پر زیادہ مست ہوتا ہے۔ تشبکات میں عروق کا شامب بھی کم ہو جاتا ہے، اور وہ ایلمینائن (adrenaline) اور ہسٹامین (histamine) کے لئے نسبتاً غیر مجیب ہوتے ہیں۔ کھسرا اور ثانوی آتشک کے ثورات پہلے پہل ان تشبکات میں واقع ہوتے ہیں، اور یہی قول ان ثورات پر بھی صادق آتا ہے جو کہ کوپیا (copaiba) اور سالورسان (salvarsan) کے باعث ہوتے ہیں، اور بعض اوقات لہ مزان (lichen planus) اور صدفیہ نما (parapsoriasis) کے ثورات پر۔

احمرار آتشی (erythema ab igne) (آگ کی چھائیا ephelis ab igne) عرصہ میں ملون جلد (cutis marmorata pigmentosa)۔ یہ حالت جلد کو حرارت میں کثرت سے متکشف کرنے سے پیدا ہوتی ہے، اور زیادہ عام طور پر آنسو کے سامنے کے حصوں پر ان لوگوں میں دیکھی جاتی ہے جو ہر وقت آگ کے سامنے بیٹھے رہتے ہیں، اور بھٹی جھونکنے والوں (stokers) اور بارہ چوہوں میں۔ بیشکم پر یا دوری جگہ گرم پانی کی بوتلوں سے بھی ہو جاتی ہے۔ بدرنگی، کلاح کے تشبکات سے متاخر ہوتی ہے، اور اس کا رنگ ہلکے بھوسے سے لیکر گہرے سرخی مائل ارغوانی تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ جزوی طور پر اس کا سبب، حاشیتی رقبہ جات میں اوپری عروق کا اتساع ہے، جہاں جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے دوران خون زیادہ مست اور عروق کا شامب کم ہوتا ہے، اور جزوی طور پر برا فادہ برآمدہ کی قاعدی تہ میں میلانین (melanin) کا کثیر المقدار جماؤ۔ خوردبین کے نیچے بالائی آدر میں عروق ہمو کی گرد التہابی علیات کی درریش پائی جاتی ہے۔ گاسے یہ نشانات واضح طور پر ابھرے ہوئے ہوتے ہیں، جسکی وجہ شاید عرق دیواروں کی دبانت ہے (Perry)۔

احمراری نمراتی ساق دوشیز (erythrocyanosis crurum puellaria) یہ حالت، جس سے حالیہ سالوں میں اونچے لہنگوں (short skirts) اندپتے مزدوں کے رواج کے باعث ہم بہت روشناس ہو سگئے ہیں،

جوارسی زراق کی قسم ہے جو کہ لڑکیوں اور نوجوان عورتوں میں پائی جاتی ہے۔ لڑکیوں کے سب سے زیرین ثلث پر 'خاص طور پر عقیبی بیرونی سطح پر دیکھی جاتی ہے۔ ستارہ حصہ متورم، چھوٹے پر ٹھنڈا، اور رنگت میں نیلا سا سرخ یا نارنگی ارغوانی ہوتا ہے۔ سطح پر توسع و ریدکول کا نقشہ دیکھا جاسکتا ہے۔ بالعموم مریضائیں قریبہ درملغی ہوتی ہیں، جنگی بڑی بڑی ہڈیاں موٹے ٹخنے، اور خصر قی دوران خون ہوتا ہے اکثر اوقات یہ مرکز شدت ملتی ہے کہ بلوغ پر انکا سرعت سے نشوونما ہوا ہے اور وہ غیر طبعی طور پر قریبہ اور بھاری بھر کم ہو گئی ہیں غالباً اس زمانے میں غدہ نخامیہ کے مفندمی حصہ کی بیش فعالیت کی وجہ سے۔ ٹانگین ہمیشہ مجموعی بڑی اور زیر جلدی شحم کے جماؤ کی وجہ سے بد شکل ہوتی ہیں، اور ایک متمیز خصوصیت 'قرنیت شعری (keratosis pilaris) کی، اور ہر جراب کے گرد ایک نیلے سے ہالہ کی موجودگی ہوتی ہے۔ مریضات ٹانگوں کے ڈھکنے کی شکایت کرتی ہیں، اور موسم سرما میں اعظم دردانی رکود کے مقام پر بڑی جسامت کی دردناک خصر میں بن جاتی ہیں۔ انکو غلطی سے احمرار تصلبی (erythema-induratum) کی گرہیں سمجھا جاسکتا ہے، کیونکہ ٹانگوں کے احمراری زراق والی اسی قسم کی لڑکیاں ہیں کہ جنہیں جب فعال تمدنی ماسک موجود ہو تو پوران پیدا ہونے کا امکان ہوا ہے۔ تاہم خصرتوں کی بہ نسبت یہ گرہیں چھوٹے پر زیادہ سخت، زیادہ گہری اور زیادہ واضح الحدود ہوتی ہیں۔

901

بحث اسباب - یہ حالت تقریباً خالصتہ بیان کردہ قسم کی نوجوان لڑکیوں اور عورتوں میں واقع ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے گاہے ڈبلے پتلے موضوعوں میں واقع ہو۔ یہ امر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ دروں افزائی فتور اخلاط، جو ممکن ہے، موروثی ہو، اتالی عامل ہے۔ جیسا کہ خصرتوں میں ہوتا ہے، موثر نخامی ہارمون کی قلت خاص اہمیت رکھتی ہے، لیکن درقی اور بیضی عدم کفایت بھی تبسیب میں کچھ حصہ لیتی ہے۔ عدم الطمث یا بے قاعدہ اور قلیل حیض بھی اکثر موجود ہوتے ہیں، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ٹانگوں کا مروی میں شکشف رہنا، بلاشبہ، خاص معاون عامل ہے۔

علاج - عام دامیات وہی ہیں جو کہ خصرتوں کے لئے دئے گئے ہیں۔

گرم اونی لمبے موزے، اور ٹخنہ بند (anklets) پہننے چاہئیں، اور اگرچہ زوردار و ورزش مفید ہے، مریضہ کو طویل عرصوں تک کھڑے رہنے سے اجتناب کرنا چاہئے۔

احمراری ذئب

(lupus erythematosus)

(مُلاحظہ موصوفہ ۱۰)

یہ مرض زیادہ تر بالعموم میں، خاص کر بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عموماً میں ہوتا ہے، بچوں میں نہایت شاذ ہے اور مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے۔ اسکی تشخیص جلد اور ابتدا ہی میں ہونا بہت ضروری ہے، کیونکہ یہ بالخصوص چہرے پر ہوا کرتا ہے، اور چونکہ اس کے اثر سے اکثر اندام پیدا ہو جاتا ہے لہذا ممکن ہے کہ اس سے متعلق بدشکلی پیدا ہو جائے۔ اس دوران کی مختلف قسمیں شناخت کی گئی ہیں، اگرچہ یہ سب ایک ہی مریض میں ایک ساتھ موجود ہو سکتی ہیں۔ مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض ایک تھرخ، مشرب، تقریری چمکتی کے طور پر شروع ہوتا ہے، جسکے کنارے واضح الحدود بے قاعدہ اور سستہ ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اگر اس کے چمکے کا ایک ٹکڑا نکال لیا جائے تو اسکی زیریں سطح سے اکثر چھوٹی چھوٹی قرنی ڈاٹیں ابھرتی ہوئی نظر آئیں گی۔ یہ بر جلد کے خیموں میں فٹ بیٹھ جاتی ہیں جو چمکنا نکال دینے کے بعد چمکتی کی تھرا سطح پر چھوٹے چھوٹے گراہوں کی طرح پہچانے جاتے ہیں۔ عموماً تھرخ وریکیں نظر آتی ہیں، اور ایک قسم میں تو صفیر عروقی اتساعات نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ جیسے جیسے مرض محیط پھیلتا جاتا ہے مرکز میں اکثر عکس واقع ہوتا جاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد ایک مرکزی مخمض شاحب ندب پیدا ہو جاتا ہے، جسکا کنارہ اٹھا ہوا، سرخ اور چمکے دار ہوتا ہے۔ ندب بننے سے پہلے تقریر نہیں ہوتا۔ یہ اصابتیں ہمیشہ تو نہیں لیکن اکثر درمی مبداء کی ہوتی ہیں۔ ایک دوسری قسم میں، جو عموماً بقی سبھی مرایت کے باعث ہوتی ہے، چمکنا نہیں جاتا، بلکہ مرض، احمرار کی ابھری ہوئی اذیمیائی چمکتیوں کی شکل میں نمودار ہوتا ہے، جو کثیر الاشکال احمرار کی چمکتیوں سے قریبی

شاہت رکھتی ہیں اور فی الحقیقت اکثر ان سے ناقابل تیز ہوتی ہیں۔ اس حماری قسم میں انداب نہایت خفیف ہوتا ہے اور ممکن ہے بالکل غیر موجود ہو، اور اس حمراء کی چکیتیاں بالآخر کوئی شان باقی چھوڑے بغیر غائب ہو جاتی ہیں۔ اگرچہ یہ توران عموماً محدود وسعت کا ہوتا ہے، تاہم ممکن ہے کہ یہ ابتدا ہی سے ایک عارضہ عمومی شکل میں واقع ہو، یا زیادہ عام طور پر یہ ہو کہ کچھ عرصہ تک چند مزمین چکیتیاں موجود رہنے کے بعد عارضہ عمومی چکیتیاں بن جائیں۔ عارضہ قسم میں تازہ چکیتیاں یا تو کثیر الاشکال احمرار کی چکیتوں سے مشابہ ہو سکتی ہیں، یا ممکن ہے کہ وہ قلعی سے ایکڑ یا سمجھ لی جائیں، اگرچہ حقیقی آبلہ فیزی شاید ہی دیکھی جاتی ہے۔

توزیع تشخیصی نقطہ نظر سے یہ بہت اہم ہے۔ عام ترین محل وقوع وہی فراز، ناک، کان، جلد الاس، ہاتھوں اور انگلیوں کی پشت، اور لبوں کے شکرانی کنارے ہیں۔ توزیع قشائل ہونے کا رجحان رکھتی ہے، اور اکثر اسکی چکیتیاں انوں گالوں پر اور ناک کے دایرہ پر ہوتی ہیں، جس سے ایک تیزی یا چمکا ڈر کے خاکے سے مشابہت ہوتی ہے، اور یہ ایک نہایت مزین خاتمہ ہوتا ہے۔ شاذ صورتوں میں چہرہ مآؤف ہونے سے پہلے یہ مرض جلد الاس پر یا انگلیوں پر شروع ہو سکتا ہے۔ جلد الاس پر شعری جراثیم کا ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور مستقل صلحہ کی چکیتیاں پیدا ہو جاتی ہیں جن کے بیچ سے اکثر صغیر و قوی اتساعات گزرتے ہیں۔ کان کناروں کے برابر مآؤف ہو جاتے ہیں، اور یہ کنارے متساوی لمبے قاعدہ خاکے کے، اور ٹکڑے ہوئے ہوتے ہیں، اور اذین کی اندرونی سطح بھی مآؤف ہو جاتی ہے۔ منہ، ناک اور طعنہ کی مخاطی اغشیہ پر مبی حمل ہو سکتا ہے، لیکن باستثناء لبوں کے یہ اکثر نیچے رہتے ہیں۔

موضعی علامات خفیف ہو سکتے ہیں، لیکن چکیتوں میں اکثر بہت خراش ہوتی ہے، اور بہت سے مریض شدید جلن کی شکایت کرتے ہیں، بالخصوص کھانے کے بعد اور دھوپ یا تیز ہوا میں کھلا رہنے پر۔ یہ مرض بعض اوقات مختلف شدت کے رثیہ آسامیہ (rheumatoid arthritis) کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ عارضہ عمومی قسم میں سپہ ہوتی ہے، جو بعض اوقات عفونۃ الدمی قسم

کی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومین بولیت بھی ہو۔ اسی اصابتوں کا انجام جہلک ہوتا ہے۔

سموت اسباب۔ میا کہ تذکرہ بالا بیان سے ظاہر ہوگا، یہ توران اُن مقامات کو ماؤف کرتی کہ رجمان رکستا ہے جنہیں دورانی رکود واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، یعنی ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں، ہاتھوں کی پشت، کانوں کو، اور چہرے کے نیچے یا تیزی نما رقبہ ("butterfly" area) کو، اور اُن اشخاص میں جنہیں نمایاں اطرافنی اختناق ہو، ہاتھ، پاؤں، اور کان خاص طور پر یا تنہا ماؤف ہتھ ہو سکتے ہیں، اور انہیں جنہیں ماسبق دردیہ موجود ہو "تیزی نما" رقبہ اختلابی مقام ہونے کا رجمان رکستا ہے۔ لیکن بعض اوقات دردیہ اور "خرقی دوران" ("chilblain-circulation") ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ اسی حالت میں ایک ہی مرض میں تذکرہ بالا تمام مقامات کا ماؤف ہو جانا ممکن ہے۔ چونکہ یہ توران دوران کرنے والے سموم سے (بلکہ حقیقی جراثیم دھویت سے) پیدا ہو جاتا ہے اور درجہ اہل مزمن ہوتا ہے، لہذا یہ ظاہر ہے کہ اضرار پیدا کرنے والا الزہابی رد عمل زیادہ تر وہیں ہو بیگا رجمان رکستا ہے جہاں عروقی رکود موجود ہے۔ مزید برآں، جلد کے بعض رقبہ سمیت صریحا حساس شدہ بن جاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب توران کے عارضی طور پر خائب ہو جانے کے بعد تسم الدم کرر واقع ہوتا ہے تو توانی انہیں مقامات پر واقع ہو سکتی ہے جو پہلے ماؤف تھے۔ مرض پیدا کرنے والے سموم یا خود عضو یوں کی نوعیت کے متعلق آجکل دورائیں غلبہ رکھتی ہیں: ایک جو یورپ کے بڑا عظم میں سب سے زیادہ مقبول ہے، یہ ہے کہ یہ مرض ایک درنی جلدی توران (tuberculide) ہے۔ دوسری رائے یہ ہے کہ یہ مزمن یا عارضی کسمی سرایت کا منظر ہے۔ بہت سے ماہرین اب اس رائے کی طرف مائل ہیں کہ اعمار کی دوسری قسموں کی طرح یہ بھی کوئی نوعی ذات نہیں ہے، بلکہ مختلف اصابتوں میں درنی اور کسمی دھویں (اور ممکن ہے اور دوسری) سرایتیں کا رفرما ہو کر سبب مرض ہو سکتی ہیں۔

بعض اصابتوں میں اسکے درنی مبداء کی تائید میں سبب ذیل امور بیان کئے جاسکتے ہیں: یہ اُن اشخاص میں واقع ہوتا ہے جنہیں تدرن کی قوی فاندانی

سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ یہ غدود، ہڈیوں، مفاصل، پھیپھڑوں، وغیرہ کی سرایت دہنی سرایت کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ اور ماؤف بافت کی تطہیم سے گہنی گہوں کو تدرن بنانے کا دعوئے کیا گیا ہے (35)۔ اسکے برعکس یہ واقعہ ہے کہ اس مرض کی بعض ہلک اصابتوں میں تدرن کا کوئی نشان بھی نہیں پایا گیا۔ اس امر کی واثق شہادت پیش کی گئی ہے کہ بعض اصابتوں میں مادہ مزمن بنی سبھی سرایت ہی اسکا سبب ہوتی ہے (36)۔ اسکے اولیٰ شعبے دانت، آلفی جوف، اور غالباً غدود تدرن (prostrate) اور نسوانی تناسلی اعضاء ہو سکتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں نبقذہ سبب طویل (streptococcus longus) کے ساتھ ایک ثانوی اور مواظب معانی سرایت موجود ہوتی ہے، اور شاذ صورتوں میں یہ عضو پرانیز سے تقریباً خاص کاشت میں پھر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ ہلک اصابتوں میں دوران زندگی میں خون کے اندر سے ایک نبقذہ سبب طویل حاصل کیا گیا ہے۔ یہ یقینی ہے کہ جن ہلک اصابتوں کا اندراج کیا گیا ہے وہ سرری لحاظ سے عام تدرن کی نسبت بنی سبھی عفونت الدم (streptococcal septicæmia) سے زیادہ مشابہتیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جیسا کہ مزمن تدرن میں ہوتا ہے، مزمن بنی سبھی سرایت کی اصابتوں میں عموماً اولیٰ اور ثانوی دونوں طرح کے ماسکے موجود ہوتے ہیں اور سرایت کے صریح اور ممکن الحصول منبعوں کا خارج کر دینا شفا بخشی کے لئے کافی ہونا ضروری نہیں، کیونکہ لہنی غدود، امعاء اور دوسرے مقامات میں سرایت کے ذیلی ماسکے موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ مندرجہ ذیل اصابتوں پر احمراری ذئبہ کا غلط گمان ہو سکتا ہے:- ورور (rosacea)، کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) اور خصرقی احمرار (erythema pernis)، ایکزیما (eczema)، صد فیہ (psoriasis)، اور معمولی ذئبہ (lupus vulgaris)۔ مرض کی توزیع، اسکی مواظبت، مقامی علاج کی مدافعت، اور اوپری انداز (superficial scarring) کا رجحان، یہی وہ عمیز خصائص ہیں جن پر تشخیص کا انحصار ہوتا ہے۔ معمولی ذئبہ سے تمیز کرنے کے لئے خاص تفریقی امور یہی ہیں کہ احمراری ذئبہ بچپن میں نہایت

شاذ صورتوں میں شروع ہوتا ہے، وہ عموماً دونوں جانب متشاکل ہوتا ہے، اس میں تقریباً کبھی نہیں ہوتا، اور وہ گڑی کو کبھی تلف نہیں کرتا، وہ اکثر اوقات جلد الاراس کو موقوف کرتا ہے، اسکا انداز ادھری ہوتا ہے، وہ ٹیوبریکولین کے اثرات کا رد عمل محض شاذ صورتوں میں ظاہر کرتا ہے، اور اس میں میٹسز سیب کی جلی جیسی گرہیں (apple-jelly nodules) غیر موجود ہوتی ہیں۔

مرضی شریح - ادمہ میں لمفی غلیات اور چھوٹے اتصالی بافت کے غلیات، اور گاہے پلازما غلیات اور کثیر الاشکال نواتی غلیات کی ایک فشر لیکن گرد عروقی درریش پائی جاتی ہے۔ کثیر ہڈیوں کے قریب آکل غلوی قسم کے غفرتی غلیات مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ طیموں کا آڈیا اور لمفی عروق کا اتساع دیکھا گیا ہے۔ بعض دموی عروق قسح، اور دوسرے ملموس ہوتے ہیں، اور چھوٹے چھوٹے نزفات دیکھے جاسکتے ہیں۔ بوا دمہ میں شبکیہ میلغیا فی ندبول ہوتا ہے، وہ ممکن ہے کہ غلک غلیات کی مرفندہ میں باقی رہ جائیں اور طبقہ ذرائی بعض نقطوں پر مقود ہوتا ہو اس کے برعکس طبقہ قرنی دینہ ہوتا ہے، اور قرنی ڈائیں جرابوں اور غفرتی تقاتوں کے فتحات کو بھرتی ہیں۔ ذبول اتصالی بافت اور ٹچکدار ریشوں کے غائب ہوجانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بال گرجاتے ہیں، اور عدد، جو کہ پہلے پہل قسح ہوتے ہیں، آخر کار تلف ہوجاتے ہیں۔

903

علاج - حال ہی میں چند سال سے اس مزمین اور بد شکلی پیدا کرنے والے مرض کا علاج سونے کے مرکبات، مثلاً سائوکرائسین (sanoecrysin)، کرائیوگن (kryozogan)، سول گنال (solganal)، اور شامل تجہیزات کے رواج کے بعد سے نسبت بہت زیادہ تشفی بخش ہو گیا ہے۔ ان اصابتوں کی اکثریت میں نتائج اچھے ہوتے ہیں، لیکن بعض صورتوں میں یہ نتائج مایوس کن ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ وہ اصابتیں ہمیں یہ نوزان ذرائی الاصل نظر آتا ہے، بہ نسبت ان اصابتوں کے جو بغا ہرینجی سبھی سرایت کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہیں، علاج کی ہمیدیت زیادہ سرعت کے ساتھ ظاہر کرتی ہیں۔ سونے کے ان مرکبات کی معاد کا انحصار اس تجہیز پر ہوتا ہے جو استعمال کی جائے، نیز انفرادی مریض کی قوت برداشت پر۔

کبھی کبھی سخی علامات، مثلاً تپ، عام کسلندی (pruritis) اور ایک عمومی احمراری یا خزانہ نما (lichenoid) طبع، جو بخدی غشائے مخاطی کو ماؤف کر دیتا ہے، پیدا ہو سکتی ہیں اس لیے طرح طرح کے فلزاتی تسخیم کی دوری شکلوں میں۔ ایسی سخی علامات کے وقوع کا انحصار غالباً کبدی وظیفہ کے قتل پر ہوتا ہے، اور ان علامات کے پیدا ہونیکا زیادہ امکان الکھلیوں (alcoholics) میں ہوتا ہے یا دوسرے ایسے اشخاص میں جنہیں صریح کبدی عدم کفایت موجود ہو۔ ان ذریعہ مرکبات کے ہر اثر شراب سے پہلے اگر دو یا تین دن تک روزانہ ۲ تا ۳ اونس گلوکوز (glucose) منقسم مقداروں میں استعمال کی جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ اسکا ایک حفظ ماتقدمی اثر ہوتا ہے اور کیلیم گلوکونیٹ کی پوری خورد اکول کی بھی سفارش کی گئی ہے۔ بعض اصابتوں میں بزمقہ کی تجہیزات کے اثرات، سونے کے اثرات کی نسبت زیادہ موثر معلوم ہوتے ہیں، اور حال میں اینٹی لپرال (antilepral) کے دروں ویدی اور دروں عضلی اثرات کامیابی کے ساتھ استعمال کئے گئے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ اب تک دوسری جتنی چیزیں آزمائی گئی ہیں ان سب کی نسبت آیوڈین کی بڑھتی ہوئی مقداروں کے داخلی استعمال سے بہت زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ اسے نصفی روح شراب (rectified spirit) کے اندر ۱۰ فیصدی محلول کی صورت میں دینا چاہئے، اے آیوڈائیڈ آف پوٹاسیم (iodide of potassium) کے ساتھ آمیز کرنا چاہئے۔ ابتداءً اس محلول کے روزانہ ۵ قطرے دودھ میں لینا چاہئے، اور پھر اس مقدار کو بتدریج بڑھا کر منقسم مقداروں میں روزانہ ۱۰ قطرے تک کر دینا چاہئے، بشرطیکہ اس مقدار کی بخونی برداشت ہو سکے۔ اسکی نسبت بہت زیادہ مقداریں بلا کسی خراب اثر کے دی گئی ہیں، لیکن عدم برداشت کی مثالیں بھی ملتی ہیں۔ کالڈیور آئل (cod-liver oil) اکثر بہت نفع بخش ہوتا ہے، لیکن اس سے ہاضمہ میں خلل پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ اسکے بجائے کوئی ایک محفوظ الحقوق حیاتیاتی مرکب دیا جاسکتا ہے، اور مریض کو کثرت سے دودھ اور کیلیم سے بھری ہوئی دیگر غذائیں دینی چاہئیں۔ بعض اوقات بالخصوص زیادہ عاد اصابتوں میں، کوئین اور سالیسین (salicin) مفید ہوتی ہے۔ جب توران کا انحصار

کبھی کبھی سخی علامات، مثلاً تپ، عام کسلندی (pruritis) اور ایک عمومی احمراری یا خزانہ نما (lichenoid) طبع، جو بخدی غشائے مخاطی کو ماؤف کر دیتا ہے، پیدا ہو سکتی ہیں اس لیے طرح طرح کے فلزاتی تسخیم کی دوری شکلوں میں۔ ایسی سخی علامات کے وقوع کا انحصار غالباً کبدی وظیفہ کے قتل پر ہوتا ہے، اور ان علامات کے پیدا ہونیکا زیادہ امکان الکھلیوں (alcoholics) میں ہوتا ہے یا دوسرے ایسے اشخاص میں جنہیں صریح کبدی عدم کفایت موجود ہو۔ ان ذریعہ مرکبات کے ہر اثر شراب سے پہلے اگر دو یا تین دن تک روزانہ ۲ تا ۳ اونس گلوکوز (glucose) منقسم مقداروں میں استعمال کی جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ اسکا ایک حفظ ماتقدمی اثر ہوتا ہے اور کیلیم گلوکونیٹ کی پوری خورد اکول کی بھی سفارش کی گئی ہے۔ بعض اصابتوں میں بڑھتی ہوئی تجہیزات کے اثرات، سونے کے اثرات کی نسبت زیادہ موثر معلوم ہوتے ہیں، اور حال میں اینٹی لپرال (antilepral) کے دروں ویدی اور دروں عضلی اثرات کامیابی کے ساتھ استعمال کئے گئے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ اب تک دوسری جتنی چیزیں آزمائی گئی ہیں ان سب کی نسبت آیوڈین کی بڑھتی ہوئی مقداروں کے داخلی استعمال سے بہت زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ اسے نصفی روح شراب (rectified spirit) کے اندر ۱۰ فیصدی محلول کی صورت میں دینا چاہئے، اے آیوڈائیڈ آف پوٹاسیم (iodide of potassium) کے ساتھ آمیز کرنا چاہئے۔ ابتداءً اس محلول کے روزانہ ۵ قطرے دودھ میں لینا چاہئے، اور پھر اس مقدار کو بتدریج بڑھا کر منقسم مقداروں میں روزانہ ۱۰ قطرے تک کر دینا چاہئے، بشرطیکہ اس مقدار کی بخونی برداشت ہو سکے۔ اسکی نسبت بہت زیادہ مقداریں بلا کسی خراب اثر کے دی گئی ہیں، لیکن عدم برداشت کی مثالیں بھی ملتی ہیں۔ کالڈیور آئل (cod-liver oil) اکثر بہت نفع بخش ہوتا ہے، لیکن اس سے ہاضمہ میں خلل پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ اسکے بجائے کوئی ایک محفوظ الحقوق حیاتیاتی مرکب دیا جاسکتا ہے، اور مریض کو کثرت سے دودھ اور کیلیم سے بھری ہوئی دیگر غذائیں دینی چاہئیں۔ بعض اوقات بالخصوص زیادہ عادی اصابتوں میں، کوئین اور سالیسین (salicin) مفید ہوتی ہے۔ جب توران کا انحصار

مزمن جتنی سبھی سرایت پر معلوم ہو، تو ممکن الحصول سرایت رساں ماسکوں کو تلاش کر کے اٹکا سدا رک کرنا چاہئے، اور ایسی صورت میں ازاں بعد ایک خود سازد جتنی سبھی جدرین کو عرصہ دراز تک مناسب مقدار میں استعمال کرنے سے معین فائدہ معلوم ہوتا ہے۔ شدید امواتوں میں طویل عرصہ تک بستر میں آرام و سکون کیلئے کے لئے مقرر ہونا چاہئے، اور یہ مکان سے باہر ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے۔ بغض امواتوں میں محتاط شمسی علاج (heliotherapy) یا مصنوعی روشنی کے غسول (artificial light baths) سے حیرت انگیز فائدہ ہوتا ہے، لیکن ابتدائی اصلی توران کو شعاعوں سے محفوظ رکھنا قرین مصلحت ہے۔ کیونکہ ممکن ہے کہ تا وقتیکہ انکی برداشت نہ حاصل ہو جائے ان سے توران میں زیادتی ہو جائے اور وہ مارد ہو جائے۔

مقامی طور پر۔ حاد اور بیش دموچی امواتوں میں مبرد غسولات، مثلاً کلارمین (calamine) اور رصاص (lead) کے غسولات، لگانے چاہئیں۔ زیادہ مزمن امواتوں میں، جن میں زیادہ درجہ شش ہو، بعض اوقات خم ناپذیر کلوڈین (non-flexible collodion) کا مسلسل فادہ، جس میں فیصدی سیلی سلک ایسڈ شامل کیا جاسکتا ہے، نفع بخش ہو سکتا ہے، بلکہ ممکن ہے کہ اس سے چمکتیاں غائب ہو جائیں ثابیت قسم کی مزمن چمکتیوں کا علاج زیادہ سرگرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ چمکتوں کو نرم صابن اور ایپرٹ سے یا سیلی سلک ایسڈ کے پستر کے ذریعہ نکال دینا چاہئے، اور پھر چمکتیوں پر پنچر آف آئیوڈین کی پھریری لگانی جاسکتی ہے، اور اسی کے ساتھ کونین کا داخلی استعمال بھی کیا جاسکتا ہے (Hollander)۔ یا ایک کالج کی ڈنڈی کو ٹیکٹک ایسڈ کے م حصوں اور کاربونک ایسڈ کے ایک حصہ کے آمیزہ میں ڈبو کر چمکتیوں کو اس سے ہفتہ میں ایک بار تلی سکتے ہیں۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ کی ٹھوس برف (carbon dioxide snow) کو پندرہ تانہوں تک معتدل دباؤ کے ساتھ بار بار لگا دینا ممکن ہے کہ شدید تعامل پیدا ہو جائے، مگر ممکن ہے کہ اس سے مزمن چمکتیاں نکال دیں ہو جائیں۔ زنک (zinc) یا کارپرفیٹ (copper sulphate) کے ذریعہ روانی سانی (ionisation)، تشریط (scarification)، بلکہ کپڑے (cauterisation) سے کام لیا گیا ہے مگر انکے نتائج مختلف ہوتے ہیں۔ لاشعاعوں (X-rays) اور فزیشن لائٹ

(Pinsea light) کے استعمال سے فائدے کی نسبت نقصان ہونیکانوا احتمال ہے یا درکھنا چاہئے کہ مقامی علاج گو بہت نفع بخش ہوتا ہے مگر اُس سے توالی کی روک تھام نہیں ہوتی۔ اسی وجہ سے اُس بنیادی سرائیت کے مقام کا پتہ لگانے کی ممکنہ کوشش کرنی چاہئے جو مرض کا اصلی سبب ہے۔

وردیہ (rosacea)

(وردیتی تلفظ ہے gutta rosea—acne rosacea)

اس مرض کے ابتدائی ترین نشیے میں چہرے کا فوجی تو رد ہوتا ہے جو عموماً گھٹا کھٹنے کے بعد یا گرمی اور سردی میں تکلف ہونے پر پیدا ہو جاتا ہے۔ ابتداً زہیش دمویت ناک اور وجہی خطوں کو ماؤف کرتی ہے، لیکن بعد میں وہ پیشانی کے مرکز اور ٹھڈی تک پھیل جاتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد یہ تو رد مستقل ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے اگرچہ وہ اپنی شدت میں مختلف اوقات میں مختلف ہوتا ہے، اور بالآخر صغیر و قی اتساعات نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ اُن اشخاص میں جنکا مچھلی دوران خون ضعیف ہوتا ہے خاص طور پر کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ بیشتر اصابتوں میں اس تو رد کے ساتھ سیلان الہمن اور بعض اوقات تعرق موجود ہوتا ہے، اور شعری دہنی جرابوں کے گرد ثانوی التهاب پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے، جسکی وجہ سے بالآخر قاتحات اور بشور بجاتے ہیں اور اِل سے بڑی بد شکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً ان التهابی اضرا کے تازہ حملے ہوتے رہتے ہیں، اور عورتوں میں یہ ایام حیض سے عین پہلے نہایت کثیر التعداد ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں غرق ضم غذا یا شراب کے استعمال سے ہمیشہ انکا تازہ حملہ ہو سکتا ہے۔ اگرچہ عموماً یہ مرض ناک اور گالوں پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، تاہم ممکن ہے کہ یہ ٹھڈی کو خاص طور پر ماؤف کر دے، یا مخصوص عورتوں میں۔ ایسے مریضوں میں اس مقام پر عسر الاند مال مرض بشور اور قاتحات کی تفصیل مسلسل نمودار ہوتی رہتی ہیں۔ کہتے ہیں یہ قسم مہیض یا رحمی عوارض کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اس مرض کی ایک سری قسم میں جلد چربی ہونے

کے بجائے خشک ہوتی ہے، اور اوپری، سرخ، چھلکے دار پلکیاں جیسے ساتھ چھوٹے چھوٹے قاحات مخلوط ہوتے ہیں، بیشش دمویتی رقبوں پر نمودار ہو جاتی ہیں۔ کہبت جگر کی بعض اصابتوں میں، شدید درد جیسے ساتھ شدید ثانوی بنقی عینی سرایت ہو، نہ صرف ”رقبہ تورڈ“ کو، بلکہ گالوں کے پچھلے حصوں اور پیشانی بنقی لگانوں اور زیر قلی خطوں کو بھی ماؤف کرتا ہے۔ کہبت والی نوجوان لڑکیوں میں راقم الحروف نے اس قسم کی دو اصابتیں دیکھی ہیں۔

وردیہ کی کہبتہ اصابتوں میں اس مرضی حالت کے پیدا ہو جانے کا امکان ہے جسے عقدۃ الائف (rhinophyma) کہتے ہیں۔ یہ نہایت عام لور پر ان اٹھالی ہاتھوں والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہے جو اپنے پیشہ کی وجہ سے سرد ہواؤں میں کھلے رہتے ہیں۔ اس میں ناک بڑے بڑے لٹنگدار یا سلقین بروزات لے سکی ہوئی ہوتی ہے، جنکو گہرے فجوات جدا کرتے ہیں۔ انخارنگ گہرا بنفشی ہوتا ہے، بڑی بڑی شش دریدیں انکی سلع پر سے گزرتی ہیں، اور بیشش پر وردہ دہنی خند کی شش جراثیم ان سلعوں کو گڑھے ار بنا دیتی ہیں۔

وردیہ کے مریضوں کے سود ہضم کی علامات کا انحصار بعض اوقات مزمن التهاب معدہ (chronic gastritis) پر ہوتا ہے جسکے ساتھ کم نمک ترشگی ہو۔ ایسے مریضوں میں کھانے کے بعد پری کا احساس، دیمیت اور بعض اوقات سوزش سینہ (heart-burn) اور تکی کا احساس ہوتا ہے۔ اکثر اشتہا ضعیف ہوتی ہے اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے۔ اس کے برعکس سود ہضم کے موضوعی علامات ممکن ہے منقود ہوں۔

وردیہ کی ایک اہم پیچیدگی، عینی اضرار کا وقوع ہے، جو کہ تقریباً ۱۵٪ اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ اہم مزمن التهاب عین (chronic blephritis) جو کسبیلان الدمی مریضوں میں اس قدر عام ہے، زیادہ کثرت سے دیکھا جاتا ہے۔ عینی اضرار کی جماعت بندی حسب ذیل کیجا سکتی ہے۔

(۱) طبعی عودق کا سادہ اتساع، یعنی طعقات، پہرے کے وردی رقبہ میں شامل ہو جاتے ہیں۔ (۲) فیصلی التهاب طعقات۔ (۳) قرینتی تقرح، جو کہ

نفیضات کے ٹوٹنے پھوٹنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (۲) خشر قرنیست (diffuse keratosis)۔

آخر الذکر میں، بیدہی طور پر ایک ریم اسرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں، جس کا مقابلہ اس سرایت سے کیا جاسکتا ہے جو کہ درہیتی رقبہ کی جلد پر واقع ہوتی ہے، لیکن دونوں کی شدت کے درمیان کوئی موازات ہونا لازمی نہیں، اور گاہے آگکھ کے اضرار، درہیہ کے فعال طور پر سے پہلے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ آخر الذکر کا کامیاب علاج یعنی التهاب کو مہمی موقوف کر دینا ہے، تاہم قرنیستی تقرح ممکن ہے شدید اور دشوار علاج ہو، اور اسکے نتیجہ میں جوندہ بات پیدا ہوتے ہیں وہ بصارت کو مستقل طور پر لٹا سکتے ہیں۔

تشریح۔ ابتدائی درجوں میں محض آدمی کی عروق شعریہ کا اتساع ہوتا ہے، انھیں شعری ڈھنی جرابوں اور غدید عوقیہ کے گرد، اور کستقد صغیر خلوی درریش ہوتی ہے۔ جرابوں کے گرد مزمن التهاب ہونے سے ثور بھگتے ہیں۔ عقدۃ الانف (rhinophyma) میں ڈھنی غدید کی بے انتہا بیش پرورش واقع ہو کر لینی بافت کی نئی نچوین بن جاتی ہے۔

مبحث اسباب۔ درہیہ ریمان میں نمودار ہو سکتا ہے، لیکن بالعموم یہ یا چوتھے عشرے میں شروع ہوتا ہے، اور آخری سالوں میں کم یا غالب ہو جاتا ہے۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں کہیں زیادہ عام تر ہے، اور جب یہ رجحان موجود ہو تو بلاشبہ زمانہ حیض اور آياس میں اسکا اشتداد ہو جاتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ بیش دمویت فعال ہے یا مجہول، اس فتور کی دو قسمیں شناخت کی جاسکتی ہیں اول الذکر حالت میں باؤف رقبہ شخخ سوخ ہوتا ہے، اور بدہضمی، گرم مشروبات، حرارت میں تکشف، یا جذباتی اختلال تقدم میں شدت پیدا کر دیتے ہیں۔ آخر الذکر میں مجہول امتلاء ہوتا ہے، چنانچہ رنگت نیلی سی یا ارغوانی ہوتی ہے، اور سردی میں تکشف خاص شدت حاصل ہوتا ہے۔ مجہول قسم مزمن قلبی یا رئوی مرض والے اشخاص میں بھی ملتی ہے۔ تاہم دونوں اقسام میں، دورانی اختلالات عام ہوتے ہیں اس طرح کہ صیطنی عرق حرکی طناب غیر مستحکم ہوتا ہے۔ جوارح اکثر ٹھنڈے، یا باری باری سے ٹھنڈے

اور گرم ہوتے ہیں، اور بہت سے مریض، خصوصاً عورتیں "مردہ انگلیوں" کا رجحان رکھتی ہیں، جیسی کہ ریناڈ کے مرض (Raynaud's disease) میں دیکھی جاتی ہیں۔ پھل قسم میں "تھنرتی دوران خون" عام ہوتا ہے، اور وریہ ممکن ہے محض اسی کا جزو ہو اپنی سردی میں کشف پر ناک اور وحشی خطوں کے اوپری عروق میں رکود ہو جائے۔ سببی نقطہ نگاہ سے اس میں اور حقیقی وریہ میں فرق ہے، اگرچہ ممکن ہے دونوں بیک وقت موجود ہوں۔

حالیہ مشاہدات (37) بتاتے ہیں کہ آخر الذکر میں وریہ دیتی رقبہ کے معکوس توتر کا معمولی سبب، معدے کی دیوار میں تنیدگی کا بڑھ جانا ہے، جو ممکن ہے (۱) تھنرتی میں تاخیر (ب) کمزور حرکت و دودی (ج) یا زیر تنیدگی، جس سے معدہ میں تمدد کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے (د) بیش سرعیت حرکت و دودی (س) اور معدی شج کا نتیجہ ہو۔ لہذا ہر وہ چیز جو معدی تمدد پیدا کرے، مثلاً حجم دار، ناکافی طور پر چائے ہوئے کھانے، چھپے ہوئے آٹے کی روٹی، اور سیال کی بڑی مقدار، یا جو طبعی حرکت و دودی میں مداخلت کرے، توتر کی تحریک کرے گی۔ معاون عوامل، جو کئی آہیں مثلاً حیض، ایس، مونٹ حوضی اعضا کے درد ناک فتور، مزمن مرائتیں، اور نفسانی اختلالات، مثلاً تشویشی حالت (anxiety state) غالباً ان کا اثر، معدی تنیدگی پر ان کے فعل کے باعث ہوتا ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے (38) کہ طویل المدت تشویش معدہ کی زیر تنیدگی اور حرکت و دودی کا اختراع واقع کر دیتی ہے، اور ایسی ہی حالت عورتوں میں زائید ماقبل حیض میں واقع ہوتی ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ واضح التهاب معدہ کس حد تک موجود ہوتا ہے۔ وریہ کے مریضوں میں کسری امتحانی غذا کے نتائج پر بے شمار مشاہدات کئے گئے ہیں، اور یہ امر ثابت ہو چکا ہے کہ معدی ترشگی اور وریہ دیتی رجحان کے درمیان کوئی تناسب نہیں ہے، کیونکہ ایسڈ وکٹ ایسڈ کا افراد منقود، قلیل، طبعی یا وافر ہو سکتا ہے۔ اگرچہ ہائڈروکلورک ایسڈ دینا اکثر اوقات نمایاں طور پر مفید ہوتا ہے، کم ترشگی اور ترشگی کے طبعی بلکہ وافر افراد کی حالتوں میں یہ مساوی طور پر ایسا ہو سکتا ہے۔ لہذا اس کا فعل غالباً معدی تنیدگی اور حرکت و دودی پر ان کے اثر پر منحصر ہے۔ قلیات، جو کھانے سے پہلے دی جائیں،

اور کارات ریلج، بلاشبہ کسی طرح فعل کرتے ہیں۔ مریض انکھیلیوں اور چائے نوشوں میں وردیہ کی کثرت و قہر کچھ تو التهاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے، کچھ سیال کی بڑی مقداروں سے پیدا شدہ زیر تنیدگی اور تمدد کی وجہ سے، اور کچھ انکھل اور گرم مشروبات کے ذریعہ تیز دھکے اشتداد کی وجہ سے۔

تشخیص - وردیہ کو معمولی تنطیل (acne vulgaris) سے انصاف کی غیر موجودگی سے اور اس حیثیت کی وجہ سے تیز کیا جاسکتا ہے کہ وہ نسبتاً زیادہ عمر میں نمودار ہوتا ہے۔ لیکن یہ دونوں مرض اکثر اوقات ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ احماری ذنبہ (lupus erythematosus) میں عموماً واضح الحدود چمکتیاں موجود ہوتی ہیں، بٹکے کنارے ابھرے ہوئے اور چمکے منضم ہوتے ہیں، اور اوپری اندام پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ وردیتی درنی توران سے تفریق پہلے بحث کی جا چکی ہے۔ آتشکی ثورانات کے ساتھ غلط ملط واقع نہ ہونا چاہئے۔

علاج - مریض کو بھاری کھانوں، سیال کی بڑی مقداریں لینے، اور تھکان کی حالت میں کھانے سے اجتناب کرنا چاہئے۔ میدے کی روٹی قطعاً ممنوع کر دینی چاہئے، کیونکہ صاعی ناسور والے ایک مریض میں یہ مظاہرہ کیا جا چکا ہے کہ جب خستہ سینگی ہوئی روٹی کھائی گئی تو ناسور پر ملنے مادہ کی صرف ٹھوڑی سی مقدار نظر آ رہی ہوئی، لیکن جب میدے کی روٹی لی گئی تو بڑے بڑے، گندھے ہوئے آٹے کے سے ڈلے نکلے۔ دوسری نرم نشاستہ دار غذاؤں سے بھی اجتناب کرنا چاہئے، مثلاً دودھ یا چربی کی پڈنگ (milk or suet pudding)، بھاری کیک (cakes) اور دلیے (porridge) سے۔ انکھل بہت کر لینی چاہئے، یا بالکل نہیں لینی چاہئے، اور تیز چائے یا کافی اور دوسرے گرم مشروبات منع کر دینے چاہئیں۔ فنی، لوزی، یا آئنی لبوئی خوراک کی جستجو نہایت احتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے اور اگر ایسی عفونت موجود ہو تو اس کا سد ارک کرنا چاہئے۔ معدی رس کا امتحان وظیفی طریقہ سے کر لینا ہمیشہ مناسب ہے، اور بعض اصابتوں میں پورے غذائی خیلے کے لاشعاعی امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں کھانے سے پہلے ایک قلوئی آمیزہ مثلاً بگینڈہ بونڈا بانی کارب ۲۲ گرین، ٹیکور یہانی کو (Tine. Rhei Co.) ۴۰ قطرے، انکھور زنجبر کس

(Tinc. Zingiberis) ۳۰ قطرے، اکیواکلوروفارم (aq. chloroform) ۳۰ تا ۴۰ (ایک اونس) دینے سے اور مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ کی پوری مقداریں (۳۰ تا ۴۰ قطرے) دن کے تین خاص کھانوں کے ساتھ یا انکے بعد دینے سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ دوسری دوائیں جو بعض اوقات مفید ہوتی ہیں، بسمتھ (bismuth) اور اکتھیل (ichthyl) ہیں۔ ان دونوں کو غلوٹے معدے کی حالت میں دینا چاہئے۔ جذباتی یا اور غیر موافق ماحول کا اسکا فی اثر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہئے، اور مدترانہ نفسیاتی معادے بعض اوقات نمایاں فائدہ دیتا ہے۔ یہ قاعدہ حیف والی عورتوں میں اور ایاس کے دوران میں فعال بیضی خلاصہ جات کی ضرورت ہے۔ مقامی طور پر خاص داعیہ علاج یہ ہے کہ سیلان الدہن اور اُس سے پیدا ہونے والی ثانوی سرایت کو روکا جائے۔ خفیفہ اصابتوں میں رات کے وقت ہلکا اکتھیل کا زبدہ یا لٹی (weak ichthyl cream or paste) اور دن میں غسل کلامائن (calamine lotion) لگانا چاہئے۔ زیادہ شدیدہ اصابتوں میں رات کے وقت ایک ایسی لٹی لگائی جائے، جس میں گندھک (sulphur) سیلیسلک آکسائیڈ (salicylic acid) اور رسارسین (resorein) شامل ہو۔ اگر قاحیت زیادہ ہو تو لاسر کی لٹی (Lassar's paste) مفید ہے، جس میں ۲ فیصدی زرد آکسائیڈ آف مرکوری (yellow oxide of mercury) موجود ہوتا ہے۔ تسع وریدکوں کو برق پاشیدگی سے یا کاربن ڈائی آکسائیڈ اسنو (carbon dioxide snow) کے بار بار ہلکے انجماد کے ذریعہ تلف کیا جاسکتا ہے۔ خفیفہ درجہ کے عقدۃ الانف میں پیش پروردہ یافتہ کو نشتر سے نکال دیا جائے تو بہترین معمولی نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ لاشعاعوں کی قلیل مقداریں بعض اوقات مفید ہوتی ہیں۔

ششری

(URTICARIA)

قارصہ (nettlerash) (urtica) یعنی بھجوا کے دوران کے اصلی اضرار دروڑے (pomphi) یعنی سلاقات) ہیں۔ یہ جلد کے سخت اور محدبہ ابھار ہوتے ہیں،

جھکارنگ گلابی، یا مرکز سپید ہوتا ہے، جہاں اُفیم شدید ترین ہوتا ہے، اور جو ایک
سرخ ہالیزہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے جسے "flare" کہتے ہیں۔ یہ گول یا بیضی
یا تختی ہو سکتے ہیں، اور بعض اوقات ٹیکر دار شکلیں بنا دیتے ہیں۔ جسامت میں چھوٹے
چھوٹے واضح الحدود، شور (شورای شری = *urticaria papulata*) سے لیکر
بڑے بڑے وسیع الحدود رقعوں تک مختلف ہوتے ہیں۔ بشا ذاعصابوں میں ددڑے
کی سطح پر ایک آبلہ یا چھال بن سکتا ہے (حبابی شری = *U. bullosa*)۔ دیوپکر
شری (giant urticaria) (عقربیتی شری = *U. gigans*) میں ارتشاح کوئی جلد
ہوتا ہے (وعائی عصبانی اذیم = *angeioneurotic edema*)، اور مرغی کے
انڈے کی جسامت کی یا زیادہ بڑی محدود گول گرہیں ہوتی ہیں، یا چوٹوں، آبلوں اور
جوارح جیسے حصوں کا منتشر دم ہو سکتا ہے۔ معمولی شری اور دیوپکر شری دونوں
میں انفرادی اغراض علاج الزوال ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ چند منٹ سے لیکر
چند گھنٹوں تک ہی قائم رہیں۔ اس شوران کے ساتھ شدید کھجلی ہوتی ہے، جسکی
وجہ سے مریض کو کھرینچے بغیر چین نہیں آتا اور اس طرح کھرینچے سے اور نئے
ددڑے پیدا ہو جاتے ہیں (مصنوعی شری = *U. factitia*)۔

اس مصنوعی شری اور جلد نگاری (dermographism) کے درمیان
تفریق کرنی چاہئے۔ جیسا کہ بتلایا گیا ہے، اول الذکر کسی شخص کی جلد کو کھرینچنے یا رگڑنے
سے پیدا ہو جاتی ہے، جبکہ وہ شری حالت میں ہو۔ اسکے برعکس بعض اشخاص میں جو
شری نہیں ہوتے، جلد کو آہستہ سے سلنے ہی سے اسی طرح کے ددڑے پیدا
ہو جاتے ہیں۔ اس منظر کو جلد نگاری کہتے ہیں اور اس میں اور متبقی شری میں
فرق ہے کہ اس کے ساتھ کھجلی نہیں ہوتی۔ لیکن جلد نگاری کا رجحان بھی ایک درجہ
کا سوال ہے، اور طبیی اشخاص کے بہت بڑے تناسب میں بھی زور سے سلنے پر کھجلی
ددڑے نمودار ہو جاتے ہیں۔

سبب اسباب۔ ددڑا خواہ وہ کسی طرح بھی پیدا ہو، ایک تجمید

تعال ہے، جسے ایوس (39) نے "رگڑ جلیبیت" کے نام سے موسوم کیا ہے۔
وہ مندرجہ ذیل مظاہر مشتمل ہوتا ہے: ۱۔ (الف) جلد کے دقیق عروق کا ایک اقلی

اور مقامی ارتشاع (جب متصل شریانوں کا ایک وسیع پھیلا ہوا ارتشاع، جس سے دمک "flare") پیدا ہو جاتی ہے، اور جو تمام ایک مقامی عصبی محکوسہ سے پیدا ہوتا ہے اور (ج) مقامی طور پر، عروق کی دیواروں کی بڑھی ہوئی نفوذ پذیری، اور عضلی سیال کا ارتشاع جس میں واقف البیومین ہوتا ہے۔ کبھی کبھی عروق کے گرد گول خلیوں کی بڑھتی ہوئی ہے۔ یہ پیچیدہ تعامل نہایت مختلف الاقسام جہتجات سے پیدا ہو سکتا ہے، مثلاً میکافنی، حراری، برقی، اور کیمیائی جہتجات سے، لیکن اغلب ہے کہ خواہ سبب شہرک کچھ بھی ہو، دودڑا جلد میں ہسٹامین (histamine) یا کسی ہسٹامین نما شے کی رہائی کے سبب سے ہوتا ہے۔ اس میں شبہ نہیں کہ جلد میں ہسٹامین کے ایک محلول (مثلاً ۳۰۰۰ میں ایک) کے اثرات سے تشبلی دودڑے تجربہ شدہ پیدا کئے جا سکتے ہیں شہری یا جلد نگاری دودڑے کو تضرر کا ایک غائی مقامی تعامل سمجھا جا سکتا ہے۔ سہ گونہ جمہیت کے ذریعہ جو اس دودڑے کو ماتی ہے، متضرر رقبہ میں سیلان فین اور لینی رسد زیا دہ ہو جاتی ہے، جو "مضر اشیا کو دھوکہ بہا دینے یا رقیق اور ہلکا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے، اور ناف خفے کے عروق میں سے سید خلیوں کو زیادہ سرعت کے ساتھ لاتی ہے (Lewis)۔

شہری دودڑا، خراش اور اشیا کا (خواہ یہ اشیا مقامی طور پر جلد میں لگائی جائیں یا یہ اندر سے جذب ہوں)، اور طبعی جہتجات سے تضرر کا ایک عام ترین جلدی تعامل ہے۔ ہسٹامین کے علاوہ کثیر التعداد کیمیائی اشیا (ثریشے، قلیات، فارمالڈیہ) بعض فلزات اور انکولائڈز کے طہات، آئرن، رانی کاتیل، کنتھیرین، وغیرہ، اگر جلد میں مشرب کر دی جائیں تو دودڑے پیدا کر دیں گی۔ یہاں عام طور پر حساس شدگی کا سوال (جس کا تذکرہ بعد میں کیا جائیگا) نہیں پیدا ہوتا، اور یہی سمجھا کے کاٹے (nettle-stings) کے ٹکڑے اور کسی مدبک ڈنک مارنے والے حشرات کے کاٹوں کے لئے سچ ہے۔ اسکے برعکس، ایسے حشرات جیسے کہ پتوں، مچروں، پھول (gnats) اور جوؤں کے کاٹنے کی حالت میں حساس شدگی اور ممانعت کے معاملات کا لحاظ لازم ہے۔ وہ اشخاص جنہیں چوہے کے پتوں نے پہلی بار کاٹا ہو کوئی تعامل ظاہر نہیں کرتے، لیکن ان کے متواتر کاٹنے کے بعد نمایاں مقامی تعامل پیدا ہو جاتے ہیں،

کیونکہ وہ اشخاص متاس شدہ بنجاتے ہیں (40)۔ اُن اشخاص میں جنہیں بعض حشرات نے عرصہ دراز تک متواتر کاٹا ہو، مناعت کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ مثلاً اُن قزوں کے دیسی باشندے جہاں میمولیئم کمبیاں (simulium fliea) بکثرت ہیں ان کمبیوں کے کاٹنے کی مناعت حاصل کر لیتے ہیں (41) اور یہ بات اچھی طرح معلوم ہے کہ جو اشخاص پتوؤں، جوؤں اور کھٹلوں کے کاٹنے کا ہمیشہ ہدف بنے رہتے ہیں وہ کچھ عرصہ کے بعد اُنکا بہت کم تعامل ظاہر کرتے ہیں یا کوئی تعامل نہیں ظاہر کرتے۔

اندرونی مبداء کے اثری کے متعلق یہ یاد رکھنا چاہئے کہ غماص ششری ثوران کے علاوہ، جسکے ساتھ اُسکی سخت الجلدی قسم ہو یا نہ ہو، سخی مبداء کی مختلف حالتوں [مثلاً غلغلہ خصل التهاب جلد (dermatitis herpetiformis) حکاک (prurigo) کی مختلف قسموں، اور نوری حساس شدگی (light sensitisation)]

میں بھی ششری ددوڑے پیدا ہو سکتے ہیں۔ بہت سی مثالوں، مثلاً دوائی، غذائی یا مصلیٰ طغفات میں، ثوران کثیر الاشغال ہوتا ہے اور اُس میں گونا گوں اور مختلف رنگ روپ کی احماری پکیتوں کے ہمراہ ششری ددوڑے مخلوط ہوتے ہیں اور بعض اوقات ایک یا بیشبہت بھی پائی جاتی ہے بعض غذاؤں، بالخصوص مچھلی کے استعمال کے بعد نہایت عام طور پر ایک مخلوط ششری اور اکرزیمائی ثوران نمودار ہو جاتا ہے۔

ششری اور وعائی عصبانی اُڈیا (angioneurotic edema) دراصل عصبانی عروقی تعاطلات ہیں، جو ششری کی حالت میں اُدی اور وعائی عصبانی اُڈیا کی حالت میں تحت الجلدی ہوتے ہیں۔ جس جلد صحیح و سالم رہتی ہے، استشاء اسکے کہ جبانی ششری میں (جو شاذ ہے) وہ شدید مصلیٰ ارتشاح سے تمام تر اُٹھ آتی ہے یا درختہ ہو جاتی ہے۔ اسکے برعکس اکرزیمیا میں، جیسا کہ دیکھا جائیگا، جو جلدی حساس شدگی (epidermal sensitisation) اصل عامل ہوتی ہے، اور جلد کا اکرزیمائی تعامل برجلدی آدمی تعامل ہے۔ یہ سمجھنا آسان ہے کہ اگر اُدی اور برجلدی بافتیں دونوں اُسی اینٹی جن کے لیے حساس شدہ ہوں تو کس طرح اس سے ایک مخلوط ششری اور اکرزیمائی ثوران پیدا ہو سکتا ہے۔

اندرونی مبداء کی ششری غالباً ہمیشہ اس امر کی دالالت ہے کہ وہ خصل ایک

حساس شدہ یا حساسیتی حالت میں ہے۔ بعض امواتوں میں یہ دوران گرم غسل یا سخت ورزش کے بعد یکایک اور پہلی بار پیدا ہو جاتا ہے، جس سے بلاشبہ جلدی عودق میں دوران کرنے والی آئینی جن کا ایک سیلاب عظیم واقع ہو جاتا ہے اور بعض میں امواتوں میں یہ حملے صرف اسی وقت واقع ہوتے ہیں جبکہ کسی طبعی نتیجے سے یا کسی جذبہ کی شدت سے جلد میں امتلا پیدا ہو جاتا ہے۔ اسمیں شک نہیں کہ اصلی دوران ہسٹامین کی رہائی کے باعث ہوتا ہے، جو دوران کرنے والی آئینی جن کے حساس شدہ آدمی بافت کے تماس میں آنے سے واقع ہوتی ہے، یعنی تضرک کے جواب میں۔ کسی ایسے شخص میں جو کسی خاص شے، مثلاً مچھلی یا انڈے کی حساسیت رکھتا ہو، جلد کے اندر آئینی جنی شے کے تفرق غلامہ کے اور ہسٹامین کے ایک محلول کے اثرات سے بعینہً ماثل تعاملات بیک وقت واقع ہوتے ہیں۔ مزید برآں یہ ہسٹامین جلد کے اُس رقبہ کو، جس پر یہ لگائی گئی ہے، اُس آئینی جنی محلول کے لئے گریزی بنا دیتی ہے اور آخرالذکر اپنے رقبہ کو ہسٹامین کے لئے گریزی بنا دیتا ہے۔

908

اندرونی مبادا کا شری دوران پیدا کر دینے والی اشیاء کی تعداد بے شمار ہے۔ انکی جماعت بندی حسب ذیل کی جاسکتی ہے۔

(۱) غذایہ اور مشروبات۔ انکی عام مثالیں یہ بیان کی جاسکتی ہیں۔ مچھلی، قشری حیوانات، ذومصلعین (bivalves)، لحم خنزیر اور کلمہ انڈے، لگرتے سپاریاں، اناج، بعض پھل اور ہنریاں، شراب انگوری اور دیگر مشروبات۔ ان اشیاء میں کی آئینی جنیں خود پر نہیں ہیں، کیونکہ وہ اُس زیر بحث شے کے خالی از پروٹین رقی پاشیدہ (protein free dialysate) میں موجود ہوتی ہیں جیسا کہ مثلاً انڈوں کی حالت میں بتلایا گیا ہے (42)۔ بعض امواتوں میں کسی خاص غذا کی حساسیت استعد زریادہ ہوتی ہے کہ اُسے صرف منہ کے اندر لینے سے شری کا حملہ شروع ہو جاتا ہے۔ دوسری امواتوں میں اس حملے کا انحصار اُس کے نمل ہضم پر ہوتا ہے، جس کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ آئینی جن غیر متغیر صورت میں جذب ہو جاتی ہے۔ ان مریضوں میں جن میں بے ترشگی (achlorhydria) کی شکایت ہوتی ہے، ہائڈروکلورک دینے سے حل کرک جاتا ہے، خواہ وہ غذائی جاسے جو

معمولاً شہری پیدا کر دیتی ہے۔ بعض مریض صرف ایک ہی غذا کی حساسیت رکھتے ہیں اور بعض کئی غذاؤں کی، اور پھر بعض کی یہ حالت ہوتی ہے کہ کوئی خاص شے سبب نہیں قرار دیا جاسکتی، گو یہ صاف واضح ہوتا ہے کہ اُن میں غذائی غلطی سے آئنی جن جذب ہوتی ہے۔

(۲) ادویہ۔ کثیر التعداد دوائی اشیاء شہری طغفات یا احماری شہری طغفات پیدا کر سکتی ہیں، مثلاً بلسانات (balsams)، 'اقیون'، 'کونین'، 'سیلیسیٹس' (salicylates)، 'ایوڈائڈز' (iodides)، 'مثنویات' کا باربٹون گروہ (barbitone group)، 'سٹنکیلا' (arsenic)، 'آرسینو بنیزال' (arsenobenzol) اور بہت سی دوسری اشیاء۔

(۳) علاجی مصل (therapeutic sera)۔ مصل مرض (serum sickness)، جس میں شہری ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، گھوڑے کے مصل کے سبب سے ہوتا ہے، نہ کہ اُس قسم کے سبب سے جو اُس کے اندر موجود ہوتا ہے، ایسا سبب اُن لوگوں میں جو پہلے سے اسب حساس (horse-sensitive) ہوں، علاج یا مصل خطرہ کا باعث ہے۔

(۴) جراثیمی سرائتیں۔ مزمن شہری کا اناہار کسی باکتری سرایت پر ہو سکتا ہے، مثلاً سرائتِ زرد دانقوں، 'لوژمن'، یا 'آئنی اجواف'، مزمن التهابِ زائدہ التهابِ دوار (cholecystitis) یا التهابِ غدۃ قدامیہ (prostatitis) بولی خلیے کی خفیتِ قولونی (B. coli) سے سرائیت، اور معاً میں غیر بیجی قولونی نما عصیات کی موجودگی پر۔

(۵) حیوانی طفیلیات۔ امعائی کرم، کیسیات (hydatids) اور طفیلی نخر، حیوانات (parasitic protozoa)۔ ڈبلیو۔ جڈاسون (W. Jadassohn) نے بتلادیا ہے کہ صفاری کرم (ascaris worm) کی حقیقی آئنی جن کو (جو حساس شدہ اشخاص میں شدید شہری، دہ یا ایکڑیا پیدا کر دیتی ہے) حرارت تلف نہیں کرتی اور یہ آئنی جن رقیق پاشیدنی (dialysable) ہوتی ہے۔ لہذا جسطرح غذائی آئنی جنوں کی حالت میں ہوتا ہے، یہ بھی پروٹین نہیں ہے۔

اسوقت جبکہ آئینی جن غذائی قتال سے جذب ہوئی ہو، اور کم از کم بعض اوقات میں اسوقت جبکہ وہ غیر غذائی قتالی مبادی سے داخل ہوئی ہو، ان دونوں صورتوں میں حاسیتی تعاملات، مثلاً شری، کو روکنے میں غالباً جگر کے پروٹین شیمیائی اور رسم ربا وظائف نمایاں حصہ لیتے ہیں۔ فی الحقیقت جگر کو پہلا خط مدافعت سمجھنا چاہئے، اور جب اس کا فشل ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ اسکے بدلے کے طور پر جلد، بوجہ اپنی فلیڈ جسم بنانے کی قابلیت کے اور خون میں دوران کرنے والے فلیڈ اجسام کو ثبت کر دینے کی قابلیت کے (جو پراؤس نلٹر کو سٹنر: Prausnitz-Kustner کے تعامل سے ظاہر ہوتی ہے) ایک حفاظتی وظیفہ انجام دینے لگے۔ بشری اور حاسیت کے دوسرے جلدی ظاہر کو آئینی جنی فلیڈ جسمی تعاملات سمجھنا چاہئے، جو اول الذکر کو تلف کر دینے کے لئے مرتب ہوتے ہیں، اور اس طریقہ سے دوسرے زیادہ حیوی اعضا کو محفوظ رکھتے ہیں۔ حاسیتی مرض میں، بعض حکاکات میں، حاد بشری اور عصبانی آفریبا کی بعض اصابتوں میں، اور بشری اور دوسرے ٹورانات میں، فلزاتی قسم (آر سینو مینرال، ہمتہ، سونے، وغیرہ) کے اثر سے ثانوی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں، اکثر ایک دوہیلیتی قسم کا ثبت و آن ڈن برنگی تعامل (Van den Berg reaction of the biphasic type) پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ بول میں مد زیادہ یوروبیلین (urobilin)، یورٹس (urates) کا جمائو، اور کبھی عدم کفایت کی دوسری دلائیں پائی جاتی ہیں۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ جگر کے فلیڈ جسمی اور دوسرے وظائف کے لئے گلاٹکو جن ضروری ہے، چنانچہ اس سے اس امر کی کبیقہ توجیہ ہوتی ہے کہ فلزاتی قسم کو روکنے اور بعض حاسیتی حالتوں کے علاج میں گلوکوز کیوں مفید ہوتی ہے۔

شری کے ایک حادثہ کے دوران میں وہ مختلف مظاہر واقع ہوتے ہیں، جو "خون شکنی حرجہ" ("hemoclastic crisis") کی اصطلاح کے تحت جمع کئے گئے ہیں، اور خون اور بول میں وہی حیاتی کیمیائی تغیرات رونما ہوتے ہیں جو حاسیتی حالت کے دیگر ظاہر کا متمیز خاصہ ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 138)۔ ہسپتال کا احتیاس واقع ہوتا ہے، چنانچہ ڈوڈرسے، آدمہ میں مقامی اجتماعات کے آئینہ دار ہیں۔

حساس شدگی کے اصلی اور ضروری عامل کے علاوہ، بعض اصابتوں میں دوسرے عوامل بھی موجود ہو سکتے ہیں جو بشری کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں مثلاً کیلیم کی قلت اور نفسیاتی اختلالات۔ یہ یقینی امر ہے کہ بعض اصابتوں کو کیلیم کے استعمال سے فائدہ ہوتا ہے اور ایک بشری موضوع میں جذباتی برائحتی سے بشری کے حملہ کی تحریک ہو سکتی ہے (مقابلہ کرو ذمہ اور حکاک سے)۔

علاج - بشری کا حادثہ پہلی بار عموماً کسی ایسی غذا، جیسی کہ پھیلی، معدنی مصلیٰ یا لحم خنزیر کھانے کے بعد بائیں وجہ ہوتا ہے کہ آئینی جینی شے دوران مضمر میا تلف نہیں ہوتی اور نہ جگر اسے ثبت اور تلف کر سکتا ہے۔ لیکن اس امکان پر بھی خود کرنا چاہئے کہ وہ کسی دوا، مثلاً ایک مٹوم، یا کسی علاجی مصل کے اثر اب کی وجہ سے پیدا ہوا ہو۔ اگر مریض کو کسی مشتبہ غذا کے کھانے کے تھوڑے عرصہ بعد بشری کیا گیا ہے تو اسے ایک قے آور دوا دینی چاہئے اور علامات کی فوری تخفیف کے لیے لاکٹر آڈرینالینی ہائڈروکلورائیڈ (liq. adrenalini hydrochlor.) کے ۵ تا ۱۰ قطرے، یا بہتر ہے کہ آڈرینالین اور پیتھوٹرین (pituotrin) کے ایک مرکب کا اثر تحت الجلدی بافت میں گہرا دیا جائے اور اگر ضرورت ہو تو اسے دقتوں کے ساتھ کور استعمال کیا جائے۔ کیلیم کے مرکبات مثلاً کیلیم گلوکونیٹ یا افنیل (afenil) (calcium-chloride-urea) کے دروں ویدی اثر ابات بھی موثر ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک روزانہ دئے جاسکتے ہیں۔ یہ امر قرین مصلحت ہے کہ مریض ۲۴ گھنٹے تک بغیر غذا کے رہے، البتہ اسے گرم پانی میں گھولی ہوئی گلوکوس دی جاسکتی ہے اسکے بعد دو تین روز تک، اگر دودھ کا عدم تحمل نہ ہو، تو غذا کو اس سیال (جو کہ گلوکوس سے میٹھا کر لیا گیا ہو) کے ۳ گلاس روزانہ تک محدود کر دینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں ایک شہل مثلاً کیلوٹل ۲-۳ گرین، اور اسکے بعد اعلیٰ صبح منتر سلفیٹ کی ایک معادہ گرم پانی میں دینی چاہئے۔

ان اصابتوں میں جن میں بشری یا متوالی حملے ہوں، مریض سے اچھی طرح سوال کر کے، یا ضرورت ہو تو جلدی کا شفات عمل میں لاکر بشری پیدا کرنے والی مخصوص غذاؤں کو دریافت کرنے کی کوشش کرنی چاہئے اور ماسکی سٹ

کے مبعوض کو اچھی طرح تلاش کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ کسری امتحانی غذا کے ذریعہ ہائڈروکلورک ایسڈ کے بعدی افراز کی تحقیقات، اور جراثیم کی غیر معمولی نسلوں حد سے زائد گندیدگی کی شہادت، غیر منہضم غذا، اور معانی فعلیات کے لئے براز کی تحقیقات مناسب ہو۔ سپید خلیوں کے مجموعی اور تقریبی شمار سے ممکن ہے کہ مخفی عفونت پر دلالت ہو، یا اگر ایوسین پسند خلیوں کی کثرت پائی جائے تو اس سے کیسیتی مرض (Hydatid disease) ظاہر ہو۔ چوبیس گھنٹوں کے مختلف اوقات میں بول کے مختلف نمونے جمع کر کے اُنکا مکمل امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ تغیرات کا وہ دور یہ ظاہر ہو جو پہلے مسابیتی حالتوں کے بیان میں درج کیا گیا ہے اور اس سے معقول علاج کا سراغ ہاتھ آجائے۔ قولونی عصیونی بولیت (ooliuria) کا علاج بزمین (hexamine) اور دوسرے بولی عفونت کشوں کے ذریعے کرنا چاہئے۔

غذائے ۱۔ مزمن بشری کے غذائی علاج کا اقتقاد قدقدی طور پر یہ ہے کہ ان غذاؤں کو جو کہ حلوں کی تحریک کرتی ہیں خارج کر دیا جائے اور نہایت نرمی پھلنی شحمی غذاؤں، سوائے کھن اور پنیر کے، دوبارہ پکے ہوئے گوشت یا مچھلی، قشبات اور صدفی مچھلی، اور مرکب مٹھانیوں سے پرہیز کیا جائے۔ بعض اصابتوں کو عارضی بزمی خوری سے فائدہ پہنچتا معلوم ہوتا ہے، لیکن انہی اکثریت میں ایک یا نظام غذا جس میں پروٹین کی کثرت ہو، کاربوہائڈریٹ اور شحم کو محدود کر دیا جائے، اور بزیوں اور کم تر شحمی پھلوں کی مافرد بہیم پہنچائی جائے، قریب مصلحت ہے سیال درآمد کو، قطع نظر اس درآمد کے جو کہ پھل اور بزیوں سے حاصل ہوتی ہے، ۲ پائونڈ روزانہ تک محدود رکھنا چاہئے۔ نمک نہایت کم مقدار میں لینا چاہئے، اور مچھنے کی مشکر کی بجائے گلو کو س استعمال کرنی چاہئے۔ مندرجہ ذیل کو اس قسم کے نظام غذا کی مثال کے طور پر پیش کیا جاسکتا ہے، اور مریض کے مذاق اور خاص مزاج کے مطابق اس میں ردوبدل کیا جاسکتا ہے۔ ناشتہ ۱۔ سور کی نمکین دھوئیں میں پکائی ہوئی بجر بنی کی ران (۳ اونس) یا جگر (۲-۳ اونس) یا گردہ جسکے ساتھ اگر خواہش ہو، تو ایک انڈا۔ بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کا ایک بڑا ٹکڑا

سینکا ہوا یا وائٹا ویٹ (Vitamin) کے دو کڑے - کمین - ایک سیب - ناشپاتی یا نارنگی - کزور چائے کی ایک بڑی پیالی، یا کافی (coffee) اور دودھ (ساوا پیلا) کی ایک بڑی پیالی - دو پھر کا کھانا - سارڈین مچھلیاں (تیل پیٹ دینا چاہئے) ۲ اونس، یا جگر (۲ اونس) یا تازہ مچھلی (۳ اونس) یا چوزہ کا گوشت (۳ اونس) سادہ پیڑ - سلاڈ (کا ہو: lettuce، ٹماٹر، چقندر: beet-root وغیرہ) - بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی سیکنی ہوئی یا وائٹا ویٹ جیسا کہ ناشتہ کے لئے کمین کے ہمراہ - سیب، ناشپاتی، نارنگی یا دم سخت مچھل - پانی کا ایک گلاس - تیسرا - پھر کا کھانا - دودھ کا ایک گلاس - سادہ کیک (cake) کا ٹکڑا - مچھل - رات کا کھانا - بے چربی کا گوشت، یا تازہ مچھلی یا چوزہ کا گوشت ۳ اونس - یا مچھلی ۱۱ اونس اور گوشت یا چوزہ ۱۱ اونس - سبزیوں سب خواہش (تمام سبزیوں کا پیریا پارنپ: parsnips، شلغم، پیاز، لیک: leek وغیرہ) - بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی سیکنی ہوئی یا وائٹا ویٹ، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے - تازہ مچھل - ایک گلاس پانی، مقوی پانی، یا کزور ورسکی (whiskey) اور سوڈا - پھینز یا قحطیل - شکر، حریر، مارلیڈ (marmalade) شہد، مٹھائیاں، پیسٹری، پڈنگ، سالے دار کیک (cake)، شوربے، شحمیں (سواہ کمین کے جسکی اجازت ہے) سور کا گوشت، سور کا نمک لگایا ہوا اور سوکھایا ہوا گوشت، کلمہ (sausage) طاقتور چائے اور کافی (coffee) - بیر شراب (beer)، انگوری شرابیں - نوٹ: - جگر اگر کم ہو تو ہفتہ میں تین روز لینا چاہئے - ایک گلاس دودھ اور کم از کم ایک سلاڈ روزانہ لینا چاہئے - دوپہر اور رات کے کھانے کے طعام ناموں کو اگر چاہیں تو آپس میں بدل سکتے ہیں - سیال درآمد کو اس حد تک کہ جس حد تک اوپر بیان کیا گیا ہے محدود کر دینا چاہئے، البتہ جب پیاس لگے، تو یہ زیادہ لی جاسکتی ہے - جہاں تک ممکن ہو شکر کی بجائے گلوکوس شکل منوف لینی چاہئے۔

کیلیم کے عمارت، مثلاً گلوکونیٹ، کلورائیڈ، کاربونیٹ، لیکٹیٹ، یا رکیب کیلیم سوڈیم لیکٹیٹ (calcium-sodium-lactate) دینے میں نہیں - انکا مدد بول آئے ہوتا ہے اور وہ مصلیٰ ارتشاح کے رجحان کو گھٹاتے ہیں - ممکن ہے

انکو کچھ عرصہ تک اِگو سٹرال (argosterol) کے امتزاج میں تجویز کرنا قرین صحت ہے۔ اکثر حساسیت ربائی کا کوئی طریقہ ضروری ہوتا ہے۔ بعض اوقات چھپٹون (peptone) ہر کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے براہ دہن لینا کارگر ہوتا ہے، لیکن اُسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں ہر تیسرے دن سے لیکر ساتویں دن دروں وریڈی یا درو عضلی اشرب سے دینا زیادہ پسندیدہ ہے۔ خود زاد دُموی اور خود زاد عضلی علاج (autohæmo-and autosero-therapy) اکثر اوقات کامیاب ثابت ہوتا ہے، لیکن اس میں اگر ممکن ہو تو خونِ ثری کی کے حلوں کے وقوع سے ذرا پہلے نکانا چاہئے۔ بعض اصابتوں میں جن میں دوسرے طریقے ناکام رہے ہیں اوریل (Oriel) کے پ مادہ (P. substance) کے اشربات کامیاب ثابت ہوئے ہیں۔

بالآخر یہ نہیں فراموش کرنا چاہئے کہ دوری حساسیتی حالتوں کی طرح ثری میں بھی جسمانی تھکان اور نرسنگی اور نفسیاتی اختلالات، حادثات معدہ کی حیثیت سے اثر رکھتے ہیں۔ جب دوسرے تمام ذرائع ناکام ثابت ہوں تو ممکن ہے کہ کامل سکون و آرام، اور اُنکے بعد ماحول کی تبدیلی یا مدبرانہ نفسیاتی معالجہ سے کامیابی حاصل ہو۔

لونی شری

(urticaria pigmentosa)

اس اصطلاح کے تحت دو قسم کے ثورانات شامل ہیں، جو سریدی لحاظ سے اور غالباً تسبیبی لحاظ سے بھی، بالکل مجدا گانہ ہیں۔ انکو عموماً طفولی اور بالغ اقسام کے ناموں سے یاد کیا جاتا ہے۔

طفولی قسم (juvenile type)۔ اس میں ثورانِ گول یا بیضوی ٹکھات اور بثور پرشکل ہوتا ہے، اچکا رنگ ہلکے با دمی سے لیکر گہرے جوہرے تک مختلف ہوتا ہے۔ جب یہ کثیر التعداد ہوتے ہیں تو انکے لیے محور خطوط تشقق میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس کی دائرہ مرض امارت یہ ہے کہ اسکے اثر کو جب بند کر دیا جائے تو وہ مخرج اور متورم ہو جاتے ہیں اور شری و دور سے بنا دیتے ہیں۔

بیشتر اصابتوں میں کھلی موجود ہوتی ہے اور اکثر اوقات جلد بخاری دیکھی جاتی ہے۔ یہ مرض عموماً ابتدائی شیرخوارگی کے زمانے میں شروع ہوتا ہے، اور بلوغ کے وقت اکثر خائب ہو جاتا ہے یا نسبت بہت کم نمایاں ہو جاتا ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ یہ غیر معتین زمانے تک جاری رہے اور اسکے ابتدائی ظہور میں زمانہ بلوغ تک یا بلکہ بالغ زندگی تک دیر ہو جائے۔ اسکے بیشتر اضرار دھڑ اور سرخوں پر واقع ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ بواج اور سر بھی موقوف ہو جائیں۔ نسب جاتی لحاظ سے معمولی شری کی طرح آدمہ کا اُظہار ہوتا ہے، بڑ چلہ کی زیادہ گہری تہوں میں زیادہ لونیت ہوتی ہے اور مستولی خلیوں کی کثیف در ریزش ہوتی ہے جو اس مرض کی مطلقاً ممتاز خصوصیت ہے۔

بالغی قسم۔ اسکے اضرار ٹلفات یا کسی قدر ابھرے ہوئے بخور ہوتے ہیں، جھکا رنگ میز طور پر شرفی مایل بخور ہوتا ہے، بعض اوقات آروانی جھلک کے ساتھ۔ مجموعی میثیت سے یہ اضرار طفولی قسم کے اضرار کی نسبت چھوٹے ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ نہایت عام طور پر پیش بازوؤں کی اگلی سطحات پر اور دھڑ پر واقع ہوتے ہیں، اور چھدر سے پھیلے ہوئے ہو سکتے ہیں یا ایک وسیع رقبے پر بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ طفولی قسم کی طرح یہ بھی مرکز کے ذریعے شری دار ہوجاتے ہیں لیکن عموماً بہت کم درجے تک نسب جاتی لحاظ سے آدمہ میں مستولی خلیے پائے جاتے ہیں، لیکن یہ نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں۔

سبب اسباب۔ طفولی قسم۔ یہ قسم عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتی ہے، اور ممکن ہے خاندانی ہو۔ اسکی بعض اصابتوں میں جگر، لمحال یا لبنی غد کی کٹانی دیکھی گئی ہے اس سے قطع نظر لبنی غلوی یا زیادہ اگر لبنی غلوی قسم کی عمومی تغیرات مشاہدے میں آئے ہیں، اور اس حقیقت کی بنا پر بعض معنفین اسے بعض دموہوں سے ہم رشتہ سمجھنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ رائے شاید چلہ کی میز مستولی غلوی وڈریش سے مطابقت رکھتی ہے۔

بالغی قسم۔ اسے غالباً شری کی مرزمن شکل سمجھا جاسکتا ہے۔ اسکے ظہور سے پہلے معمولی شری کے حملے ہو سکتے ہیں، اور اسکا وقوع غذائی قسم (food-poisoning) کے بعد بھی معلوم ہوا ہے۔ غالباً حیاتی کیمیائی اصول کے

مطابق مزید تحقیقات کرنے سے ثورات کے خدائے گروہ کے ساتھ اسکے ہر شے ہونیکا فیصلہ ہو جائیگا۔

911

علاج - طفولی قسم کے اضرار کا رین ڈائی آکسائیڈ سنو (carbon dioxide snow) سے انجماد کرنے پر غائب ہو سکتے ہیں، مگر اس حقیقت کے بغیر نظر کہ اس سے بعض امواتوں میں نائٹرائٹ کا ماحوجہ (nitritoid crisis) پیدا ہو گیا ہے، اس علاج کو احتیاط کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔

حکہ اور حکاک

(PRURITIS AND PRURIGO)

لفظ حکما (pruritis) کھجلی کی علامت پر دلالت کرتا ہے، جو خود رو ہو سکتی ہے، اس مفہوم میں کہ یہ جلد میں کسی مرضی تغیر کا نتیجہ نہیں ہے، یا ایک واضح اور معین ثوران کے موافق منظر ہر سے ایک منظر ہو سکتی ہو حکاک (prurigo) کی اصطلاح کے تحت مختلف اقسام کے سرریاتی منظر شمول ہیں، جن میں حکہ ایک اہم علامت ہوتی ہے، لیکن اسکے ساتھ جلد میں بعض نمیز اضرار بھی واقع ہوتے ہیں، جو یا تو اولی طور پر ہوتے ہیں یا کھرینچنے یا مسکنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ سب جاتی تحقیقات (43) کی بدولت اب ہم حکاک کی مختلف اقسام کے اولی اور ثانوی اضرار کے دریا اختیار کر سکتے ہیں۔

حکہ

(pruritis)

فائقہ، شامہ اور لامہ کے احساسات کی طرح، کھجلی کا احساس بھی ایسا ہے جسکی تعریف نہیں کی جاسکتی۔ یہ یقینی طور پر معلوم نہیں کہ آیا اس کی پیدائش میں جلد کے متسی اعصاب کا تعلق ہے، یا (جیسا کہ زیادہ ممکن معلوم ہوتا ہے) وہ خود آئین عصبی نظام (autonomic nervous system) کے بعض ریشوں کی طرف

کا ایک منظر ہے۔ یا دیکھا کہ حیوانات میں تجربی استہدائی صدمہ (جس میں ناہنجی عصبی نظام vegetative nervous system: کا وافر اختلال رونما ہوتا ہے) کی استہدائی ترین علامات میں سے ایک علامت شدید کھجلی ہے، اور یہ قول اُن حالتوں پر بھی صادق آتا ہے جو استہدائی صدمہ سے مشابہ ہوتی ہیں؛ مثلاً معولی مرض، شریخی اور حکاک (prurigo) کے بعض اقسام اس کھجلی کا درجہ ایک خفیف بلکہ خوش آئند احساس سے لیکر جیسا کہ گدگدانے سے پیدا ہو جاتا ہے، ایسے شدید ذوروں تک مختلف ہوتا ہے جنہیں بد نصیب مریض بالکل بے قابو ہو جاتے ہیں اور آرام حاصل کرنے کی کوشش میں اپنی جلد کو ہرجی کے ساتھ چیرنے اور پھاڑنے لگتے ہیں۔ عکہ کم و بیش عمومی ہو سکتی ہے یا وہ بعض رقبوں میں محدود المقام ہوتی ہے، اور بالعموم وہ اکثر دوسرے کی صورت میں ہوا کرتی ہے۔ خود رو اقسام میں حکاکات (prurigos) میں اور اُس شکل میں جو غارشت (scabies) یا عقل البدن (pediculosis corporis) کے ساتھ ہوتی ہے، وہ عموماً شبانہ ہوتی ہے۔

بہشت اسباب۔ عکہ کے اسباب نہایت کثیر التعداد ہیں، مگر اُنکی سرری جماعت بندی ڈاریر (Darier) کے متبع میں حسب ذیل کی جاسکتی ہے:-
 بیروانی مبداء کی حکہ۔ اس عنوان کے تحت اُس کھجلی کو شامل کیا جاتا ہے، جسکی تحریک میکانیکی ذرائع (گدگدانے، بعض چیزوں مثلاً آؤں، روئی وغیرہ کے تماس) سے، اور طبی یا کیمیائی حاملات سے ہوتی ہے۔ یا حیوانی طفیلیات، مثلاً جوؤں، کنٹلوں، کنٹیوں (acni)، لوک زموں (oxyuris) کی فعالیت یا کاٹنے سے، اور بعض پودوں مثلاً بچھوے (nettle) یا جانوروں کے تماس سے۔ ایسی کھجلی کو فعلیاتی اور فانی سمجھنا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ کھجلی نے سے وہ خواش اور شے دور کیا جاسکتی ہو، مگر بائیں یہ کھجلی ناؤف شخص کے لحاظ سے بہت مختلف درجہ کی ہو سکتی ہے۔ جراثیم یا نیشہ اعلیٰ درجہ کے فطرات سے جلد کی سرایت بھی بعض مقامات میں ایک محدود المقام عکہ کا سبب ہو سکتی ہے۔ یہ امر عظامی جلدی اتصالات کے مقامات پر اور جلد کے قدرتی شکنوں یا بھراؤں میں بالخصوص دیکھنے میں آتا ہے۔ چنانچہ عکہ مزہر (pruritis ani) یا عکہ نسریت (pruritus

(vulva) کی بہت سی امابتیں ریم زائنتات (بالخصوص ایک نبتہ کسمبیا) سے اور قوبائی فطرات (rinworm fungi) یا مانیلیا (monilia) سے ان مقامات کی سرایت واقع ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں اور کثرتی تسمیط (intertrigo) جیسے ساتھ شدید مکہ کا ہونا ممکن ہے، انہیں مضویات سے سرایت ہو سکتی ہے۔ بعض ثورانات میں حگلہ کثیر التعداد ثورانات کے ساتھ کبھی موجود ہو سکتی ہے، بعض کے ساتھ ہمیشہ اور بعض کے ساتھ کبھی کبھی۔ جن ثورانات کے ساتھ مکہ تقریباً ہمیشہ کسی نہ کسی حد تک موجود ہو سکتی ہے، انکی مثالیں مسب ذیل پیش کی جا سکتی ہیں، - بشیری، ایکڑیا، حوازہ مسطح (lichen planus)، نمک شکل التهاب الجلد (dermatitis herpetiformis)، تخری تفسیر (acne necrotica) اور متفطر فطریت (mycosis fungoides) کا پیش فطری درجہ۔ لیکن یہ ایک حیرتناک واقعہ ہے کہ حوازہ مسطح میں کبھی اس قدر شدید ہو سکتی ہے کہ مریض اُس سے تقریباً دیوانہ ہو جاتا ہے، یا شاذ حالتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ کبھی مطلق نہ ہو۔ مدھیہ (psoriasis) اور ناریات (syphilide) میں کبھی شاذ ہی موجود ہوتی ہے، لیکن اول الذکر میں وہ شاذ صورتوں میں بہت زیادہ ہو سکتی ہے۔ لہذا یہ صاف واضح ہے کہ مکہ کا انحصار اس ثوران کی بہ نسبت کہ جسکے ہمراہ وہ واقع ہوتی ہے، ماؤف فرد پر زیادہ ہوتا ہے۔ متقی حگلہ (toxic pruritis) - اس عنوان کے تحت اُس مکہ پر غور کیا جا سکتا ہے جو بعض دواؤں (مثلاً لفاع، مارفین، کوکین، کیفین، متوات کے باربٹون گروہ، اور سسٹکسیا کی بعض تجویزات) سے غذائی اشیاء کے بشیری کے بنیہ بھی، اور ایسے حیوانی طفیلیات جیسے کہ معانی کرموں اور کیسے کے سموم سے پیدا ہو سکتی ہے۔ ادویہ اور غذائی اشیاء کے متعلق یہ ہے کہ مریض کا ذاتی مزاج یا زیادہ صبح معنوں میں حساسیت شدگی کا سوال بہت زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ خود سمیتی حگلہ (autotoxic pruritis) - خود سمیتی کی اصطلاح کا یہ مفہوم ہے کہ وہ شے یا اشیاء جو مکہ کا سبب ہیں، دروں زائد مبداء کے ہیں، اور خون کے اندر انکی موجودگی کا انحصار تحول کی کسی غلطی پر، یا بعض مسموم امراض کی موجودگی پر، یا سستی انجذاب کے کسی مبداء کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ ہمارے

معلومات کی موجودہ حالت میں اُن متبعی اشیاء کی نوعیت یا ترکیب کو صحیح طور پر بیان کرنا ناممکن ہے، جو اس گروہ سے تعلق رکھنے والی حالتوں میں عکہ کا سبب ہوتی ہیں۔ اس مسئلہ کی زیادہ تفصیلی بحث حکاکات کے باب میں کیجا بھیجی ڈیابیطس (diabetes) یا سادہ بیشش شکر دمویت (hyperglycemia) کے ہر اہ عکہ اکثر پائی جاتی ہے اور اسوقت غائب ہو جاتی ہے جبکہ مناسب علاج سے دموئی شکر کو گمشا کر طبعی مدد تک لایا جائے لیکن وہ کسی طرح بھی ایک مستمر علامت نہیں ہوتی، اور نہ یہ یقینی ہے کہ خون کے اندر شکر کی زیادتی اس عکہ کا سبب ہے۔ دونوں صنفوں میں تناسلی اعضا کی ایک مقامی عکہ، جس کے ساتھ ایک ساری التهاب جلد ہوتا ہے، جو بالعموم ایک مانیلیا کے باعث ہوتا ہے، ممکن ہے شکری پیشاب آنے کا نتیجہ ہو۔ کلوی مرض (renal disease) بالخصوص مزمن رختکی التهاب گردہ (chronic interstitial nephritis) اور شریان صلاحیتی قسم (arteriosclerotic form) عکہ کا ایک دوسرا معیہ سبب ہے، اور عکہ جس کے ساتھ ہر زمان دوران ہو یا نہ ہو قریباً وقوع یوریا کے کا پیش خیمہ بھی ہو سکتی ہے۔ یورقان (jaundice) کے ساتھ تقریباً ہمیشہ شدید کھجلی ہوا کرتی ہے، جو خون کے اندر لمحات صفراء (bile-salts) کی موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات عکہ کے مریضوں میں شدید درجہ کی کالکلیسٹرین دمویت (cholestrinemia) پائی جاتی ہے، جو طلعہ زرد (xanthoma) کے ساتھ موجود ہو سکتی ہے۔ یہ ایک مشہور واقعہ ہے کہ فقر می (gouty) اشخاص میں کھجلی کا رجحان موجود ہوتا ہے، اور مناسب غذا اور ایسی دوسری تدابیر کے استعمال سے جو خون کے یورک ایسڈ ناخیز کو گشادیں اس علامت میں فی الفور تخفیف ہو سکتی ہے۔ قبض (constipation) بھی اکثر ایک مریخ عامل ہوتا ہے، اور بہت سی اصابتوں میں معالی تغیل اور مفتحات سے تخفیف ہو جاتی ہے۔

کیلیم کی قلت سے جلد کی زیادہ خراش پذیری پیدا ہونے کے بارے میں مختلف تحقیقاتیں (۱۹۴۶ء) ظاہر کرتی ہیں کہ بعض اوقات خون اور جلد میں کے معدنی لمحات کے طبعی توازن کا اختلال عکہ کا سبب ہو سکتا ہے۔ دروں افزای غدد (endocrine glands) کے بعض فتور آیا اس کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لیتے ہیں

اسکو دریافت کرنا مشکل ہے، لیکن عکڑ مرض گریو (Grave's disease) میں اور عکڑوں میں بیض خشکائی (ovariotomy) کے بعد یا کسین الایاس کے زمانے میں عام ہے۔
 ہاسکی عفونت (focal sepsis) بعض امواتوں میں یقیناً عکڑ کا سبب ہوتی ہے اور سرایت کے مریض کو دور کرنے یا اسکا علاج کرنے کے بعد عام یا محدود المقام عکڑ حیرتناک طور پر رفع ہو سکتی ہے۔ یعنی غذائی سلسلہ (lymphadenoma) اور خفیدہ دھڑکتوں (leukemias) میں بھی عکڑ ایک تکلیف دہ علامت ہو سکتی ہے اور حقیقی جلدی طورانات کے ساتھ یا انکے بغیر واقع ہو سکتی ہے۔ بالآخر اس چیز پر بھی غور کرنا چاہئے جسے عکڑ میں نفسیاتی عوامل کہہ سکتے ہیں، کیونکہ مختلف امواتوں میں یہ معمولی بہت مختلف درجے کی ہوتی ہے اور خود عکڑ میں مریض اکثر نہایت زود میں ہوتا ہے اور نا واجبی طور پر متفکر اور پریشان ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ عمومی عکڑ میں اور اس مقامی عکڑ میں جو کچھ عرصہ بعد محدود المقام حکاک بن جاتی ہے، ان دونوں قسموں میں نفسیاتی عنصر عموماً واضح ہوتا ہے۔ اعضاءے تناسل کی محدود المقام عکڑ میں، بالخصوص خورقوں میں، اگرچہ یہ ایک واحد جسمی عامل نہیں مگر غالب جسمی عامل ہو سکتا ہے۔ ایسی بہت سی امواتوں میں خور کے ساتھ تحقیقات کی ماٹے تو کوئی مشق محبت میں ناکامی کا قصہ، مگنی ٹرسٹ جانے کی داستان، یا میاں بیوی کے ناخوشگوار تعلقات کی سرگزشت پائی جاسکتی۔ لیکن تا وقتیکہ دوسرے تمام ممکن اسباب (مثلاً کسی مقامی جراثیمی یا فطرتی سرایت یا کسی معکوس منبع غرض) کے متعلق غور نہ کر لیا جائے کسی ایسی توجیہ کو فرض نہیں کر لینا چاہئے۔

عکڑ کے بعض مخصوص عکڑ دار اقسام، مثلاً عکڑ مزہر، کے میٹر خصائص اور علاج پر آئندہ باب میں غور کیا جائیگا۔

حکاک

(prurigo)

حکاک (prurigo) کی اصطلاح کا اطلاق خود عکڑ کی اس عمومی یا مقامی امواتوں پر کیا جاتا ہے، جن میں ماؤف حصوں کی جلد میں مخصوص و میٹر تغیرات رونما

ہوتے ہیں، نیز بعض اُن سرری ذاتوں یا علانیوں پر کیا جاتا ہے جو اپنے اقلی یا ثانوی اضرار، اپنے ماؤف مقامات کی توزیع، اپنے موسمی قومی یا بستی مدد و شہ اور اپنے ساتھ کے علامات یا امراض کے تعلقات کی وجہ سے تیز کئے جاسکتے ہیں۔ یہ آخر الذکر محارض حسب ذیل ہیں۔ سادہ ماد حکاک (prurigo simplex acutus) (بثورى بشرى) urticaria papulosa، شری ترازہ (lichen urticatus، 'خمریہ' strophulus، 'بسنیہ' (Besnier) اور ہیبرا (Hebra) کے حکاکات، گرہکی حکاک (prurigo nodularis)، شیبو قی حکاک (prurigo senilis)، صیفی حکاک (prurigo aestivalis)، شست آئی حکاک (prurigo hiemalis) اور لمفی غدی سلسلہ (lymphadenoma) اور ابیض دمویت (leukemia) کے حکاکات۔ حکاک کے مختلف اقسام نہ ہمراہ پائے جانے والے جلدی اضرار پر غور کرنے میں ہیں اُن اضرار کے درمیان جو کھربچنے اور رگڑنے سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور اُن کے درمیان جو اقلی میں امتیاز کرنا پڑتا ہے۔ کیسروانی (Civatte) کے نسب حیاتی مطالعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ بثورى بشرى (urticaria papulosa)، اور حکاک تبہرائین 'گرمانی حکاک' (summer prurigo) میں، اور لمفی غدی سلسلہ (lymphadenoma) کی بعض اصابتوں میں، اقلی بثورى اضرار موجود ہوتے ہیں جو اپنے طور پر پیدا ہو جاتے ہیں لیکن بعد میں کھربچنے اور رگڑنے کی وجہ سے تبدیل ہو جاتے ہیں۔ گر اُس سادہ حکاک میں جو ایک عمومی یا مقامی حکک کی پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے، اور دوسری قسموں میں جلد میں کے مرنی تغیرات تمام تر کھربچنے اور رگڑنے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علامات۔ جب کوئی طبعی شخص تندرست جلد کو کھربچتا ہے تو اُس کا فوری اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد میں ایک ناپائیدار احمرار پیدا ہو جاتا ہے لیکن ہے کہ اس احمرار کے ساتھ مصلی ارتشاح بھی ہو، جس کی وجہ سے ایک دُڑا (جلد نگاری dermatographism) بن جاتا ہے۔ اس تعامل کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ تضرر کی حیثیت میں جلد کے اندر ایک نشاٹین نامی (histamine-like substance) رہا ہو جاتی ہے۔ ایک زمانی موضوعوں میں، جن میں بزر جلد ایک متاس شدہ حالت

ہیں، ہوتی ہے، جلد کے ایک تندرست رقبہ کو مسلسل کھرینچنے سے ایک یکدمائی تھلا (ضرئی ایکڑیا = traumatic eczema) پیدا ہو سکتا ہے۔ ابعاد اثرات دو قسم کے ہوتے ہیں۔ ایک میں مریض کے ناخن برجلہ کے گوشے پھاڑ کر نکال دیتے ہیں، جس سے وہ کھرینچوں کے نشانات پیدا ہو جاتے ہیں، جن کی مثالیں خارش ت (scabies)، تغلّی البدن (pediculosis corporis)، نلہ شکل التہب جلد (dermatitis herpetiformis)، اور حکاک مہمبر (prurigo of Hebra) میں ملتی ہیں۔ دوسرے گروہ میں ممکن ہے کہ کھرینچوں کے ایسے کوئی مرئی امارات نہ ہوں، مثلاً مسلح حازہ (lichen planus)، شیونجی حکک (pruritis senilis)، شہری اور تغلّی العانہ (pediculosis pubis) میں۔

سیروائی (Civatte) نے بتلادیا ہے کہ اُن خفیف انسماجات میں جو کھرینچنے سے پیدا ہو جاتے ہیں، ابتدائی تغیرات برجلہ کی نزدیک ہوں ہیں اور عظمی جسم میں واقع ہوتے ہیں۔ زیادہ عمیق انسماجات (excoriations) میں دیکھتے معمل کے ایک تودہ سے، جو سپید خلیوں اور ترشح جسمیات سے درخیز ہوتا ہے، ایک پٹری بن جاتی ہے، جو برجلہ میں گڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ اسکے نیچے قرنی تہہ اور دڑائی تھیں، اور اسکے مرکز میں ساری برجلہ، غائب ہوتی ہے۔ اس سے ظاہر ہے کہ اوسط درجے کے کھرینچنے سے تندرست برجلہ گہرائی سے سطح کی طرف متوجہ ہو جاتی ہے۔ کھرینچوں کے بعض نشان سُقط ہوتے ہیں اور جواہروں کی چوٹیوں پر واقع ہوتے ہیں، جو حکک میں اکثر اپنے محرک الشعر عضلات کے انقباض محمی وجہ سے کھڑی ہو جاتی ہیں۔ ان انسماجات یافتہ جراثیمی شور کو جو خارش میں خوب نظر آتے ہیں، حکاک کے حقیقی بتودہ کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں، مثلاً جسمانی تغلّی، میں کھرینچوں کے نشان خلی ہوتے ہیں، اور جراثیمی تعلق نہیں رکھتے۔

لیکن انسماجات کے علاوہ، دوا اور قسم کے اضرار ہوتے ہیں جو عموماً راز حکک مسلسل کھرینچنے سے پیدا ہو جاتے ہیں، یعنی حکاک کی شوا (prurigo papules) اور حزازیت (lichenification) (حزازیت بیسنیلر (lichenisation))

= of Besnier - کمر بیچنے کے تعامل کی یہ دو قسمیں اکثر ایک ہی مریض میں بیک وقت موجود ہوتی ہیں۔

(۱) حکاک کی بشر کا (prurigo papule) باجرس کے دانے اور مڑ کے دانے کی جسامت کے درمیان مختلف ہوتا ہے؛ مجموعی حیثیت سے وہ حرازہ مسلح (lichen planus) کے ابتدائی پتہ کی نسبت زیادہ بڑا ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ عموماً وہ نیم کروی ہوتا ہے، لیکن آغاز الذکر کی طرح مسلح بھی ہو سکتا ہے۔ اس کا رنگ مختلف ہوتا ہے، کبھی وہ تقریباً طبعی جلد کے رنگ کا ہوتا ہے، اور کبھی سرخ یا نیلگوں سرخ، یا زردی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے۔ اس کی سطح چکنی ہموار اور چمکدار یا چمکے دار ہو سکتی ہے، اکثر وہ کمر بیچنے کی وجہ سے خیمج اور خون کی پٹری سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ تسبیحاتی لحاظ سے یہ بخور بزر جلد کے داد الشوکسہ کی وجہ سے تیز ہوتے ہیں، جس کے ساتھ ذرا قی اور قری تہوں کی بیش پرورش، اور سپیدیلیو اور ایوسین پسند غلیتوں سے آمد کی درہ شکل ہوتی ہے۔

(۲) حرازیت (lichenification) - جلد کی بناوٹ کے اس تغیر کو جو عموماً دراز رنگ بار بار کمر بیچنے سے پیدا ہو جاتا ہے، براک (Brocq) نے باریکی کیساتھ بیان کیا ہے۔ یہ کم وجش عمومی ہو سکتا ہے، یا بعض خطوں میں سختی کے ساتھ محدود اُلُف ہو سکتا ہے (محدود اُلُف عام حکاک = circumscribed prurigo، ویکال کا سادہ مزمن حرازہ = lichen simplex chronicus of Vidal)۔ مآؤف وقت کی جلد نمایاں طور پر دبیز ہو جاتی ہے اور اس کے قدرتی خطوط زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں جس سے ایک ایسی پتلی کاری کی تصویر پیدا ہو جاتی ہے، جو سمعین نمایاں کیراز وایا یا مربع رقبوں پر مشتمل ہوتی ہے، جن کی سطحیں پالرش کی ہوئی اور چمکدار نظر آتی ہیں۔ لیکن بعض اوقات یہ باریک چمکوں سے، یا کمر بیچنے کے دوروں کے بعد خون کی پٹریوں سے، ڈھکے ہوئے ہو سکتے ہیں۔ حرازہ زدہ جلد کا رنگ مختلف ہوتا ہے۔ سکون کے زمانوں میں مآؤف رقبہ اکثر گرد و پیش کی تندرست جلد کے رقبہ سے محض اس قدر مختلف ہوتا ہے کہ وہ کسی قدر زیادہ ٹھون ہوتا ہے؛ بعض اوقات وہ سیاہ بھورا یا رمادی بھورے اور بعض اوقات لون ربودہ ہوتا ہے، لیکن دورے

کے بعد وہ عموماً سرخ اور مسج ہوتا ہے۔ حزازیت کی چکیتی کی کوروں پر تقریباً ہمیشہ ایک منطقہ کسینقدر عبوری لونیت کا ہوتا ہے، جو اس سے آگے غیر مخصوص طور پر تندرست جلد کے ساتھ لمبا ہوتا ہے۔ اس منطقہ میں اکثر چھوٹے چھوٹے منفرد چکدار بثور نظر آتے ہیں، جو چپٹے ہوتے ہیں اور سطح سے مشکل اُجمے ہوئے ہوتے ہیں۔ مکہ کی وجہ سے کھر پیچنے اور رگڑنے سے حزازیت کی یہ حالت لمبی جلد پر سائزہ پیدا ہو سکتی ہے، یا وہ ایک ماسبق دار الجلد، مثلاً ایکریما، سیلان البینی التهاب جلد (seborrhoeic dermatitis)، تسمیط (intertrigo)، یا سطح حزازہ کی پیچیدگی کے طور پر ہو سکتی ہے، اور پھر انکو حزازہ زدہ (lichenified) کہتے ہیں کسی خاص اصابت میں ایک اولی حکاک کے درمیان جو ایک مزادہ ہو گیا ہو، اور ایک اولی اکریما کے درمیان جو حزازہ زدہ ہو گیا ہو، تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کے لئے اکثر ”اکریما حکاک“ (eczema-prurigo) کی وسیع المعانی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

اب حکاک کی وہ مختلف قسمیں بیان کی جاتی ہیں، جن سے طبیب کو اکثر واسطہ پڑتا ہے۔

سادہ حکاک (prurigo simplex)۔ سادہ حکاک کی اصطلاح کو (بہ استثناء، چھوٹے بچوں کے سادہ حاد حکاک یا ثوری شمری کے) سختی کے ساتھ اُن اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے، جو اُن مخصوص اقسام کے زمرہ میں نہیں داخل ہیں جنکا بیان بعد میں درج ہو گا، اور جن میں سب سے پہلی علامت ایک نچے درجہ حکہ ہے، یعنی ایسی حکہ جو نہ تو کسی قابل شناخت بیرونی سبب (مثلاً حیوانی طفیلیات کی سرایت، فطری سرایت یا جراثیمی سرایت) کی وجہ سے ہو، اور نہ دواؤں غذاؤں کے قسم کے سبب سے پیدا ہوئی ہو لیکن سادہ حکاک کی محدود المقام شکلوں کو بیان کرتے وقت، مکتہ المزاج اور مکتہ الفرج کو بھی شامل کرنا زیادہ مہولت کا باعث ہے، جنکا انحصار ایک خالصتہ مقامی سبب پر ہو سکتا ہے۔

محدود المقام حکاک (circumscribed prurigo) (ویڈال کا سادہ مزمن حزازہ = lichen simplex chronicus of Vidal)

عصبی آدمی التهاب (neuro-dermatitis)۔ جلد کے ناؤف رقبہ کے میز
تغیرات حزازیت کے تغیرات ہوتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ اسکے انتخابی مقامات
حسب ذیل ہیں:- جلد الاس کا قذالی حلقہ (یہ تیز تقریباً صرف عورتوں میں ہوتا ہے)
گردن کی پشت یا اطراف گردن، پیش رفتی حفرات، کہنیاں اور زبیدی ہڈی پر پیش
بازوؤں کی کچلی سطح کا بالائی حصہ، رانوں اور ٹانگوں کی بیرونی سطحیں، مابقی فقہا
اعضائے تناسل اور بٹن ران، عجزی اور عصعی خطے، بین سرینی درز اور عجان۔
ابتدائی علامت سادہ عکس ہے، جو وقفوں کے ساتھ ہوتی ہے اور ابتداء
اکثر محض خفیف ہوتی ہے۔ بتدریج یہ کچلی زیادہ شدید ہوتی جاتی ہے، حتیٰ کے حقیقی
دورے ہونے لگتے ہیں جو اکثر شبانہ ہوتے ہیں، اور مریض بے تاب ہو کر اُس حصہ
کو کھربچنے یا رگڑنے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ نیند کی حالت میں ہو یا ہاتھ کہ حرج سے
مریض جاگ اُٹھے۔

کامل طور پر قائم ہونے کے بعد محدود المقام حکاک کی ایک چکیتی تین نسلتے
پیش کرتی ہے: ایک غیر واضح، بشکل دبیز بیرونی منطقہ لونیت کا، جس میں
قدرتی خطوط میں کسی قدر مبالغہ ہو جاتا ہے اور چند منفرد چکدار سطحی ثوریہ "روکیں"
موجود ہوتی ہیں: ایک درمیانی منطقہ جنہیں قدرتی خطوط کا زیادہ مبالغہ ہوتا ہے،
اور انکے درمیان کی جلد کے حصے ثوری شکل اختیار کر کے چکدار اور سطح ہو جاتے
ہیں، اور ایک مرکزی رقبہ، جنہیں حزازیت کے یہ تغیرات درجہ اتم کو پہنچ جاتے
ہیں، اور یہ رقبہ درمیانی، پیش فٹون، یا لون رلودہ، اور لحاظ اُس خطے کے جو کہ
ناؤف ہوا ہے چھلکے دار یا قطعین یافتہ ہو جاتا ہے۔ اکثر اوقات ان منطقوں کو
صاف صاف شناخت کرنا نامکن ہوتا ہے۔ ایسے حصوں، جیسے کہ جموں، بنلوں،
حائے بازوؤں اور ٹانگوں کی باسط سطحیات پر سسل لینے اور رگڑنے کی وجہ سے
بال فرسودہ ہو جاتے ہیں اور ایک برشش کے کرے بالوں کی طرح سخت اور سیدھے
ہوتے ہیں۔

ایک چکیتی ماہا سال تک جاری رہ سکتی ہے، اور اُسکی دررزشش
امتداد زمانہ کے ساتھ بڑھتی رہتی ہے۔ بعض اوقات نئی چکیتیاں پیدا ہوتی ہیں

اور پرانی چکیتوں میں کھلی موقوف ہو کر اسخلال واقع ہو جاتا ہے، جسکے بعد ایک لمحہ نیت رقبہ باقی رہ جاتا ہے۔ اکثر نہ صرف گرد و پیش کی جلد کی ایک متلازم بیش لونیت ہوتی ہے، بلکہ محدود المقام حکاک اکثر اوقات ایسے مریضوں میں دیکھا جاتا ہے جو برص (vitiligo) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اگرچہ محدود المقام حکاک کی ایک حکمت کے معروضی مناظر حرازیت کے ہوتے ہیں، جسکا پہلے تذکرہ ہو چکا ہے، تاہم علامہ المبرز اور حکمت الفرج میں وہ ان حصوں کی مخصوص ساخت کی وجہ سے ترمیم یافتہ صورت میں ہوتے ہیں۔

حکمت المبرز (pruritis ani) میں ماؤف رقبہ عموماً سرسری طور پر عضلہ ککش الجلد المبرز (corrugator cutis ani muscle) سے متناظر ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ ماؤف رقبہ حقیقتہً معاد مستقیم کے اندر تک پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ مردوں میں یہ کھلی اکثر آگے کی طرف صفن کی وسطی سکیون تک، اور عورتوں میں فرج تک پھیلتی ہے۔ بعض مریضوں میں، اگرچہ اُنکی جگہ شدید ہوتی ہے گرد مبرز جلد میں بہت کم معروضی تغیر ہوتا ہے، لیکن بالعموم یہ جلد عموماً موئی، نرم، اور سیدی مائل رنگ کی ہوتی ہے، اور اُس میں در ریختہ ٹھنسیں پڑ جاتی ہیں، جسکے درمیان اکثر اوپری شقائق پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات سطح متہب، ایزیمیائی اور پٹری دا ہو جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں ذبولی تغیرات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور جلد پرانے کھائے ہوئے چمڑے کی طرح خراب اور مردہ نظر آنے لگتی ہے۔

حکمت الفرج (pruritis vulvae) میں ممکن ہے کہ حکمت مغنی کے ساتھ ایک یا دونوں شفرین کبیر کے بالائی حصے تک محدود ہو، جو حرازہ زردہ ہو جاتا ہے یا زیادہ عام طور پر شفران کبیر و صغیر اور بنظر کے آس پاس کا حصہ، یہ سب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عرصہ دراز تک کھرتچنے کے باعث یہ حصے موٹے اور بیش پرودہ ہو جاتے ہیں۔ یہ خشک یا نرم یا نسج، ایزیمیائی اور پٹری دار ہو سکتے ہیں۔ اکثر اوقات خیل الذکر اور چٹوں کی جلد اور رانوں کی اندرونی سفحات کی جلد حرازیت کے تمثیلی مناظر پیش کرتی ہے، اور جگہ نیچے کی طرف گرد مبرز خطہ تک پھیل جاتی ہے، جیسا کہ حکمت المبرز میں ہوتا ہے، مزمن اصابتوں میں ذبول طاری ہو جانے کا امکان ہوتا ہے،

بالخصوص معتر عورتوں میں، اور یہ مناظر ہر مردگی فرج (kraurosis vulvae) سے مشابہت پیدا کر دیتے ہیں۔

نسیج باقی لحاظ سے محدود المقام حکاک کی مزارہ زردہ جلد کے تغیرات جس قدر توقع ہو سکتی ہے اُسکی نسبت بہت کم نمایاں ہوتے ہیں۔ تعلیمی جسم میں کسی قدر خلوی درریش ہوتی ہے، اور اسکے ساتھ بربلد میں داوا الشوکبہ اور بین تعلیمی زائموں کی تطویل ہوجاتی ہے۔

منتشر سادہ حکاک (diffuse simple prurigo)۔ کم و بیش عمومی حکک کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ جلد میں جیرناک طور پر کم تغیر ہو، جو حکک بہت کہنہ اور طویل المدت ہو۔ اسکے برعکس ممکن ہے کہ قسم قسم کے مرنی اضرار موجود ہوں۔ یعنی منفرد حکاک کی شور، مزاریت کے وسیع رقبے، اکھر پنوں کے خطی نشانی، فسیج جرابی شور، اور ایکریڈائیٹ۔ مجموعی حیثیت سے جلد سخت، خشک، دبیز، اور ملون ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بعض مریضوں میں یہ لویت استعدا شدید ہوتی ہے، خاص کر گردن کے گرد اور قعر بجات میں، کہ اسس سے مرض ایڈیسن (Addison's disease) کی یاد تازہ ہوتی ہے۔

جیسا کہ محدود المقام قسم میں ہوتا ہے، اس میں بھی کھجلی کے دور سے نوبتی ہوتے ہیں۔ اگرچہ یہ دورے عموماً جلد باقی بار غیر معمولی محنت و مشقت، سرد ماحول سے گرم ماحول میں، یا گرم ماحول سے سرد ماحول میں منتقل ہونے سے دن کے وقت بھی ہو سکتے ہیں، مگر یہ زیادہ عام طور پر شام میں جبکہ مریض تھکا ہوا ہوتا ہے، اسوقت جبکہ وہ سوتے وقت کپڑے اتارتا ہے، یا علی الصبح شروع ہوتے ہیں۔

علاج۔ اس مرض کی مقامی اور عمومی دونوں قسموں کے کامیاب علاج کا انحصار تمام تر ہر انفرادی اصابت کی تحقیق و تفتیش پر ہوتا ہے۔ بیرونی ماحول کو اور غذا، طرز زندگی، نفسیاتی حالت، اور تحول، جو مریض کے بول اور خون کے امتحان سے ظاہر ہو، ان سب پر غور کرنا چاہئے، اور تسمم الدم کے ذرائع، مثلاً ماسکی عفونت اور حد سے زائد معافی گندی گی کی جست کو کرنی چاہئے۔ عمومی قسم میں، اور محدود المقام حکاک کی بعض اصابتوں میں، مناسب عمومی اور مقامی علاج

کے علاوہ مکمل ہے کہ حسابیت ربائی کے مختلف طریقوں میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کرنا ضروری ہو، مثلاً پیپٹون (peptone) کا دروں و ریدی یا دروں عضلی، اشراب اور مخدرہ دومی یا مخدرہ دھلی علاج۔

مقامی علاج خاصکر محدود المقام قسم کے مرض میں منفعت بخش ہوتا ہے اور عام کوئی نہ رکھے دکانے، یا شعاعی علاج سے عموماً بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ اول الذکر کو جسے قلی کی زیادتی کو خارج کرکے لئے پہلے دھویا جاتا ہے، غیر مرقق شکل میں لگا کر خشک ہونے دینا چاہئے، اور پھر اسپر سفوف چمڑک دینا چاہئے۔ یا اسے آیسٹون کلودین (acetone-collodion) ملا کر مرقق کیا جاسکتا ہے، یا لٹی کی صورت میں تجویز کیا جاسکتا ہے۔ شعاعی علاج بطور دافع حکہ، اور حزازیت کی مزمن درریختہ چکیتوں کے انحلال کی غرض سے، دونوں طرح نہایت مفید ہے، لیکن اسکے بہت بار بار لگانے سے خطرناک نتائج پیدا ہو گئے ہیں۔ عمومی حکہ میں (بجز ان اصابتوں کے جنہیں اسکے ساتھ جلد کی حد سے زائد خشکی موجود ہو، مثلاً قلوئی صابونوں یا دوسری شحم ربہ اشیاء کے بکثرت استعمال سے)، مقامی علاج صرف ایک تخفیفی اثر رکھتا ہے، مگر مبرد غسولات یا زبدات جنہیں فینال، نیمنال، اور مار موجود ہو، کھلی کو عارضی طور پر روک کر مریض کو سوجا کا موقع دیتے ہیں۔

حکۃ المبرنہ اور حکۃ الفرج کے مقامی علاج میں سبب مرض کی کامل تحقیقات کی ضرورت ہے، مثلاً کرم امعاء، بواسیر، شقاقات، عسل البرنہ (dyschezia) اور جراثیم یا فطرات سے ان حصوں کی سرایت حکۃ الفرج کی اصابتوں میں شکر بولیت، ہمیشہ خارج از بحث کر لینی چاہئے۔ یہ مانیلیا کے ساتھ ان حصوں کی سرایت کی استعداد پیدا کرتی ہے، چنانچہ مانیلیا سے ایک داکڑائی الہتاب الجلد پیدا ہو سکتا ہے۔ اس امر پر متنازعہ اور دیا جائے کہ ہے کہ تا وقتیکہ سب سے زیادہ ممکن سبب متین نہ ہو جائے شعاعی علاج ہرگز استعمال نہیں کرنا چاہئے اور مزید برآں اسے صرف اس وقت استعمال کرنا چاہئے جبکہ دوسری تمام تدبیریں ناکام ثابت ہو چکیں۔ حکہ کی بہت سی اصابتیں بن سسرینی درز کی تسبیط

(intertrigo of internal cleft) کی وجہ سے ہوتی ہیں، جو یا تو بیکہ سببیہ کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے جسکے ساتھ کئی سببی شقاقیات ہوتے ہیں یا براؤمی فطر (apidermophyton) یا ایک مانیلیا (monilia) کی سرایت سے، اور انکے لئے آیوڈین کا ہلکا صنفیہ (dilute tincture of iodine) یا سلکورنٹریٹ کا محلول لگا دینا، یا مینز انک سیلی سلک ایسڈ یا سلفر سیلی سلک ایسڈ کا مرہم لگانا مناسب اور شفا بخش علاج ہوگا۔ عورتوں میں یہ مرض عموماً اُس جبلی مواد کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے جو اکثر مزمن عنتی مرایت (chronic cervical infection) کی وجہ سے خارج ہوا کرتا ہے، چنانچہ ہر امابت میں ایک ماہر فن کے ذریعہ حوضی امتحان کے لئے اصرار کرنا چاہئے۔ حکمتا الملبسہ نرا اور حکتا الفرج کی بعض امابتوں میں کسی مقامی سبب کا پتہ نہیں چلتا، لہذا ایسی صورتوں میں نفسیاتی مبدلہ کے امکان پر غور کرنا چاہئے۔ ساری تسمیہ (infective intertrigo) کے باعث پیدا ہونے والی امابتوں، اور دوسری امابتوں، دونوں میں خام کوکستار کی لٹی (crude coal-tar paste) ایک نہایت نفع بخش مقامی لاسفہ ہے، جسے رات کے وقت اچھی طرح لگانا چاہئے، اور دن کے وقت اسکے بجائے ایک سادہ لٹی یا چھڑکنے کا سفوف استعمال کرنا چاہئے۔

سادہ حاد حکاک

(prurigo simplex acutus)

(بثوری شری) = (urticaria papulosa)

(شری حزان) = (lichen urticatus)

(حمر میہ) = (strophulus)

یہ ثوران تقریباً استثنائی طور پر ایک اور آٹھ سال کی عروں کے درمیان کے نوعمر بچوں میں پایا جاتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ اسکے بعد، بلکہ ربیان میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ معمولی شرعی شیرخواروں میں نہایت شاذ ہے۔ یہ ثوران چکدار سرخ شرعی اضرا پر مشتمل ہوتا ہے، جسکے مرکز میں ایک چھڑا صلابتی شرہ ہوتا ہے، جو

ارد گرد کے اعرار اور اُذیا کے رفع ہونے کے بعد قائم رہتا ہے۔ چنانچہ ایسے متعدد چھوٹے چھوٹے، چھترے نما، بھورے سے رنگ کے ثور تازہ شری دودھوں کے ساتھ ملے جیلے نظر آسکتے ہیں۔ یہ طبع شدید خراشیں پیدا کرتا ہے، اور چونکہ یہ شام کے وقت سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ہونے کا امکان رکھتا ہے، لہذا بچہ اکثر رات کو جاگتا ہوا اور خود کو کھینچتا اور سندھا ہوا رہتا ہے۔ دن کے وقت یہ معمولی غیر موجود یا خفیف ہو سکتی ہے۔ کھر پنچنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ ثور بخون کی چھوٹی پٹریاں جم جاتی ہیں اور ریم زائنتقات سے ثانوی سرایت ہو جاتی ہے، جسکی وجہ سے قاسحات، حصفہ دار، اضرار اور بعض اوقات نانفلی قرعے بچھلتے ہیں۔ پھر یہ ثوران خارش (scabies) کے ثوران سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ بعض اوقات ارتشاح اس قدر زیادہ ہو سکتا ہے کہ حقیقی آبلہ بن جاتے ہیں، اور نہایت شاذ صورتوں میں بڑے پھلے پیدا ہو جاتے ہیں، اور اکثر اوقات بخوری شری کی یہ آبلہ دار قسم غلطی سے جلدیری یعنی کنکر چھتر (chicken pox) سمجھ لی جاتی ہے۔

مزمین اصابتوں میں ثور، جو ابتدائے محرومی ہوتے ہیں، چھپے، چکدار اور زائوی ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں اور کبھی کبھی انیس ایک مرکزی گڑھا ہوتا ہے۔ اسطرح ممکن ہے کہ وہ مسطح حزازہ (lichen planus) کے ثور سے نہایت قریبی مشابہت رکھیں۔ فی الحقیقت بعض اصابتیں جو مراضیعی مسطح حزازہ (lichen planus infantum) کی مثالیں سمجھ لی گئی تھیں بعد میں دراصل بشوری شمری (urticaria papulosa) ثابت ہوئیں، اگرچہ کچھ نوعمر بچوں میں کبھی کبھی حقیقی مسطح حزازہ بھی ہوتا ہے۔ بعض بچوں میں ثوری شمری کے حادثے کبھی کبھی ہو جاتے ہیں، عموماً موسم گرما میں، اور ان حلوں کے درمیان میں یہ ثوران مطلقاً نہیں آتا۔ دوسروں میں یہ مزمین ہوتا ہے، اور عادات و فترات وقتاً فوقتاً ظاہر ہوتے رہتے ہیں لیکن عموماً یہ موسم گرما میں شدید ترین ہوتا ہے۔ بالعموم یہ سات یا آٹھ سال کی عمر سے آگے جاری نہیں رہتا۔

بحث اسباب۔ معمولی شری اور حکاک کی مزمین قسموں کی طرح، ثوری شری بھی ماضیاتی حالت کے جلدی مظاہرین سے ایک منظر ہے۔ یہ دو مختلف قسموں کے

بچوں میں پایا جاتا ہے۔ یعنی ایک تو شمیم، یا شاید زیادہ صحت کے ساتھ کہا جائے تو ”آبی“ آرام طلب، اور اکثر کسمحتی بچہ میں جسے مخاطمی اغشیہ کی مزمن نازلت کا رجحان ہوتا ہے اور زیادہ گنبدیدگی کے باعث بدبودار براز ہوتا ہے۔ اور دوسرے ’ڈبلے‘ عصبی المزاج، جذباتی بچہ میں۔ اکثر اس بخوری شہری سے پہلے، اسکے ساتھ، یا اسکے بعد دوسری حسیاتی علامات ہو سکتی ہیں، جیسا کہ حکاک جیسینیز کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اصل طور ان العلوم ایک اینٹی جن کی وجہ سے ہوتا ہے، جو حساس شدہ جلد تک پہنچ کر اُدھر میں ایک جینز اور مخصوص تعامل پیدا کر دیتا ہے، جیسر ابتدائی ذریعہ بشرہ کا انحصار ہوتا ہے۔ اغلب ہے کہ اگر تمام امصاتوں میں نہیں تو اُنکی اکثریت میں اس اینٹی جن کا مبداء غذائی خطہ ہوتا ہے، جیسا کہ حکاک جیسینیز میں ہوتا ہے۔ مریہاتی تجربہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ اینٹی جن اس مرض کے لئے مخصوص اور نوعی نہیں ہوتا، مگر ممکن ہے کہ اس فرد کے لئے شاید صورتوں میں ایسا ہو، کیونکہ ان امصاتوں کی اکثریت میں نوعی غذائی حساسیت کا کوئی ثبوت نہیں ملتا، لیکن کبھی کبھی ایک غذا اور صرف ایک ہی غذا ایسی پائی جاتی ہے جو حملہ کی تحریک پیدا کر دیتی ہے، مثلاً کیلے یا انڈے۔ اس مرض کا ایک ہنایت نمایاں خاصہ (45) یہ ہے کہ جب اس بچہ کو شفا خانہ میں داخل کیا جاتا ہے تو یہ فوراً غائب ہو جاتا ہے اور وہاں پھر پیدا نہیں کیا جاسکتا ہے، لیکن جب بچہ گھر واپس آتا ہے تو پھر نمودار ہو جاتا ہے۔ یہی بیان کسی حد تک دوسرے حسیاتی امراض پر بھی صادق آتا ہے۔ دیدان خیطیہ (threadworms) اکثر شہری بچوں کی نائندہ نازلتی آنت میں نشوونما پاتے ہیں، اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ ممکن ہے کہ یہ کرم اس اینٹی جن کو پیدا کر دیتے ہوں۔ مصلی کیلیم کی کمی ہوتی ہے، اور کیلیم کے لموات کے استعمال کی تائید کی گئی ہے۔ دانت جھلنا ایک اہم تبییی عامل سمجھا گیا ہے، اور ممکن ہے کہ اسکے ساتھ جو عصبی بے چینی اور بے خوابی ہوتی ہے، وہ حساس شدہ بچہ کے مضعی نظام پر خراب اثر کرے، اینٹی جن کے انجذاب میں مُدھوکریہ حملے پیدا کر دیتی ہو، لیکن ہم معکوس خراش کے راست اثر کے امکان کو نظر انداز نہیں کر سکتے۔

مرضی کشیج۔ اُن حصفہ دار (impetiginous) یا قانچی قروح کے علاوہ جو کھرچنے کی وجہ سے مستزاد ریم آفرین سرایت سے پیدا ہو جاتے ہیں، بخوری

شری کے اضرار تعداد میں تین ہوتے ہیں۔ شری دروڑا، مرکزی بشرہ، اور زیادہ شاذ صورتوں میں، آبلہ یا پھپھولا۔ انہیں سے بشرہ سب سے زیادہ متمیز ہوتا ہے۔ یہ آدمہ کے آدنیا سے بنجا ہوا ہے، جسکے ساتھ ایک عرق کے گرد گھٹی غلیظوں کی دروڑا ہو جاتی ہے، یہ درویش ایک عرق کے غمز میں آدمہ (dermis) میں اُسکے بدلے لکرائی آدمہ (corium) تک اور غلیظی جسم میں اُسکے تغیرات میں حاصل جاتی ہے۔ یہ عرق بشرہ کا محور ہوتی ہے، جسکی ٹکلی شکل کی توجہ غلوی درویش سے ہوتی ہے، جو اُس کی چوٹی پر پھیل جاتی ہے، اور اُسکا مقابلہ ایک کیلے سے کیا جاسکتا ہے جسے حقیقی جلد کے اندر کھرا کاڑ دیا گیا ہو۔ لغی غلیظوں کے علاوہ بالائی آدمہ میں ایوسین پسند سپید غلیظوں کی درویشیں بھی ہوتی ہے، اور یہ عروق کے ارد گرد اور اُن سے دور تک دونوں طرح واقع ہوتی ہے۔

بعض بشرہ میں تنہا ہی آدمہ تغیر پائے جاتے ہیں، لیکن اُنکی اکثریت میں بر جلد بھی ماثوف ہوتی ہے۔ بر جلدی اضرار تمام تر کھینچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور وہ درجہ شریہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مالغی تھول کا محض خفیف سا آدنیا ایک نواتی بھول غلویت کے ساتھ جو، یا مالغی جسم کا واضح تشقّق ایک دروں بر جلدی آبلہ کی تکون کے ساتھ ہو، جسکی چمت صحیح دسالہم قرنیۃ افرونی مالغی تھول سے بنتی ہے، فرش شبکہ کے زیرین حصہ سے بنتا ہے۔ یا بالآخر ایک پھولے کی جو براہ راست غلیظی جسم پر مقیم ہوتا ہے، اور جسکی جگہ ایک مصلی پٹری پیدا ہو جاتی ہے۔ وہ بڑے پھولے دار اضرار، جو بعض اوقات ثوری شری میں پائے جاتے ہیں، بالخصوص اُن حقوں پر جاتے ہیں جہاں قرنیۃ موئی ہوتی ہے اور پھٹنے کا کم رجحان رکھتی ہے۔

الاستخیص۔ اس مرض کو غارشت (scabies) حکاک ہیسرا (Hebra's) (prurigo) بدیری یا ٹنگر تپیر (varicella) اور مسطح جزا لہ (lichen planus) سے تمیز کرنا پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ غارشت سے اسکی تشخیص مشکل ہو، لیکن اگر احتیاط کے ساتھ جستجو کی جائے تو غارشت والے بچوں میں جلد کے اندر نقیبیں تقریباً ہمیشہ مل سکتی ہیں۔ حکاک ہیسرا خاصہ اطراف زیریں کو ماثوف کرتا

تقریبی سطحوں کو چھوڑ دیتا ہے، اور اُس کے ساتھ عموماً اُربی غدوکا التهاب ہوتا ہے۔ اگر خور کے ساتھ مشاہدہ کیا جائے تو پھولے دار بشوری شوری (bullous urticaria papulosa) اور کنگر پتھر کے درمیان کبھی غلط ملط نہیں ہو سکتا؛ مصطلح حزن ازہا بچوں میں نہایت شاذ ہے، اور اُس کے بخور سے پہلے شری دودھ سے نہیں ہو کرتے۔

علاج - کامیاب علاج بڑی حد تک ہر انفرادی اصابت کی تحقیق منحصر ہوتا ہے۔ دیمان خیطیہ، زیادتی مفاط، اور غیر منہضم غذاؤں کیلئے براز کا استھان کرنا چاہئے، نیز براز کا برقومیاتی استھان کرنا چاہئے، شیم شیم اور ناز لیتی بچہ کی حالت میں گنے کی شکر اور نشاستہ دار غذاؤں، خام مکہ معمولی روٹی اور دودھ کے پڈنگ کو غذا سے خارج کر دینا چاہئے۔ لیکٹوز یا مٹلو کو ز گنے کی شکر کے بجائے دینا چاہئے، اور نشاستہ دار غذاؤں کو ایسی شکل میں دینا چاہئے کہ جس میں کامل طور پر چبانے کی ضرورت پڑے۔ ڈبلے اور عصبی المزاج بچہ میں، جسکے براز میں عموماً زیادہ گندیدگی کے آثار پائے جاتے ہیں، گوشت اور مچھلی کو غذا سے خارج کر دینا چاہئے یا اُنکی مقدار اقل ترین کر دینا چاہئے، اور ایسی غذا تجویز کرنا چاہئے جس میں خستہ نشاستہ دار غذا، بڑیاں، پکائے ہوئے مہل، اور لیکٹوز یا مٹلو کو ز بکثرت شامل ہوں۔ اس امر کے متعلق احتیاط کے ساتھ تلاش کرنا چاہئے کہ آیا کوئی خاص غذائیں، مثلاً کیلے، کیٹے، پھل، انڈے تو حملے نہیں پیدا کر دیتے، اور اگر ضرورت ہو تو جلدی غذائی کاشتات عمل میں لانے چاہئیں۔

داخلی طور پر کیلول (calomel) یا گرے پاؤڈر (gray powder) کی خفیف مقادیر رات کے وقت اور مسجور البا (mist. alba) ایک ڈرام سے لیکر نصف اونس تک چند روز تک تجویز کرنا چاہئے، اور ایک تلخ قوی آمیزہ (alkaline bitter mixture)، جس میں ریوند چینی کا مرکب صغیہ (conipound tincture of rhubarb) شامل ہو، تین خاص کھانوں سے نصف گھنٹہ پہلے دینا چاہئے۔ اس ابتدائی علاج کے بعد، کیلسیم لیکٹٹ، سیرپ کیلسی لیکٹو فارمات (syrup calci lactophosphat) کی صورت میں اکثر بہت نفع بخش ہوتا ہے۔

شدید اصابوں میں رات کے وقت کلورل اور برومائیڈ کے آمیزے (chloral & bromide mixture) کا عارضی استعمال جانتے رہے۔ بعض اوقات پپٹون (peptone)، پپٹونال یا پپٹالمین (peptonal or peptalmine) کی شکل میں غذا سے ایک گھنٹہ پہلے دیا جائے تو کامیاب معلوم ہوتا ہے۔ لباس ہلکا اور مسامدار ہونا چاہئے، اور بچہ کو جہانک نمن ہو گھر سے باہر رکھنا چاہئے۔ دشوار علاج اصابوں میں اصلی یا مصنوعی شمسی علاج (heliotherapy) بہت مفید ہوتا ہے۔ حلوں کے دوران میں رات کے وقت گرم غسل کرنا چاہئے، جس میں ۱-۲ اونس لاکٹرپیس کاربونس (liq. picis carbonis) ملا یا جاسکتا ہے، اور اسکے بعد جلد پر گرم کیا ہوا نشاستہ کا سفوف چھڑکنا چاہئے۔ اگر کھرنے سے جلد کی عفوئی مزیت پیدا ہو گئی ہے تو بورک کے غسل (boric baths) یا ایکٹ کی یا ٹیکے سیابی مرہم سے آس کی روک تھام ہو جائے گی۔

حکاک ہیبرا

(prurigo of Hebra)

(prurigo ferox vel agria = وحشتناک یا خوفناک حکاک)

حکاک کی یہ قسم جسے ابتدائے ہیبرا ہی نے صاف طور پر بیان کیا، ایسے میٹرخصائص پیش کرتی ہے کہ اسے بھی حکاک جیسے ہیبرا کی طرح ایک واضح سرمدی ذات سمجھنا چاہئے۔ اگرچہ یہ دونوں قسمیں بالکل جدا گانہ ہیں، مگر بدقسمتی سے انھیں غلط ملط کر دیا جاتا ہے۔ حکاک ہیبرا، جو شافے، عموماً ابتدائی بچپن کے زمانے میں دوسرے سال سے لیکر پانچویں سال کی عمر تک شروع ہوتی ہے: یہ امر کہ وہ بعض اوقات معمولی ثوری شری پر مستزاد ہو جاتی ہو، شکوک ہو، اسکا ابتدائی ضرر ایک بشر ہے، جو سرریاتی اور سچیاقتی خصائص دونوں میں ثوری شری کے بشر سے مختلف ہوتا ہے۔ بشر لیکن یہ بشر کھرنے سے تبدیل نہ ہوا ہو، یہ چھوٹا، بہت سخت، اور خشک ہوتا ہے۔ دیکھنے کی نسبت چھونے سے یہ زیادہ آسانی سے محسوس ہو سکتا ہے، کیونکہ یہ بہت ہی کم ابھرتا ہے، اور جس جلد میں یہ مدفون مغلوم ہوتا ہے، اسکے

رنگ سے شکل مختلف ہوتا ہے۔ لیکن کھر پنچنے کے اثر سے یہ صبح ہو جاتا ہے اور ایک برا فائدہ خون آلود پٹری سے اسکی نوعیت پوشیدہ رہتی ہے۔ اس پٹری کے نکل جانے کے بعد ایک چھوٹا نمبہ باقی رہ سکتا ہے۔

کامل طور پر قائم ہونے کے بعد یہ مرض ایک مختصر تصویر پیش کرتا ہے۔ جلد کے ماؤف حصے خاص طور پر حواج کی باسط سلحقات، بازوؤں کی نسبت رانیں اور ٹانگیں زیادہ تر، اور نسبت کم حد تک دھڑ اور چہرہ ہوتے ہیں۔ حکاک بیسنسز کے برعکس! اس میں جوڑوں کی تعریحات محفوظ رہتی ہیں، نیز ہتھیلیاں اور تلوے بھی محفوظ رہتے ہیں۔ عرصہ دراز تک یہ شدت کھر پنچنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ ماؤف مقامات کی جلد سخت اور کھردری، موٹی اور گہرے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ وہ سجا جاتا ہے دھکی ہوئی ہوتی ہے، جن میں سے بعض خلی ہوتے ہیں، اور بعض آپس کی جڑ جیسے اور جرابی۔ ابتدائی طور پر شناخت کئے جاسکتے ہیں، لیکن ان پٹریاں بھی ہوتی ہوتی ہیں، اور وہ سابقہ اضرار کے پیدید مائل نہایت کے ساتھ لے چلے ہوتے ہیں، ثانوی ایکزیمائیت یا ضعفیت عام ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ تصویر گہرے نافرمانی قروح کی وجہ سے چھپیدہ ہو جائے۔ کھر پنچنے سے زخف فرسودہ ہو جاتے ہیں، اور یا تو چھوٹے کڑے بالوں کی طرح کھر سے ہو جاتے ہیں یا بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ جلد کے ان حصوں پر جو کم ماؤف ہیں، وہی جرابی انتصاب نظر آتا ہے جو حکاک کی دورانی قسموں میں پایا جاتا ہے، اور مرکز الشرح عضلات کے انتصاب کی وجہ سے ہوتا ہے۔ چٹروں کے غدود، اور ان سے کتر بظلوں کے غدود کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ جلد کے مختصر تغیرات اور مرض کی مخصوص توزیع کی وجہ سے اس حالت کی تشخیص آنکھیں بند کر کے مریض پر ہاتھ پھرانے سے کیا سکتی ہے۔ خون کے اندر ایوسین پسند ملیتوں کی بڑی کثرت پائی جاتی ہے۔ حکاک کی اس قسم میں مبتلا مریض قلیل التغذیہ، اور خوف زدہ ہوتے ہیں، اور ان میں کوئی سنبھالنے والا نہیں ہوتا۔ متواتر خراش اور اسکی وجہ سے نیند نہ آنے کے سبب سے انکے جسمانی نمو اور انکی ذہنیت دونوں پر خراب اثر پڑتا ہے۔

جی ہوتی ہے، جس میں ابتدائی شور اور اُنکی توزیع ایسی ہی ہوتی ہے، لیکن نئی انسحابات، حزازیت، اور کونیت کم نمایاں، اور غدودی کلائی خفیف ہوتی ہے۔ سمٹ اسباب۔ حکاک تیز راکیوں کی نسبت لوگوں میں زیادہ

کثیر الوقوع ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ نسلیت (کیونکہ یہ مرکزی یورپ میں عام ترین ہے) اور افلاس نمایاں علامات سمعہ ہیں۔ یہ یقینی امر ہے کہ یہ ایک حاسیتی مظہر ہے جس کا مقابلہ شوری شدری اور حکاک جینیئر سے کیا جاسکتا ہے، لیکن یہ معلوم نہیں آیا انہی جن جو اسکا سبب ہے وہ فوسمی ہے، یا یہ مرض شری کی طرح مختلف الاقسام انہی جنوں کے جلدی تعامل کی ایک خاص شکل ہے؟ ایک حالت میں صفا (ascarides) اسکا مبداء معلوم ہوئے۔ راقم الحروف نے دوسرے مصنفین کے مشاہدات کی تصدیق کرتے ہوئے حال ہی میں ایک مریض کو شفا خانہ میں داخل کیا اور اگرچہ اسکے لئے کسی قسم کا کوئی علاج نہیں تجویز کیا گیا، حکاک فی الفور موقوف ہو گئی اور ایک ہفتہ کے اعتناء پر اُسکی جلد میں نمایاں طور پر بہتر تغیر پایا گیا مریض کے گھر واپس ہونے پر فوراً خود مرض ہو گیا۔

مرضی شریخ۔ شوری شری کی طرح، اصلی ضرر ایک شرہ ہوتا ہے، جس میں اولی تغیرات آدمی ہوتے ہیں، اور برجلہ کے تغیرات کمر تھپنے کے بعد ثانوی ہوتے ہیں، ابتدائی شرہ بالائی آدمہ میں کثیر الاشکال، یلث فواتی سپید خلیوں کی کثیف در ریش سے بجاتا ہے۔ یہ خلیے عروق دمویہ سے نکلنے کے بعد بہ سرعت انحطاط پذیر ہوتے ہیں۔ انحطاط یافتہ سپید خلیوں کا یہ تودہ، کثیر الاشکال ایک فواتی خلیوں کے ایک اور زیادہ خشر در ریش کا مرکز بناتا ہے، جو بالائی آدمہ اور علمی جسم میں واقع ہوتے ہیں، لیکن ان خلیوں میں انحطاطی تغیرات رونما نہیں ہوتے۔ ان کے ساتھ تھیں عروق کے گرد چند لغنی خلیات بھی ملتے ہیں۔ آفریما بہت کم ہوتا ہے یا کچھ نہیں ہوتا، لیکن یعنی نامضات کا کسی مقدار تکاثر ہوتا ہے۔ برجلہ تغیرات مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خشر حزازیت کے تغیرات ہوں، یا مالغبی تھوں کے تخر کے ساتھ اکتھاف ہو، جس کا تذکرہ پہلے شوری شری میں کیا گیا ہے۔ نسبت

منہج کھردر کا بلڈ اور نکالنا زم غدی کلانی میرے صفات ہوتے ہیں۔ یہ دیکھا جائیگا کہ پیش مرفی خفرات اور بعضی فضائیں جو حکاک بیسنیر میں انتخابی مقامات ہوتے ہیں محفوظ رہتی ہیں۔

علاج۔ ہماری معلومات کی موجودہ حالت میں، اصلی علاج یہ ہے کہ بچے کو اس کے گھر کے ماحول سے علیحدہ کر کے دیہات میں رہنے کو بھیجا جائے، جہاں وہ بیرون خانہ وقت گزارے اور وافر غلہ قسم کی غذا کھائے۔ ہیرار اس مرض کو غیر شفا پذیر سمجھتا تھا اور ممکن ہے کہ اگر بچہ گھر پر رہنے کے لئے مجبور ہو تو ایسا ہی ہو، مگر راقم الحروف نے ایسا کوئی مریض نہیں دیکھا جسے شفا خانے میں منتقل کر دینے پر حکاک ہر رحلت موقوف نہ ہو گئی ہو۔

حکاک بیسنیر

(prurigo of Besnier)

حکاک کی یہ قسم ایک نہایت معتین سرری ذات ہے، جو بچہ اس کثیر التوقع اتلاف کے جو یہ دمہ اور حساسیتی حالت کے دوسرے مظاہر کے ساتھ رکھتی ہے، عمومی اطباء کے لئے خاص طور پر دلچسپی رکھتی ہے۔ مریضوں کی ایک بڑی تعداد غضبنتی ہوتی ہے اور اس سے بھی زیادہ تناسب میں اس حالت سے پہلے حساسیتی قسم کا رضیعی ایکزیما (infantile eczema) ہو چکا ہوتا ہے۔

اکثر اوقات مریض کی سرگزشت میات حسب ذیل ہوتی ہے۔ پیدائش کے بعد تندرستی چلنے کی خشکی نظر آ سکتی ہے، جو غضبنت (ichthyosia) کا پیش نیمہ ہوتی ہے، جو عموماً دو یا تین سال کی عمر تک اچھی طرح نمایاں نہیں ہوتی۔ ابتدائی چہند مہینوں میں، لیکن بعض اوقات زیادہ دیر سے، رضیعی ایکزیما نمودار ہوتا ہے جس کا آغاز چھاتی کا دودھ چھڑا کر کھائے کے دودھ کی غذا دینے کے وقت کے ساتھ ہر زمانہ ہو سکتا ہے یا جلد رین رسائی کے بعد تقریباً فی الفور ہو سکتا ہے۔ تقریباً دو سال کی عمر میں یہ ایکزیما اپنے خصائص اور توزیع کو بدل دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ چہرہ، سر، دھڑ اور جوارح کی باسط سطحات کو چھوڑ کر گویا پیش مرفی خفرات اور بعضی فضائوں میں

کلائیوں اور ہاتھوں کی پشت پر، اور بعض اوقات دہن کے گرد اور گردن اور پٹھوں کی شکلوں میں مرکوز ہوجاتا ہے۔ متواتر گر کرنے اور کھینچنے سے ان مقامات کی جلد میں حزازیت پیدا ہوجاتی ہے اور حکاک جینئر کی سرسری تصویر قائم ہوجاتی ہے۔ جلد ہی یا دیر سے، دماغ کے حلقے (جنکی تشخیص اکثر غلطی سے شعبی الہاب کیجاتی ہے) اور دوسرے حسیاتی مظاہر طاری ہوجاتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ اس بیش مساسیت یا مساسیت کی حالت کے علامات اس مفہوم ساخت یا یافت کے لحاظ سے جو حساس ہوگئی ہے، مختلف ہوتے ہیں۔

حکاک جینئر میں تھلا پھوں کی اکثریت دہلی، عصبی بے چین اور باطن ہیں ہوتی ہے، لیکن یہ مرض ان فریہ آرام طلب اور کابل پھوں میں بھی دیکھا جاسکتا ہے جنہیں زیر وقتیت کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ ایک میٹر اصابت میں جلد غصبتی کمرہ دی، اور ایک عجیب پھیکے پیلے رادی مائل رنگ کی ہوتی ہے۔ بعض رقبوں کے شعری دہنی جراثیم محرک الشعر عضلات کے انقباض کی وجہ سے کھڑے ہوتے ہیں جیسا کہ حکاک کی دوسری قسموں میں ہوتا ہے۔ گوجھلی وسیع پھیلی ہوئی ہو سکتی ہے، مگر وہ پیش مرفعی حفرات اور مابضی فضاؤں میں، کلائیوں اور ہاتھوں کی پشت، ٹخنوں کی ٹھری سطحات پر، دہن کے ارد گرد اور پیشانی پر، بالخصوص بھوؤں پر گردن کی شکلوں میں، پٹھوں میں اور اعضا و تناسل پر، اور بعض اوقات کہنیوں اور گھٹنیوں پر شدید ترین ہوتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں وہ صرف پیش مرفعی اور مابضی غول میں محدود ہوتی ہے۔ ان مقامات پر کی جلد وہ تغیرات ظاہر کرتی ہے جنہیں پہلے حزازیت کے نام سے بیان کیا گیا ہے۔ کھجلی کے ایک دورے کے بعد اگر میناسیت اور مصلی رساو، تشقق، اور بعض اوقات شالوی مصفیت دیکھی جاتی ہے، لیکن مقابہ سکون کے وقفوں میں صرف سادہ حزازیت اور لونیت ہی معروضی امارات ہوتے ہیں۔ مگر یہ لونیت صرف حزازیت یا فہ رقبوں تک محدود نہیں ہوتی، بلکہ عام طور پر پھیلی ہوئی اور اس قدر شدید ہو سکتی ہے (مثلاً گردن پر، آنکھوں کے آس پاس اور تعویجات میں) کہ آئینہ سن کے مرض سے مشابہ ہوتی ہے اور اسی کی طرح اس کے ساتھ پست فشار دموی اور مصلی زیریدگی بھی ہو سکتی ہے۔

بہلوں کے شکر فی کنارے عموماً رما دی مائل نیلے رنگ کے یا ارغوانی مہی جھلک کے ہوتے ہیں (اور یہی حالت حساس گرمی نور کی حالتوں میں پائی جاتی ہے) عضلی ریڑنیگی اُس ناقص وضع (stance) سے ظاہر ہوتی ہے جو اُس وقت اختیار کیا جاتی ہے جبکہ بچہ سیدھا کھڑا ہوتا ہے۔ سینہ کا اگلا حصہ چپٹا ہوتا ہے اور ایک ترچھے مستوی میں اُبھرے ہوئے ڈھیلے شکم کے طرف نیچے کی طرف اُترتا ہے۔ سامنے کی طرف اترنا اُبھار کا نقطہ عین ناف کے نیچے ہوتا ہے، پشت کمان کی طرح خمیدہ ہوتی ہے، کتلی ہڈیاں پر نما ہوتی ہیں اور فظاً موجود ہوتی ہے۔ سچہ عموماً خوف زدہ اور بے چین ہوتا ہے اور آسانی تک جاتا ہے اور اپنے ماحول کی اور ان لوگوں کی اثر کی جن سے اُسے واسطہ پڑتا ہے نہایت درجہ کی حساسیت رکھتا ہے۔ یہی بات بالغ مریموں پر بھی صادق آتی ہے۔ کھجلی کے دور سے یا ذر کے حملے جو عموماً شام کو یا رات کے وقت شروع ہوتے ہیں اکثر بذاتی براہمی یا کسی ناخوشگوار اندیشہ سے پیدا ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ شفا خانہ کی زندگی کے پُر سکون اور منظم دستور العمل میں خود بخود متوقف ہو جائیں اور گھر کے ماحول کے اختلال انگیز اثر کے تحت پھر شروع ہو جائیں۔

بیمت اسباب۔ حکاک ہینیر کا اور حساسیتی حالت کے دوسرے مظاہر کا جو اسکے ہمراہ پائے جاتے ہیں ایک نہایت حیرتناک خاقہ یہ ہے کہ وہ موروثی طور پر منتقل ہوتے ہیں اور خاندانی حدود رکھتے ہیں۔ دریافت کیا جائے تو مریش کے والدین اور قریبی رشتہ داروں میں تقریباً ہمیشہ غصبت حمہ القش (hay fever) یا ذر کی موجودگی ظاہر ہوگی یا انکے زمانہ طفلی میں رضیمی ایکڑیا، دوری قے، شری یا حکاک کی سرگزشت پائی جائیگی۔

تازہ تحقیقات سے حکاک ہینیر کی پیدائش کی بہت کچھ توجیہ ہو گئی ہے اور حکاک کی تمام قسموں میں یہی ایک قسم ہے جس کے متعلق ہمیں صحیح علم حاصل ہے۔ مریش یا آئنی جنوں سے جلد کی حساسیت شدگی کے باعث ہوتی ہے جو شری کی بہت سی صورتوں اور غالباً حکاک ہینیر کی طرح ہمیشہ نہیں لیکن بالعموم غذائی خلیے سے ماخوذ ہوتی ہیں اور جگر میں ایسی تثلیث اور ایٹلاف نہیں واقع ہوتا۔ شری، سادہ حکاک اور حکاک ہینیر

میں وہ تعامل جو حساس شدہ جلد کے ساتھ اینٹی جن کے تماس کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے،
 اولیٰ طور پر اور دراصل آدمی میں واقع ہوتا ہے، 'گرایز' یا اور حکاک جینیئر میں تعامل
 بر جلدی آدمی ہوتا ہے، یعنی آدمی بافت (غالباً عصبی عروقی آدمی بافت) اور شبکہ
 فالجی، دونوں کی حساس شدگی واقع ہوتی ہے۔

ان اینٹی جنوں کی نوعیت کے متعلق اغلب ہے (جیسا کہ شری کے باب میں
 اشارہ کیا گیا تھا) کہ حقیقی اینٹی جینی اشیا، گو وہ پروٹین سے ماخوذ ہوتی ہیں، مگر خود
 غیر پروٹینی نوعیت کی ہوتی ہیں اور انکی ترکیب نسبتاً سادہ ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ
 وہ اشخاص جو ایسی غیر معمولی بیش حساسیت ظاہر کرتے ہیں جس سے حساسیت کی
 تذکرہ بالا متعدد علامات پیدا ہو جاتی ہیں، غریب پروٹینوں کے ساتھ موثر طور پر
 نشیمن کی کم قوت رکھتے ہیں، خواہ اسوقت جبکہ یہ پروٹین غذائی نخلے میں لئے جائیں
 یا اسوقت جبکہ یہ کسی دوسری راہ سے نظام جسم میں پہنچیں۔ غذائی پروٹینوں کی صورت
 میں اغلب ہے کہ انکا تاخیر یافتہ یا نامکمل ہضم ایک اہم عامل ہے، اور ان اشخاص
 کی ایک بڑی فیصدی تعداد میں معدی یا مذکورہ طور پر ایک کی قلت یا غیر موجودگی دیکھی
 ہے۔ علاوہ ازیں، بلو کا پروٹینوں اور انکے مشتقات کو (جنہیں انکا اینٹی جینی جزو بھی
 شامل ہے) شربت اور صاف نہ کر سنا بھی صاف طور پر ایک لازمی عامل ہے۔ جب بلو
 کے اس وظیفہ کا فضل ہوتا ہے تو یہ اینٹی جن جوئے خون میں پہنچ جاتے ہیں اور حساس شدہ
 بافتوں میں (جنہیں جلد سب سے زیادہ اہم ہے) ضد اجسام کے ساتھ تعامل کرتے
 ہیں، اور یہ تعاملات، جو حساسیتی حالت کے چلدی مظاہر کے آئینہ دار ہوتے ہیں،
 دراصل حفاظتی نوعیت کے ہوتے ہیں، کیونکہ ان سے دورانی اینٹی جنوں کی تنبیہ
 اور اطلاق واقع ہو جاتا ہے۔ یہ الفاظ دیگر اسوقت جبکہ بلو کے وظیفہ کا فضل ہوتا ہے
 جلد اور کیتھڈر کم مذکور دوسری بافتیں ایک نیا بتی حفاظتی فعل انجام دینے لگتی ہیں۔
 رضی ایز یا میں، اور ممکن ہے کہ حکاک جینیئر میں بھی، یہ ممکن معلوم ہوتا ہے
 بعض اوقات، شری کی بعض اصابتوں کی طرح، وہ اینٹی جن جو سبب مرض ہے اس معنی
 میں نوعی ہوتا ہے کہ وہ ایک غذائی شے (مثلاً گیہوں، جئی، گھاس کے دودھ) سے
 ماخوذ ہوتا ہے، لیکن کم از کم آخر الذکر میں یہ یقیناً استثنائی ہوتا ہے۔ پایا گیا ہے

(46) کہ حکاک جیسے کے مریضوں میں ہم مختلف پروٹینوں اور چٹوٹوں کے براہ دہن استعمال سے یا خود انہیں مریضوں کے خون کے اثراب سے خون شکن وجہ (haemolysis crisis) پیدا کر سکتے ہیں۔ ان کے خون اور بول کے امتحان سے وہی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو حسانیاتی حالت کے دوسرے مظاہر کو عین کرتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔

حساس شدگی کے عامل کے علاوہ، ان مریضوں میں نفسیاتی اختلالات کی اہمیت پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے۔ ”ذہر۔ ایکڑیا۔ حکاک“ کا علامتیہ ”ایک اکلوتے بیٹے“ میں واقع ہونے کا خاص طور پر امکان ہے۔ راجرسن (Rogerson) (47) نے صاف طور پر بتلایا ہے کہ گھر کا ماحول ان بچوں پر کیا اثر ڈالتا ہے۔ ۱۲ شدتاً عامتہ میں سے، جنگو شکل چھو طور پر منتخب کر لیا گیا، ۵ میں، ماں کے، اور کم مہم جوہ کے نفسیاتی علاج سے علامات میں مکمل طور پر تخفیف ہو گئی، ۱ اور پانچ دوسری اصابتوں میں نمایاں اور ترقی پذیر اصلاح ہو گئی۔

مرضی شہر سنج۔ حکاک جیسے کی ایک جگہ میں خود بینی تغیرات قدمی طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ سکونی درجے میں وہ محض حزانیت کے تغیرات ہوتے ہیں، یعنی داوا الشوکہ اور پیش قرینت۔ ایک ایسے زمانے کے دوران میں جبکہ کھلی شدید ہوتی ہے، ایکزیمائیٹ (آلم خیزی) اور کمر پٹنے کے اضرار شاید سے میں آتے ہیں، یعنی ایک صمیم و سالم قرنی کے نیچے شبکہ کا انشقاق، یا جب قرنی نہ ٹوٹ گئی ہو تو معلی پٹری بننا تشخص۔ حکاک جیسے کی ایک اصابت کو دیکھتے اور اُس کے نمایاں خصائص کو ذہن نشین کر لینے کے بعد تشخص میں کوئی مزید دقت نہیں پیش آتی جاسے۔ حکاک برا سے وہ مخصوص انتخابی مقامات کی برعکس توزیع کی وجہ سے باسانی تیز کجا سکتی ہے۔ یعنی اہل الذکر میں جوارح کی باسط سطحات موقوف ہوتی ہیں، اور آخر الذکر میں پیش مرفقی اور باطنی فضائیں۔ مزید برآں، مزید اضرار حکاک تہیہ میں شور ہوتے ہیں، مگر حکاک جیسے میں وہ حزانیت اور ایکزیمائیٹ کے ختم ہونے ہوتے ہیں۔

علاج۔ جیسے نے اپنے اصلی مخطوطات میں حکاک کی اُس قسم میں جو اب اُسکے نام سے منسوب کی جاتی ہے اُسکی زمانت اور غیر العلا جی پر خاص طور پر دیا ہے۔

کثیر التعداد اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے مندرجہ ذیل اصول علاج کی خوبی کی تصدیق ہو گئی ہے، جو بڑی حد تک حیاتی کیمیائی حقیقات پر مبنی ہے (48) :- (۱) علاج بوجہ احسن ہے کہ ایک خامی قوت بخش آب و ہوا میں بالکل گھر سے باہر زندگی بسر کی جائے اور ساتھ ہی تیز احتیاط کے ساتھ شمسی علاج استعمال کیا جائے۔ بعض مریض سمندر کے قریب اچھے رہتے ہیں، اور بعض اندریں، بالکی پہاڑیوں میں نسبت بہتر ہوتے ہیں۔ لباس ہلکا ہونا چاہئے، اور جیسے جیسے جسمانی حالت بہتر ہوتی جائے زیادہ سخت ورزش کرنی چاہئے۔ ساری جلد برٹنڈی ہوا اور سورج کی روشنی کا جو اثر ہوتا ہے وہ اسرائیلی دروں افزائی غدد، بالخصوص سرگردوں اور در قیہ کے لئے قوی مہیج ثابت ہوتا ہے، اور بلاشبہ تحول اور دروں افزائی خود آگنی توان کے بحال ہو کر طبعی ہونے میں ایک اہم عامل ہے۔ ان حالات کے زیر اثر اگر غذا کے متعلق پابندیاں نہ عائد کی جائیں تو بھی مریض کے سارے منظر اور مزاج کی کاپیا ملے ہو جاتی ہے۔ اس کی جلد گو وہ پہلے غضبناک بھی ہو، نرم اور چمکنی ہو جاتی ہے، اور سکی قرنی تہ پتلی اور نیم شفاف ہو جاتی ہے۔ حکاک اور ذہر کے حملے موقوف ہو جاتے ہیں۔ عضلات کی تھکائی بحال ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وضع بہتر ہو جاتی ہے اور جسمانی طاقت و توانائی زیادہ ہو جاتی ہے، اور مریض کا چہرہ اور خوف و ہراس جاتا رہتا ہے، اور وہ پرسکون اور مطمئن، شگفتہ مزاج اور خوش و خرم نظر آنے لگتا ہے۔ اس جسمانی اور ذہنی کاپیا ملے کے ساتھ اسکے تحولی افعال بحال ہو کر طبعی ہو جاتے ہیں، جیسا کہ خون اور بول کے حیاتی کیمیائی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے۔ بد قسمتی سے، اگر مریض پھر گھر کے غیر صحیح یا ناشاد و ناسازگار ماحول میں واپس آکر اندرون خانہ ایک قعودی زندگی بسر کرنے کے لئے مجبور ہو جائے، تو تدریج پھر ٹکس ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بچوں اور بالغوں دونوں میں نفسیاتی نقیض اور علاج، انتہائی درجہ کی اہمیت رکھتا ہے۔

(۲) غذاء - ایک لبنی نباتی غذا کی سفارش کی گئی ہے، لیکن رقم المحرو نے حال ہی میں مشاہدہ کیا ہے کہ اس قسم کا نظام غذا جسکی سفارش مزمن شری کے علاج کے لئے کی گئی ہے، بالعموم ان صابتوں میں نہایت ہی مفید ہوتا ہے۔ وہ

غذائیں، جن کے لئے جلدی کاشتات کے ذریعہ ہمیشہ حساسیت ظاہر ہو، خارج کر دینی چاہئیں۔

(۳) بعض اصابتوں میں، ایک ابتدائی سم زہا علاج مناسب ہے۔ اس مقصد کے لئے سوتے وقت کیلومل (calomel) کی خفیف مقداریں (۱/۲ تا ۱/۴ گرن) اور بیدار ہونے پر اور دوپہر اور شام کے کھانوں سے ایک گمنڈ پہلے ایک قلوئی مالح (alkaline saline) جس میں مفتوح سلفیڈس (superient sulphates) موجود ہوں، پندرہ روز تک دینا چاہئے، اور اس کے بعد کیلومل یا بلویول (blue pill) ہفتے میں ایک یا دو راتوں میں دیکر دوسری صبح کو مالح دینا چاہئے۔

(۴) نہایت ہلکے لباس کے ساتھ بیرون خانہ ورزش، قبضہ دل سرد اور گرم غسلوں اور نطولات، اور آبی یا مصنوعی شمسی علاج کے ذریعہ جلد کو تھپتھپا کر سرگردی درقی مشار کی نظام کو تسبیح دینا نہایت اہم ہے۔

(۵) بعض اصابتوں میں عقدہ درقیہ کا مناسب معادول میں دینا بہت مفید ہوتا ہے، اور ان مریضوں کو جو نہایت عصبی اور فکر مند ہوں، اور اچھی طرح نہ سوتے ہوں، کچھ عرصہ تک ایک ایسا آمیزہ روزانہ تین بار دینا چاہئے جس میں بروماڈ اور سال ٹولانٹیل (bromide & sal volatile) شامل ہو۔

(۶) حکاک کی رقبوں کا مقامی علاج ثانوی اہمیت رکھتا ہے، مگر نہایت کارگر تدبیر لاشعاعیں ہیں، جنھیں کسری معادول میں مناسب وقفوں کے ساتھ دیا جائے، نیز خام ٹار (crude tar) فنی کی صحت میں یا پھیرری سے، خالص، یا ایک عقدہ آسیٹون ٹکلوڈین (acetone-collodion) کے تین حصوں میں ہلکا کر کے لگانا ہے۔ خفیف اصابتوں میں اسکے بجائے ایک صاف فنی، جس میں خام ٹار کا ایتھریں حل ہونیو لا جو موجود ہو، استعمال کر سکتے ہیں۔ لیکن اسپر جتنا زور دیا جائے کم ہے کہ بعض مقامی علاج صرف تخفیفی ہوتا ہے، اور بہتر ہے کہ شعاعی علاج سے احتراز کیا جائے، باستثناء اس وقت کے جبکہ صرف چند عوارضیت یافتہ چکیتیاں موجود ہوں۔

(۷) بالآخر، نام نہاد حساسیت زہائی کے مختلف طریقوں پر غور کیا جاسکتا ہے۔ خود زاد دوسری علاج (autohaemotherapy) سے بعض اوقات مدد ملتی ہے۔

جسکے لئے ایک ورید سے ۳ تا ۵ اکعب سمر خون نکال کر اُسکا ٹھکنا شروع ہونے سے عین پہلے اُسے آلوئی عضلات کے اندر مشرب کر دینا چاہئے۔ پپٹون (peptone) کے احتیاط کے ساتھ تیار کئے ہوئے محلول کے دروں وریدی یا دروں عضلی اثرات جو تین دن سے لیکر سات دن کے وقفوں سے برصتی ہوئی مقاموں میں دئے جائیں عموماً زیادہ مفید ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں معائی جراثیم یعنی ڈینسٹر (Danyaz) کے طریقے سے تیار کردہ مذکور یا خود نادر مفلوط جراثیمی جدرین کے تحت الجلدی اثرات سے یا ٹھکیتہ قولونی (B. coli) یا ٹائفا ئیڈ پیرائٹا ٹفا ئیڈ جدرین کے یا مختلف نباتی پروٹینوں کے محلولات کے دروں وریدی اثرات کے ذریعہ عہد پر ویشی صدر پیدا کرنے سے عہدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ تاہم راقم الحروف نے یہ پایا ہے اوریل کے چ مادہ کی ایک خود زاد تجہیز کے ہفتہ وار اثرات، بشرطیکہ نہایت ہی دقیق خوراکوں سے آغاز کیا جائے، مثلاً ترقیق کے ۱:۵۰ سی سی سے حساسیت ربائی کا نہایت ہی موثر طریقہ ہم پہنچاتے ہیں اور اسکی تصدیق دوسروں نے بھی کی ہے۔ تاہم معاد پر احتیاط سے قابو رکھنا چاہئے تاکہ نا خوشگوار تعاملات نہ ہونے پائیں۔

گرہ کی حکاک

(prurigo nodularis) (Hyde)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۱۹ د)

(lichen obtusus corneus = حزاز کلیدہ قرنیہ)

(urticaria persiana verrucosa = شیشہ موائلب ہر وئی)

یہ حالت جسکے متعلق اب تک کسی قدر غلط ملامت موجود ہے، بڑے بڑے جڈا جڈا بشور کی موجودگی سے تجر ہے، جو ببقا مدگی کے ساتھ قشر ہوتے ہیں، بعض اوقات گردہ در گردہ، خاصکر جواج پر، لیکن دھڑ پر بھی اور کبھی کبھی چہرے پر بھی۔ یہ شوبہ نیم کروی ہوتے ہیں، چھوٹے سے سہت معلوم ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کی جسامت ایک سپاری کے برابر ہو جائے۔ انکی اسط، جو عموماً خسیج اور خون کی پیرپوں

ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، بیش قرینیت کی وجہ سے ٹولوی اور ناہوار ہوتی ہے۔ ہر بشر عموماً لونیت کے ایک ہالے اور بعض اوقات حزازیت کے ایک چھوٹے رقبے سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں کبھی نہایت شدید ہوتی ہے، ممکن ہے کہ ان ثور کی چوٹیوں پر پھیلنے پیدا ہو جائیں، جو بلاشبہ زور سے کھرینچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ اضرار غائب ہو جائیں اور ایک لون ربودہ ٹکڑے باقی رہ جائے جس کے کناروں پر بیش لونیت کا منطقت ہو۔ ان ثور کے علاوہ جلد عموماً طبعی ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ تسخ ہو، اور ثور کے بغیر بھی محدود المقام حزازیت کے رقبے موجود ہوں۔ کبھی، جو ایک اندراج شدہ حالت میں بالکل غیر موجود تھی، عموماً شدید، نوبتی، اور بالخصوص شبانہ ہوتی ہے، لیکن نسبتاً سکون کے زمانے بھی واقع ہوتے ہیں، مثلاً اسوقت جبکہ مریض کی تعطیل کا دن ہو۔

بحث اسباب - حکاک کی دوسری قسموں کی طرح یہ حالت بھی بلا حسیستی نوعیت کی ہے، لیکن اسکے آئیٹی جن کی نوعیت اور مبداء نامعلوم ہے۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور جیسا کہ دوسری حسیستی علامات میں ہوتا ہے، اس میں بھی نفسیاتی اثرات، مثلاً فکر و پریشانی، سرخ یا صدفہ اہمیت رکھتے ہیں۔ اسکی مدت غیر متعین کہی جاسکتی ہے، کیونکہ نا حال اسکا علاج مستمر طور پر ہے اثر ثابت ہوا ہے۔

تشخیص - اس میں عموماً بہت کم دقت پیش آتی ہے، لیکن اس ثوران کو بیش پس و رشی منسٹم حزازہ (hypertrophic liehen planus) سے تمیز کرنا چاہئے، جیسے اضرار عموماً نسبتاً بڑے اور زیادہ چپٹے ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ اکثر دوسرے مقامات پر معمولی ثور ہوتے ہیں یا عتدی مخاطیہ کی باؤفیت ہوتی ہے۔ نیز اسے اس حالت سے تمیز کرنا چاہئے جسے حزازہ کلیدہ معمولی (lichen obtusus vulgaris) کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے، جو حزازیت کی محض ایک بیش پرورشی یا عفرتی قسم (محدود المقام) circumscripted (prurigo) ہے۔ وہ ثوران جو بعض اوقات حزازہ کلیدہ، قرنی (lichen obtusus corneus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، میں گرگی حکاک (prurigo)

(nodularis) ہی ہے۔ اس طرح تین بالکل جدا گانہ اور متماز حالتیں ہیں جن میں اکثر خلط ملط ہوجاتا ہے: (۱) سطح خزانہ کی بیش پرورشی قسم جو عموماً ٹانگوں پر گھٹنوں کے نیچے، بالخصوص دوقالی دار ٹانگوں پر واقع ہوتی ہے۔ (۲) خزانہ کلیل مسسولی (lichen obtusus vulgaris) یا محدود المقام حکاک کی بیش پرورشی قسم جو عموماً ٹانگوں پر دیکھی جاتی ہے، مگر انوں، اعضاء تناسل، سر، منوں پر، اور چٹوؤں میں بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت عام طور پر ایک یا دو رقبوں میں محدود المقام ہوتی ہے اور اس کے قرنی ثور خزانیت کے ایک رقبہ پر گنجان مرتب ہوتے ہیں۔ (۳) گرگی حکاک (prurigo nodularis) یا خزانہ کلیل قرنی (lichen obtusus corneus)، جن میں ثور جدا جدا، اور بے قاعدگی کے ساتھ خشر ہوتے ہیں، مگر وہ جوارح پر کم و بیش دونوں جدا تشاکل طور پر واقع ہوتے ہیں۔

مرثی شریح سیوانی (Civatte) نے خزانہ کلیل مسسولی (lichen obtusus vulgaris) اور گرگی حکاک (prurigo nodularis) کے درمیان کے فرق کی نسبتاً قی طور پر تصدیق کی ہے۔ اول الذکر میں خود بینی مناظر صحن خزانیت کے ہوتے ہیں۔ آخر الذکر میں یہ بھی دیکھے جاتے ہیں مگر یہ اس ضرر پر مستزاد ہوتے ہیں جو آدم میں گہرائی میں واقع ہوتا ہے، اور گرگی حکاک کے ہر و کا اصلی حصہ ہوتا ہے یہ ضرر مختلف اقسام کے غلیات، نسبی غلیات، کثیر الاشکال نواتی غلیات، ایویں غلیتوں، پلازما غلیتوں، اور مستولی غلیتوں کی کشیف در ریزش پر مشتمل ہوتا ہے۔ عفرتی غلیتے بھی مل سکتے ہیں۔

علاج۔ یہ عموماً نہایت غیر شفی بخش ہے۔ اضرار پر لاشعا عمل کے استعمال سے ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک کھلی میں تخفیف ہو جائے اور وہ غائب ہو جائیں مگر اس بالعموم ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ طویل تعطیل سے کھلی بالکل موقوف ہو کر ثور مٹ جائیں، موقوف حصوں کو کسی نہیں تکسیہ (occlusive dressing)، مثلاً آٹا کے میٹ (Unna's paste) سے ڈھانکنے سے بھی ثور غائب ہو سکتے ہیں۔

گرمائی حکاک

(summer prurigo)

اس اصطلاح کے تحت، جسے ابتداً ہچکسن (Hutchinson) نے وضع کیا، میں استعمال کیا، وہ حالتیں شامل ہیں جو سریریاتی اور تیبی لحاظ سے یقیناً ایک دوسرے سے جدا گانہ اور متنازع ہیں۔ موقعی طور پر ہم اُنکی جماعت بندی حسب ذیل کر سکتے ہیں: (۱) طفولی گروہ (juvenile group)۔ اس میں ذیل کی حالتیں شامل ہیں: (۱) گاؤچیمائٹ یا تقم (hydroa vacciniforme) کا شدید پھیلاؤ، (۲) ہیماتوپوریا (hematoporphyria congenita) جو عموماً ہیمیڈیو یا فریڈلٹی (hematoporphyria congenita) کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور جسے مشکل حکاک کہا جاسکتا ہے، (ب) وہ خفیف بشری قسم، جسے ہچکسن نے ابتداً ”گرمائی حکاک“ (summer prurigo) کے نام کا اطلاق کیا، اور (ج) اسکی نسبت زیادہ شدید قسم، جس میں لکڑی اور چھلکے نیز بخور ہوتے ہیں، اور جو سریریاتی لحاظ سے پہلی دو قسموں کے درمیان ہوتی ہے۔ (۲) بالغ گروہ (adult group)۔ اس میں فوری حساس گری کی وہ اصابتیں شامل ہیں، جن میں روشنی کی اثر پذیری پہلے بار بالغ زندگی میں نمودار ہوتی ہے۔ ان مریضوں میں روشنی کا جلدی تعامل اپنی نوعیت میں عموماً آکزیمائی ہوتا ہے، جس سے بڑا آدمی حساس شدگی ظاہر ہوتی ہے، اور متواتر گرگرنے اور کھرجنے سے ناؤف رقبوں کی حوزائیت پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ تعامل مخلوط قسم کا بھی ہو سکتا ہے، جس میں شرعی دائرہ کے ساتھ ایک مشترک آکزیمائی التهاب جلد کی آمیزش ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ صورتوں میں، ایک سادہ شرعی (آفتابی شرعی urticaria solaris) (یعنی ایک خالص آدمی تعامل) روشنی میں تکشف کی مجسبت ظاہر کرتا ہے۔ ٹورن کی یہ تمام قسمیں یہ صفت مشترک رکھتی ہیں کہ یہ صرف موسم گرما میں ہوتی ہیں یا اس موسم میں سب سے زیادہ شدید ہوتی ہیں، اور بالخصوص روشنی میں جلد کے تکشف سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں حرارت بھی ایک سبب متعدد معلوم ہوگی۔ انکے سریریاتی خصائص کے اختلافات کا انحصار

بلاشبہ ایک حد تک تو اس مخصوص حساس کن شے پر ہے جو کہ مسبب ہوتی ہے اور ایک حد تک حساس شدہ یافت پر خواہ یہ یافت آدمی ہو یا برچھلی ہو یا یہ دونوں ہوں۔

کاروہیچاک نامائفقہم (hydroa vaccinoforme) (Bazin)۔ یہ شاذ پیدا ہونے والی اور بعض اوقات خاندانی طور پر عموماً زندگی کے پہلے سال میں، سویرج کی مرضی میں جلد کا تکشف ہونے کے بعد نمودار ہو جاتا ہے۔ اس کے اضرار اجمراری، ثور، ثوری، آجوں یا براہ راست آجوں اور پھیپھوں کی طرح شروع ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ زخمی ہوں یا قاحلی بن جائیں۔ یہ فیضی ظاہر کرتے ہیں اور خشک ہو کر بھوری سی پٹریاں بناتے ہیں جن کے نیچے ضرر کا مرکز تنخیزی پایا جاتا ہے۔ پٹری کے نکل جانے کے بعد وہاں ایک قحط نظر آتا ہے جو بالآخر مندرجہ ہو کر ایک مجددی ناندیہ چوڑا ہوتا ہے۔ یہ دوران آگن حصوں پر ہوتے ہیں جو روکشی میں کھلے رہتے ہیں اور ممکن ہے کہ اس انداز سے کانوں، انفی اجنہ اور انگلیوں کا بہت اطلاق واقع ہو جائے۔ ہر موسم گرما میں تازہ جملے ہوتے ہیں اور سما میں یہ دوران بڑی حد تک رفع ہو جاتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ سن بلوغ کے بعد یہ جملے موقوف ہو جائیں۔

سکث اسباب۔ اس مرض کے متعلق بڑی دلچسپ بات یہ ہے کہ یہ تحول کے اس نہایت شاذ خلقتی نقص سے تعلق رکھتا ہے جسے ہیمیٹوپارفریت خلقتی (hematoporphyrin congenita) کہتے ہیں۔ بول اور باز کے امتحان سے وہ لون ظاہر ہونے میں جنھیں فشر (Fischer) نے بیان کیا ہے، یعنی بول میں کچھ پارفارائن (uro-porphyrin) اور بوز میں اسٹرکوپارفارائن یا کاپرو پارفارائن (stereo-or-copro-porphyrin) ممکن ہے کہ وراثت گلابی رنگ کے ہوں اور عبوری تنویر (transillumination) کے ذریعہ ہڈیاں طبعی کی نسبت زیادہ سیاہ نظر آتی ہیں۔ جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ان میں پارفارائن کا لون موجود ہوتا ہے۔ خون کے تغیر است ہڈی کے گودے کی بڑی فعالیت ظاہر کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ طحال اور جگر کلائی یافتہ ہوں۔ دوران کی تحریک ان صغیر ترین ورائے شفشی شعاعوں سے ہوتی ہے جن کا موجی طول ۳۰۰ اور ۴۰۰ مائکرون کے درمیان ہوتا ہے۔ قیاس ہے کہ ان امواتوں میں پارفارائن ہی وہ حامل ہوتے ہیں جو جلد کو روکشی کے لئے حساس بناتے ہیں کیونکہ

ایک طبی شخص کے اندر تجربہ پارفاٹین کے اثرات بھی یہی اثر پیدا ہوتا بتلادیا گیا ہے۔ گاؤچیکسٹا نفع کی ان اصابوں میں جن میں ہیمیتھو پارفرین بولیت (hamato) (porphyria) موجود نہ ہو، یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ پارفاٹینس برازی میں موجود ہوتا ایسا ہی توران سلفونل کے تسم (sulphonil poisoning) میں واقع ہو سکتا ہے اور اس میں بھی ہیمیتھو پارفرین بولیت موجود ہوتی ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ اولی تغیر بالائی اندر کے دوی عروق کا بے انتہا اتساع معلوم ہوتا ہے، جس کے ساتھ مصلی اور غلی ارتشاح ہوتا ہے، جو شبکہ یا شبکی توف کے قریب قریب کے نیچے ایک ہی پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ عروق سے زخف ہونے کے باعث اور انکی عقیقت کی وجہ بالائی اندر کا تخر واقع ہو جاتا ہے۔

علاج۔ چونکہ ہیمیتھو پارفریت غلطی تحول کی ایک فطری خلاف قاعدگی ہے، کوئی علاج کارگر نہیں ہوتا، بجز اس کے کہ جلد کو روشنی سے محفوظ رکھا جائے۔ کوئین میں ورشے بنفشی شعاعوں کو روک دینے کا خاصہ ہے، اور اسے کھیلے ہوئے حصوں پر ایک مرہم کی صورت میں لگا سکتے ہیں (فسفہ کوسٹینی (الکولائیڈ) ۵۰، ایسڈ اولی ایک ۱۰۰، ایسڈ ایسٹی ایک ۱۰۰، یوٹاس ہائیڈرکس ۵۰، آب کشیدہ ۴۰۰)۔ اسکو لگانے کے بعد اوپر سے ایک چمڑکے کا سفوف استعمال کر سکتے ہیں، مثلاً ذیل کا فسفہ۔ کوئین سلف ۱۰، مالک ۱۵۰، اور اس میں مناسب رنگ کی آمیزش کر لی جائے۔ زیادہ مؤثر ایک غسل ہے جو کٹینک ایسڈ (taumic acid) پر مشتمل ہے، مثلاً بکیزنڈ۔ ایسڈائی ٹیکائی ۱۰ حصہ، پیرٹ والی بوتہ انڈ ۲۵ حصہ، آب کشیدہ ۱۰۰ حصہ۔

گرمائی حکاک (summer prurigo) (Hutchinson type: (hydratation type) (Colocitt Fox) (dermatitis recurrens جلد صیفی التهاب جلد (Radcliffe Crocker) aestivalis) (summer "گرمائی توران" eruption) کی یہ غصیف اصابتیں بچوں اور ریمانی مرد اور میں پائی جاتی ہیں اور ان کے اس سببی رشتہ کی جو وہ ایک طرف تو ہکاؤ چمچک نما نفع (hydratation

(vacciniforme کے ساتھ، اور دوسری طرف برنجی سگری (light-sensitisation) کے ساتھ رکھتی ہیں، ہمزو وضاحت کی ضرورت ہے۔ یہ ثوران بیشتر جُدا ثور پر مشتمل ہوتا ہے، جو ثوری سگری کے ثور سے مشابہ ہوتے ہیں، اور جب انھیں کھرنی چاہئے تو پھیکے اور تقریباً طبی جلد کے رنگ کے ہوتے ہیں خفیفہ مابتوں میں مگن ہے کہ صرف یہی اضرار ہوں، لیکن دوسری اصابتوں میں ایسے ثور ہوتے ہیں جن پر آجے ہوتے ہیں، یا اندام سنسن (Adamsen) (49) کی بیان کردہ اصابت کی طرح تیز چمکدار روشنی میں متکشف ہونے پر آجے بلکہ پھولے تا نرہ پیدا کر سکتے ہیں۔ کھلی کا درجہ، اور اسی وجہ سے کھرنی کے ثنائی نتائج مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان اضرار کے انداب ہو یا نہ ہو۔ یہ ثوران بالخصوص کھلے ہوئے حصوں پر واقع ہوتا ہے، خاص کر چہرے پر اور بازوؤں اور ہاتھوں کی باسط سطحات پر۔

بحث اسباب - انیس سے بعض اصابتوں میں، بالخصوص جبکہ حقیقی پھولے بنجائیں، اغلب ہے کہ پارفارنرس (porphyrins) جو ایک غلیظ تھوئی نقص کا نتیجہ ہوتے ہیں، روشنی کے لئے حساس بنانے والے عاملات ہوتے ہیں۔ یہ پارفارنرس ثور میں ورائے شفشی روشنی سے قوی تر نظر آہر کرتے ہیں، اور طیف نما کی نسبت اس امر سے زیادہ آسانی کے ساتھ شناخت کئے جاسکتے ہیں۔

دوسری اصابتوں میں پارفارنرس نہیں موجود ہوتے، اور حساس کن شے نامعلوم ہوتی ہے۔

علاج - ان اصابتوں میں نہیں بظاہر پارفارنرس حساس کن اشیاء ہوتی ہیں، بجز اسکے کہ روشنی سے بچایا جائے اور کوئی علاج کارگر نہیں ہوتا۔ دوسری اصابتوں میں حساسیت بائی کا کوئی طریقہ آزمانا چاہئے، مثلاً ذاتی دومی علاج، اور پٹون یا اوپیل کے پپ مادہ کے اثرات۔ آخر الذکر بعض اصابتوں میں موثر ثابت ہوا ہے۔

بالغی قسم کی ثوری حساسیت (light-sensitiveness of the adult type) - یہ ایک خوب واضح سرری ذات ہے، جو گائے چیک نما تنق سے اور بچوں میں واقع ہونے والے گرانی کھاک کی خفیف تر قسموں سے جدا گانہ ہے۔

ذکور کی نسبت انماث زیادہ عام طور پر تاؤف ہوتی ہیں، حالانکہ گاؤں چمک نما تقطع میں اس کے برعکس حالت ہوتی ہے۔ روئداد مرض اکثر یہ پائی جاتی ہے کہ سورج کی تیز روشنی میں بالخصوص سمندر کے کنارے، تکشف ہونے کے بعد مریض کے کھلے ہوئے حصوں میں حاد التهاب پیدا اور شدید خراش پیدا ہوگئی اور اس کے بعد معتدل شدت کی روشنی تک میں مزید تکشف ہونے سے کم و بیش یہی علامات پھر پیدا ہو گئے۔ یہ امابتن اپنی انفرادی حساسیت کے درجے کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔ بعضوں میں سر سورج کی تیز روشنی سے خراش اور ثوران کی تحریک پیدا ہوتی ہے، دوسروں میں انتہائی اکثر یہی موجود ہو سکتی ہے، جسکی وجہ سے یہ علامات سر میں بھی جاری رہتی ہیں۔

علامات نام نہاد نوری حساسیت کی باقی قسم کے سر پر یا قی خصوصاً اس قدر مزید مہم ہے کہ اس حالت کی تشخیص ایک نگاہ میں ہو سکتی ہے۔ مریض کے چہرے کی رنگت میں، اچھوت بھی جبکہ کوئی فاعلی ثوران موجود ہو، ایک پتلی ٹیابی جھلک پائی جاتی ہے، اور لبوں کے پچھتر کی کنارے کا رنگ میز طور پر نیلیوں رادی ہوتا ہے۔ معتدل یا زیادہ شدت والے مریض میں چہرے گردن اور دوسرے کھلے ہوئے حصوں کی بلد واقع طور پر موئی ہو جاتی ہے اور قدتی خطوط زیادہ مغز ہو جاتے ہیں اور یہ تغیرات بلاشبہ ایک حد تک، جیسا کہ معمولی حرازیت میں ہوتا ہے، مسلسل رگڑنے اور کھینچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ جنگی تحریک شدید خراش سے پیدا ہو جاتی ہے۔ درحقیقت یہ ظواہر ان ظواہر سے نہایت مشابہ ہوتے ہیں جو حساسیتی بداء کے عمومی حکاک میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ اصلی ثوران جو کھلے ہوئے حصوں پر اسوقت نمودار ہوتا ہے جبکہ مریض کسی شدت کی روشنی میں کھلا ہوا ہو، ابتدائی درجہ میں ایک حرار ہوتا ہے، جس میں مختلف درجہ کا مصلی ارتشاح ہوتا ہے، اور بلد کے تاؤف رقبہ تیز سرخ اور کیمتدراؤنیائی ہوتے ہیں۔ پھر ایک زیادہ طاہری ہو جاتی ہے، جو ہمیشہ براہی حساسیت کی دلالت ہوتی ہے، اور ایک مادے میں مابقی اجزای قاعدے پر کثیر المقداد انہماکیز ثوران اور آبلے پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونے اکثر متورم ہوتے ہیں، جیسا کہ کیمیائی یا دوسری خراش اور اشیاء کی وجہ سے پیدا شدہ

ایک میانی التهاب جلد میں ہوتا ہے۔ اکثر اوقات تھری دار شور اور ایکزیمیائی آفسر کے ساتھ مخلوط ہوتے ہیں، اور شاید اصابتوں میں روشنی کی مجسبت خالصہ تھری قسم کی ہوتی ہے اور کوئی ایکزیمائیت نہیں موجود ہوتی۔

حادثے نہایت عام طور پر آغاز بہار میں دیکھے میں آتے ہیں، اور ان کے رفع ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ سارے گرمیوں میں مریضوں کو کوئی تکلیف نہ ہو، بجز اس وقت کے جبکہ سورج کی تیز روشنی میں محکف ہو لیکن زیادہ عام طور پر ثوران کے حادثہ کے بعد چہرے، گردن، اور ہاتھوں اور کلائیوں کی پشت کی مزمین ایکزیمائیت پیدا ہو جاتی ہے، اور مریض کو شدید خراش کے دورے سناتے رہتے ہیں، جنگی وجہ سے ممکن ہے کہ اسکی نیت میں شدید خلل واقع ہو۔ ناک، وجنی محلوں اور ٹھنڈی پرائز میانی آبلوں میں سے مصلی ارتشاح ہمیشہ نکلتا رہتا ہے، اور اس کے خشک ہو جانے سے زردی مائل دھاننا بن جاتی ہیں۔ مزمین التهاب کی وجہ سے جلد کھردری اور مزی ہو جاتی ہے، اور سلسلے رگڑنے اور کھینچنے سے تند بچ حزازیت پیدا ہو جاتی ہے۔ گردن پر اور ہاتھوں کی پشت پر جدا جدا حزازیت یافتہ شور اکثر موجود ہوتے ہیں، اور یہ ان شور سے متاثر ہوتے ہیں جو طفولی اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ زیادہ شدید اصابتوں میں جسم کے ان حصوں پر جو روشنی میں کھلے ہوئے حصوں کے علاوہ ہوتے ہیں، خراش اور اس کے ساتھ ایکزیمائیت اور حزازیت پیدا ہو سکتی ہے، اور مریضوں کی ایک تھوڑی تعداد میں جو زمانہ طفلی سے حکاک جیسے میں مبتلا رہے ہوں، بالغ زندگی میں بھی ری حسائیت پیدا ہو سکتی ہے۔

اس کا مشاہدہ ہو گا کہ ان بالنی اصابتوں کے ثوران کے سر پر یا قی خصائص طفولی قسم کی فوری حسائیت کے خصائص سے معتد بہ طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ آخر الذکر میں آفسر جدا جدا شور اور پیلوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جو خشک ہو کر پیلوں بنا دیتے ہیں، اور اکثر گڑھے دارہ بات چھوڑتے ہیں۔ اول الذکر میں جلدی تعال زیادہ اوپری اور ایکزیمیائی نوعیت کا ہوتا ہے، اور شدید ترین اصابتوں میں بھی انداب کسی نہیں دیکھا جاتا، بجز اس کے کہ وہ ثانوی ریم زاد مسائیت کے باعث ہو، معلوم ہوتا ہے کہ کھوچیک نما تنقوع میں ابتدائی التهابی تغیرات اولی طور پر

ادھی ہوتے ہیں، لیکن بالقی قسم میں تعامل، جیسا کہ بتایا گیا ہے، زیادہ اوپری جوتاہی اور براہی حسابیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ ان اصابتوں کے متعلق تحقیقات (50) کے نتائج حسب ذیل مختصر بیان کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) اس امر کا کوئی معین ثبوت نہیں ہے کہ روشنی کی یہ حساسیت کسی پارفاٹین پر منحصر ہوتی ہے۔ (۲) ان اصابتوں کے بڑے تناسب میں یا تو بے نمک ترشگی ہوتی ہے یا نمایاں کم نمک ترشگی (۰.۰ فی صدی اصابتوں میں)۔ یہی رجحان حکاک بے تیز میں پایا جاتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ ایک اہم عامل ہو۔ لیکن یہ ان دونوں حالتوں میں سے کسی ایک میں بھی کسی طرح ایک ستمر عامل نہیں۔ (۳) جہاز۔ ایک غیر طبیعی، مائی نباتیہ (intestinal flora) تقریباً ہمیشہ پایا گیا ہے، اور اس کے ساتھ زیادہ گندیگی بھی نظر ہوتی ہے غالباً مختلف اقسام کے ایسے قوتوں یا عضویوں (coliform organisms) کی موجودگی بھی خاصیت رکھتی ہے، جو لیکٹوز کی تخمیر نہیں کر سکتے یا دیر سے تخمیر کرتے ہیں۔ (۴) بول۔ انڈیکن (indican) یا یوروروسین (urorosein) کی نہایت نمایاں زیادتی ظاہر ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ مزید برآں یوروبیلین (urobilin) کی ایک معین زیادتی بھی پائی جاسکتی ہے اور ممکن ہے کہ بول کے ایسے نمونوں سے جو چوبیس گھنٹوں میں مختلف وقتوں سے لئے گئے ہوں، ویسے ہی نتائج حاصل ہوں جیسے کہ حساسیتی حالتوں میں بیان کئے گئے ہیں۔ (۵) خون۔ اُمینو ایسڈ مافیہ (amino-acid content) عموماً طبیعی کی نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ کئی امتحان کردہ اصابتوں میں وائن ڈن برگ کا شفقہ (Van den Bergh test) سے ایک مثبت بالواسطہ تعامل حاصل ہوا ہے۔ (۶) میرہٹم کھلانے کے بعد معدی معائی نقطہ کے لاشعاعی امتحان سے تقریباً ہمیشہ متوطا الاضاء (visceroptosis) کے ساتھ اُخرا اور قوتوں کے کسی حصے میں تاخیر پائی گئی۔

ان معطیات سے اور ان پر مبنی علاج کے نتائج سے معقول طور پر نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ جلد کو حساسیت بخشنے والی شے آنت میں بنتی ہے، جگر میں اس کی تثبیت اور آٹاف نہیں ہونے پانا، اور اس طرح وہ نظامی دوران خون میں پہنچ جاتی ہے۔ اس شے کی ماہیت نامعلوم ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مکمل طور پر ہضم شدہ پروٹین

سرمائی حکاک

(prurigo hienalis)

(winter prurigo = حکاک سرمائی)

حکاک کی یہ قسم فصل خریف اور سرما میں ہوتی ہے، اور موسم گرمائی کے ساتھ غائب ہو جاتی ہے۔ کھجلی کے دو سے عموماً اسوقت ہوتے ہیں جبکہ کپڑے اتار کر جلد کو کھلا کر دیا جاتا ہے یا بستر سے اٹھنے پر ہوتے ہیں۔ یہ کھجلی عموماً راتوں کی اندرونی سطحوں پر، نائٹوں پر گھنٹوں کے پیچھے، پیش بازوؤں کی باسط سطحات پر اور جوڑوں کے گرد شدید ترین ہوتی ہے۔ کھر پنچنے سے حزازیت اور جرابی انسراج پیدا ہو سکتا ہے۔

بجائے اسباب۔ خاص تحریکی عامل سردی میں کھلا رہنا ہے۔ جلد کی غیر قدرتی خشکی، جو موسم سرما سے زیادہ شدید ہو جاتی ہے، اکثر اسی طرح دیکھی جاتی ہے جس طرح کہ شیوخی حکہ (senile pruritis) میں، اور پھر کھجلی بالخصوص وہاں ہوتی ہے جہاں جلد قدرتی طور پر سب سے زیادہ خشک ہے، یعنی جوارح کی باسط سطحات پر۔

علاج۔ خشک جلد والے مریضوں میں، قلعوی صابنوں اور جلد جلد گرم غسلوں سے پرہیز کرنا، اور صبح و شام ایک منہجہ دفع حکہ مرہم لگانا کامیاب علاج ہو سکتا ہے۔ دشوار علاج امابتوں میں متبادل گرم اور مرہم نطولات سے، اور ہلکے لباس کے ساتھ بیرون فاد زور دار ورزش کے ذریعہ جلد کی تہیج، یا درانیہ شئی غسلوں کا ایک نصاب ضروری ہے۔ بعض اوقات ناقص درقیت کے امارات پائے جاتے ہیں، چنانچہ ایسی امابتوں میں درقی ادویہ سے جلد کی بناوٹ درست ہوگی اور سردی کے لئے اسکی حساسیت کم ہو جائیگی۔

نمذ شکل التہاب جلد

(DERMATITIS HERPETIFORMIS)

(مرض ذوقہ رنگ : Dühring's disease)

(غلہ شکل تفع : hydra herpetiformis)

ذوقہ رنگ نے اس اصطلاح کو رائج کیا اور میں مرض کے لئے اسکا استعمال کیا اسکی حسب ذیل تعریف بیان کی :- "یہ ایک التہابی، اوپری طور پر واقع ہونے والا کثیر الاشکال نمذ شکل ثوران ہے، جو بالخصوص احماری، آبلہ دار، قانچی اور پھولے اور اضرار سے میز ہوتا ہے، جو عموماً مختلف امتزاجات میں مرتب ہوتے ہیں، جتنے ساتھ جلی اور کھجلی ہوتی ہے، اور جو اکثر ایک مزمن مرض اور نکس اور توانی کا رجحان رکھتے ہیں۔" یہ ثوران عام نہیں، لیکن اسکی ہلکی شکلیں اکثر غیر متعین رہتی ہیں، اور یہ اس ملک میں ترقی پذیر معلوم ہوتا ہے۔ ذوقہ رنگ نے اسکی کثیر الاشکال نوعیت پر بجاؤ دیا، جس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اسکی تشخیص میں ان اشخاص کو جو خاص معلومات نہیں رکھتے کیوں دقت پیش آتی ہے۔

کامل نمذانہ ثوران حسب ذیل مختلف اضرار پر مشتمل ہوتا ہے (۱) احماری "قحط" عموماً ثربی دار، جسکے خدکے مقور یا بقاعدہ اور چکودار، اور جسامت بہت مختلف ہوتی ہے۔ (۲) ثربی ذوقہ، یا ثربی دار، ثور جو مادہ حکاک کے ثور سے مشابہ ہوتے ہیں۔ (۳) آبلے، یا زیادہ شاذ حالتوں میں پھولے، جن سے نمذ شکل منظر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ عام طور پر احماری چکیتوں پر آفہ آتے ہیں، مگر ان سے الگ بھی بن سکتے ہیں۔ ان کا ماقیہ ابتداء اکثر صاف ہوتا ہے، مگر مکن ہے کہ جلد ہی رمی ہو جائے۔

ان اتالی اضرار پر وہ اضرار بھی مستزاد ہو جاتے ہیں جو کمر بننے سے پیدا ہو جاتے ہیں، یہ تمام نکلات، جن پر خون آلود پٹریاں جم جاتی ہیں اور کمر بنیوں کے خطی نشانات بجاتے ہیں، اور یہاں کی جلد ان ہو جاتی ہے۔ یہ نوعیت سب سے زرا

ماؤف رقبوں پر منتشر ہوتی ہے، لیکن بھورے لہنت (macules) کی طرح بھی واقع ہوتی ہے جو آبلے دار یا بثوری اضرار کے چوڑے ہوئے نشانات یا اوپری ندبات کے ارد گرد ہوتے ہیں۔ سکون کے زمانہ میں، ان ٹوٹی چمکتیوں کی توزیع اور میتسز گروہ بندی کی وجہ سے، فعال علامات کی عدم موجودگی میں بھی اکثر نمل شکل التهاب جلد کی تشخیص قائم کرنا ممکن ہوتا ہے۔ اس دوران کے انتخابی مقامات حسب ذیل ہوتے ہیں: کندھے، بالائی بازو، بغلوں کے قریب، پشت کا زیریں حصہ اور سرخیوں کے بالائی حصے، سینہ، پیش بازو اور ٹانگیں گھٹنے سے نیچے۔ خدی مغالطی جملتی مریضوں کی تقریباً نصف تعداد میں ماؤف ہوتی ہے، اور اسکے اضرار کثیر الاشکال احرار کے مشابہ ہوتے ہیں۔ چہرہ، جلد الراس، بلکہ ہتھیلیاں اور تلوتے تک سب ماؤف ہو سکتے ہیں۔

مرض کے اشتدادات اور فترات ہوتے ہیں۔ اُسکے فعال درجہ کے دوران میں سارے اضرار ٹھوڑی سی تعداد میں روزانہ یا چند دنوں میں نمودار ہوتے رہتے ہیں، یا وسیع حلقے توجہی طور پر ہو سکتے ہیں، اور اُنکے بعد عموماً نسبت سکون کے وقفے ہوتے ہیں۔ دوران کی قسم کا انحصار کسی حد تک ماؤف فرد پر ہوتا ہے۔ چنانچہ بعض مریضوں میں نمل شکل اضرار کا غلبہ ہوتا ہے۔ دوسروں میں شرعی دائرہ کا غلبہ ہوتا ہے، اور بعض اشخاص میں بڑے بڑے آبلے یا پھپھو لے نمایاں خاصہ ہوتے ہیں۔ اسی طرح لونیت بھی بہت مختلف درجہ کی ہوتی ہے۔ شاید اصابتوں میں آبلے دار اضرار، بالخصوص نعرجات میں، نسبت ہو جاتے ہیں، جن سے خبی واد القعاق (pemphigus vegetans) کی یاد تازہ ہوتی ہے۔ بچوں میں آبلے دار قسم عام ترین ہے، اور بلاشبہ انا کے صباغی تفقم (hydra puerorum of Unna) سے متناظر ہے، اور اس میں لونیت کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اسے آبلے دار بثوری شری (bullous papular urticaria) سے تیز کرنا مشکل ہو۔ راقم الحروف نے دیکھا ہے کہ آخر الذکر کے بعد ربیعان کے زمانہ میں تشلی نمل شکل التهاب جلد ہو گیا ہے۔

موضعی علامات محض کھجلی کی نسبت زیادہ پیچیدہ ہوتے ہیں، اسی واسطے براکت (Brocq) نے کثیر الاشکال التهاب جلد مؤلفہ ("dermatitis")

polymorphes douloreuses) کی اصطلاح استعمال کی ہے۔ کھجلی کے غالب احساس کے علاوہ مریض جلن، جھنجھٹا ہٹا یا حقیقی درد کی شکایت کرتے ہیں۔ عموماً انہی تکلیف رات کے وقت زیادہ ہو جاتی ہے، اور بے خوابی اکثر ایک خطرناک نتیجہ ہوتا ہے۔ اس مرض کا یہ ایک متمیز خاصہ سمجھا جاتا ہے کہ عام صحت کی حالت پر بہت کم خراب اثر ہوتا ہے، لیکن شدید امصابوں میں عرصہ دراز تک جاری رہنے والی خراش اور بے خوابی کا خراب اثر مریض کی ذہنیت پر بہت نمایاں ہوتا ہے، اور وہ عصبی، جذباتی، بلکہ مائل بہ خودکشی ہو جاتا ہے۔

انذار۔ اگرچہ ان امصابوں کی اکثریت میں ممکن ہے کہ مرض سالہا سال جاری رہے، تاہم زندگی کے متعلق انذار امید افزا ہوتا ہے۔ لیکن شاذ مثالوں میں ممکن ہے کہ یہ ثوران حقیقی دائر الفقاع (true pemphigus) میں بدل جائے، اور بالآخر برگ نما قسم (foliaceous type) کا ہو کر ہلک سا تاج پیدا کر دے۔

مرضی شریح۔ احمراری رقعے عوقی اتساع سے جلتے ہیں، جس کی اتھوٹا کر بلائی آدم کی طبعی شہ میں اُفیا ہوتا ہے۔ گرد عوقی در ریش ہوتی ہے، جو زیادہ ایوسین پسند غلیوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نسبت بڑے آبلے اور پھیپھڑے پوری بڑھلے اور طبعی جسم کے درمیان، یا قرنی طبقہ اور شبکہ کے درمیان انصباب کی وجہ سے، یا شبکہ میں چھوٹے چھوٹے آبلوں کے باہم جمانے سے پنجائیں۔ مصلی سیال میں کثیر التعداد ایوسین پسند غلیات موجود ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ بعد میں انہی جگہ کثیر الاشکال نواتی سپید غلیتے پیدا ہو کر یہ سیال ریعی ہو جائے۔ خون کے اندر ایوسین پسند غلیوں کی زیادتی ۲۵، ۳۰ فیصدی مختلف ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے (51) کہ نملہ شکل، التهاب جلد ”جلدی عصبی اختلالات کے گروہوں میں، آنت سے پیدا ہونے والے کسی جراثیمی پروفین کی حساس شدگی پیدا ہو جانے“ کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ یہ رائے بنیادی طور پر صحیح ہے۔ حسی علامات اور اضرار کی نملہ شکل نوعیت سے مترشح ہوتا ہے کہ یہ ثوران جلد کے بعض عصبی عناصر کی ماؤفیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ایوسین پسند غلیوں کی کثرت کے مد نظر اور اس واقعہ کے مد نظر کہ نملہ شکل

الہتاب جلد میں آوریئل (Oriol) نے خون اور بول میں وہی حیاتی کیمیائی تغیرات پائے جو دوسری حساسیتی حالتوں میں ہوتے ہیں، اغلب معلوم ہوتا ہے کہ یہ دوران حساسیتی نوعیت رکھتا ہے۔ واقع گندیگی غذا کے نفع بخش اثر سے، اور معاشی بناتنیو کی حقیقتات سے پتہ چلتا ہے کہ کم از کم بہت سی امصابتوں میں وہ اینٹی جن، جسکی حساسیت جلد کے عصبی عناصر میں پیدا ہو جاتی ہے، آنت سے ماخوذ ہوتا ہے۔ لیکن اغلب ہے کہ اصلی اینٹی جن تمام امصابتوں میں وہی نہیں ہوتا، اور دوران کے متیز عناصر انص اینٹی جن کی نوعیت پر منحصر ہونے کے بجائے زیادہ تر مخصوص حساس شدہ عصبی عناصر پر منحصر ہوتے ہیں۔ اس مرض کا ایک عجیب خاقہ یہ ہے کہ مریض آیوڈائیڈ آف پوٹاسیئم (iodide of potassium) کا اور کیقد کم حد تک برومائڈز (bromides) کا عدم تحمل ظاہر کرتے ہیں، خواہ انھیں بیرونی طور پر لگایا جائے یا انکا داخلی استعمال کیا جائے۔ اگر وکیلین (vaselin) کے اندر پوٹاسیئم آیوڈائیڈ کا ۵۰ فیصدی مرہم نملہ شکل الہتاب جلد کے مندل شدہ رقبوں پر لگایا جائے تو اس سے ایک حادثہ تعامل پیدا ہو جاتا ہے، لیکن حقیقی الفقا (true pemphigus) میں ایسا نہیں پایا جاتا۔ تاہم سوڈیم آیوڈائیڈ کا اثر ایسا نہیں ہوتا۔

929

براعظم یورپ پر یہ نظریہ قائم کیا جاتا ہے کہ نملہ شکل الہتاب جلد مزمن الفقا کی ایک تبدیل شدہ صورت ہے، اور یہ کہ دونوں ایک تعظیمر پذیر قشب کی بیاریت کے باعث ہوتے ہیں۔ اگرچہ ہم تسلیم کرتے ہیں کہ نملہ شکل الہتاب جلد کی ایک نمیشلی اصابت، داوا الفقا کی اتنی ہی نمیشلی اصابت میں مبتدل ہو سکتی ہے، اور طاقت پر ختم ہو سکتی ہے، بلحاظ زندگی اول الذکر میں انداز تقریباً ہمیشہ اتنا ہی تسلیم ہوتا ہے جتنا کہ آخر الذکر میں خطرناک۔ مزید برآں یہ باور کرنا مشکل ہے کہ نملہ حلی، جو کہ سریری طور پر نملہ شکل الہتاب جلد سے ناقابل تمیز ہے، کسی نوعی ساری عضو یہ کے باعث ہو سکتا ہے، کیونکہ اسکا وقوع براہ راست حمل سے تعلق رکھتا ہے، جسکے ختم ہونے پر صحت یابی ہو جاتی ہے۔

علاج۔ شدید امصابتوں میں مریض کو کچھ عرصے تک بستر میں بالکل آرام سے رکھنا چاہئے۔ صرف اسی سے ممکن ہے کہ دوران عارضی طور پر صاف ہو جائے۔

جیسا کہ نارمن واکر (Norman Walker) نے بتلایا ہے (52)، فاقہ کشی کا بھی یہی اثر ہوتا ہے اور اس نے ایک شدید اسباب کا اندراج کیا ہے جس میں ابتداً روزہ رکھنے کے بعد مریض کو لہنی نباتی غذا پر رکھنے سے وہ عملی علامات سے سبزا رہا۔ غذا کے متعلق وہی قواعد نافذ کرنے چاہئیں جنکی سفارش حساس گرمی نور کے لئے کی گئی ہے (جو ملاحظہ ہوں) اور کم از کم تھوڑے عرصے تک ہر قسم کے گوشت اور مچھلی کو غذا سے خارج کر دینا چاہئے۔ معافی گندی گی کو کم کرنے کے لئے رگلو کو زیا لیکٹو ڈیکسٹرن اور ساتھ ہی ترشہ پسند دودھ آزادانہ طور پر دینا چاہئے۔ جب ممکن ہو تو بیرون خانہ زندگی بسر کرنا مناسب ہے اور تازہ ہوا میں باقاعدہ ورزش پر زور دینا چاہئے۔ داخلی طور پر۔ مشکھیا، بڑھتی ہوئی مقداروں میں استعمال کرنے سے تقریباً ہمیشہ ثوران رکھا رہیگا اور اسے ایک حارضی تدبیر کے طور پر تجویز کر سکتے ہیں۔ لیکن یہ اس مرض کا شفا بخش علاج ہرگز نہیں اور معلوم ہوتا ہے کہ اکثر چندے استعمال کرنے کے بعد اسکا اثر جاتا رہتا ہے۔ مزید برآں اگر اسے جاری رکھا جائے تو خطرناک ہوتا ہے کیونکہ یہ جگر پرستی اثر رکھتا ہے اور سرطانی سلعہ (epithelioma) پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے (جبکی کئی اصابتوں کی اطلاع اس مرض میں دی گئی ہے)۔ کوئین کی بھی بڑی متادوں میں سفارش کی گئی ہے۔ بلند قولونی آبیاری (high colon irrigation) کا ایک نصاب نہایت مفید ہوتا ہے اور جبکہ کموزوں غذا کے ذریعہ آنتوں کے فعل میں باقاعدگی قائم نہ ہو جائے، کیلومیل (calomel) کی خفیف مقداریں اور پٹین سلفینس (aperient sulphates) کا حارضی استعمال مناسب ہے۔ مقامی طور پر۔ بیرونی طور پر لگانے کی دوائوں کا فعل محض مختف ہوتا ہے لیکن جیسا کہ ڈوہرنگ (Dohring) نے مشورہ دیا ہے، گندھک کے مرہم (sulphur ointment) کو مسلسل چند روز لگانے کے بعد دوبارہ لگانے سے اکثر بہت آرام معلوم ہوتا ہے، مثلاً یہ نسخہ: سلفر پرسیپیت (sulphur precipitate) ۳۰، حرین، آئرننگم زینک (ung. zinci) آ، بعد ایک ادوس۔ متذکرہ بالاندابہ کے علاوہ عموماً مساسیت ربائی کے کسی طریقے کی ضرورت ہوتی ہے۔ خود زاد دومی یا خود زاد مصلی علاج (autohaemo-or autoserotherapy) بلاشبہ مفید ہوتا ہے

تیز یا توڈینز (Danyes) کے طریقے سے تیار کردہ مذکورہ برانسی جڈرین (stock facial vaccine) کے اثرات دینے سے فائدہ ہوتا ہے یا ان قولونی ناعضوبوں کی غیر معمولی نسلوں سے جو عموماً ملہ شکل التہاب جلد کے مریضوں میں پائی جاتی ہیں خود راڈ جڈرین تیار کر کے اُسکے اثرات دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ لیکن حال ہی میں باربر (Barber) اور اوریئل (Oriell) کوڑا خرا الذکر کو مریضوں کے بول سے حاصل کردہ پروٹیوز (protease) کی مناسب ترتیوں کے اثرات کے استعمال سے کئی مریضوں میں حیرتناک نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ راقم الحروف کے ہاتھوں میں حساسیت ربائی کے تا حال استعمال کردہ کسی دوسرے طریقہ کے مقابلہ میں طریقہ سب سے زیادہ بہتر ثابت ہوا ہے۔ جیسا کہ دار الفقاع میں ہوتا ہے۔ جرمانین (germanin) کے اثرات بعض امواتوں میں مفید ثابت ہوتے ہیں۔

مخدشی التہاب جلد اور سمی ثورات

(DERMATITIS VENENATA & TOXIC ERUPTIONS)

پتہ چلا یا جاسکتا ہے کہ التہاب جلد کی بہت سی قسمیں زہریلے مادوں کو راست لگانے یا اکواندونی طور پر استعمال کر نیے پیدا ہو جاتی ہیں مثلاً ڈنک مارنے والے بچھوے (stinging nettle) سے پیدا ہونے والا اثری جس کو سبب قفہ ہیں ایسے ہی جلدی التہاب کی خفیف شکل ہے اور اسکی نسبت بہت زیادہ شدید شکل ایکزیمیائی طفع (eczematous rash) ہے جو پراٹولا آبکلیکا (primula obconica) کے پتوں کے چھونے اور فمیل ایناکارڈینسی (anacardiaceae) (جس کو رھسٹا کیسیکوڈینڈرمان : rhus toxicodendron) اور ہندوستانی بھلاواں Indian marking-nut کے پودوں کا رس لگنے سے پیدا ہوتا ہے۔ گل اٹوی (chrysanthemum) کی زکس (lactodils) زہنی الوادی (lilies of the valley) اور پستے دوسرے جو بھی بعض اشخاص میں ایکاد التہاب پیدا کر سکتے ہیں لیکن کما اندر سوم اور شل ہرول کی موجودگی کے نتائج ذیل کی حالتوں میں کیے جاتے ہیں۔ اراض طغیہ (exanthems) کے اعماری ثورات میں نتیجہ الدم اور غوثہ الدم کے ان ثورات میں جو کبھی کبھی

پیدا ہو جاتے ہیں۔ تجدید رسائی (vaccination) کے بعد پیدا ہونے والے ثورانات چھ۔ اور ان احمراری لُفحات میں جو بعض اوقات دُفقرائی اور دوسرے ضد سموم کے اثرات کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔ یوریا دمویٹی التهاب جلد (uræmic dermatitis) ایک سخی شکل کا التهاب جلد ہے جو گاہے گاہے مرضِ یَرَّاسٹ میں اور اخر علات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ وہ اکثر بخور کی شکل میں یا سرخ لُتیب جلد کی امیرا ہوئی بڑی بڑی چکیتوں کی طرح شروع ہوتا ہے، جو بالآخر باہم پیوستہ ہو جاتی ہیں جسکا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ سارا جسم سرخ ہوئی جلد سے ڈھک جائے۔ بالآخر تقشر واقع ہوتا ہے اور بعض اصابتیں لُفنی التهاب جلد (exfoliative dermatitis) سے قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ آخر میں بعض ادویہ کے زہریلے اثرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے جو اس وقت پیدا ہو جاتے ہیں جبکہ انہیں حد سے زائد مقدار میں دیا جائے یا جب وہ گرووں کی راہ سے ناکافی طور پر خارج ہونے کی وجہ سے جسم کے اندر زیادہ مقدار میں لگی رہتی ہیں یا مزاج خاص کی صورتوں میں۔

ادویہ کے کھانے سے پیدا ہونے والے ثورانات

دواؤں سے پیدا ہونے والے ثورانات احمراری، شری، آبدار پھیپھو لے دار، پر پُورائی، یا کسی دوسری قسم کے ہوتے ہیں۔ پہلی چار قسمیں زیادہ عام ہیں اور بالخصوص پہلی قسم یعنی احمرار۔ مندرجہ ذیل سب سے زیادہ اہم ہیں۔

اینٹی پائرین (antipyrin)۔ سرخ، بخور کی یا حسبِ نا ثوران، جو جسم کے میشر حقیر پر ہوتا ہے، بعض اوقات کھجلی اور با بعد تقشر کے ساتھ۔ پر پُورا، اور بعض اوقات میز طون احمراری چکیتیاں بھی دیکھنے میں آتی ہیں۔

سٹیکھیا۔ شری، سرخبادہ ناطف، یا چھوٹے بخور۔ براہِ دہن یا بندیدہ اثرات۔ شکلیا کے استعمال کے دوران میں اکثر لُفنی ملکہ (herpes zoster) اور مادہ لُفنی آتھ ہوا۔ شکلیا کو عرصہ دراز تک مسلسل استعمال کرنے سے جلد کی عمومی لونیت پیدا ہو گئی ہے، اور بعض اوقات صدقہ (psoriasis) کی مندرجہ شدہ چکیتیاں نہایت گہرے رنگ سے رنگ جاتی ہیں۔ قرنیت (keratosis) یا بَر جلد کی قرنیٰ کی دہانت بھی واقع ہو جاتی

ہے، جو بالخصوص تلوروں اور متھیلیوں کو نافذ کرتی ہے، اور یہ نشہ میں برہنہ و (beer-drinkers) کے سنسکلیا سے اتفاقاً تسمم میں دیکھی گئی۔

بوریکس (borax) اور بورک ایسڈ (boric acid) - گاہے بوریکس کے اندرونی استعمال، نیز اسے سطح پر یا اندرونی کہنوں پر لگانے کے بعد التهاب جلد واقع ہو گیا ہے۔ ثورات احراری اور بعض اوقات پھپھوٹے دار، بلکہ زنی تک ہوتے ہیں۔

برومائیڈز (bromides) - مرگی کے مرض میں برومائیڈز کے استعمال سے ایک قلعہ صورت ثوران (acneiform eruption) کا وقوع عام ہے۔ اس کے قانحات عموماً جدا جدا ہوتے ہیں، اور چہرے، سینہ، پشت، جلد الراس پر اور ران پر شعری جرابوں کے ارد گرد واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی اصابتوں میں بچوں میں چہرے اور جوارح پر زیادہ وسیع اضرار واقع ہوتے ہیں۔ یہ بڑی بڑی، بیضوی یا گول گہرے سرخ رنگ کی بہت آبھری ہوئی چکیتیاں ہوتی ہیں، جو متعدد قانچا نقطوں سے، یا ان کے پھٹنے کے بعد موٹی پیڑی سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ اس چکیتی کا جرم نرم ہوتا ہے۔ وہ بیشتر دب جاتی ہے اور پیڑی نکل جاتی ہے، جسکے بعد کوئی ندب باقی نہیں رہتا، بلکہ محض ایک مواطب دھبہ سا رہ جاتا ہے۔ اکثر یہ اضرار برومائیڈز کا استعمال موقوف کرنے کے چند روز بعد شروع ہوتے ہیں، اور اگر گردوں کا کوئی مرض موجود ہو تو اس سے اس دوا کے اخراج میں رکاوٹ ہو کر ان اضرار کے پیدا ہونے میں مدد ملتی ہے۔ کہتے ہیں کہ سنسکلیا کے اندرونی استعمال سے ایسی شفا یابی میں ترقی ہوتی ہے، اور اگر برومائیڈز کے ساتھ سنسکلیا کا استعمال کیا جائے تو ممکن ہے کہ یہ پیدا ہونے پائیں۔ احراری، ثوری اور پھپھوٹے دار ثورات بھی پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۶۱، ب صفحہ ۹۲)۔

کلورل (chloral) - احراری ثورات، فستہ شرخی یا سرخ شور اور گاہے گاہے پریپورا۔ یہ زیادہ تر اس دوا کو عرصہ دراز تک مسلسل استعمال کرنے کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔

کوپایبا (copaiba) - احرار، جوتیز سرخ گول سی یا بقاعدہ چکیتوں

مشتمل ہوتا ہے، جو سطح سے قدمے ابھری ہوئی، کہیں کہیں باہم پیوستہ، کثیفہ
خسہ کی طرح، اور بازوؤں، ٹانگوں، دھڑ، اور چہرے پر ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی پر پورا آبلے
اور شرمیلی موجود ہوتے ہیں۔ موانطب ثوران کے بعد ممکن ہے کہ تقشر واقع ہو جائے۔
کباب جینی (cubeb) سے بھی معلوم ہوتا ہے کہ کبھی کبھی اسی طرح کا کھنکھ
پیدا ہو جاتا ہے۔

آیوڈائڈز (iodides)۔ یہ ثورانات احراری، قاحلی، آبلہ دار، پھیپھولے دار،
گڑبکی یا پر پیورانی ہوتے ہیں۔ یہ جسمار ثوری ہوتا ہے، اور دھڑ، چہرے، اور وچ
پر واقع ہوتا ہے۔ قاححات برومائڈ کے طبع کے قاححات کی طرح ہوتے ہیں، لیکن جب
جدا جدا ہوں تو جسامت میں نسبتہ چھوٹے ہوتے ہیں۔ انکی التفاتی قسین نسبتہ کم عام
ہیں، اور زیادہ پھیپھولے دار ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ بعض اوقات بڑے بڑے
پھیپھولے ہو جاتے ہیں۔ پھیپھولے کے گرد ایک نہایت تنگ ہالیزہ ہوتا ہے، اور اسکا
مافیہ صاف اور مصلی ہوتا ہے۔ برومائڈ کے ثوران کی طرح ممکن ہے کہ یہ ثوران بھی اس
دوا کو موقوف کرنے کے چند روز بعد تک تاخیر پذیر ہو جائے، اودا اگر گردے مرضی ہیں تو
اسکے پیدا ہونے کا امکان اور بھی زیادہ ہو۔ اسکے وقوع کو روکنے کے لئے بطور
آزمائش آیوڈائڈ کے آمیزے کے ساتھ سنکسیا یا آیروٹیک اسپرٹس آف ایمونیا
(aromatic spirits of ammonia) ملا دینا چاہئے یا معاد کو نصف گلاس
پانی میں لینا چاہئے۔

کوئین (quinine)۔ فشر یا ثوری احراری طغحات نہایت عام ہیں اسکے
بعد شری قسم کشا لوقع ہے۔ ان دونوں سے شدید کھلی پیدا ہوتی ہے، اور ممکن
ہے کہ احرار کے بعد وسیع تقشر ہو جائے۔ پر پیورانی، آبلے دار، اور پھیپھولے دار
طغحات کم کثرت سے دیکھے جاتے ہیں۔

دوسری ادویہ جن سے کم و بیش اکثر طغحات پیدا ہوتے ہیں زیادہ تر احراری یا شری ہوتے
ہیں، حسب ذیل ہیں:۔ افلاح (belladonna)، قنب ہندی (cannabis indica)،
باربٹ یوریتز (barbiturates)، پٹاسیم کلورید (potassium chlorate)،
کلوروفارم کا استحقاق، کاڈلیورائل (cod-liver oil)، ڈیٹیل

(digitalis) 'ایڈوفورم (iodoform) 'پارو (mercury) 'مارفیب (morphia) 'افیون (opium) 'فیناسٹین (phenacetin) 'فاسفورک آئیڈ (phosphoric acid) 'سلی برلک آئیڈ (salicylic acid) 'سینٹو مین (santonin) 'جوہر کچلہ (strychnia) 'جوزاشل (stramonium) 'سلفونل (sulphonol) 'مار (tar) 'ٹیری مین (tereben) 'اور پین (turpentine) - اجرائی اور حرازہ نما ثورانات 'اور بعض اوقات ایک شدید عمومی تسلی التہابہ دھاتی مرکبات مثلاً سنکسیا 'پارہ 'برمتہ اور سونے کے مرکبات کھانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

علاج - طبع پیدا کرنے والی دوا کا استعمال ترک کر دینا چاہئے 'اور عباس غسولات 'جیسے کہ سب آئیٹیٹ آف لیڈ (subacetate of lead) 'آکسائیڈ آف زنک (oxide of zinc) 'یا کلامن (calamine) کے غسولات استعمال کرنا چاہئے۔

دھاتی قسم سے پیدا شدہ ثورانات میں سوڈیم تھائیولفیت (sodium thiosulphate) دروں وریڈی اثرات کے ذریعہ اور براہ دہن دونوں طرح دینا چاہئے 'اور کیلیم گلوکونیٹ اور گلوکوس بھی تجویز کرنا چاہئے۔

ادویہ کو بیرونی طور پر لگانے سے پیدا ہونے والے ثورانات

علاجی اثرات کی غرض سے بہت سی ادویہ احرار اور آبلہ خیزی پیدا کرنے کے لئے بیرونی طور پر لگائی جاتی ہیں 'مثلاً ذرا ریح (cantharides) 'قفل (capsicum) 'رائی (mustard) 'روغن جال گوٹھ (croton oil) 'اور پین لفاح 'ایڈوڈین 'گندھک 'پارے کے مرہم 'آرنیکا (arnica) 'کرسس آرو مین (chrysarobin) 'اور پائرو گلیک آئیڈ (pyrogallie acid) اگر زیادہ عرصہ تک حساس جلدوں پر لگائے جائیں تو ان سے بھی خراش پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ چہرے اور گردن اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے التہابہ جلد کا ایک اہم اور خیر الوقوع سبب بعض غسولات اور نصاب ہیں جو بالوں کے لئے

استعمال کئے جاتے ہیں۔ انیس سب سے زیادہ اہم پارافینا ملین ڈائی امین (paraphenylenediamine) ہے جو بالوں کے کئی محفوظ الحقوق خضابوں میں شامل ہوتا ہے اور فُر (fur) کو رنگنے کے لئے بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ نہایت سخت التهاب جلد پیدا کر سکتا ہے جو اکثر چہرے اور گردن پر شروع ہوتا ہے اور پولوں کی شدید خراش اور ورم پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔ شدید امواتوں میں ثوران سینہ، پشت، بازوؤں، بلکہ برین جوارح تک پھیل سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تپ نایاں کثرت عملیات ابیض اور ایوسین پسند حلیوں کی زیادتی اور بعض اوقات البیومین بولیت پیدا ہو جائے۔ کثیر التعداد دوسری اشیاء سے جنہیں سے بہت سی مختلف پیشوں اور حرفتوں میں مستعمل ہیں، بعض افراد میں التهاب جلد کی تحریک ہوتی ہے۔ انیس سے مندرجہ ذیل بیان کیا جاسکتی ہیں۔ بہت سے انیلین رنگ (aniline dyes) کرومک اور پیکرک ایسڈ کے لحاظ (salts of chromic & picric acid) فارمالین (formalin)، فوٹوگرافی کے پولرر (photographic developers) شلا میٹال (metol)، قلویات اور ترشے اور دافعات عفونت، شلا کرومیو سلیسیٹ (corrosive sublimate)، بن آیوڈائیڈ (biniiodide)، لائسال (lysol) اور آیوڈو فارم (iodoform)۔ خوشبوئیں شلا زنبق الوادی (lily of the valley) اور برفشہ (voilets) بسا اوقات عورتوں میں سبب ہوتی ہیں۔ التهاب جلد کی ان امواتوں میں جو بیرونی خراش اور ادویہ سے پیدا ہو جاتی ہیں (معدشی التهاب جلد dermatitis venenata) ممکن ہے کہ ماؤف شخص میں ایک فطری اثر پذیر موجود ہو، یا ممکن ہے کہ یہ اثر پذیر متعلقہ خراش اور دوا میں بار بار اور متواتر کشف کی وجہ سے اکتسابی طور پر حاصل ہو جائے۔ اُس شخص میں جو ایک بار اثر پذیر ہو گیا ہو اُس شخص کی خفیف سی مقدار میں کشف ہونے کے بعد التهاب جلد کے گھس کا امکان پیدا ہو جاتا ہے، گو پہلے وہ اُس شخص میں آزادانہ طور پر کشف کے بعد بھی بے ضرر رہا ہو۔

ضرئی اور آفتابی التهاب جلد

(TRAUMATIC & SOLAR DERMATITIS)

جراثیمی حالتوں کے علاوہ، کھرجینے کے نشانات میں بھی، جیسے کہ خشک (pruritis)، 'یرقان'، خارش اور وائٹل (phtheiriasis) میں دیکھنے میں آتے ہیں (جنکا بیان ملاحظہ ہو)، ضرئی التهاب جلد (traumatic dermatitis) شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یہ اثرات ایک حد تک ریعی عضویوں کی کمرساریت سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

ضرئی التهاب جلد کی ایکہ دوسری قسم وہ ہے جو بیماری کا برعائدہ کرنے کے لئے عدا پیدا کر لی جاتی ہے۔ یہ واقعہ عورتوں میں نہایت عام طور پر دیکھا جاتا ہے، جو شورہ کا تیزاب، رائی، ذرائع، آیوڈین، یا دوسری نراش آور ادویہ اس غرض سے کام میں لا سکتی ہیں۔ مقام ضرعونا پستان یا کوئی چارہ ہوتا ہے، کم از کم ایسا حصہ جہاں سیدھا واقعہ پہنچ سکتا ہو۔ ضرعونا سُرخ جوتی ہے، جس کے ساتھ آبلہ خیزی یا قاسمیت موجود ہو یا نہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ اسے تقریر پیدا ہونے تک جاری رکھا جائے۔

آفتابی التهاب جلد (solar dermatitis) [جسے پہلے آفتابی ایکزیما (eczema solare) کہتے تھے] کا سورج کی شعاعوں میں خلافت عادت تکشف کے بعد پیدا ہونا ایک مشہور و معروف واقعہ ہے، جبکہ یہ شعاعیں کریکیٹ کے میدان، دریا یا سمندر اور خاص کر الپائن (Alpine) برفستانوں سے منعکس ہوتی ہوں۔ اس میں شدید سُرخی اور ورم ہوتا ہے، اور ساتھ ہی چھالے یا پچھوئے بنجاتے ہیں، گھجلی اور چرم امٹ کے ساتھ درد ہوتا ہے، اور بعد میں آزادانہ تقریر ہو کر لوسیت پیدا ہو جاتی ہے۔ سرانجہی شعاعوں کے طویل تکشف سے پیدا ہونے والا شدید اور مواعظ التهاب جلد تمام اش مبداء کا ہوتا ہے۔

ایکزمیا

(ECZEMA)

ایکزمیا (جو شیش = I boil over) کے صحیح مفہوم کے متعلق اب بھی بہت کچھ غلط ملط موجود ہے، اور بعض اشخاص ایسے ہیں جو اسے باطل ترک کر کے انکے بجائے التهاب جلد (dermatitis) کی اصطلاح استعمال کرنا پسند کرتے ہیں۔ لیکن اگر ہم ایکزمیا کو ایک قسم کا جلدی تعامل سمجھیں، جس میں خوب متعین سرریاتی اور سببیاتی خاصائص موجود ہوتے ہیں، اور اسے بالذات کوئی یکتا مرض نہ سمجھیں تو یہ شکل حل ہو جاتی ہے، اور وہ نزاع جو ماہرین امراض جلد کے درمیان ویلان (Willan) اور بیٹمن (Bateman) کے زمانہ سے اس امر کے متعلق چلی آ رہی ہے کہ ایکزمیا کیا ہے اور کیا نہیں ہے، اب بے معنی معلوم ہوتی ہے اور درحقیقت اس سے کوئی کارآمد نتیجہ نہیں ماحصل ہوتا۔

ایکزمیا ایک التهابی عمل ہے جو بڑا جلد اور آدم کو ماؤف کرتا ہے، اور اس میں شہری یا مسطح حزانہ (lichen planus) جیسے ثورات کے برخلاف کوئی واحد معیار اور مخصوص ضرر نہیں ہوتا بلکہ وہ متعدد اضرا پر مشتمل ہوتا ہے جو مختلف درجوں کے دوران میں کہ جن سے التهابی عمل گذرتا ہے مختلف ہوتے ہیں۔

اگرچہ ان مختلف درجوں کا ارتقا مختلف اصاجوں میں مختلف ہوتا ہے، اسکی کیفیت حسب ذیل بیان کی جا سکتی ہے: ابتدائی ترین یا احمراسی درجہ (erythematous stage) میں احمرار کی ایک چمکتی ہوتی ہے، جس کے کنارے اکثر غیر واضح ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی ماؤف حصوں میں کسی قدر آدیا ہوتا ہے، جسکے ساتھ تناؤ، سوزش، یا خارش کا احساس ہوتا ہے۔ بعض اوقات التهابی عمل اس سے آگے نہیں بڑھتا، اور اس کے رفع ہونے کے بعد باریک چھٹکا اتر جاتا ہے، اور پھر جلد کی طبعی حالت بہ سرعت بحال ہو جاتی ہے۔ لیکن اکثر اوقات اس احمراری رقبے پر منفرد چھوٹے چھوٹے اوپری چھالے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ آبلہ دار درجہ

(vesicular stage) ایگزیمائی عمل کی بیہتوں میں ایک سب سے زیادہ غیر متیز ہے۔ ان چھالوں کے باہم پیوستہ ہو جانے سے اصلی پھیپے پیدا ہو سکتے ہیں جن مقامات پر بزرگ جلد قدرتی طور پر موٹی ہوتی ہے مثلاً ہتھیلیوں اور تلوؤں پر وہاں یہ چھالے جلد میں گہرے مدھون ہوتے ہیں اور ممکن ہے بغیر پھوٹے خشک ہو جائیں لیکن عموماً وہ جلد ہی خود بخود یا کھرینچنے کی وجہ سے پھوٹ جاتے ہیں اور انکے اندر سے ایک صاف مصلی سیال خارج ہوتا ہے جو البیومی ہوتا ہے اور کتان کو سخت بنا دیتا ہے اور اس طرح درجہ دامنہ (weeping stage) پیدا کر دیتا ہے۔ کچھ عرصہ تک یہ سیال پیکر خشک ہو کر زردی مائل پڑیاں بنا دیتا ہے جو تا وقتیکہ اتفاقاً جدا نہ ہو جائیں یا نیچے کے اخراج سے اوپر نہ اٹھ جائیں سطح سے چپکی رہتی ہیں (تجلیبی درجہ = encrusted stage)۔ جیسے جیسے الہتاب رفع ہوتا جاتا ہے یہ ایگزیمائی رقبہ زیادہ شاہب ہوتا جاتا ہے، اخراج موقوف ہو جاتا ہے اور بزرگ جلد کی جدید بالیدگی سے اندمال واقع ہوتا ہے۔ یہ پڑی کے نیچے خود بخود واقع ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ شفا یابی میں ترقی ہونے کے بعد یہ پڑی عرصہ دراز تک بدستور قائم رہے۔ لیکن کچھ عرصہ تک نئی قرنیہ کی نگین ناکمل رہتی ہے (قرقیت = parakeratosis) چنانچہ وہ پتلی اور شفاف رہتی ہے اور بڑی بڑی پڑیوں یا کافذی جھلکوں کی صورت میں اتر جاتی ہے (تقشری درجہ = stage of desquamation)۔ بالآخر موافق حالات کے تحت جلد کا معمولی منظر بحال ہو جاتا ہے۔

ریم نائبقات سے ایگزیمائی سطح کی ثانوی سرایت ہو کر ممکن ہے کہ افزائی ہو جائے اور ایسی صورت میں جو پڑیاں بنتی ہیں وہ غیر شفاف اور بریزی مائل زرد یا نارنجی رنگ کی ہوتی ہیں جیسا کہ حقیقی حصہ (true impetigo) میں ہوتا ہے (حصفہ دار ایکزیم = impetiginised eczema)۔

بالآخر ان اصابتوں میں جن میں ایگزیمائی عمل مزمن ہو جاتا ہے، الہتاب کے جاری رہنے اور مریض کے موقوف مقصود کو متواتر کھرینچنے اور درگرتے رہنے سے بزرگ جلد بیش پردہ اور آدمہ درینختہ ہو کر جلد موٹی ہو جاتی ہے۔ اس تغیر کو جسے

حزازیت (lichenification) کہتے ہیں، حکاک (prurigo) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

مقامی طور پر، ایگزیمیا خارش، چرم رابٹ، یا سوزش پیدا کر دیتا ہے، اور بعض حصوں میں حرکت کرنے پر درد ہوتا ہے۔ مریض کی عام حالت، وسیع توران کی اصابتوں میں بھی ممکن ہے کہ بہت کم متاثر ہو۔ عادات اصابتوں میں اکثر خفیف سی تپ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ نظام ہاضمہ میں فتور کے امارات ظاہر ہوں، جیسے کہ میلی زبان، بدبودار سانس، عدم اشتہا، اور پیاس کی زیادتی۔ مزین اصابتوں میں ممکن ہے کہ خوابی کی وجہ سے (جو متواتر خارش کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے جو عموماً رات کے وقت اپنی انتہائی شدت کو پہنچتی ہے) شدید ذہنی پستی اور چڑچڑاہٹ پیدا ہو جائے۔

ایگزیمیا کے اقسام۔ اگرچہ ایگزیمیا ثیت کے سرریاتی اور نسجیاتی خاصہ دراصل ایک جیسے ہوتے ہیں خواہ وہ کسی سبب سے بھی پیدا ہوئی ہو، تاہم ہم ایگزیمیا کی بعض قسمیں شناخت کر سکتے ہیں، جنہیں سے ہر قسم مخصوص و متاثرہ خاصہ نکلتی ہے۔ چنانچہ نہ صرف توران کی مخصوص توزیع کی وجہ سے بلکہ اسکے منظر پر سے اکثر یقین کے ساتھ کہا جاسکتا ہے کہ کسی خاص اصابت میں ایگزیمیا داخلی مبداء کا ہے یا خارجی مبداء کا۔ اس حاد آبلہ دار ایگزیمیا کو جو خارش اور اشیاء، مثلاً تارپن، آئیوڈین، فارمالین، پیرافینائل انڈیامائن (paraphenylenediamine) اور بعض پوروں سے پیدا ہو جاتا ہے، عموماً اس ایگزیمیا سے بلا وقت تمیز کر سکتے ہیں جو اندر سے جذب شدہ اشیاء جن کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ بات یاد رکھنے کے قابل ہے کہ آخر الذکر ایگزیمیا کے ساتھ جو حکہ (pruritis) موجود ہوتی ہے وہ بدرجہا زیادہ شدید ہوتی ہے۔ یہاں صرف چند واضح اور تمیز اقسام کا بیان درج کیا جاتا ہے۔

معدک، نمائیکنمیا (nummular eczema)۔ راقم الحروف کی بے شمار میں اس اصطلاح کو اس قسم کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جو مستدیر راقوں کی تکرین سے تمیز ہوتی ہے، جو دونوں جانب متشاکل اور نہایت عام طور پر پیش بازوؤں کی پشت، کلائیوں، ہاتھوں، رانوں اور ٹانگوں پر واقع ہوتے ہیں۔ ابتدائی اضرا بڑی جسامت کے بٹوری آبلے ہوتے ہیں، جو ممکن ہے کہ منفرد جگہ پر پیدا ہوں۔

انکے باہم پیوستہ ہو جانے سے رقعہ پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن عموماً مکمل ہونے سے رقعوں پر مسمیٰ انفرادی آبلے تیز کئے جاسکتے ہیں۔

اس امر کا امکان معلوم ہوتا ہے کہ وہ اینٹی جن جو اس قسم میں سبب مرض ہوتا ہے، جوئے خون کی راہ سے جلد تک پہنچتا ہے، کیونکہ یہ ناقابل قیاس ہے کہ کوئی بیرونی خراش اور شے ایک علحدہ آبلہ پیدا کر سکتی ہے، اور جو ارج پر کے نمایاں و جانبی تشاکل سے ایک محمولہ خون سم کا پتہ چلتا ہے (کثیر الاشکال احمرار erythema 'multiforme' اور صدفیہ psoriasis سے مقابلہ کرو)۔ لیکن اس اینٹی جن کا ماخذ اور اسکی نوعیت ہمیشہ ایک جیسی نہیں ہوتی۔ اصابتوں کے ایک گروہ میں یہ ابتدائی ماخذ خود جلد میں ہوتا ہے۔ مثلاً دقوالی زردہ ٹانگ کا مریض ساری انتہائی جلد یا ایکے والی قرصہ عموماً کسی ناموافق مقامی لاسقہ کی وجہ سے کچھ فاصلہ پر (مثلاً پیش بازوؤں پر) سکھنا ایکڑ یا کا حملہ پیدا کر سکتا ہے۔ یہاں اینٹی جن (جوشاید ایک جراثیمی سم یا اطلاق یافتہ کا ایک حاصل ہوتا ہے) صرفاً ٹانگ پر کے ابتدائی ماسک سے جذب ہو کر جوئے خون کی راہ سے جلد کے دوسرے حصوں تک منتقل ہوتا ہے۔ دوسرے گروہ میں مرض کا ماخذ خود جلد نہیں بلکہ کوئی دوسرا عفونی ماسک ہوتا ہے، مثلاً دانت۔ اور ایک تیسرے گروہ میں اینٹی جن بظاہر یا تو معدنی یا مادی کا ہوتا ہے، یا پروٹینی تحول کا کوئی مشتق (قدیم مصنفین کا "نقرسی ایگزیم" "gouty eczema")۔

سایم زرا عضویوں کے سبب سے ایکٹیم (eczema due to pyogenic organisms)۔ ایک زمانہ میں آٹا (Unna) کا یہ خیال تھا کہ ایکڑ یا جلد کی اس سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے جو ایک نوعی عضویہ یعنی بقتہ شہتوتیہ (moro-coccus) سے پیدا ہو جاتی ہے۔ شاید وہ اس اصطلاح کے ذریعہ بقتہ جنبیہ کی ایک سے زائد قسم بیان کر رہا تھا۔ لیکن سبوراؤڈ (Sabouraud) نے خوروا احتیاط کے ساتھ تحقیقات کے بعد اس امر پر زور دیا کہ ایکڑ یا کا ابتدائی آبلہ غیر خرد عضویتی ہوتا ہے۔ فی زمانہ یہ عام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ بقتات جنبیہ (بالخصوص بقتہ جنبیہ ذہیبیہ) اور بقتات سبجیہ دونوں بعض خاص حالات کے تحت جلد میں ایکڑ یا کی

تعال پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتے ہیں۔ (۱) ایکڑیا ناساری التهاب جلدہ (dermatitis infectiosa eczematoides) - یہ متقی غبی حالت پہلے بیان کی گئی ہے۔ (ب) متقی مسجی التهاب جلدہ (streptococcal dermatitis) - ایکڑیا فی التهاب جلدہ کی یہ قسم نہایت عام طور پر سکنوں میں، دہنوں کے ارد گرد، یا سرایت زدہ زخموں یا عفونی خروں کے قرب وجوار میں دیکھی جاتی ہے۔ اکثر جلد میں ایک مزمن انشقاق (chronic fissure) موجود ہوتا ہے، مثلاً کانوں کے پیچھے، پاؤں کی انگلیوں کے درمیان، چٹوں میں دہن کے زاوہوں میں (la perlèche)، ناک، آنکھوں، یا مہر کے مقام پر، جو سرایت کے مزمن ماسک کی طرح عمل کرتا ہے۔ مؤوف رقبہ سرخی دار، آذہائی، اور چمکدار ہوتا ہے، اور حاشیہ پر اکثر ایک واضح الحدیث چمکے دار کور ہوتی ہے، یا فگن ہے کہ وہاں کسی قدر ابلہ خیزی موجود ہو۔ نام نہاد وصالی ایکڑیا (varicose eczema) یا سرخ ایکڑیا (eczema rubrum) کی بہت سی اصابتیں درحقیقت اسی نوعیت کی ہوتی ہیں، اگرچہ اول الذکر کی خفیف تر تحلیل نبتہ حنہ کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ یا درکناس چاہئے کہ جلد کی متقی مسجی سرایت کے ساتھ مزمن یا ناکس التهاب عروق لغتی (relapsing lymphangitis) موجود ہو کہ بعض اوقات دار الفیل (elephantiasis) پیدا کر سکتا ہے۔

راضیعی ایکڑیا (infantile eczema) - نو عمر بچوں میں ثوران کے مختلف اقسام پائے جاتے ہیں، جن میں غیر صحیح طور پر رضیعی ایکڑیا کے نام سے موسوم کر دیا جاتا ہے، مگر جو بالکل مختلف اسباب کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور طاجی نقطہ نظر سے انکے درمیان تفریق ضروری ہے۔ چنانچہ ایسی ایکڑیا سیت جو بیرونی خراش اور اشیاء سے یا رحم ترا سرایت کی وجہ سے ثانوی طور پر پیدا ہو جائے (اور طاجی نقطہ نظر سے خراشوں میں واقع ہو سکتی ہے) اس طرح جس طرح نسبت زیادہ عمر کے بچوں میں پہلے بیان کی ہوئی تسمیہ جاکیت (intertrigo of Jacquet) (مفحسہ رومانی ("napkin rash")) ایک ایکڑیا فی التهاب جلد کا نقطہ آغاز ہو سکتی ہے، جو پٹی کے نقطہ سے وسیع طور پر دوسرے حصوں میں پھیل سکتا ہے۔ جیسا کہ بتلایا گیا ہے ایسا التهاب جلد ایک مانیلیا (monilia)، عموماً بولیزی فطر ابیض (oidium

(albicans) کی سرایت کی وجہ سے ہو سکتا ہے لیکن ان اصابتوں کے علاوہ شیرخواروں میں ایگزیمیا کی دو متمسکز قسمیں ہوتی ہیں، جن پر دوسری قسموں کی نسبت "رقیبی ایگزیمیا" ("infantile eczema") کی اصطلاح تریا دو صادق آتی ہے۔ انہیں سے ایک دراصل ایک ایگزیمیا زدہ سیلان الدہنی الہتہا جلد (eczematized seborrhoeic dermatitis) ہے، اور دوسری حقیقی ایگزیمیا (true eczema) ہے جس میں اینٹی جن اندر سے جذب ہوتا ہے (حساسیتی قسم = allergic type)۔ اول الذکر ان شیرخواروں میں ہوتا ہے، جنہیں مابعد زندگی میں وہ مختلف علامات اور سرایتیں پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے جو سیلان الدہنی حالت کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں۔ آخر الذکر عموماً حساس شدگی کے اس رجحان کا ابتدائی ترین لہور ہے، جو ساری عمر مختلف سمی ذاتی عوارض (toxic idiosyncrasies) (جو ملاحظہ ہو) میں مبتلا ہونے والوں کا مخصوص و تمیز خاصہ ہوتا ہے۔

سیلان الدہنی قسم میں ابتدائی حالت یہ ہوتی ہے کہ شیرخوار بچہ کی جلد اس کی سرایت اس تغلی بذوریہ (pityrosporon) سے ہو جاتی ہے، جو بچہ کی ماں یا نرس کی جلد اس سے لگ جاتا ہے۔ پہلی علامت یہ ہوتی ہے کہ جُدا جُدا چمکے دار چمکتیاں نمودار ہو جاتی ہیں، جو ابتداً شعری جرابوں کے ارد گرد واقع ہوتی ہیں، اور بعد میں باہم پیوستہ ہو جاتی ہیں۔ یہ خراش پیدا کر دیتی ہیں، جسکی وجہ سے کچھ جلد اس کو کھٹا اور گرگڑتا ہے، اور ایک نبقہ غلبہ سے ثانوی سرایت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ ثوران نیچے کی طرف کانوں کے پیچھے اور اوپر پھیلتا ہوا گردن تک یا پیشانی پر سے ہوتا ہوا چہرے کے مرکزی حصوں تک، اور پشت اور سینہ تک پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ بالغوں میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مفصلی تعریجات کو بھی موقوف کر دے۔ ابتداً شعری دار چمکے دار چمکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جکا مقابلہ مابعد زندگی کے سیلان الدہنی الہتہا جلد کے ساتھ کیا جاسکتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ جلد کی حساس شدگی واقع ہو جائے، جسکی وجہ سے ابتدائی ثوران معین ایگزیمیا نیت سے چمید ہو جاتا ہے۔ یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ اگرچہ تمام شیرخوار نیچے تغلی بذوریہ (pityrosporon) کی سرایت میں منکشف ہوتے ہیں، لیکن کچھ ہی تعداد دیکھنے سے صرف وہ جو آئندہ

سیلان الدہنی ہوجائیکے) ایسی ہوتی ہے جنہیں ابتدائی عمر میں یہ عضو یہ اچھی طرح جاگڑنا ہوجاتا ہے اور فاعلی علامات پیدا کرتا ہے۔ غذا میں کاربوہائڈریٹس اور چربی کی کمی یا کمی ایک متعد عامل ہوتی ہے، جس طرح کہ وہ سیلان الدہنی سرایتوں والے زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں میں ہوتی ہے۔

رضیعی ایگزیمیا کی دوسری قسم ایک تاخیرہ ایگزیمیا ہے، یعنی جو جلد کی کسی پہلے سے موجود یا مابقی سرایت کا ثانوی نتیجہ نہیں ہوتا۔ یہ بڑبڑ کی اس حساس شدگی کے سبب سے ہوتا ہے، جو غذائی کنال سے جذب شدہ اینٹی جن یا اینٹی جنوں کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ ان شیر خواروں کی ایک بڑی تعداد غصبتی ہوتی ہے، اور انہیں غصبت (ichthyosis) 'ایگزیمیا'، حکاک (Besnier's prurigo) 'دیر یا حلتہ القش (hay fever) کی خاندانی مرگشت عام ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ مدبرین رسائی (vaccination) اگر جلد کی حساس شدگی پیدا کرنے میں عامل ہوتی ہے۔ اگرچہ رضیعی ایگزیمیا کی یہ قسم چھاتی کا دودھ پلائے ہوئے بچوں میں بھی پائی جاسکتی ہے، تاہم یہ ان بچوں میں جنہیں گائے کے دودھ کی غذا دی گئی ہو زیادہ عام ہوتی ہے، اور اسکا آغاز دودھ چھڑانے کی تاریخ سے ہو سکتا ہے۔ اسکی توزیع سیلان الدہنی قسم کی توزیع سے مختلف ہوتی ہے۔ اکثر یہ تشاکل طور پر گالوں پر اور پیشانی پر شروع ہوتی ہے، اور چہرے مرکزی حصہ محفوظ رہتا ہے۔ جوارح پر یہ خم کن سطحات کی نسبت زیادہ تر باسط سطحات کو موقوف کرتی ہے۔ جلد الاس اور دھڑا بھی موقوف ہو سکتے ہیں، لیکن عموماً چہرے اور جوارح کے بعد۔ ایگزیمیا کی رقبوں کی جلد دبیر اور آذیمائی نظر آتی اور محسوس ہوتی ہے۔ بعض اوقات آبدغیزی اور رساو ہوتا ہے مگر یہ اکثر خفیف سا ہوتا ہے اور صرف نلنے اور کھینچنے کے دورے کے بعد ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں خارش کی شدت ہے، جو حکاکات (prurigos) کی طرح نوبتی اور عموماً شبانہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شیر خوار بچہ دن کے وقت پر سکون اور خوش ہے، لیکن شام ہوتے ہوتے ایگزیمیا کی جھٹے سرخ اور آذیمائی ہوجاتے ہیں اور وہ خارش کی بے چینی میں خود کو ملنا اور رگڑنا شروع کر دیتا ہے حتیٰ کہ صبح ہوتے ہوئے دوسرے

ہو جاتا ہے اور وہ سوجاتا ہے۔ اس طرح اُس میں وہی نوعیت پائی جاتی ہے جو دوسری حساسیتی حالتوں، مثلاً شرمی، حکاکات، اور ذم میں میتر خاتہ ہوتی ہے، اور یہ جو میں گھنٹوں میں بول کے تغیرات کے ویسے ہی دورہ سے متناظر ہوتی ہے جو شرمین حساسیتی حالتوں میں بیان کیا گیا ہے (جو ملاحظہ ہوں)۔ کلورائیڈز (chlorides) کا احتباس، جس کے ساتھ بافتوں کے آبی مافیہ کی وسیع اور سریع الوقوع تبدیلی ہوتی ہے، غیر ایگزیمیائی شہیر خواروں کے مقابلے میں ایگزیمیائی شہیر خواروں میں پایا گیا ہے، اور ایگزیمیا اور حکہ کے فوجی اشتدادات ان اوقات کے ساتھ متناظر ہوتے ہیں جبکہ سیال کے احتباس کے ساتھ جلد میں اس کا مجموعہ واقع ہوتا ہے۔

بحث اسباب - جلد میں ایگزیمیائی تعامل کی تسبیب میں اصلی عامل باطنی خلیات کی حساس شدگی ہے، اور چونکہ یہ خلیات نہایت مختلف الاقسام خراش اور اشیا کی حساس شدگی حاصل کر سکتے ہیں، جو جلد تک یا تو راست بیرونی تماس سے پہنچ سکتی ہیں، یا اندر سے جذب ہو کر جوئے خون کی راہ سے پہنچتی ہیں، لہذا ایگزیمیا کے تمام ممکن اسباب کی تفصیل پیش کرنا صریحاً ناممکن ہے۔ لیکن اس وقت بھی جبکہ ایگزیمیا کسی بیرونی خراش اور شے کی تحریک سے پیدا ہو جائے، صریحاً کوئی ایسا عامل یا حالات ہونے ہیں جو حساس شدگی کے وقوع کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ بعض اشخاص میں دوسرے اشخاص کی نسبت بیرونی اور اندرونی دونوں قسموں کے اسباب محرک سے ایگزیمیا پیدا ہوجانے کی قابلیت زیادہ ہوتی ہے، اور یہ قابلیت یا استعداد مرض بظاہر فطری (خاصہ ذاتی) اور اکثر موروثی یا اکتسابی ہو سکتی ہے۔ اول الذکر حالت میں وہ شخص اکثر حساس شدگی کے دوسرے مظاہر سستی ذاتی عوارض (toxic idiosyncrasies) بھی ظاہر کرتا ہے۔ بلاش (Bloch) نے ایسی اشیا سے جو عموماً ایگزیمیائی تعامل پیدا کر دیتی ہیں، ۱۱۳ اشخاص کی تندرست جلد کا امتحان کیا تو اُسے معلوم ہوا کہ ۵ فیصدی غیر ایگزیمیائی اشخاص کے مقابلے میں، ۳۵ فیصدی ایگزیمیا کی صلاحیت رکھنے والے اشخاص میں تعامل ظاہر ہوتا ہے۔ بعض اشخاص میں جلد کی یہ زیادہ اثر پذیری غالباً دوسرے

سمتی ذاتی عوارض کی طرح، خود آئین عصبی نظام سے اور اُن معدنی لمحات سے تعلق رکھتی ہے، جو اُسکے مشارکی اور نزد مشارکی حصوں کی تنظیم کرتے ہیں۔ اسکی کوئی شہادت موجود نہیں ہے کہ آخرا لڈ کر کا تعلق جلد کے ساتھ ہے، جسکی وظیفی صحت غالباً تمام تر مشارکی اقتدار کے تحت ہوتی ہے۔ کلاؤڈر (Klauder) اور براؤن (Brown) (44) نے خرگوشوں کی جلد کے معدنی مافیہ کی تحقیقات کے ذریعہ اس امر کی شہادت پیش کی ہے کہ اعلیٰ درجہ کے کیلسیم مافیہ اور ادنیٰ درجہ کے پوٹاشیم مافیہ کے ساتھ خراش اور اشیا سے گھسی ہوئی اثر پذیری پائی جاتی ہے، اور اسکے برعکس حالت کے ساتھ بڑھی ہوئی خراش پذیری پائی جاتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ کیلسیم طبعی اور کیمیائی علامات کے تماس سے عضلی بافت اور عصبی بافت دونوں کی خراش پذیری کو کم کر دیتا ہے۔ اور وہ خلوی غشا کی نفوذ پذیری کو گھٹا دیتا ہے، مگر پوٹاشیم اور سوڈیم اُسے زیادہ کر دیتے ہیں اور خلیہ کو پانی کے لئے زیادہ آفتابنا دیتے ہیں۔ ایکزیمیا میں اصلی مرض شبکہ کا اڈیا ہوتا ہے، اور جیسا کہ دیکھا گیا ہے، رضیسی ایکزیمیا کے دورے کے دوران میں آبی احتیاس ہوتا ہے، جسکے بعد ادرار واقع ہوتا ہے۔ لہذا یہ بالکل ممکن ہے کہ معدنی لمحات، مثلاً جلد میں کے کیلسیم اور سوڈیم کے لمحات، کے باہمی طبعی توازن کا اختلال اور اُسکا وہ اثر جو مشارکی عصبی ریشوں پر مرتب ہوتا ہے، ایکزیمیا کی تعامل کی استعداد پیدا کرنے والا عامل ہو۔ لیکن استعداد یا ذاتی خاصیت کا یہ اثر محض اضافی ہوتا ہے کیونکہ گوپہ (مولو ابلونیکا (primula obconica) کو اچھ لگانے والے اشخاص کی صرف تھوڑی تعداد حساس بنتی ہے، تاہم اس پودے کا مرکز غلامہ استعمال کر کے ہر امتحان کردہ موضوع کو حس بنانا ممکن ہوتا ہے (42)۔ مزید برآں، نیکل کے لمحات (salts of nickel) کو ہمیشہ اچھ لگانے والے تمام اشخاص کو بالآخر منجلی التهاب جلد ہو جاتا ہے۔ لہذا اس سے صاف ظاہر ہے کہ حس بننے کا رجحان ایک حد تک زیر بحث خراش آور ہے یا اُسکے ارتکاز پر منحصر ہوتا ہے۔

ایگزیمیا کی موقتی تبیعی جماعت بندی کی کوشش حسب ذیل کی جاسکتی ہے:

بہرہ و فی حاملات کی وجہ سے پیدا ہو جانے والا ایگزیم طبیعی۔ بعض اشخاص میں رگڑ، دباؤ، سسلے اور کھربچنے وغیرہ کے ذریعہ جلد کی میکا فی خراش سے مقامی ایگزیمائیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور اس طرح زیادہ عارض میں (مثلاً ایندھن جھونکنے والوں یا آہنگروں کا ایگزیم = stokers' or blacksmiths' eczema) انتہائی سردی، بالخصوص سرد ہواؤں میں اور کیمیاؤں (actinio) شمعوں میں تکشف سے (آفتابی ایگزیم = eczema solare)۔ جلد کا اذیم جو دوائی نما ویدوں سے (دوائی اذیم) یا کھوی مرض اور قلبی قفل سے پیدا ہو جاتا ہے مقامی ایگزیمائیت کی استعداد پیدا کر دیتا ہے۔

936

کیمیاؤں - نہایت کثیر التعداد کیمیاؤں اشیاء ایسی ہیں کہ جب انہیں جلد کے تماس میں لایا جائے، تو ایک حادثہ مزمن ایگزیمائی التہابی جلد پیدا کر سکتی ہیں اور انہیں سے بہت سی اشیاء مختلف تجارتوں اور پیشوں میں کام میں لانی جاتی ہیں۔ چنانچہ نہایت قلعوی صابنوں اور واشنگ سڈا (washing soda) کا ہیشہ استعمال ایک کثیر التوقع سبب ہوتا ہے (دھوہن کا ایگزیم = Washerwoman's Eczema)۔ "eczema" نمک اور آب شور میں تکشف سے قصابوں کا ایگزیم (butchers' eczema) میٹول (metol) میں تکشف سے سولہ ایگزیم (photographers' eczema) اور دافع عفونت ادویہ (بالخصوص فارمالین، پرکلورائڈ اور بن آئیوڈائڈ) آف مکیوری لائس (میں تکشف سے سرجنوں کا ایگزیم = surgeons' eczema) پیدا ہو سکتا ہے۔ پھساریوں اور علوانیوں میں شکر کو ہاتھ لگانے کی وجہ سے ایگزیم پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ انیلین کے رنگ، پکرک اور کرومک ٹرسٹے، بالوں کے خضاب (بالخصوص وہ جنہیں پیرافینائل انڈیا مائن - paraphenyl endiamine موجود ہو) بالوں کے شسول (hair lotions) متعہ عاف کرنے کی دوائیں (mouth washes) اور منہن، تارمین، گندھک وغیرہ بھی عام اسباب ہیں۔

کیمیاؤں خراش آوروں، مثلاً آئیوڈین فارمالڈیہائیڈ (formaldehyde) کوئین کے متعلق یہ بتلایا گیا ہے کہ حساس شدہ اشخاص میں ان اشیاء کو بردارست

جلد پر لگانے سے یا ان کو براہ دہن یا اشراب کے ذریعہ دینے سے دونوں طرح ایگزیمیا پیدا ہو سکتا ہے۔

”بان بانیوں کے ایگزیمیا“ (bakers' eczema) میں آٹے میں منکشف حصوں کی جلد گہروں کے اندر کے بعض یا تمام پروٹینوں کے لئے حساس ہوتی ہے، یا وہ کسی ایسی کیمیائی شے سے پیدا ہو سکتا ہے جو پکانے میں کام میں لائی جاتی ہے ایک یا در کھٹے کے قابل اہم نکتہ یہ ہے کہ بعض مثالوں میں کسی خراش اور شے سے بعض حصوں کی جلد اثر پذیر بن سکتی ہے لیکن دوسرے حصے خج رہتے ہیں۔ بیرونی خراش اور اشیاء سے پیدا ہونے والا ایگزیمیا، نیز وہ ایگزیمیا جو بعض پودوں سے پیدا ہو جاتا ہے، پہلے تسمی التهاب جلد (toxic dermatitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگرچہ ان اصابتوں میں التهاب جلد کا سبب محرک بیرونی ہوتا ہے، اکثر دوسرے حالات کا بھی لحاظ لازم ہے۔ ایسی کوئی شے نہیں کہ عام بنی حالت حرفتی ایگزیمیا کے امکان کو کسی نہ کسی طرح متاثر کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ کسی خاص خراش اور شے کیلئے اثر پذیر کی کا نو خرابی صحت کے آغاز کے ساتھ متاظر ہو۔ سورہضم، جو عفونت دہن (oral sepsis) اور قبض کے عوارض موجود ہو، بالخصوص ایک متعدّد سبب معلوم ہوتا ہے، اور اغلب ہے کہ نامکمل ہضم و قتل، اور تسمی فاضل حاصلات کا غیر موثر اخراج، جلد کو بیرونی خراش کے لئے زیادہ اثر پذیر بنا دیتے ہیں۔ کم از کم بعض اصابتوں میں عام صحت میں اصلاح ہونے پر التهاب جلد پیدا کرنے والی خراش اور شے کیلئے ممانعت تمام تر یا جز بہ حال ہو جاتی ہے۔

ایگزیمیا تسمی کے نمونہ کا دوسرا اہم متعدّد عامل سیلان الدہنی حالت ہے، جسکا تذکرہ بعد میں کیا جائیگا، اور فرانس میں ہمارے سپاہیوں میں ایک غلبہ سے کم از کم ایک حد تک اس ثانوی التهاب جلد کی شدت کی توجیہ ہوتی تھی جو اکثر خارش (scabies) کے ساتھ ہوتا تھا۔ مزید برآں سیلان الدہنی اشخاص رائی کی گیس کے التهاب جلد (mustard-gas dermatitis) سے زیادہ اثر پذیر پائے گئے، اور انہیں خارش کے لئے گندھک کے مرہم کے معادل سے

استعمال کے بعد بھی ایکڑیا پیدا ہو جانے کا زیادہ امکان ہوتا تھا۔
 بالآخر غصبت الجلد میں، اور اُن اشخاص میں جنکی جلد نہایت خشک
 ہوتی ہے، مرد ہوا میں تکثیف سے، نیز قلوئی صابنوں، سوڈا اور دوسری کیمیائی
 اشیاء کے استعمال سے جو متعلّق شحم ہوتی ہیں، ایکڑیا کا غیر طبعی رجحان ہوتا ہے۔
 داخلی مبداء کا ایکڑیا (eczema of internal origin)۔ پہلے
 نوٹ کیا گیا ہے کہ بعض کیمیائی اشیاء کو اثراب کے ذریعہ یا براہِ دہن دینے سے
 ایکڑیا پیدا ہو سکتا ہے، لیکن قطع نظر اسکے ممکن ہے کہ غذائی اشیاء سے، عفونی
 ماسکوں سے، اور غالباً غیر شحم شدہ پروٹین پر پروٹین پاش براشیم کے فعل سے اخذ شدہ
 اینٹی جن بھی ایکڑیا کا سبب ہو سکتے ہیں۔ غریب مصل (foreign serum) کے
 اثراب سے بعض اوقات نہ صرف معمولی شری مصلی طمع پیدا ہو جاتا ہے، بلکہ
 ایک مادہ ایکڑیا بھی نمودار ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ بڑبڑدی علیات اُس
 مصل کے اندر کی اینٹی جینی شے کے لئے حساس ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح بعض
 اشخاص میں بعض غذائی اشیاء سے ہمیشہ ایکڑیا کا حملہ ہو جاتا ہے، نہ ممکن ہے کہ
 اُسی شخص میں ایک غذا سے شری پیدا ہو جائے اور دوسری غذا سے ایکڑیا نمودار
 ہو۔ بچوں میں غذائی اشیاء (مثلاً گائے کے دودھ، اور ایسے اناجوں سے جیسے کہ
 جئے اور گیہوں، گوبھی، لوبیا، لحم خزیر، اور گائے کے گوشت) سے ایکڑیا کا ہونا
 غیر عام نہیں، اور جیسے جیسے بچہ کی عمر زیادہ ہوتی ہے، اُس میں دوسرے ستمی ذاتی
 عوارض (toxic idiosyncrasies) میں سے کسی ایک یا زائد کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔
 غذائی حساس گری کے علاوہ، ایکڑیا کی بعض اصابتیں، بیشتر بالفلو
 میں، ہاسکی سرایت (focal infection) پر منحصر معلوم ہوتی ہیں، اور اغلب
 ہے کہ کم از کم بعض مثالوں میں یہ ایکڑیا جراثیمی حساس گری کا ایک منظر ہوتا
 ہے۔ بالخصوص عفونت دہن ایک سبب محرک ہوتی ہے، اور اب کثیر التعداد ایسی
 اصابتوں کا اندراج ہو چکا ہے جن میں سرایت زدہ دانتوں کو ہکا لہیہ بننے کے بعد
 دیرینہ ایکڑیا بہ سرعت غائب ہو گیا۔ فقر میں، اور ایکڑیا کے ایتلاف کے متعلق
 غالباً بہت مبالغہ سے کام لیا گیا ہے، اور اگرچہ کہ ان دونوں حالتوں کا ایک ساتھ

موجود ہونا یقیناً ممکن ہے، تاہم امراض جلد کی سرریات کماہ میں حقیقی سنگینہ زائفرس (true tophaceous gout) کا بیمار شاہی دیکھنے میں آتا ہے۔ قطع نظر اس ایکزمیا کے جو کہ کلوی اڈیا کو پیچیدہ کرتا ہے، ایکزمیا اور کلوی مَسْرَض (renal disease) کے باہمی تعلق کے متعلق بہت کم معین معلومات حاصل ہیں، لیکن یوریمیا (uremia) میں ایک عمومی ایکزمیا فی اور تسخنی التہاب جلد (exfoliative dermatitis) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسی امابتوں میں خون کے اندر یوریا کی مقدار ہمیشہ نہایت زیادہ ہوتی ہے اور ثوران نہایت خطرناک اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ اُسکے ظاہر ہونے کے بعد چند ہی روز کے اندر موت واقع ہو جاتی ہے۔ مشکوٰۃ (glycosuria) شکر آمیز بول کی خراش اور ساری عضویات مثلاً مانیلیا کی لیدگی کی وجہ سے فرج یا غلفہ کے ارد گرد ایک محدود المقام ایکزمیا پیدا کر سکتی ہے، لیکن قطع نظر اسکے زیادہ بیٹس میں ایکزمیا کا ہونا غیر عام نہیں۔ سستال کا احتباس جسکے ساتھ جلد میں اسکا تجمع ہو، نہ صرف رضیعی ایکزمیا میں، بلکہ اندرونی مبداء کے ان ایکز یاؤں میں بھی ایک اہم عامل ہے جو کہ مابعد زندگی میں دیکھے جاتے ہیں یا بوجہ تیز اور شحم کا وافر استعمال اسکی استعداد پیدا کرتا ہے خاص طور پر اگر سیال کی بڑی مقداریں بھی لی جائیں۔ کئی مشاہدین نے زور دیا ہے کہ عصبی صدمہ یا یا باس (nervous shock or strain) ایکزمیا کا محرک سبب ہوتا ہے، اور بعض شخا میں شدید صدمہ یا فکر و پریشانی کے زمانے کے بعد ایک مادہ حلہ ہو جانا ممکن ہے، لیکن عصبی صدمہ اور ایکزمیا کا یہ ایتلاف غالباً بالواسطہ ہوتا ہے۔ معانی تقسم الدم (intestinal toxemia) جو زاید گندیگی اور اینڈیکن بولیت کے ساتھ پایا جاتا ہے، صریحاً ایکزمیا کی ایک قسم کا سبب ہوتا ہے، اور اس میں ثوران بانقہ جلد کے انھیں حصوں کو ماؤف کرتا ہے جو روشنی میں کھلے رہتے ہیں، یعنی چروکان گردن اور ہاتھوں کی پشت۔ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ ان امابتوں میں امعاء میں سے کوئی سم جذب ہو کر جلد کو روشنی کے لئے حساس بنا دیتا ہے (light sensitisation)۔

سیلان الدہنی (ایکزمیا) (Soborrhoeic eczema) کی اصطلاح اکثر

سیلان الدہنی التهاب جلد کے مرادف کے طور پر استعمال کی جاتی ہے۔ آخرا لڈ کرٹس ایک لمفیلی سرائیت ہے جو تخفیلی بدوریہ (pityrosporon) کی وجہ سے ہو جاتی ہے اور ان اضرار میں تبقہ غنیمہ ابض (staphylococcus albus) بھی فاعلی طور پر بڑھتا ہے۔ لیکن اولی ثوران کو ایک حقیقی ایکزیما فی التهاب جلد پیچیدہ بنا سکتا ہے جسکی وجہ بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ ہر جلد سرائیت رساں عضویوں کے لئے حساس ہو جاتی ہے (ایکزیما فی ساری التهاب جلد: dermatitis infectiosa eczematoides کے ساتھ مقابلہ کرو)۔ یہ ایکزیما فی سیلان الدہنی التهاب جلد جیسا کہ بیان کیا گیا ہے، رضیعی ایکزیما کی ایک قسم ہے، لیکن یہ بالنعوں میں بھی فیرام نہیں۔ دوران جنگ میں یہ فراض میں ہمارے سپاہیوں میں ازکار رفتگی پیدا کرنے کا ایک کثیر الوقوع سبب تھا، اور اکثر اسکو غلطی سے حصہ (impetigo) تشخیص کر لیا جاتا تھا۔

مرضی تشیریح - ایکزیما میں جلد کے اندر جو سبب جاتی تغیرات پائے جاتے ہیں، وہ مرض کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ حاد ایکزیما میں ظلمات میں کے عروق شعریہ کا بڑا اتساع ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اڈیما اور سپید غلیوں کی سقیدہ در ریزش ہوتی ہے۔ برزخی مرحلہ اڈیما ہو جاتا ہے، خار دار غلیے مصلی ارتشاح سے غلغہ اور متکسر ہو جاتے ہیں (اسفنجیت = spongiosis) اور اس طرح آجے نبجاتے ہیں۔ ہر جلد کے ان تغیرات کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ قرنیت کے عمل میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ زیادہ مزمین درجوں میں بین ظلماتی زائموں میں نمایاں دبازت (داء الشوکیہ = acanthosis) اور بالائی آدم کی زیادہ زیادہ در ریزش اور ساتھ ہی اتصالی بافت کا تھکاڑو واقع ہوتا ہے۔ نامکمل قرنیت (قرنیت = parakeratosis) کی وجہ سے ایسے چھلکے جو نوات دار غلیوں کے جھنڈوں پر مشتمل ہوتے ہیں بنتے ہیں، اور وقتاً فوقتاً اترتے رہتے ہیں۔ پُرانی چھلکیوں میں جلد کی دبازت نہایت زیادہ ہو سکتی ہے۔

علاج - چونکہ جلد کے ایکزیما فی التهاب کے ممکنہ اسباب اس قدر کثیر التعداد ہوتے ہیں، لہذا یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کامیاب علاج کا دار و مدار عموماً شیک

ٹھیک تشخیص پر ہونا چاہئے۔ اس طرح بہت سے مریضوں میں جبکہ وہ دراصل ایگزیمائی تو ہا (eczematoid ringworm) میں مبتلا تھے، سالہا سال تک ہاتھوں اور پاؤں کے "نقرسی ایگزیم" ("gouty eczema") کے لئے علاج کیا جاتا رہا، اور حال ہی میں چند سالوں میں حادث ایگزیمیا کے متوالی حلقے جو بعض محفوظ الحقوق شعری خصا بات (proprietary hair dyes) کے استعمال کی وجہ سے ہوتے ہیں، زیادہ عام ہو گئے ہیں، اور انہیں اکثر بنی مبداء کا سمجھ لیا جاتا ہے۔ لہذا اسپرٹینا اندر دیا جائے کم ہے کہ ایگزیمیا کی ہر اصابت میں سب سے پہلے اس امکان پر غور کرنا چاہئے کہ کوئی بیرونی خراش آورٹے تو اسکا سبب نہیں ہے۔ ٹوران کی توزیع اور اسکا آغاز کی سرگزشت سے ہم عموماً اس امر کی تعیین میں مدد ملے گی، لیکن گو سبب مرض سرکٹا بیرونی ہو، تاہم ممکن ہے اسکا پتہ چلانا بہت مشکل امر ہو۔

938

سبب خواہ کچھ بھی ہو، مقامی علاج کا انحصار الہتائی عمل کے مخصوص درجے پر ہوتا ہے۔ مثلاً حادث اصابتوں میں خیرین شیش دھویت آبد خیزی یا تمسح ہو، حابس غسولات کو بار بار لگانا چاہئے۔ جب ایگزیمائی سطح خشک ہو رہی ہو تو اس غسول کے بجائے ایک محافظ لٹی یا زبدہ استعمال کرنا چاہئے، اور مزین پھلکے دار درجہ میں مریضوں سے کام لیتے چاہئے۔ حادث درجے میں مندرجہ ذیل غسولات مناسب ہیں: (۱) لاٹکریٹائی سبب شیش ایک ڈرام (liq. plumbi subacetat., 1 dr.) اسپرٹ وائٹنی ریکٹ، ایک اونز (aq. dest., ad 8 oz) اور اسپرٹ وائٹنی ریکٹ، ایک اونز (spirit. vini rect., 1 oz) اور اسپرٹ وائٹنی ریکٹ، ایک اونز (aluminium acetate) ایک تا ۳ فیصدی طاقت میں شامل کیا جاسکتا ہے۔ اسے سال کی ایک منفرد پرت لگا کر اسے سبب سبب تر کرنا چاہئے۔ (۲) نسو۔ کلا، ٹنا پری پریٹ (calamina præpt.)، زینکس (zinc oxide) دونوں دو دو ڈرام، گلیسرین ۱۰ ڈرام، اسپرٹ وائٹنی ریکٹ، ۱۰ اونز، اکیو اکیا لیس (aq. calcis) تا ۱۰ اونز۔ (۳) لوشیونا نگر (lotio nigra) اور اکیو اکیا لیس مساوی حصوں میں۔ (۴) اکتھال (ichthyol) پانی کے اندر ۳ فیصدی۔ بعض اصابتوں میں کلاٹن کے غسول کی نسبت کا مریخ (calamine liniment) زیادہ پدید ہے، مثلاً نسو۔ فینولس بکوٹڈ (phenolis liq.) ۱۰ قطرے، زینکس کسٹڈ، پلوس

ایٹائی (pulv. amyli) 'کلامن پری پریشا' ہر ایک ایک اونس 'روغن زیتون' (ol. olive) 'آیکو اکیا لیس' ہر ایک ۴ اونس۔

لٹی کے طور پر لستر (Lassar) کا مشہور و معروف ضابطہ یہ مفید ہے۔
نسخہ ۱۔ زنک آکسائیڈ 'پوس زیمائی' دونوں دو دو ڈرام 'ایسڈ سیلی سلک' (acid salicylici) 'اگرین' پرافین موپس آلبا (paraffini mollis alb.) تاجہ
ایک اونس۔ اس میں سیلی سلک ایسڈ کو حذف کر کے (کیونکہ وہ بعض اوقات
نحاش آوڑ ثابت ہوتا ہے) اور قدرے لینولین (lanoline) شامل کر کے ترمیم کی
جاسکتی ہے۔ یہ لٹی یا ایک زنک کا زبدہ (zinc cream) [مثلاً یہ نسخہ ۱۔
زنک آکسائیڈ ۱/۲ اونس 'روغن زیتون' یا روغن بادام شیشی (ol. olive vel
amygdalae dulc) ۱/۲ اونس 'آڈپ لائی این ہائیڈ' (adip. lanæ. anhyd.)
ایک ڈرام 'آیکو اکیا لیس' ۳ ڈرام [تنہا استعمال کیا جاسکتا ہے یا ایک اساس کے
طور پر جس میں ایکٹھیال 'چربی یا فحش تار' (wood or coal tar) 'گندھک ریڈرین
(resorcin) اور آمونیٹیڈ مرکوری (ammoniated mercury) وغیرہ ملا جائے۔
تحت الحاد یا مزمن اصابتوں میں جنہیں ان نتیجہ اشیا کی ضرورت پڑتی ہے ان
کے لئے جلد کی برداشت کو بتدریج جانچنے کے لئے پہلے انہیں خفیف مقداروں
میں تجویز کرنا چاہئے۔

نہایت مزمن چکنتوں میں جنہیں حزازیت واقع ہوگئی ہو، خام کولتار
(crude coal tar) 'پائروگیلال' (pyrogallol) 'یوگیلال' (eugallol) [جو
پائروگیلال کا ناو ایسی ٹیٹ (monoacetate) ہے] 'بلو کریس' (arobin)
(chrysarobin) تک استعمال کر سکتے ہیں۔ خام کولتار غیر مرقی صورت میں پھر مری
سے لگا سکتے ہیں 'یا اسے برٹش فارماکوپیا کے گینٹم کریٹنی (pigmentum caseini
B.P.C.) کے ساتھ 'یا زنک کی لٹی (zinc paste) کے ساتھ شامل کر کے لگا سکتے
ہیں [مثلاً خام کولتار ۲ حصے، زنک آکسائیڈ ۲ حصے، جوار کا نشاستہ (corn
starch) ۱۶ حصے، پٹرولیم (petrolatum) ۱۶ حصے]۔ جب ثانوی ریم زار مرق
واقع ہوگئی ہو تو اسے ہرگز استعمال نہیں کرنا چاہئے۔ اگر اسے غیر مرقی استعمال

کیا جائے تو پہلے ایک میائی سطح کو صابن اور پانی سے صاف کر کے اسپرٹار کو ہموار تہ میں لٹکے ہوئے دینا چاہئے۔ اگر مریض کو ان لاسقٹ گئی برداشت اچھی ہو تو انھیں کئی دن تک روزانہ لگاتے رہنا چاہئے۔ رضیعی ایک میا کی حساسیتی قسم میں خام کو لستار کی تذکرہ بالالشی عموماً بدرجہا سب سے زیادہ موثر کارگر مقامی لاسقٹ ثابت ہوئی ہے۔ ٹیوگیلال (engallol) ایک سیاہ دایع ہے جس میں ۳۳.۳ فی صدی ایسی ٹون (acetone) موجود ہوتا ہے اور اسے چند روز تک روزانہ ایک بار لگانا چاہئے۔ کرس آروین (chrysarobin) کے استعمال کا بہترین طریقہ مردم کی صورت میں ہے اور اسکے اثرات کو غور سے دیکھتے رہنا چاہئے۔

ان مزمن درختیہ چکیتیوں کے علاج کا سب سے زیادہ قابل قدر طریقہ ہکو لاشعاعوں کے ذریعہ حاصل ہے۔ یا ایک پوری رفاقی معتمد (full pastille dose) استعمال کر کے اگر ضرورت ہو تو ایک ماہ کے عرصہ میں مکرر دی جائے، یا ایک تہائی رفاقہ کی کسری مقادیر دس دس دن کے وقفوں سے مکرر استعمال کیا جائے۔ ان شعاعوں کے استعمال سے موزوں اصابتوں میں کھلی میں مریض تخفیف حاصل ہوتی ہے، اور چند ہفتوں میں دباوت یافتہ چکیتیوں کا انحلال واقع ہو جاتا ہے۔ ایک میائی ہر اصابت کے انصرام میں دھونے کے مسئلہ پر ہمیشہ غور کرنا چاہئے خواہ سبب مرض سمجھ بھی ہو۔ حاد یا تحت الحاد درجوں میں صابن ہرگز نہیں استعمال کرنا چاہئے، لیکن مزمن اصابتوں میں کثیر الشم صابن جس کے ساتھ ٹار یا اکتھیال (ichthyol) شامل ہو یا نہ ہو، بعض اوقات فائدہ مند ہوتا ہے۔ حاد اصابتوں یا پانی سے بالکل اجازت کرنا چاہئے، لیکن تحت الحاد یا مزمن ایکزیمیا میں ایک فیصد کا نمکین مملول سے اسفنج کرنا یا غسل دینا شاذ ہی مفید ہوتا ہے، اور اکثر مفید ہوتا ہے کیونکہ [جیسا کہ وٹ فیلڈ (Whitfield) اشارہ کرتا ہے] پانی کے خراش اور اثر کا انحصار غالباً اس حقیقت پر ہے کہ وہ زیر نشی ہوتا ہے۔

عمومی علاج۔ اندرونی مبداء کے ایکزیمیا کا کامیاب علاج، انفرادی صفا کی پوری پوری تحقیقات پر منحصر ہے، اور صرف خاص اصولوں کا ذکر کیا جائیگا۔ غلظت کو وسیع پھیلی ہوئی یا حاد اصابتوں میں ۴۸ گھنٹوں تک ایک ابتدائی

فائدہ قرن مصلحت ہے، اور انہاں بعد تین دن تک غذا کو دودھ کے ہم مگلا سون تک محدود کر دینا چاہئے، جسکے ساتھ کچھ پھل ہو۔ پھر ایک دافع احتیاس نظام غذا شروع کر دینا چاہئے، جسکی شرعی کے لئے سفارش کی گئی ہے، اور کل سیال در آمد غذا ۲ پائنٹ سے نہیں بڑھنی چاہئے۔ اکمل طاقتور چائے اور کافی (coffee) اور نہایت ترش پھلوں سے قطعی پرہیز کرنا چاہئے۔ ہر ضمیمی ایکڑنما کی حساسیتی قسم میں بالعموم شیر گاؤں پر گز نہیں دینا چاہئے۔ اگر بچے کو چھاتی کا دودھ پلایا جا رہا ہے، تو اس امر کا اطمینان کرنا چاہئے کہ ماں کے نظام غذا میں کیلیم اور جیاتینول کی کافی مقدار موجود ہے، اور اسکے لئے مزید کیلیم اور کوئی ایسی تجویز جیس جیاتینی مرکزات ہوں تجویز کرنا مناسب ہے۔ اگر چھاتی کا دودھ پلانا ناممکن ہے، تو کوئی محفوظ الحقوق غذا مثلاً الماتا (almata) جو شیر گاؤں کی تیاری کی ہوئی ہو، آزمانی چاہئے، اور سرپ کیلسیائی لیکٹو فاسف - پی۔ پی۔ م۔ س۔ (syr. calculactophosph. B.P. m30) کی شکل میں مزید کیلیم، ایک جیاتینی مرکز اور نارنجی کے رس کے ساتھ دینا چاہئے۔ اس غذا کو بدل کر ٹھوس نظام غذا کا استعمال حتی الامکان جلد از جلد کرنا چاہئے، اور اسکو تجویز کرنے سے قبل بعض غذاؤں کے ساتھ جلدی کاشفات انجام دینا قرن مصلحت ہے۔ حساسیتی شیر غرابی نہ صرف شیر گاؤں کے لئے حساس ہوتے ہیں، بلکہ بعض بچوں اور انڈے کے لئے بھی جیسا کہ ندنی (Czerny) نے زور دیا ہے، یہ بچے اپنے آبائی احتیاس کے رجحان کی وجہ سے ایسی غذا پر اچھے رہتے ہیں جیس پرورین کی افراط ہو، اور کاربوہائیڈریٹ، شحم اور سیالات کی تحدید کر دیکھا ہے۔ مندرجہ ذیل کی سفارش کیجا سکتی ہے، اور انفرادی مزاج خاص کے لحاظ سے اس میں رد و بدل کیجا جاسکتا ہے۔

جن چیزوں کی اجازت ہے وہ یہ ہیں :- تازہ پکایا ہوا بے چربی کا گوشت اور مچھلی، چوزہ، جگر، گردے، لبلبہ، اور بھیجا۔ انڈے کی زردی، خاندنا یا دوسرا سادہ پنیر۔ ہر قسم کی پکائی ہوئی سبزیوں، مغلوٹ سلاڈ، پکائے ہوئے اور کچے پھل (سوائے نہایت ہی ترش پھلوں کے مثلاً گریپ فروٹ، لیموں، انناک اور کشمش)۔ خستہ بے چھنے ہوئے آٹے کا توس (toast) وٹاویٹ (Vitameweat)

یا ریوٹا (Ryvita) مکھن۔ دودھ کا ایک گلاس روزانہ دینا چاہئے، 'الّا اس صورت میں کہ مریض دودھ کے لئے حساس ہو۔ گھنے کی فکر کی بجائے گلوکوز دینی چاہئے۔ نمک بہت کم لینا چاہئے۔ دودھ اور پھل کے علاوہ، سیال درآند کو روزانہ پانی کے تین چھوٹے گلاسوں تک محدود کر دینا چاہئے۔ مخلوط حیاتینی مرکز کی تھوڑی سی مقدار اور کیلیم کی کسی تجویز کے ذریعہ اس غذا کی تکمیل کرنی چاہئے، جیسا کہ اوپر مشورہ دیا گیا ہے۔

جن چیزوں سے پرہیز لازم ہے وہ یہ ہیں۔۔ جو یا جینی کا دلیہ، گنے کی شکر، مرچ، مار پیٹ، مٹھائیاں، پیسٹری، پنک، شوربا، شخصیں (سوائے مکھن اور بٹر کے) انڈے کی سفیدی، سور کا گوشت، سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت، کلہ، ترش پھل۔

داخلی طور پر ادویہ دینا۔ پیشاب کا امتحان، جس کے لئے دن کے مختلف اوقات میں نمونے لئے جاتے ہیں، داخلی علاج کے لئے مفید دلائل ہیں۔ بہم پہنچانا ہے۔ اگر بیش ترشگی موجود ہو، خواہ یورینی جھاؤ کے ساتھ یا اس کے بغیر، تو فکوی مد رابٹ بول، مفتح سفید (aperient sulphates) کے ساتھ مزوج کر کے، اتنی مقدار میں دینے چاہئیں کہ جس سے بچ ہو۔ پیشاب تعدیلی ہو جائے اور ازاں بعد مقدار کو گھٹا دیا جاتا ہے۔ تاہم اگر کم ترشگی فاسفیٹ بولیت کے ہمراہ پائی جائے، تو ترشوں کی ضرورت ظاہر ہوتی ہے، اور یہ ذرا سی سٹرنین کے ساتھ دے جا سکتے ہیں۔ کیلیم کے لمحات اکثر نہایت ہی مفید ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک حیاتین د کی پوری مقداروں کے ساتھ مزوج کر کے دینے چاہئیں۔ شدید یا حاد اصابتوں میں انکا اثر اب کیا جا سکتا ہے، جیسا کہ تری کے لئے مشورہ دیا گیا ہے۔ بیرونی مبداء کے ایکڑیا میں بھی معلوم ہوتا ہے کہ کیلیم اور حیاتین جلد کی بیش حساسیت کو کم کرتے ہیں۔ اگر کھلی شدید ہو، اور اس وقت جبکہ بے خوابی ہو، مسکنات ضروری ہیں، مثلاً کیلیم بروائیڈ (calcium bromide) ۵۔۱۰ گرین، یا لیو مینال (luminal) ۱/۲ کرن روزانہ ۳ بار، اور اگر ضرورت ہو تو سوتے وقت ایک منوم بھی۔ ایسی اصابتوں میں گلوکوز کے محلول

میں کیلشیم یا سٹرانٹیم بروائیڈ (calcium or strontium bromide) (مثلاً ایکزبرال: exzebral) کے دروں وریڈی اثرات مفید ہو سکتے ہیں۔
 بوڑھے آدمیوں میں جنہیں جلد غیر معمولی طور پر خشک اور عام تغذیر روی حالت میں ہو، اور غصہ جی اشخاص میں، کالڈیور آکل اور غلہ نو دھ (thyroid gland) کے استعمال سے اکثر حیرت انگیز اصلاح ہو جاتی ہے۔ اول الذکر کے ساتھ مالٹ (malt) اور فولاد (iron) شامل کر سکتے ہیں، اور آخر الذکر کو ابتدا تو ٹھوڑی مقدار سے شروع کر کے مریض کی قوت برداشت کے لحاظ سے زیادہ کرنا چاہئے۔
 عفونہ دہن (oral sepsis) کے علاج کی اہمیت پر جب قدر ضرور دیا جائے کم ہے کیونکہ بعض اوقات اُن رانگوں کو نکال دینے کے بعد جنکی جڑوں میں پھوٹے ہوئے یا جو فیزی پیچ (pyorrhea alveolaris) کے علاج کے بعد ایکزمیا کی ایسی اصابتیں شفا یاب ہو جاتی ہیں جو دوسری مقام تداریسے اثر ناپذیر رہی تھیں۔
 بالآخر جسمانی یا عصبی تنگی والے مریضوں میں جب کبھی ممکن ہو سکون و آرام اور انکے بعد ماحول کی تبدیلی تجویز کرنا چاہئے۔

940

حساسیت سر بائی (desensitisation)۔ بیرونی مآخذ کے ایکزمیا میں بھی حساسیت ربائی کے مختلف طریقوں میں سے کوئی نہ کوئی طریقہ مفید ہو سکتا ہے۔ درحقیقت حرقی التهاب جلد کی اصابتوں میں ذاتی دموی یا ذاتی مصطلی علاج (autohemo- or autoserotherapy) سے مریض بلا کسی مزید دقت کے پھر کام کے قابل ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ کہا گیا ہے، غذائی حساس گری کی وجہ سے پیدا شدہ ایکزمیا میں بتدریج بڑھتی ہوئی متعادوں میں زیر بحث غذا کے مستعمل کے تحت الجلد اشراب سے کامیاب علاج کیا گیا ہے، لیکن عموماً داخلی سدا کے ایکزمیا انٹی جن کی صحیح نوعیت نامعلوم ہوتی ہے، اور غیر نوعی حساسیت ربائی کے کسی نہ کسی طریقہ سے کام لینے کی کوشش کرنی چاہئے۔ لیکن اس امر کی شہادت موجود ہے کہ حساسیت مومنوں کے مصل میں ایک شے ایسی موجود ہوتی ہے جو اس شخص کے لئے یا کسی دوسرے شخص کے لئے جو اسی انٹی جن کے لئے حساس شدہ ہو، نوعی ہوتی ہے، چنانچہ ذاتی مصطلی علاج کو شاید نوعی حساسیت ربائی کا ایک طریقہ سمجھنا چاہئے۔ اس کے

برعکس ذاتی دُموی علاج (autohemotherapy) جو اپنے اثرات کے لحاظ سے استقدر یقینی نہیں، اسکا مقابلہ غالباً غیر نوعی پروٹین کے اثرات کے ساتھ کیا جاسکتا ہے۔ ان دو طریقوں کے علاوہ، اگرپٹون (peptone) دروں آدمی تحت الجلدی دروں وریڈی یا دروں عضلی اثرات کے ذریعہ دیا جائے تو اکثر مفید ہوتا ہے اور اس طرح ”اے اولان“ (aolan) اور ”سب الیومین“ (Eibalbumin) نام کے محفوظ الحقوق حاصلات بھی مفید ہوتے ہیں۔ اول الذکر کو ایکزیمیا میں دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ٹسے اتنا ۳ قطروں کی مقداروں میں دروں آدمی طریقہ سے تین روز سے نیکر سات روز کے وقفوں سے دیا جائے۔

احمراری فلسفانی ثورات

(ERYTHEMATO-SQUAMOUS ERUPTIONS)

گلابی تنخیل

(pityriasis rosea)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۲ اور ۶۳، باب صفحہ ۹۱۲)

گلابی تنخیل (pityriasis rosea) (Gibert) یا مخصوص اس امر میں اہم ہے کہ اکثر اوقات اسکی غلط تشخیص کر لی جاتی ہے، تاہم یہ ثوران عموماً اس قدر ممتاز ہوتا ہے کہ اسکی شناخت میں شافہی کوئی دقت پیش آنی چاہیئے۔ غالباً ان اصابتوں کی اکثریت میں ثوران کے عمومی حصے سے کئی دن پہلے خاصی بڑی جسامت کی ایک یا ناگزیر چمکتیاں نمودار ہوتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ وہ نظر انداز ہو جائیں۔ یہ ”ہراول چمکتیاں“ یا ابتدائی و سقے (herald patches) or plaques (primitives) مابعد اضرار کی نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں، اور عموماً گردن، دھڑ یا جوارح کے قرنی حصوں پر دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ کم و بیش مدور اور چمکے دار ہوتے ہیں، اور انکا کنارہ واضح الحدود ہوتا ہے۔ یہ اکثر غلطی سے داد کی چمکتیاں تسلیم کر لی جاتی ہیں،

التهاب جلد کی چمکتیاں سمجھ لئے جاتے ہیں۔ عمومی ثوران مقامات ناگہانی طور پر ایک ثورانی تپ (eruptive fever) کے ثوران کی طرح پہلے بالائی صدر پر اور پھر کچے کے بعد دیگرے گردن، بالائی بازوؤں، شکم اور گردن پر اور انوں پر نمودار ہوتا ہے۔ چند چمکتیاں پیش بازوؤں، چہرے، اور ہاتھوں کے زیریں حصوں پر نظر آ سکتی ہیں اور کبھی کبھی تقریباً ساری جلد، بلکہ جلد اس بھی اُن سے چمکی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ فزائر چھوٹے گلابی ثور کی طرح مشرّع ہوتے ہیں، جو محیطی طور پر پھیل کر میز مدقربا بینی کی چمکتیاں بنا دیتے ہیں۔ ایک تیشلی چمکتی میں ایک بیرونی ابھرا ہوا گلابی کنارہ اور چمکے با دائمی رنگ کا ایک مرکزی حصہ ہوتا ہے، جو جھری دار منظر پیش کرتا ہے۔ ان دونوں کے درمیان چمکوں کا ایک باریک چھوٹا کار ہوتا ہے، جن کی آزاد کوریں مرکز کی طرف واقع ہوتی ہیں۔ جیسے جیسے ہر چمکتی بڑی ہوتی جاتی ہے، ممکن ہے کہ مرکز تقریباً بالکل کھٹا جائے اور اس سے حلقوں کی صورت پیدا ہو جائے اور حلقہ کی گلابی چمک محصورہ رقبہ کی ہلکی زرد چمک کے مقابلہ میں تضاد ظاہر کرے۔ کامل نمویافتہ ثوران کا ایک نہایت غیر خاصہ یہ ہے کہ بینی کی چمکتیاں سینہ اور کوکھ کے گرد ترچھے رخ میں جاتی ہیں اور اُنکے لمبے محور سرری طور پر پسلیوں کے رخ کے متوازی واقع ہوتے ہیں۔ علاوہ مرض کے ساتھ خفیف کسیندی، خراش حلق اور ہلکی تپ ہو سکتی ہے، لیکن عموماً بینی اختلال غیر موجود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کسلی بالکل تہو، خفیف سی ہو یا استقدر شدید ہو کہ مریض کو غینہ آئے۔ لمفی غدود، بالخصوص عنقی گردہ کی کلانی پیدا ہو سکتی ہے۔

بحث اسباب - اغلب ہے کہ یہ مرض ایک تقطیر پذیر قشب کی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے، جسکی تطہیم جلد پر ایک یا زیادہ مقامات پر ہو جاتی ہے اور وہاں نکاثر پذیر ہو کر وہ ہراول چمکتی (herald patch) پیدا کرتا ہے۔ پھر تقریباً ۵-۱۴ دن کے زمانہ حضانت کے بعد، قیاساً وہ جیسے خون میں پہنچتا ہے اور عمومی ثوران کا موجب ہوتا ہے۔ اس امر کی یقین آفریں شہادت ہے کہ یہ فرضی قشب نئے درونی کتان کے ذریعہ منتقل ہو سکتا ہے، جس سے موسم بہار اور خزاں میں اس ثوران کے بڑھے ہوئے حدوث کی توجیہ ہوتی ہے۔ ایسی امالیں مندرج ہوئی ہیں جنہیں

ایک شخص کسی دوسرے سے ملکا ہوا کپڑے پہنے کی موقوف ہو گیا ہے جو کہ اس مرض سے موقوف تھا۔ دوسرے جگہ بہت شاذ ہیں، لیکن گھاسہ گاسہ ہے غیر مشکوک مثالیں ملتی ہیں۔

تشخیص تیشیلی ضرر اپنے گلابی کناسے، چمکوں کے چھوٹے کارڈ اور جگری زردی مائل مرکب کے ساتھ اسقدر متیز اور متنازع ہوتا ہے، اور اسکی چمکتیوں کی توجہ اور ترتیب اسقدر ستر ہوتی ہے کہ ایک واقعہ کار اس مرض کو عموماً ایک نظر میں شخص سمجھ سکتا ہے، تاہم اگر غلطیاں ہو جاتی ہیں۔ ابتدائی درجہ میں اسکا سقشہ پیدار (tinea circinata) کے ساتھ یا سیلان الدہنی التهاب جلد (تیشیلی پیدار (pityriasis circinata) کے ساتھ غلط ملط ہو جانا اور غویافہ درجہ میں نوی مار (secondary syphilide) جگر صدفیہ (psoriasis) کے ساتھ غلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔

سقشہ پیدار (tinea circinata) میں چمکوں کے خوردبینی امتحان سے ایک فخر پایا جاتا ہے۔ سیلان الدہنی التهاب جلد میں چربی، شکل دار چمکتیاں، اور ساتھ ہی جرابی ثور ہوتے ہیں، اور وہ بالخصوص سینے کے خط وسطی اور پشت پر، اور اگر جلد لا اور جھپے پر ہوتا ہے، گلابی تخیل کی غلطی سے کبھی گلابی ناریہ نہیں سمجھا جاسکتا، کیونکہ آخر اندر کبھی چمکے دار نہیں ہوتا، اور اسطرح ثوری ناریہ سے بھی اسکو بہ آسانی تیز کیا جاسکتا ہے، کیونکہ آتشک کے ثور کا رنگ زیادہ سیاہی مائل ہوتا ہے، وہ نمایاں طور پر قدریمتہ ہوتے ہیں، جو ارج کے بعدی حصوں پر نیز چہرے اور جلد لا پر واقع ہوتے ہیں، اور انکے ساتھ آتشکی سرایت کے دوسرے امالت موجود ہوتے ہیں، مثلاً خراش ملط، مغاطی چمکتیاں، اور نمایاں عمومی غدی التهاب۔

علاوہ بریں عموماً اتالی قرح بھی مل سکتا ہے۔ صدفیہ (psoriasis) میں چمکے نسبتہ بڑے ہوتے ہیں اور جب انھیں آہستہ سے گھریں جاٹے تو معروف تقرری منظر پیش کرتے ہیں، اور اس کا ثوران عموماً کہنیوں، گھٹنوں اور جلد لا اسس پر موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ یہ ثوران تین ہفتوں سے لیکر آٹھ ہفتوں تک میں خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر اسے ناموزوں لاسقات، مثلاً گندھک یا پائے کے استعمال سے خواش پہنچائی جائے تو اسکی مدت زیادہ طویل ہو جاتی ہے۔

مریض کو روزانہ غسل کرنا چاہئے، جس میں کانڈی کے سیال (condy's fluid) کے دو تین میٹر چھپے ملا دینا مفید ہے، اور غسل کے بعد جلد پر ٹیو ایدیل سیلک کیا وڈنڈی پی سی (pulv. acidi salicylic comp. B.P.C.) چھڑک دینا چاہئے یا ایک ہلکا سیلی سلک مرہم استعمال کرنا چاہئے۔ ویتسک فیلڈ (Whitfield) مندرجہ ذیل غسل کو روزانہ دو بار استعمال کرنے کی سفارش کرتا ہے، نسخہ ۱۔ ٹیوس کلارائن پری ریٹا ۳ ڈرام، ٹیوس زینکی آکسائیڈ ۲ ڈرام، اسپرٹ وائٹ ریجی ایک اونس، لاکٹر پیس کارب ۱ ڈرام، آکسیو روزی تاہمد ۱ اونس۔ یہ شستہ امر ہے کہ آیا داخلی علاج فمیر مرض پر کوئی اثر رکھتا ہے۔

صدفہ

(psoriasis)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۲۳۱ الف صفحہ ۹۴۲)

یہ مرض ابھری ہوئی سرخ چکیتوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو دبیز تقریقی سپید چمکے ہوئے چمکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ کثیر التعداد مثالوں میں یہ اضرار پہلے گھٹنے پر روضہ، رباط روضی اور قصبیہ ہڈی کے دند پر، اور کہنی پر رنج پر نمودار ہوتے ہیں۔ یہ مرض خود سے شروع ہوتا ہے جو بڑے ہو کر وسیع چمکے رقعے بن جاتے ہیں۔ شرہ بالکل ابتدا ہی میں ایک غیر شفاف چمکے سے ڈھکا ہوا نظر آتا ہے اور اسکی جماعت میں کلائی پیدا ہونے کے ساتھ ہی یہ چمکے زیادہ موٹا ہو جاتا ہے، بالخصوص مکرز میں، اور سفید تقریقی شکل کا ہو جاتا ہے۔ یہ چمکے کاسیتقد مضبوطی کے ساتھ چمکا ہوا ہوتا ہے اور سرخ رقعے کے ساتھ ساتھ وسیع ہوتا جاتا ہے، چنانچہ اسکا سرخ رنگ اکثر صرف کور پر ہی نظر آ سکتا ہے۔ اگر اس چمکے کو نکال دیا جائے تو ایک چمکاؤثر نظر آنے والی مگر حقیقتہً خشک شوخ سرخ رنگ کی سطح باقی رہتی ہے، جسکا ایک مدد سے استمان کرنے پر متعدد زیادہ گہرے سرخ نقطے نظر آئیں گے جو بیش و محو جی ٹھینات ہیں۔ چکیتاں ابتداً گول یا بیضوی ہوتی ہیں اور بڑھ کر پانچ، ایک انچ یا زائد قطر کی ہو جاتی ہیں۔ پہلی چکیتوں کے پاس یا جسم کے دوسرے

حصول میں تازہ چکیتیاں نکل آتی ہیں۔ اگر ایک چکیتی بہت بڑی ہو جاتی ہے تو ممکن ہے کہ وہ مرکز میں مندرج ہو جائے اور اس طرح ایک حلقہ بنا دے۔ اس کے دوسری چکیتوں کے ساتھ پیوستہ ہو جانے سے قدیمی یا چکر دار اشکال پیدا ہو جائیں گی۔ ممکن ہے کہ یہ چکیتیاں اس قدر کافی طور پر پھیل جائیں کہ جسم کے بڑے رقبوں کو مسلسل طور پر ڈھانک لیں جسکی وجہ سے اس رقبہ کی اصلی شکل شناخت نہیں کیجا سکتی۔ ان مختلف درجوں کو ظاہر کرنے کے لئے جو مختلف قدیم نام تجویز کئے گئے تھے انکی منفعت اس سے کچھ زیادہ نہیں کہ یہ محض انکی صفات بیان کرتے ہیں، مثلاً منقط صید فیما (psoriasis punctata) قطرہ نامہ صید فیما (p. guttata) سکما نامہ صید فیما (p. nummularis) پیچیل نامہ صید فیما (p. circinata) چکر دار صید فیما (p. gyrata) منتشر صید فیما (p. diffusa) ہماگیر صید فیما (p. universalis)۔

گھٹنوں اور کہنیوں کے بعد انکے ہم پہلو ٹانگ اور پیش بازو کی باسط سلحشات سب سے زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتی ہیں، اور پھر راتیں، پشت، کمر، سینہ اور شکم۔ اور تمام مخلوق میں نہایت حیرتناک تشاکل دیکھنے میں آتا ہے۔ جلد الاس اور چہرہ عموماً اسی وقت ماؤف ہوتا ہے جبکہ ثوران کی مقدار وسیع طور پر پھیلا ہوا ہو، لیکن ہتھیلیاں اور نگوے اکثر محفوظ رہتے ہیں۔ کبھی کبھی ناخن بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ وہ مختلف طور پر تبدیل، غیر شفاف، موٹے، گرم سے دار، عرضاً فحوسے دار یا بہت موٹے اور بدرنگ ہو جاتے ہیں (صفحہ ۶۱، ص ۹۲۲)۔

چھلکوں کی مقدار مختلف مثالوں میں، یا اسی مریض میں مختلف زمانوں میں مختلف ہوتی ہے۔ مرا و پیدا نامہ صید فیما (p. rupioides) میں چھلکے چھوٹے مخروطی تودوں کی صورت میں جمع ہو جاتے ہیں، اس طرح کہ ہر تودہ ایک دائری قاعدے پر ہوتا ہے۔

یہ ثوران عموماً خشک ہوتا ہے، لیکن تعریجات میں تر ہو سکتا ہے خواہش ہو کہ لاسعات کے استعمال کی وجہ سے، اور سیلان الدہنی اشخاص میں چکیتیاں چربیلی

ہونے کا میلان رکھتی ہیں۔ کبھی تغیر پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم شدید نہیں ہوتی۔ اگرچہ اکثر بیان کیا جاتا ہے کہ صد فیصد بالکل تندرست اشخاص میں ہوتا ہے، لیکن یہ شاید ہی سچ ہوتا ہے یا کبھی سچ نہیں ہوتا۔

یہ مرض خود بخود پیدا ہو جاتا ہے، اکثر ابتدائی طفولیت میں، اور اگر علاج نہ کیا جائے تو بھی تین چار ماہ کے بعد رفع ہو جاتا ہے، اور پھر بالکل غیر یقینی وقفہ کے بعد مکرر ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات اسکی توالی سال میں دوبار ہوتی ہے (جسے اکثر نظہور و خفاء : spring and fall کے الفاظ سے ادا کرتے ہیں) یا ممکن ہے کہ برسوں کا وقفہ حامل ہو۔ دوسری اصابتوں میں غصہ یا ٹوران باقی رہتا ہے، اور اُس میں وقتاً فوقتاً توسیع ہوتی رہتی ہے۔ شفا پائی کے دوران میں چمکتیوں کے مقام کو لونیت کے وسیعے میرے کرتے ہیں، بالخصوص سنسٹیا کے استعمال کے بعد۔

اقسام - تعریجی قسم (flexural type) - اگرچہ صد فیصد جوارح کے باسط سطحات، بلند الاراس، اور ستری اور عمزی خٹوں کو خاص طور پر ماؤف کر دیا رجوان رکھتا ہے، بعض اوقات یہ تعریجات یا جلد کے قدرتی شکنوں میں حیرت انگیز طور پر محدود ہوتا ہے، مثلاً بین میرنی درز میں، جہاں یہ ”حکمت المبرز“ (pruritis ani) کا سبب ہو سکتا ہے، چدوں میں، زیر پستانی اور خشی کلکوں میں، اور میں اذینی فضائوں میں۔ یہ تعریجی تحیز بالعموم آخر ادھیڑ عمر میں بالخصوص فریہ اشخاص میں دیکھا جاتا ہے۔

داعا المفصلی صدفیلا (arthropathic psoriasis) - مرض کی ایک تہایت ہی شدید اور اکثر نہایت ہی دشوار علاج قسم وہ ہے جس میں اسکے ہمراہ متعدد التهاب مفاصل (multiple arthritis) پایا جاتا ہے۔ سریری طور پر اگرچہ التهاب مفاصل کی عام خصوصیات وہی ہوتی ہیں جو کہ التهاب مفاصل تشہی (arthritis deformans) کی عام قسم کی ہوتی ہیں، ہاتھوں اور پاؤں دونوں کے مٹھائی میں سلامی مقابل کی ماؤفیت خاص طور پر عام ہے، اور بالعموم ان مفصلی تغیرات کے ہمراہ ناخنوں کے صدفیہ کی ایک دردناک التهابی قسم پائی جاتی ہے۔

بڑے مفاصل کا متوقف استسقا (hydrarthrosis) بھی اس سے زیادہ کثیر الوقوع ہے کہ جتنا غیر صدیقی التهاب مفاصل میں (53)۔

چھپیدگیاں - (۱) عمومی تسلیخی التهاب جلد (general exfoliative dermatitis) یا ہمگیر صدفیہ - ایک عام احمرار جلد (سرتاپا)

موجود ہوتا ہے۔ چند مقامات مثلاً کہنوں اور گھٹنوں کو چھوڑ کر، باقی جگہ میز نقری جھلکے داری موقوف ہو جاتی ہے۔ جلد خشک ہی رہتی ہے۔ بال ایک اختلاف پذیر حد تک جھڑ جاتے ہیں، اور ناخن غلط اور شتوہ ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے ساتھ التهاب مفاصل جو نیسیراتی خاصاں معمولی صدفیہ کے ہی رہتے ہیں، اور یہ امر تسلیخی التهاب جلد کی اس قسم کو دوسری قسموں سے متفرق کرتا ہے۔ بعض مریضوں میں اس چھپیدگی کے متوالی حملے واقع ہوتے ہیں۔ عمومی حالت بالعموم صحتی رہتی ہے، اور کوئی شدید بیعتی اختلالات واقع نہیں ہوتے۔ بعض اوقات خارش اور لاسقات مثلاً کراسروبین (chrysaarobin) یا سگنولین (cignolin) کا غیر عاقلانہ استعمال اس تبیم کی نویابی کا سبب ہوتا ہے۔

(ب) صدفیہ کی ایک نہایت ہی شاذ چھپیدگی ایک ایسا تسلیخی التهاب جلد ہے، جس میں مصلی رساؤ اور مری ٹکونین قنائجی موجود ہوتی ہے۔ یہ ایک نبتی سببی عفونت الدم کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ یہ ترو اور قنائجی ثوران سرایت کے ممر کے دوران میں معمولی قسم کے خشک عمومی تسلیخی التهاب جلد میں تبدیل ہو جاسکتا ہے۔

بحث اسباب - جیسا کہ سیواٹی (Civatte) نے زور دیا ہے، صدفیہ اور سیلان الدہنی التهاب جلد کی صدیقی قسم (جو ایک دوسرے سے قریبی سروریاتی مشابہت رکھ سکتے ہیں) کے نیسیراتی خاصاں کے مقابلہ سے مترشح ہوتا ہے کہ اول الذکر کے اضرار التهابی تغذلات ہیں جو ایک معمولی تغلن سم یا حسر عضو سے جلد میں پیدا ہو جاتے ہیں، اور آخر الذکر کے اضرار ایک بیرونی خرد عضویتی سرایت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جیسا کہ حقیقت معلوم ہے غرض کا سوروی اور خاندانی رجحان غیر ملوک ہے (54)، لیکن مشاہدین اسکے

قواتر کے متعلق اختلاف رائے رکھتے ہیں۔ بہت کم نسب نامے شائع کئے گئے ہیں، لیکن ایک اعتدال پسندانہ تحقیق کے مطابق معلوم ہوتا ہے کہ یہ ۲۰-۳۰ فیصدی اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔ ایسی مثالیں عام ہیں کہ جن میں ایک صدیقی مریض کی ماں یا باپ میں پہلی مرتبہ آخر عمر میں صدیقی نمودار ہو گیا۔ مرد عورتوں کی یہ نسبت زیادہ اکثر مآخوف ہوتے ہیں۔ یورپ شمالی امریکہ میں تقریباً ۲:۳-۲:۵ اگرچہ صدیقیہ سب سے زیادہ عام طور پر بلوغ یا ریعان میں شروع ہوتا ہے تاہم یہ شیرخوار بچوں میں دیکھا جاسکتا ہے اور اسکا آغاز ادھیڑ یا آخر عمر تک تاخیر پذیر ہو سکتا ہے۔ عورتوں میں یہ بسا اوقات پہلی مرتبہ سن ایاس میں ظاہر ہوتا ہے، جبکہ یہ جلد کے قدرتی سکنتوں کو مآخوف کرنے کا خاص طور پر رجحان رکھتا ہے۔

مرض کا اصلی سبب نامعلوم ہے۔ جیسا کہ حال ہی میں رائے دی گئی ہے، ممکن ہے ایک نوعی قشہ کی سرایت کے باعث ہو، جسکی فعالیت سادہ غلہ کے قشہ کی فعالیت کی طرح، ایسے عوامل پر منحصر ہے جو مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ اسکے برعکس ممکن ہے یہ ایکزیمیا کی طرح ایک غیر نوعی جلدی تعامل ہو، جسکا رجحان فطری اور اکثر اوقات موروثی ہوتا ہے۔ ہمارے علم کی موجودہ حالت میں ہم صرف معلوم سرری حقائق کا اختصار پیش کر سکتے ہیں خاص طور پر مختلف محرک عوامل اور دیگر مرضی حالتوں سے اس مرض کے ابتلا کے بارے میں۔ اصابتوں کی ایک معتدبہ تعداد میں صدیقیہ اور حلق کی سرایت کے درمیان ایک صریح تعلق موجود ہوتا ہے۔ ایسا خاص طور پر اسوقت ہوتا ہے جبکہ یہ مرض پہلی مرتبہ بچپن میں نمودار ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ جسمانی التهاب لوزین یا قمری تپ کے ایک حملے کے بعد مادہ طور پر بطور ایکٹو ان کے نمودار ہو۔ التهاب لوزین کے مابعد حلوں کے ساتھ اسکے مزید اشتدادات پیدا ہوتے ہیں۔ چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ حادثاتی سببی سرایت ایک ابتدائی محرک عامل ہوتی ہے، یا جب ٹوران پہلے سے موجود ہو تو ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا حادثہ واقع کر سکتی ہے، لیکن دوسری سرائیں مثلاً ذات الریہ اور نپہ محرقہ، بالعموم

اسکو عارضی طور پر زائل کر دیتی ہیں۔ بالغوں میں بعض اوقات دانقوں، انفی جوفیل یا دوسری جگہ کی ماسکی بنتی کبھی سرایت اور صدفیہ کے درمیان ایک ظاہری علاقہ پایا جاتا ہے۔ اسکے برعکس اس مرض کی بہت سی امیجوں میں تحقیقات کرنے پر اسکی کوئی شہادت منکشف نہیں ہوتی۔ داء المفصلی صدفیہ میں ماسکی بنتی کبھی سرایت، یقیناً التهاب مفصل اور صدفیہ دونوں کی تسبیب میں ایک غالب عامل ہو سکتی ہے، جیسا کہ راقم الحروف کے مشاہدہ کردہ ایک مریض میں جیسے بے شمار مردہ دانت اسکا منہ تھے لیکن معلوم ہوتا ہے کہ ایسا سب امیجوں میں نہیں ہوتا۔ التهاب مفصل کے علاوہ، صدفیہ میں اکثر دوسرے زینتی ظوہر مثلاً التهاب لیفی (fibrositis) اور التهاب الاعصاب (neuritis) موجود ہوتے ہیں، چنانچہ درد کمر اور عرق النساء عام علامات ہوتے ہیں۔ وہ ٹوران جو کہ تقرن بلدوزاکی (keratoderma blennorrhagica) کے نام سے موسوم ہے، جو شاذ طور پر سوزاکی التهاب مفصل کی پیچیدگی کے طور پر دیکھا جاتا ہے، سریری اور نیسیجیاتی ہر دو طرح صدفیہ سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور یہ رائے دی گئی ہے کہ یہ صدفیہ کی ہی ایک قسم ہے، جسکا سوزاکی بنتی سرایت محرک سبب ہے (55)۔ بالآخر، صدفیہ میں کھولی حامل پر غور کرنا ضروری ہے۔ بعض امیجوں میں بلند بولی حرکتی بھاری یورینا جماؤ کے رجحان کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور خون میں یورک ایسڈ کی نمایاں زیادتی پائی جاتی ہے۔ مریض، جنہیں سے بہت سے کثرت شرا بخوری میں مبتلا ہوتے ہیں، بالعموم معتد بہ عملی کی شکایت کرتے ہیں۔ احتیاط کے ساتھ خذا دینے، انکھل سے اجتناب کرنے، اور قلوبی مالومات کے استعمال سے نمایاں اصلاح واقع ہو جاتی ہے، بلکہ ٹوران مکمل طور پر زائل ہو جاتا ہے۔ حال ہی میں یہ رائے دی گئی ہے (56) کہ صدفیہ زرد سلعیت (xanthomatosis) کی طرح، شحم کے ناقص تحول کی وجہ سے ہوتا ہے۔ برگر کا تحملی کا شفعہ (Burger's tolerance test) استعمال کرتے ہوئے یہ ادعا کیا گیا ہے کہ صدفیہ مریضوں میں کل مصلی شحم میں تقریباً ۱۰ فیصدی زیادتی پائی جاتی ہے

اور غذا میں شحم کو اقل مقدار تک گھٹا دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف نے اس طریقہ علاج کو کئی اصابتوں میں استعمال کیا ہے، جس سے بعض میں عمدہ نتائج اور دوسروں میں کامل ناکامی ہوئی ہے۔ مختصر یہ کہ صدفیہ نمویاب ہونے کا رجحان، اصابتوں کی معتد بہ تعداد میں موروثی اور خاندانی ہوتا ہے۔ مرض کا اصلی سبب خواہ کچھ ہی ہو (اگر یہ حقیقت میں نوعی تسبیب رکھتا ہے) اور جلد کا محض غیر نوعی تعامل نہیں ہے، جس کا مقابلہ ایکن یا یا شرنی سے کیا جائے اس میں شبہ نہیں کہ بعض اصابتوں میں حادث یا مزمن نوعی تسببی سرایت، اور بالخصوص التهاب لوزتین کا اس پر خراب اثر پڑتا ہے، اور التهاب مفاصل یا دوسری ریختی علامات، ثوران کے ہمراہ عام طور پر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشکیک نہایت نمایاں نسب جیاتی منظر قرینیت ہے، جمین فاتی طبقہ غائب ہو کر ناممل قرینیت واقع ہو جاتی ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنی غلیتوں میں اُنکے نوات باقی رہتے ہیں، اور قرنی غلیتے مرئی چھلکوں کی صورت میں مجتمع ہو جاتے ہیں، جو معمول کی نسبت زیادہ خشک ہوتے ہیں۔ یہ قرینیت (parakeratosis) بلاشبہ صدفیہ سے مخصوص نہیں، لیکن کسی دوسرے ثوران کی نسبت صدفیہ میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ مالفیجی شبکہ علییات کے درمیان بیش پروردہ ہو جاتا ہے (داء الشوکیہ) اور علییات طوالت یافتہ ہو جاتے ہیں۔ لیکن علییات کے اوپر وہ پتلا ہو جاتا ہے اور اُنھیں غلیتوں کی صورت میں قرینیت یافتہ قرنی طبقہ سے جدا کرتی ہیں۔ علیات اور جسم ملیبی کی قدر اُذیائی ہوتے ہیں، اور اُنکے عروق تسع ہوتے ہیں اور غلیتوں کی تھوڑی تعداد سے، خاص کر یک نواتی سپید غلیتوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ سیواٹی (Civatte) کی تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ صدفیہ میں اقلی ضرر کش الاشکال نواتی سپید غلیتوں کا ایک چھوٹا دروں بڑا دمی اجتماع (منرو سبور اؤڈکا "خروج" "micro-abscess" of Munro-Sabouraud) ہے۔ یہ حلیبی عروق سے اُکر، مالفیجی شبکہ میں سے گذر کر اُسکی بالائی تہوں میں جمع ہو جاتے ہیں، خراجوں کے بننے سے قرینیت کے طبعی عمل میں خلل واقع ہو جاتا ہے، یہ خراجات اور

وہ مایہی خلیے جکے درمیان وہ واقع ہیں، قریتیت یا فتنہ خلیتوں کے تودوں کی شکل میں اتر جاتے ہیں، جو چھلکے بناتے ہیں۔

تشنفیتیں۔ پیشتر اصابتوں میں اس میں غلطی نہیں ہو سکتی۔ ممکن ہے کہ خشک ایکسیریا کی چکیتیاں اس سے مشابہ ہوں، لیکن اُسکی کوریں ایسی تیز، اور چھلکے ایسے موٹے اور نفرتی نہیں ہوتے۔ مزید براں اگر سطح کو پلکے سے کھرچا جائے تو شبکہ مایہی سے مصل کے قطرے رستہ ہوئے نظر آئینگے۔ جلد الاراس کے صدفیہ میں چھلکے اکثر نمود ہوتے ہیں، اور حصفہ (impetigo) کی پڑیوں کی طرح نظر آتے ہیں، لیکن صدفیہ جلد الاراس سے آگے پھیل کر پیشانی اور گردن تک چلا جاتا ہے اور عموماً بدن کے دوسرے حصوں کا صدفیہ بھی ہوتا ہے جو عمیز ہوگا۔ مسخ حزازہ (lichen planus) اور مسخ تغیل (pityriasis rubra) کو انکے تذکرہ جاتا ہے۔ پس تیز کرنا چاہئے۔ پیچل اور سعفا (tinea circinata) کی چکیتیاں صدفیہ جی نظر آ سکتی ہیں، لیکن اُنکی مقعر تعداد، تشاکل کی غیر موجودگی، چھوٹے چھلکوں، اور اور فرد بینی امتحان کے نتائج سے اُنکی نوعیت ظاہر ہو جائیگی۔ احمراری ذنبہ (lupus erythematosus) چہرے پر اُسکے وقوع، جلد کی نسبت زیادہ دہانت، دہمی ڈاٹوں اور ندبات کی وجہ سے، اور چھلکے داسر آتشکی جلدی ثورانا (scaly syphilides) ضرر کی چوٹی جسامت، خفیف چھلکے داری، زیادہ جود رنگ، اور متلازم علامات کی وجہ سے شناخت ہوتے ہیں۔

ف علاج۔ مرض کے اسباب کے متعلق جو کچھ کہا گیا ہے، اس سے صاف ظاہر ہے کہ انفرادی اصابت میں اغلب محرک عوامل دیانت کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ اگر متوالی التھاپ لورین یا قرمزی بخار کی مرگزشت موجود ہو، اور لورین سرایت مردہ معلوم ہوتے ہوں، تو انکا انقاف قرین مصلحت ہے اور اسکے بعد خود زاد متقی سبھی جدیدین کا استعمال کرنا چاہئے۔ یہ کاربدائی بعض اوقات شفا بخش ہوتی ہے۔ سرایت کے دوسرے ممکنہ ماسکوں کی تلاش کرنی چاہئے، اور جب وہ موجود ہوں تو انکا تدارک کرنا چاہئے، اور مرض راعضویات کے لئے معافی نیا تیسر کی تحتیقات ہمیشہ مستحسن ہوتی ہے۔ کثیر الدم اشخاص میں

جنیں ثوران وسیع اور خراش پذیر ہونے کا اور عشاب یورینی جماؤ کے ساتھ
 بیش تر ششی اور مرکز ہوا کر جان رکھتا ہے، متحدہ یا فتنہ نظام غذا، الکھلی مشروبات
 سے قلعی پرہیز اور باقاعدہ ورزش، جسکے ساتھ قلعوی مالحات (مثلاً بیکرینڈ -
 mag. sulph. گرین ۱۵، سوڈیاٹی سلفیٹ sodii sulphate. : گرین ۱۵،
 سوڈیاٹی بائی کارب گرین ۲۵، ٹریسٹیم سٹریٹ گرین ۳۰، ایک منہ پپ
 تا بحید ایک اونس دن میں تین بار کھانے سے پہلے، پانی ملائے بغیر) سے جائیں
 بالعموم بہت اصلاح واقع کر دیتی۔ یہ کہا جاسکتا ہے کہ الکھلیوں میں تا وقتیکہ مریض کو
 پرہیز مجبور نہ کیا جاسکے، صد فیئہ ناما پذیر ہوتا ہے۔ ویتھ فیلڈ (Whitfield)
 نے یہ پایا ہے کہ اگر نمایاں ائمیکین بولیٹ (indicanuria) موجود ہو، تو کربو سٹ
 (creosote) کا داخلی استعمال شفا بخش ہوتا ہے۔ جہاں تک غذا کا تعلق ہے
 کوئی خاص قواعد مقرر نہیں کئے جاسکتے۔ فریہ اشخاص میں کاربوڈائیٹریٹ اور
 شحمیوں کی تحدید کر دینی چاہئے۔ ایک تقریباً نباتی حمیہ، اور پست شحم والی غذا
 جسکی گرتز (Grutz) نے سفارش کی ہے، بعض اوقات موثر ہوتی ہے۔ شدید
 اصابتوں میں بستر پر مکمل آرام قرین مصلحت ہے، بالخصوص اگر مریض عصبی
 خستگی میں مبتلا ہو۔

حاد حلوں کے لئے سیلین (salicin) یا سوڈیم سیلی سیلٹ
 (sodium salicylate) آزمائش کے قابل ہے، اور مزمن اصابتوں میں نکلیا
 [۳-۶ منم لائٹراسین کیلس (liquor arsenicalis) خوب ہٹکایا ہوا دن میں
 تین مرتبہ کھانے کے بعد] اپنی شہرت حق بجانب ثابت کرتی ہے۔ غدہ درقیہ جیسے
 کسی زمانہ میں تقریباً نوعی سمجھا جاتا تھا، صرف اسوقت مفید ہوتا ہے جبکہ ناقص ہوتے
 کے علامات موجود ہوں۔ گندھک کے مرکبات کے اثرات کسی وقت مقبول عام
 تھے، اور یقیناً یورینج (Uriage) میں، جہاں قدرتی گندھک کے پانی کا درون ہیدی
 اشراب کیا جاتا ہے، اور ہیروگیٹ (Harrogate) میں، علاج کا ایک نصاب
 بسا اوقات حیرت انگیز نتائج دیتا ہے۔ سیسبورائڈ (Sabouraud) نے اپنی سال
 (Encsol) (salicyl-arsenate of mercury) کے اثرات کی حمایت کی ہے

جو کہ مزاجہ سطح میں استقدر مفید ہے، اور فلزی مرکبات مثلاً سوئٹھنل (psuthanol) سلفر سٹنال (sulpharsenol) اور مرکولائیڈ (mercolloid) بعض اصابتوں میں نفع بخش ثابت ہوئے ہیں۔ بظاہر ان سے بھی زیادہ موثر سونے کے مرکبات ہیں، مثلاً سگنٹال بی اولیوسم (solganal B. oleosum) جس کے ذریعہ قلم الحروف کو حال میں بعض نمایاں نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ وہ طریقہ علاج جس کو ڈینیز (Danyek) نے رائج کیا ہے، جس میں براری عضویات سے تیار کردہ جسٹریجی مستحلیات (۵۰ سینٹی گریڈ پر ہلاک کردہ) کا اثراب بڑھتی ہوئی مقداروں میں تھوڑے تھوڑے وقفوں (۳ - ۵ دن) سے کیا جاتا ہے، کامیاب ثابت ہو سکتا ہے، لیکن بسا اوقات اس میں ناکامی ہوتی ہے سٹن (Sutton) نے عصیہ قولونی کی مذخوردین کے اثرات کا مشورہ دیا ہے، جس کے ساتھ زوردار مقامی علاج مزوج کیا جائے، اور اقم الحروف کے ہاتھوں میں یہ سونے کے مرکبات کے استعمال کے سوا باقی ہر طریقہ سے زیادہ معتبر طریقہ ثابت ہوا ہے۔

مقامی علاج۔ اگرچہ کرازیوین (chrysarobin) نہایت ہی فعال مقامی لاسقہ ہے، یہ نہایت ہی غراش آور ہے اور اس کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے۔ یہ قول سگنولین (eignolin) پر بھی صادق آتا ہے، جو موجودہ زمانہ میں اس کے بدل کے طور پر رائج ہے۔ آئیل آف کیڈ (oil of cade) اس کا کالم مار (Stockholm tar) اور کول ٹار (coal-tar) کم مرغت سے موثر ہوتے ہیں۔ ایک حالیہ طریقہ یہ ہے کہ رات کے وقت ایک خام کولٹار لٹی (pasta picis carbonis B.P.C.) لگائی جائے، اور دوسرے روز چپکتیوں کو مادہ روغشی روشنی سے مشع کیا جائے۔ انقالی اصابتوں میں عام استعمال کے لئے ایک صاف ستھرا لاسقہ، جس کے ہمراہ علاج کے مذکورہ بالا دوسرے طریقہ مزوج کئے جاسکتے ہیں، یہ ہے: نسخہ: لاکرپائس کاربونس بی (liq. picis carbonis B.P.) ۲ ڈرام، ہائیڈرارج ایون (Hydrarg. ammon.) ۵ - ۱۰ گرین، پیشازننگائی گوبی پی سی (pasta zinci co. B.P.C.) تا بمذ ایک اونس، جلد لاس کے لئے نسخہ: لاکرپائس کاربونس ۲ ڈرام، ہائیڈرارج ایون ۱۰ گرین

ایسڈائی سلیسیلیک (acidi salicylici) ہاگرن لینو لینا ٹی ۲ ڈرام، ویسٹمین الب
 تا بعد ایک اونس۔ اسکورات کے وقت خوب ملنا چاہئے، اور صبح کے وقت
 جلد اس کا تندرک کرنا چاہئے۔ غیر العلاج چکنتوں کے لئے لاشعاعوں کی کڑی
 معادیں عارضی طور پر مفید ہوتی ہیں، لیکن مریض کو ضرورت سے زیادہ کثیر الحلاکو
 کے خطرے سے متنبہ کر دینا چاہئے، کیونکہ مزمن صدقیتی مریضوں میں شعاعی التهابیہ
 (radio-dermatitis) کی بہت سی مثالیں دیکھنے میں آتی ہیں۔ اصابتوں کی
 اکثریت میں شمسی غسل مفید ہوتا ہے اور ممکن ہے ثوران کو کوئی ماہ تک مکمل طور پر
 زائل کر دے۔

جوارح کا قانچی صدقہ (pustular peoriasis of the

extremities)۔ یہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے کہ شاذ مثالوں میں صدقہ مری طور پر

قانچی ہو جاتا ہے، مثلاً شقی سبھی عفونت الدم کے ایتلاف میں۔ حال میں یہ ثابت
 کیا گیا ہے (57) کہ ہتھیلیوں اور ٹلوں کا ایک مزمن قانچی ثوران جسے قبل ازیں
 "خفیف قسم کے مسلسل جوارحی جلدی التهابیہ" (acrodermatitis continua

of mild type) کا نام دیا گیا تھا (58) حقیقت میں بہر حال بہت سی
 مثالوں میں قانچی صدقہ کی ایک محدود المقام قسم ہے۔ یہ ثوران ہتھیلیوں اور ٹلوں
 کو تشاکل طور پر موقوف کرنے کا رجحان رکھتا ہے، اور مقامات انتخاب ابھامی
 فرازات، اور ٹلوں کے مرکزی حصے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے یہ ایک جانبی یا
 غیر تشاکل طور پر واقع ہو، اور واحد چکنتیاں بھی پائی جاتی ہیں۔ اس کو سرخ شدہ
 چھلکے دار چکنتیاں میز کرتی ہیں، جنہیں دروں برادمی قانحات ہر وقت بنتے رہتے
 ہیں۔ یہ تنگ ہو کر مجبور سے کھڑکھڑاتے ہیں، جو بتدریج تسخ ہو جاتے ہیں۔
 کچھ مدت کی چکنتی میں سرری مناظر قانحات سے قطع نظر واضح طور پر صدقہ نما
 ہوتے ہیں بعض اوقات آبلے دیکھے جاتے ہیں جھکے یا فیہا تقریباً صاف ہوتے
 ہیں، اور ممکن ہے جلد کے ایک طبعی رقبہ میں بیرون افتادہ قانحات اکیلے اکیلے
 واقع ہوں۔ ایک قانح کی برافادہ قرنیہ میں تنگاف دیکر پیپ کو نکال دینے
 سے ایک دروں برادمی کہنہ متکشف ہوتا ہے۔ پیپ کی کاخت کرنے سے

ہمیشہ یہ پایا جاتا ہے کہ یہ مکمل طور پر عقیم ہے، حتیٰ کہ نبقہ ما عنبہ ۱۱ بیض کی نوآبادیاں معلوم ہونا بھی ایک استثنائی امر ہے۔ یہ ثوران تنہا واقع ہو سکتے ہیں بغیر اسکے کہ اسکے ساتھ دوسری جگہ معمولی صدفیہ کے اضرار ہوں، یا ممکن ہے ایسے اضرار اسکے ساتھ پائے جائیں، جنہیں سے بعض میں گاہے گاہے قاححات بھی پیدا ہو جائیں۔ بعض اوقات صدفیہ کی طویل المدت اصابتوں میں، میوز قاحکی قسم جوارح پر یکا یک نمودار ہو جاتی ہے (صفحہ ۶۲، الف)۔

بحث اسباب۔ راقم الحروف اور دوسروں کے مشاہدات سے معلوم ہوا ہے کہ اس حالت کی تسبیب میں، بنتی کبھی سرایت، بالخصوص لوزتین کی، اولیٰ اہمیت رکھتی ہے، اور بہت سی اصابتوں کی اطلاع دیتی ہے جنہیں لوزتین یا دوسرے سرایتی ماسکات کے مکمل استیصال کے بعد ثوران سرعت سے شغایاب ہو گیا ہے یا اس میں نمایاں اصلاح ہو گئی ہے، جو دوسری قسم کے علاج کی مدافعت کرنے کے لئے بدنام ہے۔ اگرچہ یہ بالعموم بالغوں میں واقع ہوتا ہے، تاہم یہ بچوں میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں میں مساوی طور پر عام ہے۔ ممکن ہے کہ جوارح کا ایک مائل قاحکی ثوران، جو کہ ماسکی عفونت کے باعث ہوتا ہے، صدفیہ سے علحدہ واقع ہو (59)۔ جب یہ یقینی ہو کہ یہ عین صدفیہ ہی ہے، تو معلوم ہوتا ہے کہ سرایت کے بنتی کبھی ماسک کی موجودگی، مرض کی قاحکی نوعیت کا باعث ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ لیسجیاتی امراضیاتی تغیرات، معمولی صدفیہ کے تغیرات سے مشابہ ہوتے ہیں۔ خاص اختلافات یہ ہیں: (۱) قاحکی نکون کے مقامات پر ادمہ کی کہیں زیادہ کثیف سپید خلوی درریش، جو کہ (جیسا کہ معمولی صدفیہ میں ہوتا ہے) خاص طور پر یک نواقی خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۲) زیادہ وسیع بروں خلویت کی وجہ سے شبکہ مائیفی کا زیادہ ٹکس، اور حقیقی معنوں میں خراج کی نکون۔ سپید علیات کے ساتھ تسلیع شدہ قرینتی تو وہ کی کثیف تر درریش، جیسا کہ توقع کی جاسکتی ہے۔ اسی سے بھروسے سے کھرنڈ بنتے ہیں جو خراج کے خشک ہونے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

حقیقت میں معلوم ہوتا ہے کہ قانچی صدقہ کے مرنی قاسحات، محض منو
سوراڈ (Munro-Sabouraud) کے خورد خراجات کی نہایت ہی مبالغہ آمیز
شکلیں ہیں۔

علاج۔ راقم الحروف کے تجربہ کے مطابق کامیاب علاج مزمن ہتھی سچی
سرایت کا ضیع دریافت کرنے پر منحصر ہے۔ ان امابتوں میں جنہیں کوئی معین معقول
ما سک دریافت نہیں ہو سکتا، مرض زانبات سببہ کے لئے خلق اور اجابتوں کا جڑی
امتحان کرنا چاہئے، اور اگر یہ پاسے جائیں تو ایک خود زاد جدرین دینی چاہئے۔ مقامی
طہر ایک لئی یا مرہم میں آسٹیل آف کیڈیا کو لٹا رہو، تجویز کرنا چاہئے۔ یہ ثوران
بالعموم لاشعا حول کی مداخلت کرتا ہے۔

احمرات جلد

(ERYTHRODERMIAS)

احمرات الجلد (erythrodermia) کی اصطلاح سے جلد کا ایک
کم و بیش عمومی التهاب مراد ہے، جسکے جتنے خاصائص سرخی، فلسیت اور
مواظبت کا جھان ہیں یہ ایک مصنوعی اصطلاح ہے، کیونکہ اسکے تحت ایسی متعدد حالتیں
جمع کر دی گئی ہیں جو اگر یکہ متذکرہ بالاسری خاصائص میں کرتی ہیں مگر اپنے اسباب کے
لحاظ سے بالکل جدا گانہ ہوتی ہیں۔ قابل غور امور یہ ہیں کہ (۱) سرخی در آسٹیل
الہتابی مبدار رکعتی ہے اور عموماً اسکے ساتھ دیارت ہوتی ہے، یا جلد تلی جو کہ باز
ہو جاتی ہے۔ (۲) فلسیت ایک اہم خاصہ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چھلکے چوٹے
چوٹے اور سفوف کی طرح ہوں یا اس قدر برے ہوں کہ حقیقی معنوں میں انکی چادروں
کی چادریں روزانہ اُترتی ہوں۔ (۳) یہ ثوران بڑے رقبوں کو موقوف کر دیا رجھان
رکتا ہے اور اکثر پوری جلد کو متاثر کر دیتا ہے۔ ممکن ہے ناخن اور بال اُتر جائیں
(۴) احمرات جلد کی اکثریت مزمن ہوتی ہے اور شدید قسمیں مرتے دم تک
قائم رہتی ہیں۔

ڈیریر (Darier) کی اختیار کردہ جماعت بندی سب سے زیادہ بہتر سمجھی جاتی ہے۔ اور وہ یہ ہے:- (۱) اولیٰ احمرارات جلد (primary erythrodermias) جو تندرست جلد پر نمودار ہوتے ہیں۔ (۲) احمرارات جلدی ادواء الجلد (erythrodermic dermatoses) جنہیں تذکرہ بالا احمراری فلسفانی ثورات میں سے کسی ایک کی تعیم کے باعث احمرار جلد پیدا ہو جاتا ہے۔ (۳) ثانوی احمرارات جلد (secondary erythrodermias) جنہیں احمرار جلد جو اکثر جھلک ہوتا ہے، کسی مابقی ثوران کی پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے۔ (۴) پیدائشی احمرار جلد (congenital erythrodermia) جو نولود میں ہوتا ہے۔

یہاں صرف اولیٰ احمرارات جلد کے بیان کی ضرورت ہے اور انکی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:-

الف - حاد اولیٰ احمرار جلد (acute primary erythrodermia) یہ قسم ایک سرریاتی ذات یعنی قمریہ تمامتوالی احمرار (erythema scarlatiniforme recurrens) پر مشتمل ہے، اور ستمی ثوران کی ایک شاذ شکل بھی ہے جو حساس شدہ اشخاص میں بعض ادویہ، بالخصوص پارہ، کونین، کلورل، بیلادونا، افیون اور پکڑک ایسڈ کے انجذاب سے پیدا ہو جاتی ہے۔

ب - تحت الحاد اولیٰ احمرار جلد (subacute primary erythrodermia) یہ مندرجہ بالا قسم کی محض ایک زیادہ مزمن اور خطرناک شکل ہے۔ یہ بالخصوص شرابیوں میں اور مزمن کلوی مرض والوں میں دیکھی جاتی ہے، اسکے ساتھ ترقی پذیر لاغری، اسہال اور تپ ہو سکتی ہے اور کثیر التعداد اصابتوں میں یہ جھلک ہوتی ہے۔ سالورسانی التهاب الجلد کو اسی عنوان کے تحت شامل کیا جاسکتا ہے۔

ج - مزمن اولیٰ احمرار جلد (chronic primary erythrodermia) (۱) سرخ تخیل (pityriasis rubra) (۲) پیش

فطریتی احمر اس جلد (premycosis erythrodermia)، (۳) بیض دھنی
احمر اس جلد (leukæmic erythrodermia)۔

سرخ تخیل

(pityriasis rubra)

اوپر جو کچھ بیان کیا گیا ہے اُس سے ظاہر ہے کہ عمومی تسلیخی التهاب جلد کا سرریہ یا قی علانیہ مختلف اسباب سے پیدا ہو سکتا ہے اور ایک زمانہ میں سرخ تخیل کی اصطلاح مزمن عمومی احمرار جلد کی تمام اصابتوں کے لئے بلا امتیاز استعمال کی جاتی تھی۔ لیکن بہتر یہ ہے کہ اُسے اُن اصابتوں کے گرد تک محدود رکھا جائے جنہیں احمرار جلد اقلی (یعنی جلد کے کسی مابقی مرض پر مستزاد نہوا ہو) اور مواظب ہوتا ہے اور جو اکثر ملک انجام رکھتی ہیں۔ اسکا سبب بالکل نامعلوم ہے اور بعد المات امتحانات سے سبب مرض پر کوئی روشنی نہیں پڑی۔ ایسی اصابتیں ہیبرا (Hebra) نے بیان کیں اور جڈاسون (Jadassohn) جس نے اٹھارہ جمع کیں بتلایا کہ ان کی بڑی تعداد تندن (tuberculosis) کی وجہ سے مرقاتی ہے۔ ایک اصابت میں جلد کی تراشوں میں تیشلی دہنے مع عفرتی خلیوں اور عصیات درنیکے پائے گئے۔ لیکن اغلب ہے کہ تدرتی سرایت اگر موجود ہو تو وہ احمرار جلد کا سبب نہیں ہوتی بلکہ اُس کے ساتھ ہر ماں طور پر موجود ہوتی ہے۔

علامت - یہ دوران احمراری رقبوں کی شکل میں شروع ہوتا ہے، جن کے ساتھ کوئی درریش نہیں ہوتی لیکن خفیف سی فلسیت ہوتی ہے اور یہ رقبے عموماً مقصلی تعریجات میں پائے جاتے ہیں۔ دوران پھیل کر کچھ عرصہ میں سارے بدن کی جلد کو موقوف کر دیتا ہے۔ یہ چھلکے چہرے پر تو چھوٹے ہوتے ہیں، گرد و عنبر اور جوارح پر زیادہ بڑے اور عاشیوں پر اکھڑے ہوئے ہوتے ہیں، اور اکثر اذنا بکثرت اترتے ہیں، چنانچہ مارا بستر خشک اور کاغذی گالوں سے بھر جاتا ہے، جنکی مقدار چوبیس گشتوں میں ایک یا دو پائٹ ہوتی ہے مصل کا ارتشاح نہیں

ہوتا، اور جلد خشک اور گرم محسوس ہوتی ہے، لیکن بعض اصابتوں میں تناؤ و قناعت بکثرت پینے آتے ہیں جنگی وجہ سے مریض عارضی طور پر خستہ اور در ماندہ رہ جاتا ہے۔ لیڈل عرصۂ تک موضوعی علامات عموماً خفیف ہوتی ہیں۔ مریض مردی کے احساس کی شکایت کرتے ہیں، اور لرزے کے دورے عام ہوتے ہیں، لیکن اشتہا اچھی بلکہ بعض اوقات بکثرت ہوتی ہے، اور تغذیہ اچھا قائم رہتا ہے۔ کسبلی خفیف بلکہ بالکل غیر موجود ہو سکتی ہے، لیکن بعض اوقات شدید اور فوجی ہوتی ہے جس سے بیخوابی ہو جاتی ہے۔ پیش تحت الطبعی ہونے کا امکان رکھتی ہے، لیکن خاتمہ کے قریب تب کے سلسلے عام ہوتے ہیں۔ کچھ زمانہ کے بعد جلد کی معینہ در ریش واقع ہوتی ہے، جسکی وجہ سے آزادانہ حرکت دشوار ہو جاتی ہے، جلد لالہ کے بال پتلے پڑ جاتے ہیں، رُغَب غائب ہو جاتا ہے، اور ناخن ماؤف ہو جاتے ہیں۔ چند ماہ تک ثوران قائم رہنے کے بعد جلد میں ثانوی صلابت اور بول پیدا ہو جاتا ہے۔ بر جلد پتلی پڑ جاتی ہے، اور ساری جلد سخت اور بے لچک محسوس ہوتی ہے، اور غلطی سطحوں اور مفصل پر تنگ کھینچ کر جمی ہوئی ہوتی ہے۔ آسکارنگ زیادہ سیاہ اور زیادہ کمبود ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے، اور زیادہ لونیت (خاص کر قد رتی شکنوں میں) دیکھی جاتی ہے۔ شاذ اصابتوں میں جلد کی رنگت میز طور پر نیلگوں بھری پڑ جاتی ہے، جو دوسری کسی حالت میں نہیں دیکھی جاتی۔ بتدریج مریض کی طاقت جواب دینا شروع کرتی ہے، وہ لاغر ہوتا جاتا ہے، اُسے پیچھے زیادہ آنے لگتے ہیں، ذہنی حالت ماؤف ہو جاتی ہے، جسکی وجہ سے وہ طفلانہ حرکات کا مرتکب اور اعتبارات کا شکار ہونے لگتا ہے، آلبیومین بولیت اور اسہال موجود ہو سکتے ہیں، اور ثانوی ساری پیچیدگیوں (خلوی التهاب: cellulitis، گہرے پھوٹس، شعبی التهاب: bronchitis، زیر کوی ذات الحریق: hypostatic pneumonia وغیرہ) سے مختلف درجہ کی حموی ہمیلبت پیدا ہو جاتی ہے۔ خاتمہ پر اکثر جلد اور مخاطی اغشیہ کے اندر نزفات دیکھنے میں آتے ہیں، اور ممکن ہے کہ فوق الکوی کیوں کے اندر اُنکا وقوع موت کا ظاہری سبب ہو۔

امراضیات۔ یہ امر تعجب خیز ہے کہ اس مبہم مرض کی بہت سی اصابتوں

میں عضوی مرض کی بعد المات شہادت کس قدر کم ملتی ہے۔ جڈاسون (Jadassohn) کا تجربہ کہ موت عموماً تدریج کی وجہ سے واقع ہوتی ہے بیان کیا گیا ہے، لیکن بعض میٹر اصابتوں میں فعال تمدن کے کوئی امارات نہیں پائے گئے۔ تراشش لینے پر جلد ابتدائی درجوں میں اوپری التهاب کے ساتھ قرطیت کے مظاہر ظاہر کرتی ہے۔ بعد کے درجوں میں ذبونی تغیر پایا جاتا ہے، علیماست اور بین علیبی رائدے مضموس ہو سکتے ہیں، لوشی دہنی جراثیم اور پسینہ کے خدرغائب ہونے کے ہوتے ہیں اور ذہن کوین یافتہ اتصالی بافت کا اندابی انقباض اور ساتھ ہی بالائی آدمہ کے اندر کون کا جماؤ موجود ہوتا ہے۔

پیش فطرتی احمرار جلد

(premycosie erythrodermia)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۱ ج ۱، صفحہ ۹۴۰)

948

متفطر فطرت (mycosis fungoides) کے میٹر سلعات کے ظہور سے پہلے جو مختلف مندرہ ثورات ظاہر ہو سکتے ہیں، وہ اُس مرض کے بیان میں پہلے ملے ہیں۔ انیس سے ایک احمرار جلد ہے، جو شدید کھجلی دار سرخ چمکتیوں کی طرح ششروع ہوتا ہے اور عمومی ہو جاتا ہے۔ جلد شوخ سرخ رنگ (حکلوٹما انسانی، "homme rouge") کی ہو جاتی ہے، اور تعویجات اور جوارح میں زیادہ کبود ہوتی ہے۔ سرخ تغیل کی نسبت تقشر بہت کم ہوتا ہے، اور چمکے نسبت چھوٹے ہوتے ہیں، اور کہیں کہیں تندرست جلد کے چھوٹے چھوٹے جویرے پائے جاتے ہیں جو گرد و پیش کی ملہتاب اور درختہ جلد کی سطح سے نیچے بیٹھے ہوئے نظر آتے ہیں۔ ناخن عموماً ماؤف نہیں ہوتے، بجز اس کے کہ وہ متواتر کھرینچنے سے فرسودہ اور چکدار ہو جاتے ہیں کھجلی شدید ہوتی ہے، اور عموماً سرخ تغیل کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ تحت الجلد یعنی غد کلائی یافتہ اور آسانی جس پذیر ہوتے ہیں۔ بالآخر، اکثر بہت سالوں کے بعد، متفطر فطرت کے گرہی سلعات پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ احمرار جلد

خود بخود غائب ہو کر بعد میں پھر نمودار ہو جائے، یا سلعات پیدا ہونے سے پہلے ہی ضعف کی وجہ سے یا ایک ہمزماں سرایت کے باعث موت واقع ہو جائے۔

پیش فطرتی احمرار جلد کے نسیجیاتی مناظر، ممتاز اور مخصوص ہوتے ہیں۔ کثیف درختگی، جولف آسا غلیظ پرشتل ہوتی ہے، علمی منطقہ میں واقع ہوتی ہے اور نیچے واضح طور پر محدود ہوتی ہے۔ کلیات چوڑے اور لمبے ہو جاتے ہیں۔ بین عکسی زائدے پتلے اور اکثر دو شاخہ ہوتے ہیں۔ قرنی نہ ہوتی اور کہیں کہیں قرمیتی ہو جاتی ہے۔ اور بائغی نہ میں جا بجا بائغی غلیظوں کے چھوٹے چھوٹے آشیانے پائے جاتے ہیں، جو متغیر فطرت کے لئے دالہ مرض ہیں۔

بیض دمویتی احمرار جلد

(leukæmic erythrodermia)

مرض با ممکن کی طرح بیض دمویت کے ساتھ بھی مختلف جلدی مظاہر نمودار ہو سکتے ہیں (60)۔ حاد بیض دمویت (acute leukaemia) میں، جولف آسا قسم کی نسبت عموماً زیادہ تربت آسا قسم کی ہوتی ہے، اضرار کی تقسیم (۱) بیض دمویتی سلعات اور (۲) مختلف الاقسام ادوار الجلد میں کی جا سکتی ہے۔ اگر لفظ مرض سے پرہیز یا بدرجہا زیادہ عام ہے، لیکن احمراری طغیات، بشور، آبلے، زنی پھسمولے اور احمرار الجلد بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ مزمن کتب آسا بیض دمویت (chronic myeloid leukaemia) میں جلد کے سلعات بہت شاذ ہوتے ہیں جلدی اور تحت الجلدی نزفات دیکھنے میں آتے ہیں، عموماً خاتمہ کے قریب اور حکہ بھی بیان کی گئی ہے۔ مزمن لطف آسا بیض دمویت (chronic lymphoid leukaemia) میں سلعات غیر عام نہیں ہوتے، اور ممکن ہے کہ سفید غلیظ کی کثرت کے وقوع سے پہلے ہی موجود ہوں، اگرچہ تفریقی شمار سے عموماً لطف غلیظ کی اضافی کثرت ظاہر ہوتی ہے۔ ان سلعات کے علاوہ دوسرے جلدی مظاہر بھی پائے جاتے ہیں، یعنی آڈرتی (Audry) اور گرمیس (Germea) کے بیض دمویتی ثورانات (leucemides)۔ یہ کثیر الاشکال ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ عموماً

عکہ ہوتی ہے۔ یہ شری کی شکل اختیار کرتے ہیں، جو ثوری یا آبل دار قسم کی ہو سکتی ہے، یا احمرارات کئی، جو سادہ یا آبل دار ہوتے ہیں اور کثیر الاشکال احمرار یا بلکہ شکل التهاب الجلد کی مشابہت پیدا کرتے ہیں، اور حنک (prurigo) کی جو مرض باجکتن کے حکاک سے مشابہ ہوتا ہے۔ اغلب ہے کہ ثوران کی یہ مختلف قسمیں، اور وہ احمرار الجلد جو آگے بیان کیا جائیگا، اُن سوموں کے باعث ہوں جو ٹوٹے پھوٹے لمفی خلیات میں سے رہا ہو جاتے ہیں۔

مبض دمویتی احمرار الجلد (leukæmic erythrodermia) نیا شاذ نہیں، اور اُسکی مختلف قسمیں شناخت کی گئی ہیں۔ چنانچہ بعض قسمیں نسبتہ حاد اور حموی ہیں، جو تحت الحاد اولی احمرارات جلد (subacute primary erythrodermias) کے گروہ سے متناظر ہیں۔ دوسری قسمیں دراصل مزمن ہوتی ہیں اور سرخ تغیل (pityriasis rubra) سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اور دوسری قسمیں جزئی ہوتی ہیں، اور صدفیہ (psoriasis) سے مشابہت رکھتی ہیں۔ سب سے زیادہ عام قسم سریریاتی لحاظ سے پیش فطریتی احمرار الجلد (premycosic erythrodermia) سے نہایت قریبی، مشابہت رکھتی ہے، لیکن اُس میں کبھی عموماً کم شدید ہوتی ہے۔ سیکویرا (Sequeira) اور پانٹن (Panton) نے اصابتوں کا ایک سلسلہ لمفی ناہضاتی احمرار الجلد (lymphoblastic erythrodermia) کے عنوان کے تحت بیان کیا ہے، جسکی تمیز خصوصیت سفید خلیوں کی متدل درجہ کی کثرت (فی کعب فی میٹر ۸۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰) اور ساتھ ہی چھوٹے لمفی خلیوں کی زیادتی (تقریباً ۵ فیصدی تک) ہے۔ لیکن کوئی وجہ نہیں معلوم ہوتی کہ ان صابتوں کو مبض دمویتی احمرار الجلد سے کیوں جدا کیا جائے۔ پیش فطریتی اور پین دمویتی احمرار الجلد کے درمیان تفریق تشخیص کرنے میں اُمور ذیل کو نوٹ کرنا چاہئے۔ (۱) تصویر خون۔ (۲) نسجیات، کیونکہ پیش فطریتی احمرار الجلد کی نسجیات تمیز اور مخصوص ہوتی ہیں۔ (۳) لاشعا عین مبض دمویتی احمرار الجلد پر بہت کم اثر رکھتی ہیں یا بے اثر ہوتی ہیں، لیکن متفطر فطریت پر اُنکا اثر نمایاں ہوتا ہے، اگرچہ عارضی ہوتا ہے۔

سرخ تخیل شعری

(pityriasis rubra pilaris)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۱، ص ۹۱۰)

شاید اس شاذ مرض کو صدفیہ (psoriasis) کے ساتھ بیان کرنا چاہئے، کیونکہ یہ اس کے ساتھ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ اقلی ضرر ایک نوکدار سرخ جرابی بشر ہو تا ہے، جس کے مرکز میں ایک ٹوٹا ہوا بال ہوتا ہے اور وہ ایک قرنی کالر سے گھرا ہوا ہوتا ہے جو جراب کے اندر گھسا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بشر جو ارج کے بالدار حصوں میں بہترین دکھائی دیتے ہیں، بالخصوص پیش بانو کی باسط سلحشات پر اور ہاتھ کی انگلیوں کے ٹہری حصوں پر۔ ان اقلی جرابی اضرار کے علاوہ بدن کے مختلف حصوں پر سرخ چھلکے دار چمکتیاں ظاہر ہوتی ہیں جو صدفیہ سے مشابہ ہوتی ہیں، اور پھیل جاتی ہیں یہاں تک کہ ایک عمومی احمرار بجلد نمودار ہو جاتا ہے۔ ہتھیلیاں، تلوے اور چہرہ بالخصوص ماؤف ہوتا ہے۔ مرض کا ارتقاء مختلف ہوتا ہے۔ آغاز عموماً وقعت ہوتا ہے اور توران بہ سرعت پھیل کر ساری جلد کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ احمرار بجلد کئی ماہ تک عمومی رہے اور پھر تدریجاً بجلد خائب ہو جائے اور جلد بالکل طبعی حالت پر آجائے۔ یا ممکن ہے کہ توران کا بیشتر حصہ صاف ہو جائے مگر بعض رقبے (عموماً ہتھیلیاں، تلوے اور چہرہ) بعض اوقات کئی سالوں تک ماؤف رہیں۔ دو ماہ تا ۶ مہینے اسی مریض میں ہو سکتے ہیں۔ عام صحت بہت کم متاثر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ آغاز مرض کے وقت اور مرض کے احمرار بجلدی درجہ کے دوران میں خفیف تب ہو جائے۔ جلد کے التهاب اور دانت سے حرارت اور سوزش کا احساس پیدا ہو جاتا ہے، اور ہتھیلیوں اور تلووں کے ترسکے سے اور اس شترہ خارجی (ectropion) سے جو چہرہ کی ماؤفیت سے پیدا ہو سکتا ہے، بہت تکلیف ہو جاتی ہے۔

مرضی تشریح۔ جرابوں کے قسمی حصوں کی بیش قرنیت واقع ہوتی ہے اور اس طرح ایسے مخروطوں کے ذریعہ انکا اصمام ہو جاتا ہے جنہیں ٹوٹے ہوئے یا مذلول

بال محصور ہوتے ہیں۔ صدفیہ کے برعکس، طبقہ ذرا قاتی باقی رہتا ہے اور بیش پرورد ہو جاتا ہے۔ مالمیجی شبکہ تپلا ہو جاتا ہے، یا خفیف سا دبڑ ہو جاتا ہے۔ جلیوں کے عروق محتلی ہو جاتے ہیں، اور خلوی در ریش سے گہر جاتے ہیں۔

سمکت اسباب - بہت سی مثالوں میں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔ راقم الحروف نے مرض کی چار ایسی مثالیں دیکھی ہیں جو ماں اور بچے میں واقع ہوئیں، اور ایک سے زیادہ پشت میں خاندان کے کئی ایک افراد ماؤف ہو سکتے ہیں (54)۔ تاہم یہ بیان لازماً صدفیہ کے متعلق بھی سچ ہے۔ اصلی سبب نامعلوم ہے۔ کوئی امر اس رائے کی تائید میں نہیں کہ یہ تدریجی اصل کا ہوتا ہے زیادہ اعلیٰ یہ ہے کہ اسکا سبب کوئی نامعلوم ساری عضویہ ہے۔

تفخیص - جرابی اضرار کو ایسی حالتوں مثلاً حزازہ شکاری اور حزازہ سطح کی جرابی قسم سے متفرق کرنا چاہئے۔ انہی عدم موجودگی میں، صدفیہ سے سرخ چھٹکے دار چکلیوں کی مشابہت قریبی ہوتی ہے، خاص طور پر اسلئے کہ وہ کہنیوں اور گھٹنوں پر واقع ہوتی ہیں۔ تاہم ہتھیلیوں اور ٹلوؤں کا جلد ماؤف ہونا سرخ تنخیل شعری کی ایک نمایاں خصوصیت ہے۔ مرض کی عمومی شکل، جس میں جرابی اضرار مفقود ہوتے ہیں، دوسرے احمرات جلد سے مشابہت ظاہر کرتی ہے۔

علاج - مقامی علاج صدفیہ کے علاج کے مثل ہے، سوائے اس کے کہ کرسس آرومین (chrysarobin) نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ شاید روغن کیڈ (oil of cade) سب سے زیادہ کارگر لاسقہ ہے۔ داخلی طور پر نکمیا (arsenic) کی بڑھتی ہوئی مقداروں کا اور درقیہ (thyroid) کا استعمال مفید معلوم ہوتا ہے، لیکن اکثر معلوم ہوتا ہے کہ مرض ایک معین عمر پر چلتا ہے، اور وہ بظاہر کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا۔ سونے کے مرکبات کے اثرات بعض اصابتوں میں بظاہر نفع بخش ہوتے ہیں۔

بٹوری ثورانات

(PAPULAR ERUPTIONS)

حزازہ (lichen) کی اصطلاح عموماً دراز سے ہر قسم کے بٹوری ثوران کو ظاہر کرنے کے لئے مستعمل ہے، مگر اب اسے عموماً دو امراض کے لئے محدود کر دیا گیا ہے، ایک موجودہ گردہ یعنی سرخ مسطح حزازہ (lichen ruber planus) یا مسطح حزازہ (lichen planus) کے تحت شامل ہے، اور دوسرا ایک لہنی جلدی ثوران ہے، جسے خنازیری حزازہ (lichen scrofulosorum) کہتے ہیں۔

مسطح حزازہ

(lichen planus)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۳، الف، صفحہ ۹۴۲ اور ۶۳، ب، صفحہ ۹۴۵)

مسطح حزازہ کا ابتدائی ضرر ایک بڑو ہے، جس کی چار قسمیں پائی جاتی ہیں۔

(۱) لکثیر الاضلاعی بٹور (polygonal papule) جلد کے قدرتی خطوط کے درمیان کی ایک فضا میں بنتا ہے، جو اس کے محدود بناتے ہیں اور اس کی شکل متعین کرتے ہیں (مقابلہ کرو حزازیت: lichenification)۔

(۲) منفرج بٹور (obtusate papule) نسبتہ بڑا، چمکدار، اور نیم شفاف نظر آتا ہے۔ اس کے مرکز میں ایک چھوٹا سا نشیب ہوتا ہے، (جس میں کبھی کبھی ایک قرفی ڈانٹ ہوتی ہے) جو اس عرقی غدہ کے منہ سے قناطر ہوتا ہے جس کے گرد وہ بنا ہے۔

(۳) مسطح بٹور (plane papule)، متذکرہ بالا اقسام کی طرح عام نہیں ہوتا، اور گرد و پیش کی جلد سے مشکل اوپر ابھرا ہوا ہوتا ہے۔

(۴) فولکلر اس جرابی بثر (follicular acuminate papule) میں 'جو سب سے کم عام ہوتا ہے' ایک قرنی شوک ہوتا ہے 'جو جرابی بیش قرنیت کی وجہ سے بنجاتا ہے۔ یہ جرابی اضرار جب پیدا ہوتے ہیں تو اُنکے ساتھ عموماً دوسرے بثور بھی موجود ہوتے ہیں' لیکن یہ تنہا بھی ہو سکتے ہیں 'اور غالباً بہت سی اساتیں' جکو شوکی حرازہ (lichen spinulosus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے نہ مثل جرابی مسلح حرازہ ہوتی ہیں۔

ان اساتوں کی اکثریت میں 'مکمل نمویافتہ ثوران بثر کی پہلی تین قسموں سے بنتا ہے' جو باہم فکر مختلف طرزوں کے رقعے اور شکلیں پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ ابتدائی بثور عموماً گلابی رنگ کے ہوتے ہیں 'چھوٹے سے خشک اور سخت محسوس ہوتے ہیں' اور 'فنی مسلح ایک مزید چمک دکھ رکھتی ہے۔ مکمل طور پر نمویافتہ بثرے اور ملتقی چکٹیوں میں ایک ارغوانی جھلک پیدا ہونے کا رجحان ہوتا ہے جو دائرہ مضرب سے اس سے بھی زیادہ والا مرض وہ دو درصیا سپید خطوط یا نقطے ہیں 'جنہیں خطوط و کہام (Wickham's striae) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ بالغ بثور کی سطح پر 'خواہ وہ تنہا ہوں یا متقی ہوں' ایک جال بنا دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ بثر جلد کی ذراتی نہ میں کیراٹو ہالین (keratohyalin) کی تاہم اور توزیع کے سبب سے بنجاتے ہیں اور اگر بثور کی سطح پر انیلین کے تیل (aniline oil) یا پانی سے اسفنج لگا کر قرنیہ کی شفافیت زیادہ کر دی جائے تو انھیں اور بھی زیادہ نمایاں کیا جاسکتا ہے۔ ملتقی چکٹیوں پر باریک منضم جھلکے دیکھے ہوئے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے بیش قرنیت استعد نمایاں ہو سکتی ہے کہ یہ ثوران بادی النظر میں صد فیصد سے مشابہ معلوم ہوتا ہے۔

کچھ مدت گزری ہوئی اساتوں میں عموماً بیش لونیت پائی جاتی ہے اور یہ بثور اور رقعے سیاہ ہو جاتے ہیں 'اور بعض اوقات ایک بھورے بازے سے محصور ہوتے ہیں۔ مسلح حرازہ اور برص (vitiligo) کا ایک ساتھ موجود ہونا بھی مشاہد نہیں۔ اضرار کے انحلال کے بعد اُنکے سابقہ مقامات پر لونیت کے نشان رجھاتے ہیں 'جو جراحی اسفل پر سب سے زیادہ شدید ہوتی ہے' اور سنگسلیا ملی ہوئی دواؤں کے

استعمال سے بلاشبہ زیادہ ہو جاتی ہے۔

سطح حنا زہ کے مقامات انتخاب کلائیوں اور پیشین زروں کی اچلی سطحیں رانوں کی اندرونی سطحیں گمشدوں سے مین اوپر اور ٹانگیں ہیں، لیکن اکثر یہ ٹورن عام طور پر پھیلا ہوا اور بعض اوقات جوارح کی نسبت دھڑ پر زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہتھیلیوں اور ٹلوں پر قرفی تہ کی دیانت کی وجہ سے اسکے مناظر مغالطہ دہ ہوتے ہیں۔ شور بیش قرفی ہوتے ہیں اور بادی النظر میں آبلوں سے مشابہ ہوتے ہیں۔ اُنہی قرفی پوشش کے اتر جانے سے ایک گرم سے دار حالت پیدا ہو جاتی ہے جسکا مقابلہ اُس حالت سے کیا جاسکتا ہے جو منٹوکس (Mantoux) کی نقطہ قرن جلدیت (punctate keratoderma) 'مرض ایزر' (Darier's disease) اور ریم الفاری قرفیت (arsenical keratosis) میں دیکھی جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات سرج چمکے دار چکیتیاں بلکہ ایک نثر قرن جلدیت پائی جاتی ہے۔ سطح حنا زہ اگرچہ چہرے پر شاذ ہوتا ہے، لیکن وہ جلد اراس پر اتنا شاذ نہیں جتنا کہ عموماً خیال کیا جاتا ہے۔ وہ اکثر غلطی سے محدود المقام حکاک (circumscribed prurigo) یا حنا زیت یافتہ سیلان الدہنی التهاب جلد (lichenified seborrhoeic dermatitis) سمجھ لیا جاتا ہے۔ وہ خشک سطح مرتفع بنا آتا ہے، جسکی کوریں اضع اور سیدی صی ڈمال کی ہوتی ہیں، اور غور سے دیکھنے پر ارغوانی جھلک اور سپید خطوط ظاہر ہوتے۔ لیکن بعض اوقات اسکی چکیتیاں ذبولی ہوتی ہیں اور بال تلف ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کے ساتھ عموماً بدن پر ایک جرابی ٹوران ہوتا ہے۔

موضوعی علامات شخص مائوف کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ کبھی شدید اور مسلسل ہو جس سے مریض حیران و پریشان ہو جائے۔ زیادہ عام طور پر کبھی معتدل درجہ کی اور توبتی ہوتی ہے اور حکاکات کی طرح رات کے وقت اُسکا خاص طور پر زور ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ خفیف یا بالکل غائب ہوتی ہے۔ کبھی کبھی مریضوں کو کبھی سے زیادہ خراش کی شکایت ہوتی ہے۔ اُسوقت بھی جبکہ عک شدید ہو ممکن ہے کہ کھر پنچنے کی شہادت بہت کم ہو یا بالکل نہ ہو لیکن بعض اصابتوں میں اتالی ٹوران پر حنا زیت مستزاد ہو کر اُسے چمپا دیتی ہے۔

کبھی کبھی سطح حزازہ مخاطی اغشیہ کو ماؤف کر دیتا ہے، خاص کر منہ کی مخاطی جہلی کو جس پر وہ تقریباً نصف اصابتوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ مخاطی اغشیہ تنہا ماؤف ہو سکتی ہیں یا جلدی اضرار کے ظہور سے پہلے ماؤف ہو سکتی ہیں، اور منہ کے اندر یہ ثوران اکثر جلد کا ثوران صاف ہونے کے بعد عرصہ دراز تک قائم رہتا ہے۔ فحی مخاطی جہلی پر مقامات انتخاب گالوں کی اندرونی سطحیں، اوپر اور نیچے کے دانتوں کے مقام اتصال کے مقابل ہیں۔ یہ اضرار دودھیا سپید رنگ کے دھبے ہوتے ہیں، جو اکثر ایک جال یا حلقے بنا لیتے ہیں۔ سپید رنگ میں ایک مخصوص اور میزطرز کی نیلا ہٹ ہوتی ہو اور وہ بیاضی سطحیت (leucoplakia) کے رنگ کی نسبت زیادہ دودھیا ہوتا ہے۔ ممکن ہے اوپری تا کل موجود ہو، چنانچہ گہری شرح چکیتاں جو اکثر تکلیف کا باعث ہوتی ہیں، ایک نیلے سے سپید جال سے محصور نظر آتی ہیں۔ زبان پر بھی مختلف جسامت کی چکیتاں یا اسی طرح کا جال ہوتا ہے، اور وہ بھی نیلیوں سپید رنگ نظر آتا ہے۔ یہ اضرار زبان کی پشت یا اطراف کو ماؤف کر سکتے ہیں۔ زیادہ شاذ حالتوں میں ثوران وسیع ہوتا ہے اور نہ صرف گالوں اور زبان کو بلکہ تالو اور لبوں کو (آئینے شکر فی کناروں اور اندرونی سطحوں پر) اور دھواں بلکہ لوزین تک کو ماؤف کر دیتا ہے۔ فراہم پر بھی یہ چکیتاں دودھیا سپید ہوتی ہیں، لیکن حشفہ قضیب پر کے ثور زیادہ اکثر جلد پر کے ثور سے مشابہ ہوتے ہیں اور عام طور پر حلقہ دار شکلیں بناتے ہیں۔ مبرز اور مستقیم بھی ماؤف ہو سکتے ہیں۔

مخاطی اغشیہ کے سطح حزازہ کے لیے حیاتی تغیرات بعینہ جلدی اضرار کے فی حیاتی تغیرات کے مقابلے کے ہوتے ہیں۔ تشخیص اہم چیز ہے، کیونکہ خدسی سطح حزازہ کو اکثر مخاطی سے بیاضی سطحیت (leucoplakia)، ثالثی التهاب اللسان (tertiary glossitis)، یا مخاطی چکیتاں سمجھ لیا جاتا ہے۔ بیاضی سطحیت کا رنگ مختلف ہوتا ہے، اسیں فحی حزازہ جیسی نیلیوں جھلک نہیں پائی جاتی، اور وہ دودھیا کی نسبت زیادہ تر چمکا اور بے چمک دمک والا ہوتا ہے۔ مزید برآں چکیتوں کی سطح پر باریک تھلک نظر آتا ہے۔ خدی مخاطی جہلی کو ماؤف کرنے والا

احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) بھی غیر عام نہیں (تقریباً ۳۰ فی صدی اصابتیں)۔ یہ لمبوں (عموماً نیچے کے لب) کے آزاد کنارے اور اندرونی سطح پر اور گالوں پر جوتا ہے، جہاں ممکن ہے کہ وہ مسطح حزازہ کے ساتھ غلط ملط کر دیا جائے۔ لیکن یہ سپید چکلتیاں ایک چمکدار سرخ قاعدہ اور ارغوانی مائل تنقظ رکھتی ہیں، اور اکثر انہیں جزئی ذبول پایا جاتا ہے۔ زبان اور نالو بھی موقوف ہو سکتے ہیں۔

اقسام - تشخیص کے لحاظ سے مسطح حزازہ بالعموم ایک ترین ثوران ہے، اور یہ ابتدائی ثور کی نہایت صاف اور واضح تصویر، سپید خطوط، اور منہ کے میسر اضرار کے باعث ہے۔ اس کے برعکس اس مرض کی بعض بیقاعدہ اور غیر معمولی شکلیں بھی ہیں جن سے ذرا دیر کے لئے ایک ماہر کو بھی متا ہو سکتا ہے۔ اہم ترین اقسام میں سے سب ذیل ہیں:-

(۱) حلقہ دار قسم (حلقہ دار حزازہ: lichen annulatus)۔

ثور حلقوں کی صورت میں گروہ بند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، جھکا قطر ۶ تا ۱۰ ملی میٹر اور مرکز لون دار ہوتا ہے۔ زیادہ شاذ طور پر یہ حلقہ ایک تنہا بثرہ کی مچھلی تو وسیع اور مرکزی عکس سے بن سکتا ہے۔ یہ حلقہ دار قسم عام ہے اور یہ حلقہ خاص کر کلائیوں اور پیش بازوؤں، کوکھوں اور حشفہ قضیب پر دیکھے جاتے ہیں۔

(۲) چکر دار قسم (gyrate form) (حاشیہ دار یا دبیب

حزازہ: lichen marginalis seu serpiginosus) جس میں ثور مرکز گریز (erythema annulare centrifugum) رخ میں پھیل کر حلقہ دار مرکز گریز احمرار کی شکلوں سے ملتی جلتی شکلیں پیدا کر دیتے ہیں۔

(۳) مخیط حزازہ (lichen striatus) کا نام ثور کی ان میز

قطاروں کو دیا گیا ہے جو کھربچوں کے نشانوں کے برابر برابر پیدا ہو جاتی ہیں۔

(۴) خطی حزازہ (lichen linearis)۔ اضرار لمبے تنگ بند بناتی

ہیں، جو کسی عصب، مثلاً نسائیہ صفیر، داخلی جلدی یا زندی کے ممر کا تعاقب کرتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں، یا جو بالکل سیدھے اور بظاہر کسی عصب کی تفرع سے بے علاقہ ہو سکتے ہیں۔ ان اصابتوں کا مقابلہ ان اصابتوں سے کیا جاسکتا

ہے جنہیں مسطح حزازہ منطقہ نامطریقہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جسکی توزیع بعینہ منطقی نما (herpes zoster) کی توزیع سے متناظر ہوتی ہے۔

(۵) نوکدار حزازہ (lichen acuminatus) - یہ قسم مسطح حزازہ کی جرابی شکل ہے جسکا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ جب یہ نوکدار جرابی اضرار مسطح بثور کے ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں تو مسطح شعری حزازہ (lichen planopilaeis) کی قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ تازہ مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ نام نہاد شویکی حزازہ (lichen spinulosus) کی بہت سی اصابتیں دراصل مسطح حزازہ کی جرابی شکل ہیں۔ مزید برآں کئی مثالوں میں "شویکی حزازہ" جلد الراس کے گہنے ذہولی رقبوں کے ساتھ دیکھا گیا ہے، اور سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا یہ آخر الذکر ذہولی مسطح حزازہ (atrophic lichen planus) تو نہیں ہیں، اور آیا وہ حالت بھی جسے قرعہ کاذب (pseudo pelade) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے بعض مثالوں میں بولی مسطح حزازہ تو نہیں ہے جو جلد الراس تک محدود ہے۔

(۶) حزازہ قرنی بدیش پیرا وراثی یا حزازہ بدیشی (lichen

corneus hypertrophicus seu lichen verrucosus) - اس قسم میں ایسے ہوئے ٹولولی رقبے بنتے ہیں، عموماً ٹانگوں پر خصوصاً جبکہ وہ دوقالی دار ہوں۔ یہ جملہ ہوسکتے ہیں، لیکن عموماً گردہوں میں بلکہ انتفاقی ہوتے ہیں۔ یہ سرخی مائل سے لیکر ارغوانی بھوسے رنگ تک کے ہوسکتے ہیں، اور انکی سطح قرنی جرابی ڈانٹوں سے پٹی ہوتی، یا جب یہ گر جاتی ہیں تو گڑھے دار ہوتی ہے۔ مسطح حزازہ کی اس بیش پرورشی قسم کو نام نہاد حزازہ منفرج قرنی (lichen obtusus corneus) کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے، جو دراصل گر کی حکاک (prurigo nodularis) ہے (جو ملاحظہ ہو)۔

(۷) مسطح ذہولی یا اصلا بتی حزازہ (lichen planus

atrophicus seu sclerosus) نہایت شاذ ہے۔ اسکا حمیزہ خمر ایک قسمی دانت جیسا (علاج نما) سپید شرہ ہوتا ہے، جو چھونے سے سخت معلوم ہوتا ہے، اور عموماً نہ تو اٹھا ہوا اور نہ نشیب دار ہوتا ہے۔ سطح پر سیاہ قرنی ڈانٹیں مل سکتی ہیں

جو شعری دہنی جرابوں یا عرقی قناتوں کے دھنوں میں ہو سکتی ہیں، یا ایسے گڑھے ہوتے ہیں جو انکے سابقہ مقاموں کا نشان ہیں نیسیجیاتی طور پر جلد اور اندر کی درریش کے درمیان صلابت کا ایک بند لٹتا ہے۔ یہ ذہولی مسطح حرازہ بلاشبہ نام نہاد تپید و صبتوں کے مرض ("white-spot disease") کی ایک شکل ہے جسکی دوسری شکل قشعہ قطراتی (guttate morphea) ہے۔

۱) یہ پھیپھولے دار حرازہ (lichen planus bullosus) - یہ نہا شاذ قسم ہے۔ اس میں پھیپھولے جلد اور غلیظی کے درمیان بنتے ہیں بعض اوقات میں معلوم ہوتا ہے کہ یہ سنگسایا آمیز دواؤں کے استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ (۹) بالآخر ایک قسم ایسی بیان کی جا سکتی ہے جس میں احمراری کم و بیش عیضی چکیتوں کا حادثہ ان بالخصوص دھریہ نمودار ہو جاتا ہے، جو اپنے ابتدائی درجوں میں گلابی تلفیل (pityriasis rosea) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ صرف اُس وقت جبکہ یہ ثوران چند روز تک موجود رہا ہو، ان چکیتوں میں میتر حرازی ثور نمودار ہوتے ہیں۔

۲) سخت اسباب - مسطح حرازہ کا سبب نامعلوم ہے۔ یہ تقریباً یقینی ہے کہ منطقی تمل (herpes zoster) کی طرح، اسکے اصلی اضرار ساری مبداء کے ہوتے ہیں، اور بعض عصبی ریشوں کے ماؤف ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ منطقی تمل کی طرح مسطح حرازہ کا حل بھی نامیاتی سم الفاری مرکبات کے اثرات سے، اور شاید سمیتھ اور ملائی تجہیزات سے واقع ہو جاتا ہے۔ راقم الحروف کی مشاہدہ کردہ ایک برص (vitiligo) کی اصابت میں، ثور سیمنو بیلان (novarsenobillon) کے اثرات کے ایک نصاب کے دوران میں مسطح حرازہ کا ثوران بالکل منطقی شکل تو نرایع کے ساتھ رونما ہو کر تقریباً تین ہفتوں میں فروغ و بوج غائب ہو گیا۔ مزید برآں نام نہاد خطی مسطح حرازہ (linear lichen planus) کی بعض اصابتوں میں ثوران کسی جلدی عصب (مثلاً اندرونی جلدی اور ترمی نسانیہ صغیر، یا تنخانی الوی، اور ابغی اعصاب) کے مرکز قریبی تعاقب کرتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ثوران کی توزیع ایک فلکی مجموعہ (segmental)

(navus) کی توزیع کے مقابلہ کی ہوتی ہے۔ عمود الفقرات پر لاشعاعوں کے لگنے کا غیر مشکوک علاجی اثر اِخاص کر اسوقت جبکہ یہ شعاعیں عقیقی نہری اور قطنی عجزی خطوں پر لگائی جائیں (معنی نیز ہے) اور یہ امر ذہنی سے خالی نہیں کہ بعض امابتوں میں ممکن ہے کہ اس طریقہ علاج سے ٹوران کا حادث عمومی حملہ واقع ہو جائے۔ وغیرہ قطنی کے ذریعہ دماغی نغاعی ستیال کے کئی مکعب سم غابج کر دینے سے بعض اوقات جو مفید اثر مشاہدے میں آیا ہے، اُسکی توجیہ اسکے سوائے بمشکل کچھ اور کیجا سکتی ہے کہ اس سے عصبی نظام پر کوئی مبہم اثر مرتب ہوتا ہے۔

بعض امابتوں میں صدمہ، فکر و پریشانی، اور بچ کا اثر صریح ہوتا ہے لیکن یہ ٹوران تندرست اور خوش و خرم اشخاص میں اور چھوٹے بچوں میں بھی ہو سکتا ہے۔

مرضی شریح - مسلط حزن اخلا میں الہابی عمل ایک پسینہ کی قنات کے گرد آدمہ کے بالائی حصے میں شروع ہوتا ہے۔ اتصالی بافت کے غلیتوں کی کثیف بالیدگی پائی جاتی ہے، اور بعضوں کا خیال ہے کہ یہ غلیتے اریکی سلنی قسم کے ہوتے ہیں۔ اسکے بعد مغاطی طبقہ کے غلیتوں میں زیادتی اور ترقی کی دبارت واقع ہو جاتی ہے۔ ایلائڈین (eleidine) کی بیقاعدہ دبارت ہوتی ہے، جسکے سبب سے تذکرہ بالا سپید خطوط کا منظر پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج - شدید عمومی امابتوں میں اور اُن مرینوں میں جو عصبی حسنگلی میں مبتلا ہوں، چند ہفتوں تک بستر میں کامل سکون و آرام کی ہدایت کرنی چاہئے۔ سنگھیا کا بڑستی ہوتی معتادوں میں براہ دہن استعمال بجا طور پر ناپسندیدہ سمجھا گیا ہے۔ پارہ، لاکر، انڈر جرائی، پرکلورائیڈ کی شکل میں زیادہ کارگر معلوم ہوتا ہے، اور عموماً اُسکی برداشت اچھی ہوتی ہے۔ سنگھیا کی نامیاتی تجہیزات (organic arsenical preparations) [نوارسینومیلان، آئسٹیل آرسن = acetylarsan، سکونین = soamin، وغیرہ] کے اشربات، یا سنگھیا اور پارہ کے مرکبات، مثلاً اینجی عمل (enesol) (salicylarsenate of mercury) کے اشربات اپنے اثر میں نسبت بہت زیادہ یقینی ہیں۔ نوارسینومیلان کو ویدی راہ سے ۳-۵ تا ۶ گرام کی

معتادوں میں ایک تا تین ہفتوں کے وقفوں سے دیکھتے ہیں لیکن اس سے کبھی کبھی ثوران کو وسیع طور پر پھیل جاتا ہے اور کسمندی زیادہ ہوتی ہے۔ اپنی ہولی کا دروا محضلی اشراب ۲ تا ۴ گلب سمر کی معتادوں میں ۳ تا ۵ دنوں کے وقفوں کیا جا سکتا ہے۔ بنقس معتادوں میں معزنا ۲ تا ۳ اونس ملکو کو زیادہ دن استعمال کرنے سے نظام ان غزاتی مرکبات سخی ترکم ہو جاتا ہے۔ اب براعظم (یورپ) پر محمود شوکی کی تشعیج کا بہت رواج ہے۔ ایہ یا تو عمیق مقطر شعاعوں کے ذریعہ عمل میں لائی جاتی ہے، جنکو ترچے رخ میں عصبی جڑوں پر عمل کرنے کی غرض سے لگایا جاتا ہے (Hufschmidt and Pautrier) یا غیر مقطر شعاعوں (non-filtered rays) کے ذریعہ جو 5H کی معتادوں میں عنقی نظری اور قلعنی عجزی خطوں پر مشار کی کو متاثر کرنے کے خیال سے لگائی جاتی ہیں (Gouin)۔ یہ دونوں طریقے بھی آرسینو بنزال کے اشرا بات کی طرح، ثوران کا عارضی مادہ عمل پیدا کر سکتے ہیں، اور اگرچہ یہ بعض اصابتوں میں حیرتناک طور پر کامیاب ہوتے ہیں تاہم ممکن ہے بالکل ناکام رہیں۔

عمومی اصابتوں میں جنہیں شدید کھلی ہو، وغیرہ قلعنی سفید ہوتا ہے، جسکے ذریعہ، جیسا کہ تھیبیرج (Thibierge) اور راوٹ (Ravaut) نے بتلایا ہے، ۲ تا ۴ گلب سمر و معنی سخاعی سیال نکال دینا چاہئے۔ عک پر عموماً اسکا تقریباً فوری اثر ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں معلوم ہوتا ہے کہ ثوران اس سے غائب ہو جاتا ہے۔ خاطر خواہ نتیجہ حاصل کرنے کے لئے ممکن ہے کہ دویا زائد و خزا است چند دنوں کے وقفے سے کرنے پڑیں۔

مقامی علاج۔ مادہ وسیع ثوران والے مریضوں میں تسکین بخش دافع عکد لاسقات استعمال کرنے چاہئیں۔ روزانہ مار کا غسل (tar bath) لینا چاہئے، اور اسکے بعد غسل کلامائن (calamine lotion) آزادانہ طور پر لگانا چاہئے، جس میں لاگرو پریس کاربونس (liq. picis carbonis) اور فینول (phenol) شامل ہوئے ہیں۔ کم مادہ اصابتوں میں ایک زبدہ، مرہم یا لٹی، جیسٹار فینول اور پوٹاشیڈ مرکری شامل ہو، مفید ہے۔ اٹا (Unga) کے مشہور مرہم میں اجزائے ذیل ہوتے ہیں۔ مرکھو رکھ کلورائیڈ ۲ تا ۲۰ گرین، فینول ۵ تا ۲۰ گرین، زنک آکسائیڈ ایک اونس، اسپس

پرکلورائیڈ اور فینول کی مقدار پگھلیوں کی وسعت اور دبازت کے لحاظ سے زیادہ دہری جاتی ہے۔ مزمن پگھلیوں کے لئے تیز مار کی پھیری یا کلوروٹین یا ایک پسترس میں پرکلورائیڈ، فینول، اور سیلی سلک ایسڈ موجود ہوں، کنبھی میں تخفیف کا باعث ہوتے ہیں، اور ممکن ہے انحلال میں مدد ہوں۔ بیش پرورشی مسطح حرازدہ کے غیر العلاج مزمن رقبوں کے علاج کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ لاشعاغوں کی ایک پوری رفاقی مقدار دیجائے، غیظ نما نطول (filiform douche) کا استعمال کیا جائے، یا کاربن ڈائی آکسائیڈ سنو (carbon-dioxide snow) سے بار بار انجماد کیا جائے۔

یہ ثوران جلد کی نسبت خدی مخاطی جلی پر بہت زیادہ غیر العلاج ہوتا ہے، لیکن سنگھیا کے نامیاتی مرکبات کے اثرات، اور بقول آندری بالخصوص ایسیٹل آرسان (acetylarsan) کے اثرات، سے اثر پذیر ہو سکتا ہے غیر العلاج اصابتوں میں شعاعی علاج کی جوگتدی پر لگایا جائے، اور ریڈیئم کے ذریعہ مقامی علاج کی سفارش کی گئی ہے۔

حرازدہ لامعہ

(lichen nitidus)

سنہ ۱۸۵۰ء میں پہلے پہل اس ثوران کو ایک جداگانہ سریری ذات کی حیثیت سے تسلیم کیا گیا۔ اس کے بعد سے اس کی متعدد اصابتیں بیان کی گئی ہیں، اور راقم الحروف (61) نے اس کے متعلق ادب کے تبصرہ میں اس رائے کی تصدیق کی ہے کہ حرازدہ لامعہ، مسطح حرازدہ کی محض ایک غیر تمثیلی قسم ہے جس کے نیچیااتی خصائص مخصوص طرز کے ہوتے ہیں مگر اسباب وہی ہیں۔

علامتہ حرازدہ لامعہ کا ابتدائی ضرر ایک دقیق بثرہ ہوتا ہے، جو ایک کم و بیش واضح الحدوداریکی سطح سے بنتا ہے، اور عموماً برجلد سے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ ثور عموماً ایک بڑی الین کے سر سے زیادہ بڑے نہیں ہوتے، اور شکل میں چبڑے، مخروطی یا کروی، اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ مختلف اصابتوں میں انکا رنگ مختلف ہوتا ہے، اور عام طور پر سرخی مائل یا

سرخی مائل زرد رنگ ہوتا ہے۔ ایک نہایت جیز خاتمہ یہ ہے کہ یہ اکثر ایک چمکدار منظر پیش کرتے ہیں، جو "لامعہ" ("nitidus") کے خطاب سے ظاہر ہے، اور یہ دقیق سرخی مائل دمبوں کی صورت میں شفاف براختادہ برجلہ میں سے چمکتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ بعض اوقات یہ تقریباً چھوٹے آبلوں کی طرح دکھائی دیتے ہیں، اور دستی و پانی جابجہ (cheiro-pompholyx) کا سا گودانوں جیسا منظر یاد دلاتے ہیں۔ اگر انھیں ایک شیشہ کے شریحہ سے دبای جائے تو وہ آس پاس کی جلد کے مقابلہ میں نسبت زیادہ سیاہ رنگ کے دو دھیا نقطوں کی طرح قائم رہتے ہیں، جو دباؤ سے عذیم الدم ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات بشرہ کے مرکز میں ایک دقیق گڑھا ہوتا ہے لیکن یہ کسی طرح ایک منتقل خاتمہ نہیں ہوتا۔ بعض بثور کے راسوں پر کھربچنے سے ایک ننھا سا چمکدار چمکنا پیدا کیا جاسکتا ہے۔ ان ابتدائی اضرار اور شعری نمونی جراثیم کے درمیان عموماً کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

جیسا کہ کہا گیا ہے، بہت سی اصابتوں میں یہ ثوران محض ان بثور پر مشتمل ہوتا ہے، جو جدا جدا رہتے ہیں اور جن کے ساتھ آس پاس کی جلد میں کوئی تغیرات نہیں پائے جاتے۔ ایسی اصابتوں میں ابھی تو ریح سختی کے ساتھ محدود ہوتی ہے اور مردوں میں یہ خاص کر قصبہ پر، زیرین شکم، چٹوں، رانوں کی اندرٹی سطحوں اور کلائیوں اور پیش بازوؤں کی خم کن سطحات اور کہنیوں کی پشتوں پر ہوا کرتے ہیں۔

لیکن دوسری اصابتوں میں یہ ثوران پھیل کر وسیع ہو جاتا ہے، اور بعض خطوں میں اسکا ابتدائی بثوری منظر غائب ہو جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں سارے جسم کا غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو ہمیں غالباً ہمیشہ بعض رقبہ ایسے ملتے ہیں جہاں ابتدائی بثور جدا جدا نظر آسکتے ہیں جو مرض کی سادہ قسم کے تمثیلی بثور ہوتے ہیں۔ عام پھیلی ہوئی اصابتوں میں یہ زیرین شکم، چٹوں اور رانوں پر موجود ہوتے ہیں، لیکن دوسرے مقامات پر یہ ثوران خستہ پھیل گیا یا صد فیہ نما چادرول پر مشتمل ہوتا ہے جنہیں جب ایک بار شناخت کر لیا جائے تو یہ شکل میں نہایت میسر معلوم ہوتی ہیں۔ انکار رنگ مختلف مریضوں اور مختلف مقامات میں مختلف

ہوتا ہے، اور یا تو سرخی مائل زرد، بھورا، یا سرخی مائل بنفشی ہوتا ہے۔ تعریجات میں سرخی مائل جھلک غالب ہوتی ہے، مگر جوارح کی باسط سطحات پر چکیتیاں اکثر زردی مائل بھوری، یا گرد و پیش کی جلد کے مقابلہ میں بشکل زیادہ سیاہ ہوتی ہیں۔

ٹوران کی ان منتشر چادروں کی توزیع وسیع ہو سکتی ہے، لیکن یہ بالخصوص مفصلی تعریجات، مثلاً پیش مرقعی اور مابقی فضاؤں، کو مآؤف کرنے کا رجحان رکھتی ہیں۔ کلائیوں اور پیش بازوؤں کے زیرین حصوں کی اگلی سطحیں، گھٹنوں اور کہنیوں کی باسط سطحیں، گردن کی شکنیں، عورتوں میں پستانوں کے نیچے، سکا خٹہ، چمڑے اور رانیں، ہتھیلیاں اور تلوے، اور ہاتھوں اور پاؤں کی ظہری سطحیں، یہ سب مآؤف ہو سکتے ہیں۔ گھٹنوں اور کہنیوں پر چکیتیاں مثلث شکل کی ہوتی ہیں اور مثلث کا راس نیچے کی طرف رُخ رکھتا ہے۔ یہاں یہ جزا زیت کی چکیتوں سے غیر مشابہ نہیں نظر آتیں، لیکن جلد کے قدرتی فوجات میں زیادتی نہیں پائی جاتی یا یہ زیادتی بہت کم نمایاں ہوتی ہے۔ یہ صدفیہ سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہیں کہ انکارنگ بھورا زرد ہوتا ہے، کھر بیچنے پر یہ مرض خفیف طور پر چھلکے دار ہو جاتی ہیں، اور چھلکے صدفیہ کے معیئر تقری منظر کے نہیں ہوتے۔ مفصلی تعریجات میں بھی یہ جزا زیت کے رقبوں سے کیتقدر مشابہ ہوتی ہیں، لیکن ان کا رنگ عموماً زیادہ ہلکا سرخ یا سرخی مائل زرد ہوتا ہے، جلد کے قدرتی خطوط میں مبالغہ نہیں پایا جاتا، اور دباؤت نسبت کم ہوتی ہے۔

ان منتشر چکیتوں کے محیط میں بعض اوقات ہمیں بروں افتادہ جدا جدا ابتدائی شور نظر آسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جلد کو تاننے اور اسطرح عیدم الدم بنانے پر یہ اکثر مرکزی حصوں میں بھی نظر آئیں۔

امراضیاتی تشریح - جزاء لامعہ کے فرد بینی خصائص میز ہوتے ہیں۔ ایک منفرد بشرہ واضح طور پر محدود ایریکی سلمی در ریزش پر مشتمل ہوتا ہے، جو عموماً نر جلد کے عین نیچے واقع ہوتی ہے۔ یہ نر جلد در ریزش سے اوپر کو پتلی ہو جاتی ہے اور بعض اوقات در ریزش اسیں حقیقتہ دامل ہو جاتی ہے۔ در ریزش میں مرحلہ آسا علیت،

ایک سو نواقی قسم کے چھوٹے گول خلیے، اور کہیں کہیں عفرتی خلیے آذیمائی اتصالی بافت کے میل میں آجے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مرحلہ اور درریش کے رقبہ کے درمیان ایک واضح خلا ہو، مگر عموماً یہ دونوں ایک دوسرے کے ساتھ گھل مل جاتا ہے اور ہمیں اس خطا طریفہ مرحلہ آس خلیے دراصل درریش کے اندر ہی پڑے ہوئے لگتے ہیں۔ یہ مرحلہ درریش کے دونوں جانب داواشوکی اطالتیں نیچے کو بھیجنے کا رجحان کھنڈاؤ اور ممکن ہے کہ درریش ان اطالتوں سے بالکل گھری ہوئی ہو۔ یہ خاصہ ایسا ہے جو دائرہ مرض سمجھا جاتا ہے۔ اس چھوٹی اریکی سلی گرہ کو جانے والے عوق کی دیواریں مونی ہوتی ہیں، اور بعض اصابتوں میں انکا درون بالکل مسدود ہو جاتا ہے اور انکے گرد ایک خوب واضح الحدود خلوی درریش ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان گرہوں کے مرکز کی اتصالی اور پیکدار بافت بالکل تلف ہو گئی ہو۔ یہ گرہیں جرابوں یا پسینے کی قناتوں کے ساتھ عموماً کوئی رشتہ نہیں رکھتیں۔ ایک التفائی چلتی میں سے لی ہوئی تراش میں ایسی کئی گرہیں مختلف جسامت کی اور ارتقا کے مختلف درجے میں نظر آتی ہیں۔

علاج۔ حرازہ لامعہ اور مسلح حرازہ کی اغلب عینیت شناخت کر لینے بعد اب تک راقم الحروف نے دو وسیع اصابتوں کا علاج نواریں بیلان کے ویدی اثرات کے ذریعہ تسلی بخش نتائج کے ساتھ کیا ہے۔ غالباً علاج کے وہ قبائل طریقے جو مسلح حرازہ کے لئے بتلائے گئے ہیں مساوی طور پر کارگر ثابت ہونگے۔

صدفینما

(parapsoriasis)

اس اصطلاح کے تحت، جس کو بروق (Brocq) نے ۱۹۰۹ء میں پہلے پہل تجویز کیا، ثورات کا ایک گروہ شامل ہے جنکا میز خاصہ مختلف جسامت اور توزیع کی اجماری فلسفانی چکیتیاں ہیں، جنکا علاج نہایت ہی دشوار ہے، اور جنکی تسبیب نامعلوم ہے۔ سنٹا اعمیں اتنا (Unna)، سانتی (Santi)، اور پالزر (Pollitzer) نے انھیں قرینیت متنوع (parakeratosis variegata)

کے نام سے موسوم کیا، اور سبیا طور پر انکا مقابلہ ”صدفیہ حزازہ سطح“ ایڑیا اور گلابی تنخیل کے آمیزہ سے کیا۔ رسلوے میں فاکس (Fox) اور مکلوڈ (MacLeod) نے ”مذہب لکینی بثوری“ جھلکے دارا حزازات جلد کی اصطلاح کے تحت ”بروق کا تنخیل“ احمر ار جلد دھڑاقتاً منتشر (erythrodermie pityriasique en plaques desseminees) جاڈاسون (Jadassohn) کا گرہی صدفیہ نما التہاسب جلد بولیس برگ (Juliusberg) کی مومن حزازہ نما تنخیل، نیسر (Neisser) کا حزازہ نما صدفیہ نما ثوران اور قریتیت متنوع شامل کی۔ بروقی نے اپنے صدفیہ نما کو صدفیہ نما قطراتی، صدفیہ نما حزازہ نما، اور صدفیہ نما رقیعی میں تقسیم کیا، لیکن اگرچہ تقسیم سہولت بخش ہے، یہ امر کہ آیا تینوں اقسام تبیی طور پر ایک دوسرے سے تعلق رکھتے ہیں نہایت مشکوک ہے، اور انکی سرریہاتی جماعت بندی کے بارے میں ابھی تک خلط مبعوث باقی ہے۔

صدفیہ نما قطراتی (parapsoriasis guttata) (صدفیہ نما

قطراتی = parapsoriasis en gouttes، تنخیل حزازہ نما مزمن pityriasis lichenoides chronica)۔ یہ ثوران خاص طور پر دھڑا اور جوارح کے بالائی خلیقات کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ چھوٹے اوپری بثور پر مشتمل ہوتا ہے، جو مستحکم یا بیضوی ہوتے ہیں، اور رنگت میں گلابی سے لیکر سرخی مائل بھورے یا بادامی تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ وہ ایک ممیز ابرق نما چھلکے سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جو اظہار کو اوپری قبول کا ایک کاذب احساس بخشتا ہے۔ بادی النظر میں اس ثوران پر گلابی تنخیل (pityriasis rosea)، قطراتی صدفیہ، یا انحلال پذیر بثوری فلسمانی (papulo-squamous) نازک دھوکا ہو سکتا ہے، لیکن منضم چھلکے دار مرض ہیں۔ تنخیل حزازہ نما مزمن کی اصطلاح کے باوجود، یہ امر حال ہی میں تسلیم کیا گیا ہے کہ تنخیل گلابی کی طرح اس مرض کا مادہ آغاز اور سرین نویانی ہو سکتی ہے۔ اول الذکر کی مانند، اس میں بعض اصابتوں میں ایک ہر اول پٹی دیکھی گئی ہے۔ مزید برآں اب معلوم ہے کہ حاد تنخیل حزازہ نما وجود رکھتا (pityriasis lichenoides et varioliformis acuta) (Habermann. Mucha) جو چند سال ہوئے

اس ملک میں عام تھی، محض اسکی ایک قسم ہے۔ اس میں علاوہ ان اضرار کے جو کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں، آبلے، جو زفی یا قاحی ہوتے ہیں، پیدا ہوتے ہیں، اور ان میں تھوڑا واقع ہوتا ہے، اور جدیری نمائندہات باقی رہ جاتے ہیں۔ اس کو جدیری (chicken-pox) کے ساتھ ملط ملط کیا جاسکتا ہے، خاص طور پر اسلئے کہ آغاز حاد ہوتا ہے، اور کچھ بنیعی اختلال معدنی مرض کے موجود ہوتا ہے۔ مرض کی حاد فصل، خواہ وہ جدیری نما اضرار کے ساتھ ہو یا انکے بغیر ہو، ایک معین عمر اختیار کرتی ہے، لیکن اسکی مدت، تغیل کلا بی کی مدت کے خلاف، غیر معین ہوتی ہے، اور چند ہفتوں سے لیکر کئی مہینوں تک اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور کئی تواریات کی اطلاع دی گئی ہے۔ جدیری نما قسم میں تھری آبلہ دار اضرار کچھ مدت کے بعد بننا موقوف ہو جاتے ہیں، اگرچہ دوسرے طویل مدت تک باقی رہتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض بالعموم ربیعانیوں اور نوعمر بالغوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بچوں میں بھی واقع ہو سکتا ہے، حاد قسم کلا بی تغیل کی ناکہ کسی نامعلوم ساری مغویہ کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً ایک تقطیر نذر قشہ ہوتا ہے، اور یہ قول مرض قسم کے متعلق بھی سچ ہے، کیونکہ ان دونوں کو علامہ کہنے کی کوئی معقول وجہ نہیں۔ درحقیقت اس حالت کو ساری مبداء کا ایک نوعی مرض شمار کرنا اور صد فیہ نما کے دوسرے اقسام سے بالکل علیحدہ سمجھنا بالکل صحیح ہے۔ علاج۔ اس امر کے متعلق کچھ شہادت موجود ہے کہ سونے کے مرکبات کے اشربات، طباعی طور پر مفید ہیں۔

قرائت متنوع (parakeratosis variegata) (صل فیہ مانا حزانہ نا = parapsoriasis lichenoides) کرا کو کا حزانہ متنوع (lichen variegatus of Crocker) یہ شاذ خوران بالعموم دھڑ اور جوارچ پر وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے، اور شبکہ نما ترتیب رکھتا ہے، جو کلاخ (livido) اور احمر آتشی (erythema ab igne) کی ترتیب کی یاد دلاتی ہے، اور جیسا کہ ان میں ہوتا ہے، ان شعری عودق کے مجہول اسلحہ کا نتیجہ ہوتی ہے جو شریانی مخروط سے و ترین ہونے میں ابتدائی اضرار ہوتے ہیں، جکی رنگ سرخی ٹل زرد سے لیکر ارطوائی تک اختلاف پذیر

ہوتی ہے اور جن میں سے بعض چھٹی چوٹی والے اور جگہ لہر ہوتے ہیں اور حزامی مسطح کے بثور سے ملتے جلتے ہیں اور دوسرے چھلکوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں جو صدفیہ قطراتی کے چھلکوں سے ملتے جلتے ہیں۔ یہ بثور جو گنجان واقع ہوتے ہیں اور فتنی ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، شعری رکود سے بنے ہوئے تشبکات پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ فلسیت بعض رقبوں میں منتشر ہوتی ہے۔ ہتھیلیوں کی جلد بش قریبی ہوتی ہے، لیکن ناخن متاثر نہیں ہوتے۔ موضوعی علامات نحیف یا مفقود ہوتے ہیں، لیکن کچھ کھجلی موجود ہوتی ہے، خاص طور پر اسوقت جبکہ مریض حرارت میں متکشف ہو۔ یہ ثوران نہایت آہستہ نمایاں ہوتا ہے، اور لازمی طور پر مزمن ہوتا ہے، لیکن اسکا آغاز بعض اوقات ناگہانی ہوتا ہے اور ممکن ہے چند ہی مہنتوں میں یہ وسیع طور پر پھیل جائے۔

بحث اسباب۔ صدفیہ ناخما قعی کی طرح، یہ قسم بالعموم ادھیڑ میں واقع ہوتی ہے، اور مردوں میں زیادہ عام ہے اسکی تہذیب نامعلوم ہے۔ مرضی تشریح۔ شعری عروق تسخ ہو جاتے ہیں، اور انکے گرد لمبی غلوئی پریش واقع ہوتی ہے، اور اتصالی بافت کا تنجج واقع ہوتا ہے۔ کچھ بڑ جلدی تنجج بھی بلا آبلہ خیزی کے موجود ہوتا ہے، اور قرقنی تہ بعض جگہوں پر قریبی ہوتی ہے۔ علاج۔ معلوم ہوتا ہے کہ کسی قسم کا علاج ثوران پر کوئی اثر نہیں کستا۔ صدفیہ ناخما قعی (parapsoriasis en plaques) اکراکس کا موالب فرد اسمر ارجلد = (xanthoerythrodermia perstans of Crocker)۔

سابقہ الذکر قسم کی طرح، یہ ثوران لازمی طور پر مزمن اور علاج سے اثر پذیر ہوتا ہے۔ یہ دھڑ اور جوارح کو مآؤف کرتا ہے، اور خوب واضح چکیتوں پر مشتمل ہوتا ہے جو جسامت اور ڈول دونوں میں اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ بعض سرسری طور پر مستحیر ہوتی ہیں، اور چھٹس کے سکہ سے لیکر نصف کروٹ (crown) کے سکہ تک کی جسامت رکھتی ہیں۔ دوسری بے قاعدہ خاکہ کی، معتدبہ طور پر بڑی ہوتی ہیں، اور انگشت نما برورات رکھتی ہیں یا طبعی جلد کے جزیرک محصور کرتی ہیں، اور اس طرح پیش فطرتی احمر جلد سے مشابہت پیدا کرتی ہیں۔ بعض اوقات مفصلی تعریجات

میں فستق جکتیاں واقع ہوتی ہیں۔ انکارنگ بلکے با دائمی سے لیکر سرخی مائل بھونکے اختلاف پذیر ہوتا ہے، اور ایک دی ہوئی جکتی کارنگ عروقی امتلا کے درجہ کے لحاظ سے وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔ سطح پر قدرتی خطوط، حقیقت سے بالذات نظر آتے ہیں، جس سے ایک باریک بچی کاری بن جاتی ہے۔ سطح چوٹے اور منظم جکتیلی سے ڈھکی ہوتی ہے، اور تا وقتیکہ اسکو بلکے سے کھرچا نہ جائے، ممکن ہے وہ اظہار نہ ہوں۔ در ریش بالکل نہیں ہوتی، چنانچہ جکتیاں بمشکل ابھری ہوئی ہوتی ہیں۔ لیکن یہ موضوعی علامات مفقود ہوں، لیکن بعض مریض معتد بہ معمولی کی شکایت کرتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ حالت عورتوں کی بہ نسبت مردوں میں زیادہ عام ہے۔ اگرچہ یہ بالعموم ادمیث عمر میں دیکھی جاتی ہے، تاہم یہ بچپن میں شروع ہو سکتی ہے۔ اسکا سبب نامعلوم ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مختلف سمیات کے لئے جلد کا ایک شاذ غیر نوعی تعامل ہو، اور ایسا کہ سیواٹی (Civatte) نے رائے دی ہے (خاص لہر پر سبجائی وجوہات کی بنا پر) ممکن ہے تدرن کا سم ان سمیات میں سے ایک ہو۔ ویت فیلڈ (Whitfield) نے "الہتا پلے تولونی" ("dermatitis colonic") کی اصطلاح کے تحت ایک ماثل ثوران بیان کیا ہے جو ایسے اشخاص میں واقع ہوتا ہے جنہیں پاخانہ کی کاشتیں، نہتات سببیہ کا بے حد غلبہ ظاہر کرتی ہیں۔ کرلوسوٹ (creasote)، ڈائمال (dimol) یا کیرال (kerol) کے اندرونی استعمال کے بعد شفا ہو گئی ہے۔

تشخیص۔ سیلان الہتا پلے جلد کی پیچیدارا اور تعویجی اقسام کے ساتھ اور متعطر فطریت کے پیش فطرتی درجہ کے ساتھ خلط ملط واقع ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہے، اول الذکر میں اضرار زیادہ ابھرے ہوئے، اور جھلکے کی قدر زیادہ بڑے اور زیادہ آسانی سے اتر جانے والے ہوتے ہیں۔ مزید برآں وہ مقامی علاج کا اثر آسانی سے قبول کرتے ہیں۔ آخر الذکر میں جکتیاں زیادہ درجہ ہوتی ہیں، اور معمولی زیادہ شدید ہوتی ہے۔

علاج۔ حقیقی یا مصنوعی دھوپ میں تکشف، ثوران کو عارضی طور پر زائل

کر سکتا ہے۔ اس سے قطع نظر، یہ مرض قوی لاسقات کی بھی مدافعت کرتا ہے۔
راقم الحروف کی ایک اصابت میں عصیہ قولونی کی مذکورہ دیرین کے اثرات
بظاہر نمایاں طور پر نافع ثابت ہوئے۔

آبلے دار ثورات

(VESICULAR ERUPTIONS)

دستی و پائی خبابیہ

(cheiropompholyx)

(حبابیہ : pompholyx فتور تعریج : dysidrosis)

تعریف۔ ہاتھوں اور پاؤں کا ایک دو جابھی متشاکل آبلے دار یا پھوپھو
عارضہ جس کے ساتھ اکثر اوقات کثرت عرقی (hyperidrosis) ہوتی ہے۔

علامات۔ دستی و پائی خبابیہ (cheiropompholyx) (ہاتھ و
پاؤں) کے لفظ کو اس ثوران کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جو بعض اشخاص میں خود بخود
اور اکثر توجہی طور پر نمودار ہو جاتا ہے۔ مختلف خراش اور لاسقات اور ایک توبانی خفہ
(براؤمی قطر = epidermophyton) سے بھی ایک التهاب جلد ایسا پیدا ہو سکتا
ہے جو خبابیہ کے سر پر یا قی مناظر نہیں تو کم از کم نہایت قریبی مماثلت رکھتا ہے۔
مناظر پیدا کر سکتا ہے، لیکن اسے اس مرض سے جسے اب بیان کیا جائیگا۔ متفرق
کرنا چاہئے۔

957 خبابیہ کا حملہ عموماً ہاتھوں میں غارش، جلن، یا جھنجھناہٹ کے احساس
کے ساتھ شروع ہوتا ہے، اور چند گھنٹوں کے اندر ثوران چھوٹے چھوٹے نیم شفاف
آبلوں کی صورت میں نمودار ہو جاتا ہے، جو ہاتھ کی انگلیوں کے اطراف پر، انگلیوں
کے درمیان کی درزوں میں، اور تھیلیوں میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ آبلے گہرے واقع
ہوتے ہیں، ان کے ساتھ التهاب کے کوئی امارات موجود نہیں ہوتے، اور انہیں

اُبلے ہوئے ساگودانوں سے تشبیہ دی گئی ہے۔ خفیف امواتوں میں یہ آبلے جدا جدا رو سکتے ہیں، مگر اکثر اوقات یہ باہم پیوستہ ہو کر ایک بڑا پھولا بنا دیتے ہیں جو جلد سے باہر کو ابھر اچھا ہوتا ہے۔ ان آبلوں کے اندر کاسیال صاف، قلوئی اور البیومن دار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اضرار خود بخود خشک ہو جائیں اور ان کے اوپر کی جلد خشک گالوں کی صورت میں اتر جائے۔ اس طرح ممکن ہے کہ ساری تپیلی کی جلد اتر کر اُسکے نیچے گلابی رنگ کی نئی جلد رہ جائے، جو بتدریج معمولی شکل اختیار کر لیتی ہے لیکن اُٹھکیوں پر نسبتہ بڑے آبلوں اور پھپھوتوں کے چوٹ جانا کا رجحان ہوتا ہے، اور ان کے نیچے سے کچی، تر، الیم سلج منکشف ہوتی ہے۔ ان اضرار کی ثانوی سرایت کے وقوع کا امکان ہوتا ہے، بالخصوص میلے آدمیوں میں، یا ان لوگوں میں جنکی قوت مدافعت ادنیٰ درجہ کی ہو۔ ایسی صورت میں آبلے پیپ دار ہو جاتے ہیں، اور بازوؤں کا پھیلنا ہوا التهاب عروقی لمفیہ (lymphangitis) اور ساتھ ہی التهاب غدد (adenitis) اور تپ پیدا ہو سکتی ہے۔ ان سرایت زدہ امواتوں میں ایک خاص قسم کی بدبو ہوتی ہے، جو ذہلی انفی التهاب (atrophic rhinitis) کی بدبو سے مشابہ ہوتی ہے۔ غالباً یہ اسوجہ سے پیدا ہوتی ہے کہ نجات غلیہ جو آبلوں کے قلوئی سیال میں نشوونما پا کر پروٹین پاش انزیمات رہا کرتے ہیں، کیرامین کو مہضم کر دیتے ہیں۔

یہ ٹوران ہاتھوں میں محدود ہو سکتا ہے، مگر پاؤں کی اٹھکیوں اور ٹلوں کا موقوف ہونا بھی شاذ نہیں، اور یہاں ثانوی سرایت کا ہونا ایک کلیہ ہے۔ بعض امواتوں میں اس مرض کے ساتھ بدن کے دوسرے حصوں کا ایکزیما بھی ہوتا ہے۔

مرض کے حملے کی مدت چند دنوں سے لیکر کئی ہفتوں تک کی ہوتی ہے، لیکن تواریات عام ہیں، بالخصوص موسم بہار اور گرمیاں۔ اس مرض کے مریض عموماً ادنیٰ حالت صحت میں ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات عصائی ہوتے ہیں۔ انہیں گندیدگی زاد قسم کے مزمن معائی تسیم الدم (chronic intestinal toxæmia) کے مختلف علامات اکثر نمایاں ہوتے ہیں، یعنی جلد کی لوسیت،

چھپا پسینہ، سانس میں بدبو، عدم اشتہا، اور دوسرے بعض اوقات کم نمک ترشی ہوتی ہے، اور امواتوں کی اکثریت میں بول کے اندر اینڈیکین (indican) نیز مقدار میں موجود ہوتا ہے۔

تشویش نسیجیات ایکریما کی نسیجیات سے اس امر میں مشابہ ہے کہ آبلے غار دار خلیوں کی تہ میں بنتے ہیں۔ لالی اندر میں حلیمی عروق تسع ہوتے ہیں اور انکے گرد کسی قدر الہابی غلوی درریش پائی جاتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ آبلے براہ میں پسینے کی قعاتوں کے گرد بنتے ہیں اور ان قعاتوں کے پھٹ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔

اسباب - یہ مرض ابتدائی بالغ عمر میں عام ترین ہوتا ہے، اور شاید مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ یقیناً یہ نسیم الدم کا ایک منظر ہے اور چونکہ اس مرض کے مریضوں میں اینڈیکین بولیت اور شکہ بدعالی گنیدگی کے دیگر علامات اکثر موجود ہوتے ہیں لہذا اس سے مترشح ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ اسکا نسیم پروٹین کی تحلیل کا کوئی حاصل ہو۔ اگر قعودی حرفوں والے اشخاص بیرون خانہ زندگی اختیار کر لیں اور زور دار ورزش کرنے لگیں تو انہیں اس مرض کے حملوں کا رجحان جاتا رہتا ہے۔ تاہم دوسری امواتوں میں اسکی سرایت سبب معلوم ہوتی ہے، کیونکہ دانتوں یا لوزتین کے استیصال سے یا مزمن الہاب جوف کا اچھی طرح علاج کرنے سے حملے موقوف ہو گئے ہیں۔ یہ مرض اکثر موسم گرما میں ہوا کرتا ہے، اور بعض اشخاص میں ہر موسم گرما میں اس کے ایک یا زائد حملے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص - حقیقی جابیسہ کو اس ایکریمائی الہاب (eczematous dermatitis) سے تیز کرنا چاہئے جو بیرونی خراش اور اشیلے سے پیدا ہو جاتا ہے، نیز جوارح کے ایکریما آساقویا (eczematoid ringworm) سے۔ ممکن ہے کہ ان دونوں حالتوں، بالخصوص آخر الذکر سے اسکی تفریح مشکل ہو۔ مشکوک امواتوں میں ضروری ہے کہ چمکوں کا اور آبلے کی چستوں کا (انکی زیرین سطح کو اوپر کی طرف رکھ کر) لاکر لوٹاسی کے اندر خوردبینی امتحان کیا جائے، اور

پاؤں کی بین اصبعی برآمدی فطریت کو علاج از بحث کرنا ضروری ہے۔
 علاج۔ اگر، جیسا کہ بالعموم ہوا کرتا ہے، شدید معائی گندیدگی کے علاوہ
 پائے جائیں تو غذا کی نظر ثانی کرنا چاہئے۔ جن مریضوں میں شدید متوالی حلوں کا
 رجحان ہو، ان کے لئے بہتر ہے کہ عارضی طور پر سبزی خور بن جائیں۔ بہر حال انہیں زیادہ
 ثقیل گوشت اور مٹھائیوں کی نسبت پھلوں اور سبز ترکاریوں کا زیادہ استعمال
 کرنا چاہئے۔ برائے چند سے مفتحات (مثلاً لکٹویرافین، سوڈیم سلفیٹ) کا باقاعدگی
 کے ساتھ استعمال قرین معامت ہے، اور گاہے گاہے کیلومیل (calomel) خفیف
 مقداروں میں لیتے رہنا چاہئے۔ اگر کم نمک ترشچی ہو تو ڈائلیوٹ ہائڈروکلورک ایسڈ
 کو ۳ تا ۴ قطروں کی مقداروں میں، خوب مرتجح کر کے غذا کے بعد دینا چاہئے۔
 کیونکہ اس سے پروین کے ہضم میں معتد بہ مدد ملے گی۔ سرایت کے مزمن سکون
 کے لئے اچھی طرح تفتیش کرنی چاہئے، کیونکہ اسکا کامیاب علاج شفا بخش ثابت
 ہوتا ہے۔ مقامی طور پر ابتدائی درجوں میں اسپرٹ کے اندر سیلی سلک ایسڈ کے
 ۲ فیصدی محلول سے اسفنج کرنے سے خراش فی الفور موقوف ہو جاتی ہے، اور
 پھر یا تو پلوس ایسڈ کی سیلی سیلیسی کیاؤنڈ برش فارسیوٹیکل کوڈیکس (pulv.
 acidi salicylici comp. B.P.C.) یا پیشا ترشی کیاؤنڈ برش فارسیوٹیکل
 کوڈیکس (pasta zinei comp. B.P.C.) لگا سکتے ہیں۔ ان اصابتوں میں جن
 میں جلد کچی ہو گئی ہو، ایک غسل جہیں بورک ایسڈ، کلامین، اور گلیسرین موجود ہو
 استعمال کرنا چاہئے، اور انہیں جنہیں ثانوی سرایت واقع ہو چکی ہو مقامی طور پر ہلکے
 دافع عفونت غسلات، اور بستر میں آرام و سکون، اور مقویات استعمال کرنے
 چاہئیں۔

پھیولے دارثورانات

(BULLOUS ERUPTIONS)

داء الفقاع

(pemphigus)

داء الفقاع (pemphigus = چھال) کی اصطلاح کا اطلاق سابق یک سفید بقیاعدگی کے ساتھ متعدد پھیولے دارثورانات پر کیا گیا ہے، جن میں بہ لحاظ اسباب کوئی چیز مشترک نہیں ہوتی۔ مثلاً نو مولود (P. neonatorum) اور معتدلی ملہ امی (P. syphiliticus) ایک آبلہ دار آتشکی جلدی ثوران ہیں۔ آتشکی داء الفقاع (P. syphiliticus) ایک آبلہ دار آتشکی جلدی ثوران ہے، جو نہایت عام طور پر پیدائشی آتشک کے قبلا شیرخواروں میں پھیولیوں اور تلوں پر دیکھا جاتا ہے۔ اور جلد امی داء الفقاع (P. leprosus) ہندام کی ایک پھیولے دار شکل ہے۔

لیکن موجودہ زمانہ میں داء الفقاع کا لفظ مندرجہ ذیل حالتوں کے لئے محدود ہے:- (۱) حاد خبیث داء الفقاع (P. acutus malignus)۔ یہ ایک شاذ و نادر ساری مرض ہے، جو بھلک ہوتا ہے، اور اُن لوگوں میں ہوتا ہے جو مردہ گوشت کو ہاتھ لگاتے ہیں۔ اسکا سبب غالباً ایک دو بقیہ کی مرایت ہے۔ اسے اب داء الفقاع کے گرد میں شامل نہیں رکھنا چاہئے۔ (۲) عام داء الفقاع (P. vulgaris) (۳) بدتی داء الفقاع (P. vegetans) (۴) بھرگی داء الفقاع (P. foliaceus)۔ یہ غالباً موص اُسی مرض، یعنی اصل داء الفقاع (true pemphigus) کے اقسام ہیں۔

حاد خبیث داء الفقاع (pemphigus acutus malignus)۔ یہ مرض، جو نہایت شاذ ہے، بالخصوص بچروں اور کھلیان کے ملازموں میں دیکھا گیا ہے۔

اور بیشتر اصابوں میں اسکے آغاز سے پہلے ہاتھوں یا بازوؤں پر مقامی زخم موجود ہوتے ہیں اور غالباً انھیں زخموں کے ذریعہ مرایت رساں عضویہ داخل ہوتا ہے۔ جیسا کہ اصلی داء الفقلع میں ہوتا ہے، اسکے اضرار بھی بڑے بڑے پھولے ہوتے ہیں جو عموماً بلا کسی سابق اضرار کے براہ راست جلد سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ابتداً انہیں صاف یا خفیف سا خون آلود نعل موجود ہوتا ہے، لیکن بعد میں یہ نالوی سریت کی وجہ سے ریخی شکل کا ہو جاتا ہے۔ بدن کے سارے حصوں پر نئے پھولے پیدا ہو جاتے ہیں، اور عموماً منافی جھٹیاں بھی ناف ہو جاتی ہیں۔ بعد میں جلد چھلک پڑھوں اور بدبودار اخراج سے ڈھک جاتی ہے۔ بلند تپ، البیومین بولیت، سہ، اور اسہال ہوتے ہیں، اور دو تین ہفتوں کے اندر عموماً مریض کو مازدہ ہو کر مر جاتا ہے لیکن چند مریض شفا یاب بھی ہوئے ہیں۔

غالباً وہ دونبقیہ (diplococcus) جسے ڈیمہ (Demme)، بولوشس (Bulloch)، اور دوسروں نے پھولوں کے اندر سے مجدا کیا، مسبب مرض عضویہ ہے۔

علاج۔ بچکے دافع عفونت لاسقات کے ذریعہ جلد کا کبیر کرنا چاہئے، اور اگر ممکن ہو تو بوریک ایسڈ کے غسل دینے چاہئیں۔ صرف کوئین ہی ایک ایسی دوا ہے جو کوئی مفید اثر رکھتی ہے، اور اسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے۔

عام داء الفقلع

(pemphigus vulgaris)

علامات۔ مرض کا مریض عموماً کسی قدر مومن ہوتا ہے۔ بعض اشخاص میں ثوران سے پہلے جاڑا، تسلی، یا تپ ہو سکتی ہے۔ پھر بدن کے ایک ایک حصے میں پھولے نمودار ہوتے ہیں۔ یہ ابتداً چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں مگر تدریجاً جلد میں بڑھ کر تشار، نیم کروی ہو جاتے ہیں اور انکا مافیہ صاف زرد یا کسی قدر گندلا ہوتا ہے۔ یہ سیال البیومینی نعل ہوتا ہے اور گندلا پن سپید خلیوں کی موجودگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ چھالے کے گرد کی جلد پہلے بالکل طبعی ہوتی ہے،

لیکن کچھ عرصہ بعد ایک تنگ کھلابی بالیزہ پیدا ہو جاتا ہے، جو سیال کی عتمیت کی مقدار کے لحاظ سے بڑھتا جاتا ہے۔ چند روز کے بعد یہ سیال جذب ہو جاتا ہے، یا چھال پھوٹ کر اپنے قاعدے کے پاس تک سکڑ جاتا ہے۔ ان ازل بعد وہ اس مقام سے اتر کر گر جاتا ہے، اور ایک نشان باقی رہ جاتا ہے جو مشرب اور بعد میں سیکھڑ طوئن ہوتا ہے مگر نڈی شاذ ہی ہوتا ہے یا کبھی نہیں ہوتا۔ بعض اوقات اس چھالے کے اندر پیپ یا خون ہوتا ہے، اور اُسکے پھوٹنے کے بعد قاعدہ زرد لعل سے ڈھکا ہوا ہو سکتا ہے، یا ایک غٹیش بن سکتا ہے۔

ایک صابت میں پیمپولوں کی آمد دہشت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک حصہ میں چند ہی پیمپولے ہوں، یا جسم کے مختلف حصوں میں جدا جدا پیمپولے ہوں یا ممکن ہے کہ ساری سطح گھبان پیمپولوں سے پٹی ہوئی ہو، جو یکے بعد دیگرے فصلوں میں نکل آتے ہیں، اور ہر فصل چند روز ہی قائم رہتی ہے مگر مرض ہفتوں اور مہینوں تک جاری رہتا ہے۔ جسم کا تقریباً ہر حصہ ماؤف ہو سکتا ہے، مگر بال دار جلد اس سب سے کم۔ یہ مرض منہ، ناک، بلعوم، حنجرہ، اور فرج کی مخاطی جملی کو ماؤف کر کے کچے الیم رقبے پیدا کر سکتا ہے، جو بعض اوقات خناق وبائی آسا جملی سے ڈھکے ہوئے ہو سکتے ہیں۔ مضمہ پر بھی اسکا حمل ہو سکتا ہے، جس سے مضمہ کا انقباض (خود رو سکڑنا = "essential shrinking") ہو کر لمبی ناچ کا انطاس اور بالآخر کوئی پیدا ہو سکتی ہے۔

بہنی انتلال کی مقدار ثوران کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ جب ثوران محدود ہوتا ہے تو عام صحت عموماً برقرار رہتی ہے، لیکن عمومی اصابتوں میں شدید درد، انبطاح، معتدل درجہ کی تپ، اور بعض اوقات تھکے اور سہال ہوتا ہے۔ مریض کا منظر قابل رحم ہوتا ہے، اور جب خدی مخاطی جملی ماؤف ہوتی ہے تو مایع خدائیک سے شدید درد ہوتا ہے۔ بخوابی ایک مستقل علامت ہوتی ہے، اور بد نصیب بیمار بالکل خستہ ہو جاتا ہے، اور بالآخر اس پر ایک مرتعش مدہوشی کی حالت طاری ہو جاتی ہے، جو موت کا پیش خیمہ ہوتی ہے۔

امراضیات - پیمپولے سیال کے انصاب کی وجہ بنتے ہیں جو بعض اوقات

قرنی کے نیچے اور بعض اوقات ساری برجلہ کے نیچے جمع ہو جاتا ہے۔ اس سیال میں ابتداءً کثیر التعداد ایوسین پسند جسامت موجود ہوتے ہیں، اور بعد میں یہ سپید غلیظوں کی کثرت کی وجہ سے جوٹا لوی بقی علیی تلویٹ کے باعث پیدا ہو جاتی ہے مگر ہو جاتا ہے۔ جلد کی ٹھیلی تہ میں التهاب کے ساتھ سپید غلیظوں کی درریش پائی جاتی ہے، جنہیں سے بہت سے ایوسین پسند غلیظے ہوتے ہیں، اور اکثر خون میں بھی ایوسین پسند غلیظوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ بعد الملمات امتحانات سے احشائے اندر کوئی مستمر مرضی تغیرات نہیں ظاہر ہوتے۔

اسباب۔ اگرچہ اصل داہ الفقاہ بچپن سے لیکر بوڑھے تک ہو سکتا ہے، تاہم شاید وہ اکثر اوقات چالیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان دیکھا جاتا ہے۔ دونوں صنفیں تقریباً مساوی طور پر متاثر ہوتی ہیں۔ یہودی نسل خاص طور پر اسکی استعداد رکھتی ہے، حالانکہ نملہ شکل التهاب جلد کے متعلق یہ قول سچ نہیں ہے۔ یہ عام طور پر باور کیا جاتا ہے کہ مرض ایک نوعی سرایت کے باعث ہوتا ہے، اور مختلف مشاہدین نے مختلف قسم کے خرد عضویات بیان کئے ہیں اور انکو سبب تصور کیا ہے۔ وٹیش (Welsh) نے مال ہی میں، اصابتوں میں مکمل جرثومیاتی تفتیشات انجام دی ہیں، اور اسکا ادعا ہے کہ اس نے بقتہ سبب کی ایک نوعی نسل تقرید کی ہے، جسے اس نے انعی بلعوم سے تمام اصابتوں میں خون سے پانچ میں، اور چھالے کے سیال سے صرف ایک مرتبہ حاصل کیا۔ یہ تصویر کثیر الاشکال اور گرام مثبت ہوتا ہے۔

یورباش (Urbach) اور وولفرام (Wolfram) نے داہ الفقاہ اور نملہ شکل التهاب جلد کی کمی اصابتوں میں پھیلولوں یا دموی منسل کے قطعی شدہ مایہا کی زیر جانی تعلیم خرگوشوں میں کر کے دماغی شغاعی سحائی التهاب پیدا کیا ہے۔ ان حیوانات کو شلل یا تھلجی استرخار ہو گیا۔ دماغ کا مقطر استعمال کرتے، خرگوش پر خرگوش منتقلی عمل میں لائی گئی۔ یہ تجربات، جو کہ توفیق طلب ہیں، بتاتے ہیں کہ داہ الفقاہ اور نملہ شکل التهاب جلد ایک نوعی تغیر پذیر قشب کے باعث ہیں۔

تشخیص۔ اصل داہ الفقاہ کا بنیادی ضرر پھیولا ہے، لہذا تشخیص عموماً

مشکل نہیں ہوتی۔ کثیر الاشکال اس کا نام (erythema multiforme) کی پھپھولے دار قسم سے خلط ملط پیدا ہو سکتا ہے، لیکن اس حالت میں منتخب مقامات حادہ مزہ اور متبلی احمراری چکیتوں کی موجودگی، یہ سب اسے اصلی داء الفقعار سے فیز کرنے کے لئے کافی ہونگے۔ نملہ شکل الہاب جلد (dermatitis herpetiformis) اپنی پھپھولے دار نہایت میں داء الفقعار سے تشخص کرنے میں دقت پیش کر سکتا ہے، لیکن بالآخر، ثور اور چھوٹے آبلوں کا ظہور، اضرار کی نملہ شکل، گروہ بندی، اور شدید کھجلی تشخص کو صاف کر دیگی۔ پس آدھی اپہا ثجبا بی (epidermolysis bullosa) دباؤ اور گروہ کے مقامات پر پھپھولوں کے تجز، اور سرگذشت مرض سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ پھپھولے دار حصفہ (bullous impetigo) کے ساتھ خلط ملط نہیں واقع ہونا چاہیے۔ جلد یا بدیر وہ منظر جو کہ ”کھو لیکسی (Nikolsky) کی امارت“ کے نام سے موسوم ہے پایا جاتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ انگلی کا مضبوط دباؤ ڈالنے سے طبقہ قرنیہ جدا ہو جاتا ہے۔ علاوہ ان میں دباؤ کے مقام پر پھپھولہ نمودار ہو جاتا ہے یہ امارت داء الفقعار برگی میں اور برآمدی ارخاء حیاتی میں بھی پائی جاتی ہے۔

انذار۔ غالباً داء الفقعار ہمیشہ مہلک ہوتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ مریض برسوں زندہ رہیں، اور ایسے وقفے گذاریں جنہیں ثوران سے بچے رہیں۔ ہائمن (Highman) کی تجزیہ کردہ تیس اصابتوں میں ہر اصابت میں مہلک اختتام پایا گیا۔

علاج۔ براہ دہن سسٹیکیا کا استعمال ممکن ہے مرض کو کسی حد تک قابو میں لے آئے، لیکن یہ اتنا موثر نہیں ہوتا جتنا کہ نملہ شکل الہاب جلد میں ایک آمیزہ بھی، جو کونین (quinine) اور ہیکز امین (hexamine) پر مشتمل ہو، بعض اصابتوں میں مفید ثابت ہوا ہے۔ کونین (۵۰ فیصدی) اور سورسان کے محلول کے دروں و ریدی اثرات سے عارضی طور پر اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اس طریقہ سے بھی کامیابی حاصل ہونے کا ادعا کیا گیا ہے کہ جیمیں آئرن ہیکوڈاٹ (iron cacodylate) ایک گرین کی مقدار کے دروں و ریدی اثرات اور اسکے ساتھ کوئلوئین (coagulen) (۵۰ اسی سی) کے دروں و عضلی اثرات، ہفتہ میں تین مرتبہ

دئے جاتے ہیں۔ حال ہی میں ایک نئی تجویز یعنی جرمنین (Bayer) (germanin) و میس طور پر استعمال کی گئی ہے، خاص طور پر براعظم یورپ میں بحیثیت مجموعی درج شدہ نتائج نہایت ہی سازگار رہے ہیں، الا ان مریضوں میں جن میں مرفسٹی پائے گئے۔ جس مقدار کا مشورہ دیا جاتا ہے وہ ۵۰ گرام سے لیکر ایک گرام ہے جو دروں و ریڈی طبر پر ہر ۳ تا ۴ روز کے بعد دیا جائے۔ یہی علامات، مثلاً البیونیک اور یرقان کے لئے حکماہ رنگہنا چاہئے۔ ذاتی دموئی علاج اور موزوں معطی سے نقل الدم بعض اوقات نمایاں حاضی اصلاح واقع کر دیتے ہیں، لیکن علاج کے ہر دوسرے معلوم طریقے کی نسبت جرمنین سے زیادہ مستقل نتائج حاصل ہونے کی امید ہے۔

مقامی علاج یہ ہے کہ بولک ایسڈ کے غسلوں، ہلکے دافع عفونت زبدوں اور سفوفوں، وغیرہ کے ذریعہ سے جلد کو ممتی الامکان صاف و تازہ رکھا جائے۔ جب قوی مخاطی جھلی نافذ ہو تو کوکین اور کاربولک ایسڈ شامل رکھنے والے لوزنجوں سے درد میں تخفیف ہوتی ہے۔ غہنائی درجوں میں مارفیل (morphia) آزمادہ طور پر دینا چاہئے۔

بہرگی داء الفقاع (pemphigus foliaceus)۔ یہ داء الفقاع کی ایک نہایت شاذ اور مہلک قسم ہے، جس میں بدنریج جسم کی ساری سطح نافذ ہو جاتی ہے۔ چھالے ڈھیلے اور چپٹے ہوتے ہیں، اور تنہ ہونے اور نیم کردی کبھی نہیں ہوتے۔ انکا مافیہ گدلا ہوتا ہے اور جب یہ خارج ہو جاتا ہے تو ایک مہذب اور منسج سطح باقی رہ جاتی ہے۔ اس سے پھیپوں کے باقیات چپکے ہوئے رہ کر پتلی پٹریاں یا کھانے بنا دیتے ہیں، جنکی زیرین سطح بدبودار افراد کی وجہ سے تر بہتی ہے۔ اگر ان کھالوں کو کھال دیا جائے تو ایک شرخ، نچتی، افزائی سطح باقی رہ جاتی ہے، جو سرخ ایکٹریا (eczema rubrum) سے مشابہ ہوتی ہے۔ جب ساری سطح نافذ ہوتی ہے تو وہ بیشتر چپکی ہوئی برجلہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جسکے ساتھ تھوڑے تھوڑے فاصلوں سے چپکی چکٹیاں ہوتی ہیں۔ ایسی صورت میں بھی پھیپوں کی موجودگی کا مشاہدہ کرنا آسان نہیں ہوتا، کیونکہ وہ موجودہ برجلہ کے نیچے بن بن کر جلد ہی پھوٹ

جاتے ہیں۔ مریض آہستہ ہوتا ہے جس میں فرسات اور کس ہوتے رہتے ہیں، اور مکن ہے بعض مقامات پر جلد کا اندام ہوتا ہے۔ لیکن بالآخر یہ مرض خستگی یا بین رومض کی وجہ سے ہلک ہوتا ہے۔

نبتی ۵۱ الفقاع (pemphigus vegetans) ایک دوسری شاذ قسم ہے، جس میں منہ پہلے ماؤف ہوتا ہے۔ پھر جلد پر معمولی قسم کے پھپھو لے بنجاتے ہیں، متفرج ہوتے ہیں، اور طویل مدت تک غیر مندمل رہتے ہیں۔ ان کا میوز خاصہ یہ ہے کہ تمام مقامات، مثلاً بنگلوں، جنگاموں، اور آلوی شکلوں پر چوٹے ہوئے چھالوں کے مقام پر متفطر طبعی بالیدیں بن جاتی ہیں، جو سطح سے $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ انچ اوپر ابھری ہوئی ہوتی ہیں، اور ایک بدبودار مخاطی سیالی کا افراز کرتی ہیں۔ شدید انبطح طاری ہو جاتا ہے، اور یہ اصابتیں ہلاکت پر ختم ہوتی ہیں۔ مقامی دافع عفونت لاسقات سے کچھ تسکین حاصل ہو سکتی ہے۔ بہت سے مشاہدین نے اضران سے عصیہ ریم ازرق تفرید کیا ہے، اور اغلب ہے کہ یہ مرض اسلی راء الفقاع ہے جو اس عضو سے ثانوی طور پر پھیل رہا ہو گیا ہے۔

بسلادی اسرخاء حبابی (epidermolysis bullosa)۔ یہ ایک نہایت شاذ علقی اور موروثی مرض ہے، جس میں جلد ضرب کے لئے غیر معمولی طور پر حس پذیر ہو جاتی ہے، چنانچہ خفیف سی میکائی چوٹوں تک سے اُس میں پھپھو لے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اسکی دو قسمیں تسلیم کی جاتی ہیں۔ سادہ اور سور تغذیتی، اور آخر الذکر کو تین گروہوں میں ذیلی طور پر تقسیم کیا جاسکتا ہے، جن میں سے ہر ایک گروہ مختلف طریقہ سے ورثہ میں منتقل ہوتا ہے، اور ہلکے سریری مظاہر میں اختلافات پائے جاتے ہیں (54)۔ سادہ قسم میں پھپھو لے ندبہ چھوڑے بغیر مندمل ہو جاتے ہیں اور مضر جلد ماؤف ہوتی ہے۔ سور تغذیتی قسم میں ممکن ہے غشاء مخاطی بھی ماؤف ہو جائے، اور انداب واقع ہوتا ہے۔ یہ فرق اس مقام پر غنر ہے کہ جس پر پھپھو لے بنتے ہیں۔ سادہ قسم میں یہ بڑا اور میں ہوتا ہے، خواہ طبقہ قرنیہ میں یا شبکہ میں، اور دوسری قسم میں بڑا اور بالائی آدم کے درمیان۔

دو مریض جو سادہ قسم میں مبتلا ہوتے ہیں، بالعموم باقی ہر طرح سے طبعی ہوتے

ہیں اور انکے دانتوں بالوں اور ناخنوں میں کوئی نقص نہیں ہوتا۔ پیمپولوں کی بھون
ابتدائی پیمپن کے زمانہ تک تاخیر پذیر ہو جاتی ہے، اور شیعہ خاری کے زمانہ میں
شاذ ہے۔ وہ ان مقامات پر ہوتے ہیں جو تضرر کے لئے متکشف ہوتے ہیں
مثلاً ہاتھ اور پاؤں، اور جہاں موزہ بندوں (garters) پتلون کے سمولہ
(suspenders) یا پیٹیٹیوں سے دباؤ پڑتا ہے۔ یہ رجحان بلوغ پر یا بلوغ کے بعد
بسا اوقات کم ہو جاتا، یا زائل ہو جاتا ہے۔

سوء تغذیتی قسم میں (جسکی ایک غالب اور ایک مغلوب قسم ہے) اور
آخرا لہذا کر زیادہ شدید ہے) پیمپولے ولادت پر یا اسکے بہت جلد بعد موجد ہوتے
ہیں، اور دانتوں، بالوں، ناخنوں، اور اغشیہ مخاطی کو مایوف کرنے والے
دوسرے بروں ادنیٰ نقائص پائے جاتے ہیں، خاصکر مغلوب اصابتوں میں پیمپولے
ممکن ہے نرخی ہوں، انداب شدید ہوتا ہے، اور ایک میتر خاصہ ذیوبی جلد میں
دخنی دویروں کی موجودگی ہے۔ سادہ اور سوء تغذیتی دونوں اقسام میں پیمپولے
اور تلووں کی کثرت عرقی (hyperidrosis) ایک عام متلازم علامت ہے۔

بحکث اسباب - یہ فساد موروثی اور خاندانی ہے، اور بہت سے
متاثرہ خاندانوں کی تفصیلات بیان کی گئی ہیں (54)۔ جلد کی لچکدار بافت کی
قلت کو پیمپولوں کی بھون کا حقیقی سبب گردانا گیا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں
لچکدار ریشوں میں کوئی تغیر نہیں پایا گیا۔ ایک دوسرا نظریہ یہ ہے کہ یہ غولہ کی
ایک فطری خطا ہے باعث ہوتا ہے جسکا مقابلہ خلقی پارفرن (porphyrinuria)
(congenita) سے کیا جاسکتا ہے۔ کوئی علاج فائدہ مند نہیں ہوتا، الا یہ کہ ضرب
سے حفاظت حتی الامکان یقینی کر دینی چاہئے۔ پیمپولے جب بچائیں تو خفیف ہانچ
عقوبت لئی کے ذریعہ انکا تکیہ کر دینا چاہئے۔

جلد کی بیش قرنیتیں

(HYPERKERATOSES OF THE SKIN)

کنوے اور سمکات

(callosities and corns)

یہ رگڑ اور دباؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

کنبدہ (callosity) دراصل برجلد کی قرفی تہ کی بیش پرورش ہے، جو پاؤں کے انگوٹھے کی گدی پر، ایڑی پر، مزدوروں، چٹو چلانے والوں اور دوسرے لوگوں کے ہاتھوں پر، ولایتی سارنجی وغیرہ بجانے والوں کی انگلیوں کے سروں پر عام طور پر دیکھی جاتی ہے۔

سمکنا (corn) (عرن = clavus) برجلد کی ایک مقامی دبازت ہے جس سے ایک مخروطی زیر بالیدگی پیدا ہو جاتی ہے، جو زیر افتادہ عیامات پر دباؤ ڈال کر اُن عیامات میں التهاب اور بیش پرورش پیدا کر دیتی ہے۔ جیسا کہ عام طور پر معلوم ہے سمکات پاؤں کی انگلیوں پر خاص کر چھوٹی انگلی کے بیرونی جانب، اور دوسری انگلیوں کی پشت اور اطراف پر عام ہیں۔ سمکنا کا درد زیادہ تر اسوج سے ہوتا ہے کہ وہ چھوٹی ڈانٹ نیچے اُدم پر دباؤ ڈالتی ہے، لیکن اکثر میں خود بخود پیدا ہو جاتی ہے۔ جب سمکنا انگلیوں کے درمیان واقع ہوا اور اسے متواتر رگڑا جائے تو دبازت کم نمایاں ہوتی ہے، لیکن التهاب زیادہ صریح، اور وہ حصہ اکثر نہایت اَلیم ہوتا ہے (نرم سمکنا = soft corn)۔ کبھی کبھی سمکات لمبتب اور متفرج ہو جاتے ہیں، یا سمکے نیچے ایکٹ ویرہ یا ڈرچک بن جاتی ہے، اور اس طرح ایک شبلجوبہ (bunion) پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج۔ مناسب شکل و وضع کے جوئے استعمال کرنے سے ممکن ہے کہ سمکات اچھے ہو جائیں، یا تقریباً باطل نہ ہونے پائیں۔ تھلا پاؤں کے تلوے کے

برابر یا اس سے کیتھدر بڑا ہونا چاہئے اسوقت جبکہ کھڑے ہونے کی وضع میں ن
کا سارا وزن اُس پر پڑنے سے وہ خاص صورت کا بن جائے۔ اگر جوتے کا تھلا پاؤں کے
تلوے کی نسبت تنگ ہو تو اوپر کا چڑا حرکت کرنے میں پاؤں کی کور سے بالکل
لگا ہوا رہے گا اور نتیجہ یہ ہوگا کہ اُس پر ہمیشہ رگڑ ہوتی رہے گی۔ تلوے کی اندرونی کور
سیدھی ہونی چاہئے اور نوکدار جوتوں سے سخت پرہیز کرنا چاہئے۔ اگر سہکات
بچنے ہوں تو انھیں گرم پانی میں بھگو کر ایک تیز چاقو یا آسترے سے چھیل دینا چاہئے۔
اس وقت کوئی سپید ڈائنٹ ملے گی جسے نکال دیا جاسکتا ہے۔ پھر ایک سکی لستہ
(corn plaster) لپٹا جاسکتا ہے یا اُس اٹھکی پر محض ایک اچھے سے کٹائی لستہ
(linen plaster) کی بند کشی کی جاسکتی ہے۔ اور اسکے ساتھ مناسب طور پر
ہوئے جوتے ہوں تو رگڑ کم ہو کر آقل رہ جائیگی۔ نرم سہکات (soft corns) کو
اعتیاد کے ساتھ چھیل کر اٹھکیوں کے درمیان نرم روئی رکھ دیا جائے یا سکو کے نیچے
تنگ بند کشی کے ایک دو پیکر لیٹ دے جائیں تو ان پر دباؤ نہیں پڑنے پائے گا۔
دانت یافتہ جلد سیلی سلک ایسڈ ۵ فیصدی طاقت کے مرہم یا پستری صورت
میں یا کوڈرین کے اندر ملول (ایک ڈرام ایک اونس کے اندر یکا صورت میں
لگانے سے بھی نکالی جاسکتی ہے۔ چمکری یا ٹینک ایسڈ (tannic acid) کے
غسولات کے استعمال سے الیم جھٹے کو فائدہ ہو سکتا ہے۔ لیکن تمام اصابتوں
میں مستقل آرام حاصل کرنے کا واحد ذریعہ یہی ہے کہ کافی چوڑے پنچے والے جوتے
استعمال کئے جائیں، جھکا تھلا چوڑا اور ایڑی نیچی ہو۔

قرینیت

(keratosis)

قرینیت یعنی بڑ جلد کی قرنی ش کی زیادتی، التهاب جلد کی متذکرہ بالا
بیشتر اقسام مثلاً صدقیہ (psoriasis)، مزمن اکیزیمیا اور سرخ شعری تخنیل
(pityriasis rubra pilaris) کا ایک اہم اور ضروری جز ہے۔ قرنی تہہ کی
زیادتی سم الفاری قسم (arsenical poisoning) سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔

ایک شاذ پیدا کنشی مرض، جس میں ہتھیلیوں اور ٹلوں کی قرتی کی بکثرت پیش پرورش واقع ہو جاتی ہے، 'سراحی و اخمصی قرنیت یا ٹخن (keratosis or tylosis palmaris et plantaris) - یہ کئی پشتوں میں اور ایک بچہ نند کے اراکین میں واقع ہو سکتا ہے۔

قرنیت شعری

(keratosis pilaris)

یہ حالت اپنی سادہ تر شکل میں نہایت عام ہے، اور اسکو غضبیت کی ایک برائی قسم شمار کیا جاسکتا ہے، مزید برآں اس غیر طبعی حالت میں یہ ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ جیسا کہ غضبیت میں ہوتا ہے، جلد کے ماؤف شدہ حصے وہ ہوتے ہیں جنہیں دہنی اور عرفی غدود طبعاً کم نمویافتہ اور کم فعال ہوتے ہیں، اور جو اس بنا پر زیادہ خشک ہوتے ہیں، یعنی جو ارج کی باسط سطحات، پنڈلیاں، گونگیں اور رانوں کے بیرونی حصے۔ بالعموم یہ بالائی بازوؤں کے باسط رگوں پر اور ٹانگوں کے عقبی جانبی حصوں پر گھٹنوں کے نیچے سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اغراض جراثیمی بخور پر مشتمل ہوتے ہیں جو جراثیم کے قلعہ حصوں میں قرتی مخروطات کی موجودگی کے باعث ہوتے ہیں، جو نہایت ہی منقسم ہوتے ہیں۔ زغیب مذہل ہوتے ہیں اور مرغولی طرز پر گندڑی مار سے ہوئے مخروطات میں سے گزرتے ہیں، متاثرہ رقبوں کا رنگ ممکن ہے طبعی ہو، لیکن قرنیت شعری بسا اوقات جواری زردی والی لڑکیوں میں دیکھی جاتی ہے۔ ان میں بالعموم بالائی بازوؤں رانوں اور ٹانگوں پر زیر جلدی شحم کی افراط پائی جاتی ہے، اور دورانی رکود کی وجہ سے ان حصوں کی جلد، خاص طور پر باسط سطحات پر، نیلی سی سرخ ہوتی ہے، اور قرتی صمات سے پٹی ہوتی ہوتی ہے، جن میں سے ہر ایک کے گرد ایک نیلا سا دالہ ہوتا ہے۔

قرنیت شعری کسی بھی عمر میں (۲ یا ۳ سال) واقع ہو سکتی ہے، لیکن ریعان میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے، اور بالغ زندگی میں کم یا غائب

ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ متاثرہ جرابوں میں ذہنی غدد اور ترغیب آخر کار بالکل خدبول ہو جاتے ہیں اور اضرار کی جگہ نقطہ نمائند بات لے لی جاتی ہیں۔

بیمحت اسباب - غضب کی طرح، یہ حالت خلقی اور خاندانی ہوتی ہے، اور فطری فائز قرنیوں کی بدجہا سب سے زیادہ عام قسم ہے۔

علاج - گیزرڈ - ایسڈ سیلیسیلیک (acidi salicylici) ۱۵ - ۲۵

گرین، گلیسیرائی ایملائی (glycerini amyli) ۲ ڈرام، پیراف مال الب

(paraffi moll. alb.) ۲ ڈرام، ایڈپ لینی (adip lanæ hyd.) ۱۵

ایکاونس کی اچھی طرح ترکیب کرنے سے جلد کے کمرور سے منظر اور ساخت میں اصلاح

ہو جائیگی۔ غدد در قبیہ، جسکے ہمراہ فعال بیضی خلاصہ ہو یا نہ ہو، بعض اصابتوں میں

ضروری ہوتا ہے۔

قرنیت شعری ذبولی (keratosis pilaris atrophicans) -

قرنیت شعری گلوونی ذبولی (keratose pileaire rouge atrophiante)

(Brocq) ندابی احمر اسراجین سہ (ulerythema ophryogenes)

(Taenzer) - قرنیت کی ایک زیادہ شدید شکل کو مختلف مشاہدین نے مختلف

نام دیے ہیں۔ یہ ابروؤں، بالانصوم، آنکھ بیرونی نصفوں، پیشانی کے مرکز

گالوں، اور جلد الاس کو موقوف کرتی ہے۔ متاثرہ حصے سرخی مائل جھلک ظاہر

کرتے ہیں اور اصنام شدہ یا خدبول شدہ جرابی دھنوں کے گرد پیش دمیت کا ہالیا یا جاتا ہے۔

شدید اصابتوں میں جلد اس تقریباً مکمل طور پر گنچی ہو جاتی ہے اور بڑا اور کسٹھانٹ ہو جاتی ہیں۔

بیمحت اسباب - غضب کی عمومی قسم اور سادہ قرنیت شعری تخلیج، یہ حالت خلقی

اور سب اوقات خاندانی ہوتی ہے۔ ایسی اصابتیں درج کی گئی ہیں جن میں والدہ غرضبتی تھی۔

قرنیت جرابی (keratosis follicularis) (ڈیوریر) کا مرض

(Darier's disease) - یہ شاذ حالت جسے ڈیوریر نے ۱۸۸۰ء میں پہلے پہل بیان کیا

تھا، فائز قرنیت کی ایک قسم ہے جسکا مزید خاصہ درملی عملیات کا ایک عجیب قسم کا انحطاطی

جو شعری ذہنی جرابوں کے اور عرقی تھاتوں کے بالائی ٹلٹ میں خاص طور پر واقع

ہوتا ہے۔ اسی قسم کا خلوی انحطاط، پھٹنی کے مرض پیجٹ (Paget's

disease of the nipple) اور نام نہاد بون کے بیش سرطانی داء البند (pre-cancerous dermatosis of Bowen) میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ مختصراً اہم اضرار بشور ہوتے ہیں، جو بھوری سی پٹریوں سے لٹکے ہوتے ہیں، اور شعری ذہنی جوالوں اور عرقی نثاروں کے قسح دہنوں، اور درمیان کی جلد پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ پٹریاں ملتی ہوتی ہیں، اور بردی جگتیاں بنانے کا رجحان رکھتی ہیں، بیشکنوں اور مفصلی تعریجات میں ممکن ہے کہ نیدگیوں ہوں، جو بڑھ جاتی ہیں، اکثر اوقات فوجی طور پر، اور بدبو پیدا کرتی ہیں۔

باستثناء ان شاذ حالات کے جنہیں ثوران یک باہمی ہوتا ہے، اور فلفی توزیع رکھتا ہے اسی طرح جس طرح کہ دھیک باہمی (naevus unius lateralis) اضرار دو باہمی طور پر تشاکل ہوتے ہیں، اور انتہائی مقامات چہرہ، بالخصوص کپٹیاں اور انٹی شغوی شکن، جلد الاس، اذنی صدقات، پیش قشقی اور عین لکٹی خلیے، کمر کا خط، اور مفصلی تعریجات ہوتی ہیں، لیکن دوسرے حصے بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ جوارح کی نظری سطحات پر چھٹے ٹولولات سے ملنے جلتے اضرار موجود ہو سکتے ہیں، اور بسا اوقات ہتھیلیوں اور ٹلووں پر نقطہ دار قرینہ پائی جاتی ہے۔ منہ کے اغشیہ، ہنطی، بشمول زبان، بلعوم، مری، اور معاز مستقیم کے ماؤف ہو سکتے ہیں۔

بالعموم یہ مرض ابتدائے عرس پہلے پہل نمودار ہوتا ہے، لیکن اس کا آغاز ادیمہ عریا اس سے بھی بعد تک تاخیر پذیر ہو سکتا ہے۔ کچھ مدت تک بر سرعت ترقی کرتا ہے، اور اسکے بعد ٹھہرا ہوا رہتا ہے۔

بسمت اسباب - یہ تقریباً ۵ فیصدی امابتوں میں خاندانی اور موروثی ہوتا ہے، اور دو یا زیادہ پشتوں میں نمودار ہوتا ہے۔ دوسرے نقائص طبیعی اور ذہنی، اسکے ساتھ موجود ہو سکتے ہیں۔

مرضی تشریح - بیش قرینہ، اور شبکہ میلجیائی کی بیش پروردگی مروج ہوتی ہے۔ مزہ فاتر قسمتی خلیات (”گول اجسام“ اور ”دالے“) جنکو ڈیریر نے پہلے پہل فلفی سے فلفی جربانیہ (psorosperms) سمجھا، شبکہ اور طبقہ قرینہ

میں دیکھے جاتے ہیں۔

علاج - ایسے مرہم یا بیٹیں جو قرن پاشس ادویہ، مثلاً سیلیسلک ایسڈ اور ریسارسن (resorcin) پر مشتمل ہوں، مفید ہوتی ہیں۔ لاشعاعوں کے مطلق استعمال سے، اور اس سے بھی قریبی زمانہ میں گریز شعاعوں (Grenz-rays) سے نمایاں اصلاح پیدا کی گئی ہے۔

جلدی قرنہ

(cornu cutaneum)

شاذ امابتوں میں سینک کی پائیدگیاں، بعض اوقات کئی انچ لمبی، اور عموماً پیچیدار یا خمیدہ دیکھنے میں آتی ہیں۔ عموماً یہ منفرد ہوتی ہیں۔ یہ مجموعہ جلدی تھوں پر مشتمل ہوتی ہیں جو بیش پروردہ حلیات کے قاعدے پر ہوتی ہیں۔ علاج یہ ہے کہ انکا استیصال کر کے انکے قاعدہ کو کٹی کر دیا جائے۔

غضبت الجلد

(ichthyosis)

غضبت الجلد کی اصطلاح کئی ایک مختلف حالتوں کو یکجا کرنے کے لئے غیر موزوں طور پر استعمال کی گئی ہے جو سب کی سب غلطی فائر قریب شہار کیجا سکتی ہیں، لیکن جو تو نریع، شدت، اور طرز وراثت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں (54)۔ یہاں صرف عام شکل (غضبت عام) مادہ یا لامعدہ (ichthyosis vulgaris, simplex or nitida) بیان کی جائیگی۔ اس حالت میں جلد غیر طبعی طور پر خشک اور چپکلوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جنکی جسامت غیر طبعی حالت کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ خاص طور پر متاثرہ حصے وہ ہوتے ہیں جن میں دھنی اور عرقی غدود طبعاً کمترین فعال ہوتے ہیں، یعنی جوارح کی باسط سطحات، خاص طور پر کہنیاں اور گھٹنے، اور کم حد تک دھڑ، چہرہ، جلد الاراس اور جوارح۔ اسکے برعکس مفصلی تعریجات اور قدرتی شکن بمشکل متاثر ہوتے ہیں

یا بالکل متاثر نہیں ہوتے یہ پتھیلیوں اور تلووں کا بالعموم میز منظر ہوتا ہے اس طرح کہ باریک تر خطوط محو ہو جاتے ہیں اور عمیق تر خطوط زیادہ مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔ ناخن خشک اور بھر بھرے ہوتے ہیں، جلد لڑاس چھٹکے دار ہوتی ہے، اور بال پتلے اور بے چمک ہوتے ہیں۔ جیسا کہ توقع کیا جاسکتی ہے متاثرہ رقبوں پر دہن اور پسینہ کا افراز قلیل ہوتا ہے، اور بہت سے غضبیت زوردار ورزش کے دوران میں پسینہ نہ آسکنے کی وجہ سے بہت تکلیف اٹھاتے ہیں۔ مزید برآں شحم کا فقدان غضبیتی جلد کو شحم ربا عوامل، مثلاً قلووی صابنوں، سوڈا اور بخاری پانی آکھے فصل کے لئے نہایت اثر پذیر بنا دیتا ہے، چنانچہ ہاتھوں اور پتھیلیوں کا پھٹنا، انشقاق اور ایکویمائیت ان موصوٹوں میں نہایت عام ہوتی ہے۔

اگرچہ غضبیت، ولادت کے موقع پر نظر نہیں آتی، تاہم بالعموم یہ ابتدائی زندگی میں اپنے آپ کو ظاہر کر دیتی ہے، اور تقریباً ۱ سال کی عمر تک زیادہ نمایاں ہوتی جاتی ہے۔ ممکن ہے زمانہ بلوغ میں کچھ اصلاح ہو جائے، لیکن یہ تمام عمر باقی رہتی ہے۔ بسا اوقات اسکے ہمراہ حسیاتی مثلاً علامات یعنی رضیعی آکزمیا، ہستیر کا کا حکاک، اور دمر پایا جاتا ہے۔ کاکین (Cockayne) یہ رائے دیتا ہے کہ غضبیت اور ان حسیاتی علامات کا امکان، جداگانہ ارثی عوامل کی وجہ سے ہوتا ہے جو اسی لونی جسم میں پڑے ہوتے ہیں، اور یہ کہ انکے درمیان مرابطہ ہوتا ہے۔

مرضی تشریح - قونی نہ دبیز ہو جاتی ہے اور شبکہ، میلچیمائی پتلا ہو جاتا ہے۔ طبقہ ذراتی کم یا مفقود ہوتا ہے۔ دہنی غدد بہت تھوڑے اور چھوٹے ہوتے ہیں، لیکن ناصبات الشعریش پروردہ ہوتے ہیں۔ عرقی غدد اور قناتوں میں مختلف تغیرات بیان کئے گئے ہیں۔

بحث اسباب - غضبیت موروثی اور خاندانی ہوتی ہے، لیکن اکثر ایک پشت کو بیچ میں سے چھوڑ دیتی ہے، اور واحد اصابتیں پانی جاتی ہیں۔ اساسی تحولی شرح کے مطالعہ سے ناقص درقیت تو ظاہر نہیں ہوتی، لیکن غلامہ درقہ کا علاجی فائدہ ناقابل تردید ہے۔

علاج - قلووی صابنوں اور دیگر شحم ربا عوامل سے پرہیز کرنا چاہئے۔

ایک ایسے مہم کے ساتھ جو گلیسرین آف شاپرچ (glycerine of starch) لینو (lanoline) اور ویسلین پر مشتمل ہو پہلے پہل روزانہ اور پھر سفتہ میں دو تین مرتبہ باقاعدہ تمرینات کرنی چاہئیں۔ خدہ درخیزہ کو مناسب مقداروں میں مال مال کرنا اور ہاتھوں کے ساتھ دینا چاہئے۔ شمس کی غل، غصبتی جلد پر ایک عجیب و غریب تاثر رکھتا ہے، اور ممکن ہے عارضی طور پر اسکو طبعی سے ناقابل تیز ناسے غصبتی تقریباً ہمیشہ دبے پتلے ہوتے ہیں، اور ایک ایسے نظام غذا سے جو شحم حل پذیر حیاتیاتوں سے بھرپور ہو، انکو فائدہ پہنچتا ہے۔

جلد کی زبولی اور سوتغذیتی حالتیں

(ATROPHIC AND DYSTROPHIC CONDITIONS OF THE SKIN)

صلابت جلد

(sclerodermia)

صلابت جلد منتشر یا محدود ہو سکتی ہے۔ منتشر صلابت جلد (diffused sclerodermia) میں جلد کی عام سختی یا تصلب ہوتا ہے، جو کھایت عام طور پر چہرے، گردن، کندھوں، سینہ، اور بازوؤں کے قریب شروع ہو کر بتدریج جسم کے اسفل حصے میں پھیل جاتا ہے۔ ایسی ہی حالت انگلیوں میں شروع ہو کر صلابت انگشت (sclerodactylia) یا صلابت جلد انگشت (acrosclelerodermia) پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 310)۔ ابتدا تو رنگ میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی، لیکن جلد سخت، استوار اور بے لچک ہوتی ہے اور اُسے چمکی میں لیکر شکن نہیں ڈالا جاسکتا۔ جیسے جیسے یہ حالت ترقی کرتی ہے جو ارج کی حرکتوں میں مزاحمت ہوتی ہے، مفاصل کم و بیش مثبت ہوتے جاتے ہیں، سینہ کی تنفسی حرکت محدود ہوتی جاتی ہے، اور اگر چہ ماؤف ہو تو اسکی قوت اظہار جاتی رہتی ہے۔ منہ مشکل سے کھولا جاسکتا ہے، لیکن چونکہ حرکت پذیر

اکثر قائم رہتی ہے۔ بعد میں جلد پتھر اور کھنی ہو جاتی ہے، لون کی بنیاد و پکیتاں نمودار ہو جاتی ہیں، اور جا بجا سوئی اتساع کے رقبے پیدا ہونے سے ایک گلابی یا بنفشی رنگ پایا جاتا ہے۔ پسینے اور ذہن کے افرازاں کم ہو جاتے ہیں، مرض کا عمر آہستہ ہوتا ہے اور وہ سالہا سال رہتا ہے، اور بالآخر بہت سی مہلکیوں میں بالکل ریف ہو جاتا ہے۔ اس دوران میں مریض کی صحت عملاً غیر متاثر رہتی ہے، لیکن کبھی کبھی ریشیہ اور عوارض قلب کی پیچیدگیاں دیکھی گئی ہیں۔ خود جلد میں ایکڑیا، احمرار اور قرح واقع ہو سکتا ہے۔

بعض اس باتوں میں مرض جلد کی زیادہ دہارت یا اُذیا کے ساتھ شروع ہوتا ہے، اور کروکر (Crocker) کی رائے ہے کہ اس سے ایک ذہول استوائی اور تنگی کی حالت پیدا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے، جس میں سادہ متضرب قسموں کی نسبت خود بخود شفا یابی کا امکان بہت کم ہوتا ہے۔

بحث اسباب - منتشر قسم عموماً مرض ریناڈ (Raynaud's disease) کے ساتھ متعلق ہوتی ہے۔ محدود المقام قسین کبھی کبھی تھریس کے بعد پیدا ہو گئی ہیں، اور زیادہ عمومی حالتیں سردی لگنے، افکار، اور نوعی تبوں سے مسبب کی گئی ہیں۔ حال ہی میں چند سال سے مختلف مصنفین خیال کرنے لگے ہیں کہ یہ حالت بالخصوص غدہ درقیہ نیز سرگردوں اور جسم نخامی کے اندرونی افرازاں کے عوارض، یعنی آنکی زیادتی یا نقص، کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ مرض نوعی بالغوں اور ادھیڑ عمر کے اشخاص میں، اور کم اکثر بچوں میں واقع ہوتا ہے، لیکن اب تک ۱۲ ماہ سے نیچے واقع نہیں ہوا (ملاحظہ ہو نومولودی صلاست جلد)۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، لیکن اسکے اسباب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے (ملاحظہ ہو برص کے اسباب)۔

محدود و صلاست چملا (circumscribed scleroderma) یا قشعہ (morphoea) میں ۲، ۳ یا زائد انگوں کے قطر کی ایک غیر متماثل پکیتی ہوتی ہے، جو اکثر اوقات ایک عصب کی توزیع سے متاثر ہوتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک پکیتی پیشانی پر فوق الجہری عصب کی توزیع پر ہو۔ پستان کے قریب

دھڑا اور جوارح بھی ایسے ثوران کے عام مقامات ہیں۔ چکنتیاں بیقاعدہ شکل کی ہوتی ہیں، یا ایک جارجہ کے گرد یا اسکے طول میں بندوں کی شکل میں ہو سکتی ہیں۔ وہ چھیکے سفید ہاتھی دانت کے رنگ کی، اور قسح عروق کے ایک بنفشی یا گلابی منطقہ سے گھری ہوئی ہوتی ہیں۔ جلد چکنی اور خشک ہوتی ہے اور اکثر چکنی میں لپھا سکتی ہے۔ وہ تندرست جلد کے یوں میں، یا اس سے نیچے یا اوپر ہو سکتی ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے اور پھر کم ہو کر غائب ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے پھیل کر منتشر قسم کا ہو جائے، یا ایک ذبونی حالت میں باقی رہے۔ نیز محدود صلابت جلد مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور بعض اوقات مقامی خراش اسکا سبب ہو سکتی ہے۔

تشریح - ہر جلد غیر نافذ ہوتی ہے بجز اسکے کہ شبکہ میں کیس قدر نون موجود ہوتا ہے۔ اور اس تحت الجلدی بافتوں میں اتالی بافت کی حد سے زیادہ بالیدگی پائی جاتی ہے۔ عمیق تر عروق بشمار سپید خلیوں سے گھری ہوئی ہوتی ہیں، اور اوپری عروق اکثر مسکری ہوئی اور غالی ہوتی ہیں۔ نیز سپید خلیے پیسنے کے غد کی قناتوں کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں اور انکو مسدود کر سکتے ہیں، اور جلد کے عضلی ریشے بیش پروردہ ہوتے ہیں۔

علاج - اس مرض میں علاج سے بہت کم فائدہ ہو سکتا ہے۔ مریض کو ہر وقت گرم رکھنا چاہئے، اور مقوی ادویہ دینا چاہئے۔ مقامی طور پر منقہ لاسعات اور رگڑا، جلد کے دوران خون کو بحال کرنے کے لئے تدلیک، اور گلوٹائیست کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔ خلاصہ درقید اور لاشعاعوں کے استعمال کے بعد اصلاح پائی گئی ہے۔

نومولودی صلابت جلد (scleroma neonatorum)۔
یہ جلد کا ایک مخصوص تصلب ہے، جو باقو پیدائشی ہوتا ہے یا کمزور اور ناقص دوران خون والے شیرخواروں میں پیدائش کے تھوڑے عرصہ بعد ہی نمودار ہو جاتا ہے۔ یہ جوارح اسفل سے شروع ہو کر باقی سارے جسم میں پھیل سکتا ہے، یا منتشر چکنتیوں کی صورت میں رانوں، سرینوں، دھڑ، بازوؤں، اور گالوں پر ہو سکتا ہے۔

ماؤں حصے بالکل سخت اور کثرت محسوس ہوتے ہیں، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ تحت الجلد بافت منجمد ہو گئی ہے۔ پکیتیوں کی کوریں واضح الحدود سطح سے قدرے ابھری ہوئی، اور بعض اوقات تیلگوں سرخ رنگ کی ہوتی ہیں۔ انہیں محض زیادہ دیر تک دبائے کے بعد گڑھا پڑتا ہے۔ یہ بچے سرد اور غموہ ہوتے ہیں، انکی نبض صغیر اور نبض ضعیف ہوتا ہے۔ یہ اکثر بہبوط یا اسہال سے مر جاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی شفا یاب بھی ہوتے ہیں۔ اس تغیر کا سبب اچھی طرح سمجھ میں نہیں آیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مرض حقیقی اذیما کے ساتھ خلط ملط ہو جائے۔ خواہیے ہی حالات میں پیدا ہو جاتا ہے۔ اذیما زیادہ حرارت کے ہوئے حصوں میں ہوتا ہے۔ اسیں جلد نیلی اور چمکی دار ہو جاتی ہے، زیر افادہ ساختوں سے نیلی میں اوپر اٹھائی جاسکتی ہے، اور دبائے سے اسیں بہ آسانی گڑھا پڑ جاتا ہے۔ علاج۔ بچے کو گرم رکھنا چاہئے اور کافی غذا دینی چاہئے، جبکہ لئے اگر ضرورت ہو تو انکی انبوبہ استعمال کرنا چاہئے۔

شیوخ ذبول (senile atrophy) کے علاوہ، جہیں جلد خشک، بے لچک، جھمیری دار اور اکثر ٹوٹی ہو جاتی ہے، مندرجہ ذیل حالتیں ذبول جلد کے طور پر بیان کی جاسکتی ہیں۔

عصب التهابی ذبول الجلد (atrophoderma neuritica)۔

یہ جسے پیجٹ (Paget) کی ”چمکدار جلد“ کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، التهاب عصب (neuritis) اور عصبی نظام کے دوسرے اضرار کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ بالخصوص ہاتھ کی انگلیوں میں غصہ دیکھنے میں آتا ہے، نیکی جلد چمکی، چمکدار خشک، مگلائی یا سرخ رنگ کی ہو جاتی ہے، اور ساری نیکی مگلاؤ دم، اور ناخن طوٹا اور عرصہ خمدار ہو جاتے ہیں۔ اسکے ساتھ شہید اور لکنا نریلن اور درد ہوتا ہے۔

ذہنی خطوط و لہجات

(striae et maculae atrophicae)

مخطوط اور لہجے دار ذہنی جلد (atrophodermia striate et maculata)

ذہنی خطوط (striae atrophicae) جسم کے اُن حصوں کی نیم شفاف، ندبہ نما لکیریں ہیں، جنہیں بعد تمدد ہو چکا ہو، مثلاً حمل کے بعد شکم و خطوط الحمل 'lineae gravidarum' خطوط ابیض (lineae albicantes) رضاعت کے بعد پستانیں، انتہائی استسقاء لحمی (anasarca) کے بعد شکم، رانیں، مانگیں اور ہاتھ۔ اور قرہبی کی وجہ سے یا زیادہ محدود المقام شحمی سلعات کی موجودگی کے باعث شانے، پستانیں، اور رانیں۔ یہ لکیریں ایک انچہ سے لیکر تین یا چار انچہ لمبی ہوتی ہیں، اور گٹھ دو ہر ہر سے برتر نکدار ہو جاتی ہیں۔ یہ تندرست جلد کے نیچے کسی قدر دینی ہوتی ہیں، لیکن اگر اُس حصے میں اُذیمایا استسقاء لحمی پیدا ہو جائے تو جلد سے کسی قدر اوپر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں۔ جلد میں ایسا ہی تغیر بلا کسی ماسبقی تمدد کے بھی واقع ہو سکتا ہے، اور یہ نہایت عام طور پر کسی طویل اور اتبلاخ آفریں طالت، مثلاً تب محرقہ کے دوران میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں یہ حالت زیادہ تر ٹہریوں، رانوں، گھٹنوں (خطوط عرضی lineae patellares) اور ٹھنوں کے قرب و جوار میں دیکھی جاتی ہے۔ اور یہ ذہنی خطوط مدور و معتول یا لہجوں کے ساتھ متولف ہو سکتے ہیں، جکا قطر ۱/۲ انچہ تک مختلف ہوتا ہے۔ ان تمام اصابتوں میں جلد درحقیقت مدبول ہو جاتی ہے، اور اُسکی لچکدار بافت غائب ہو جاتی ہے۔ ہر جلد پتلی پڑ جاتی ہے، ملیامات چھوٹے یا غائب ہوتے ہیں، اور تحت الجلد بافت اور خدد مدبول ہو جاتے لیکن اُن اصابتوں میں جو تمدد سے غیر متعلق ہوتی ہیں، ایک سریع الوقوع حادثی یا الہابی، بلکہ ہمیش پرور شمی حالت بھی دیکھی گئی ہے۔ اور انہیں سموم کے قتل کو سبب مرض تصور کیا گیا ہے۔

لونی جفاف الجلد (Xerodermia Pigmentosa) (مرض کبھی)

(Kaposi's disease)۔ یہ ایک عجیب اور شاذ مرض ہے، جسکی مجموعی خصوصیات جلد کا ذبول، کوئٹ کی زیادتی، صغیر عروقی اتساع اور انزال بعد نصبت سلتا کی بالیدگی ہیں۔ یہ ذکور اور اناث میں مساوی طور پر ہوتا ہے، اور حقیقتہً موروثی ہو سکے بغیر کسی خاندان کے اراکین کو موقوف کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ اگرچہ اسکا نسلی حدوث وسیع ہے، یہ یہودیوں میں سب سے زیادہ عام ہوتا ہے، اور اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں والدین میں ہم خاندانی پانی جاتی ہے (54)۔ یہ بچپن میں، اور عموماً موسم گرما میں، کوئی دھبوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے، یا احمراری دھبوں کے ساتھ، جو جلد ہی کملا کر لون ہو جاتے ہیں۔ یہ چہرے، گردن، صدغی خطے میں، جلد الاراس پر، بازوؤں و پرش بازوؤں کی بیرونی جانب، اور ہاتھ کی پشت پر پختے ہیں۔ کوئی دھبے بعد میں ذہنی ہو جاتے ہیں، اور انکے اندر سپید، منقبض، ٹکڑی ہوئی جلد کی چمکیاں بن جاتی ہیں۔ یہ سپید دھبے کبیتند متقبض ہوتے ہیں، اور مشکل سے چمکی میں اٹھاے جاسکتے ہیں۔ اور بالآخر جلد میں اتنی کافی تنگی پیدا ہو سکتی ہے کہ پوٹے نیچے کنچ کر کٹمی التهاب (conjunctivitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ ذہنی رقبہ قسح عروق کے گلابی دھبے پیدا ہو جاتے ہیں، جو تدریج بڑے ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ عرصہ دراز تک مرض ٹھیرا ہوا رہے، اور جسم کے دوسرے حصوں میں کبھی نہ پھیلے۔ لیکن بالآخر قسح عروق یا کوئی دھبوں میں سے ٹولوی بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور یہ بالآخر سطحی سلعی نوعیت کی رسولیاں بن جاتی ہیں۔ یہ متغیر ہو کر مواد یا خون خارج کرتی ہیں، اور جسم کے بقیہ حصوں میں دوسری رسولیاں جگر مریض خستگی کے باعث نشاۃ اجل بن جاتا ہے۔

علاج سے اس مرض میں بہت کم فائدہ ہوتا ہے۔ چونکہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس مرض کے ٹوکا دھوپ کے کشف کے ساتھ کچھ تعلق ہے، لہذا مناسب ہے کہ دبیز سرخ نقابوں یا مقامی لاسقات کے ذریعہ چہرے کی حفاظت کی جائے۔ نو بالیدوں کو جب وہ پیدا ہوں قلع کر کے دور کر دیا جائے، یا ان کا علاج ریڈیم یا لاشعاعوں (X-rays) سے کیا جائے۔

کپوسہ نئے ایکلیمبٹس جفّا الجلد (xerodermia albidum) (دکڑ کر کا سفید) ذہول طبع (Crocker's atrophoderma albidum) بیان کیا ہے جو ٹانگوں کو راتوں سے نیچے کی طرف، اور بعض اوقات بازوؤں کو نیچے ہاتھوں تک مآؤف کر دیتا ہے اور جس جلد مدبول ہوتی ہے اند پھرتن جاتی ہے۔ یہ مرض بچپن میں شروع ہوتا ہے اور ٹھیرا ہوا رہتا ہے۔

لون کی تبدیلیاں

(ALTERATIONS OF PIGMENT)

لونیت کی زیادتی اکثر شدید یا چھیلی بیش دمویت کا نتیجہ ہوتی ہے جس سے بلاشبہ ہمو جگلوین عروق سے باہر نکل آتی ہے، لیکن اسکے اور بر جلد کی عمیق ترین آہو میں لون کی قدرتی زیادتی کے درمیان کی گزریاں اب بھی نامعلوم ہیں۔ سورج یا نیر ہوا میں محض سب سے زیادہ معروف شامل ہے۔ لیکن گذشتہ بابوں میں یہ دیکھا گیا ہوگا کہ مختلف اقسام کے التهاب جلد، مثلاً اکیزیا، احمسار (erythema) دار الفقاع (pemphigus)، حزازہ (lichen) اور صدقہ (psoriasis) کے بعد لونیت کی متعدد عام طور پر پیدا ہونا بیان کی گئی ہے۔ نیر سرخبادہ (erysipelas) آنشکی ثورانات اور تقرحات، اور بالخصوص جوارح اسفل میں دقانی ویدوں کی وجہ سے پیدا ہونے والے پرانے قروح کا اضافہ کیا جاسکتا ہے۔ آبلہ آود ادویہ اور رانی کے پستروں کے بعد بھی اکثر تلونین ہو جاتی ہے۔ یہ ایسا واقعہ ہے جسکی وجہ سے ہمیں خواتین کی گردن یا بازوؤں کے لئے جوابی خواش اور تجویر کرنے میں محتاط رہنا چاہئے۔ لونیت کی زیادتی کا ایک دوسرا عام ضربی سبب کھرنچنا ہے جو حک کی تخفیف کے لئے عمل میں لایا جاتا ہے، بالخصوص اس حک کے لئے جو شدید حکاک (prurigo) سے یا قمل (pediculi) کی موجودگی سے پیدا ہو جاتی ہے۔

لونیت جلد کے بعض ایسے عوارض میں بھی پائی جاتی ہے جنہیں بیش دمویت کوئی نمایاں خاصہ نہیں ہوتی، مثلاً صلابت جلد (scleroderma) کپوسہ نئی کا

جفاف الجلد (Kaposi's xerodermia)، اور بیاض الجلد (leucodermia) جسکا بیان آگے درج ہے۔ داخلی مرض کی وجہ سے انتہائی درجہ کی لونیت ہیں مرض ایڈیسن (Addison's disease) میں، اور اُس سے کم درجہ کی لونیت لمفی غدی سلعہ (lymphadenoma) کی بعض اصابتوں میں، سرخائی سلعہ کے ضعف (carcinomatous cachexia) میں، طیریا میں، مرض گرو (Graves' disease) میں، رثیہ آسا منفصلی التهاب (rheumatoid arthritis) میں، اور سڈرن، ذیابیطس، اور کبیت جگر (cirrhosis of the liver) کی بعض اصابتوں میں ملتی ہے۔ خیال لگا کر کیا گیا ہے کہ لمفی غدی سلعہ میں اور مرض ایڈیسن میں ضعیف شمسی میں مداخلت ہو جانا اسکا سبب ہے، لیکن متذکرہ بالا بیشتر امراض میں اور بعض دیگر امراض، مثلاً برش رحمی (chloasma uterinum) میں بھی اسباب نہایت اغلب عامل معلوم ہوتے ہیں، اور شک کیا کا داخلی استعمال لونیت پیدا ہو جائے گا ایک معروف سبب ہے۔ اسکے لئے عام طور پر کوئی خاص نام استعمال کرنے کا دستور نہیں ہے، لیکن مختلف مثالوں میں سیاہ جلدی (melanodermia) مساوی جلد (melasma) (فوق انکوی سوا جلد = melasma suprarenale) اور بٹاش (chloasma) کے خطابات استعمال کئے گئے ہیں۔ ان تمام اصابتوں میں جو کسی قابل تدارک سبب کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں، اُس سبب کی غیر موجودگی میں لونیت بالآخر غائب ہو جائیگی۔ اسکے برعکس وہ لاعلاج اصابتوں مثلاً مرض ایڈیسن، میں قائم رہتی ہے، اور بلاشبہ لونیت کی اُس زیادتی میں جو بڑھاپے میں پیدا ہو جاتی ہے، کوئی اصلاح نہیں ہوتی۔ لون کے محدود المقام اجتماعات، لونئی خالط (pigment moles) اور لونئی ٹولولاست (pigmented warts) کی طرح بھی ہوا کرتے ہیں۔ یہاں بعض اقسام، بیضے کلف یا چھانیوں (lentigo or ephelis) برش رحمی، اور مرض اسفر (ochronosis) کا بیان درج کیا جائیگا۔

لونیت کی قلت امہاق (albinism) اور بیاض الجلد (leucodermia) میں دیکھی جاتی ہے۔

کلف

(lentigo)

چھائیاں (freckles: ephelis)

بعض مالتوں کے تحت سورج میں تکشف سے چہرے، گردن، پیشانی، بازو اور ہاتھوں کی پشت پر زرد، نارنجی، یا زردی مائل بھورے نقطات نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ گرام میں سب سے زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں، اور سر میں مرجھا جاتے یا بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ یہ ابتدائی کمین کے آخری زمانے میں اور شناذہا لوں میں زیادہ عمر میں دیکھے جاتے ہیں، اور ابلے بالوں اور نیلی آنکھوں والے (xanthochroic type) لوگوں میں بالخصوص ہوتے ہیں۔ علاج۔ عموماً چھائیوں کو بظا علاج یوں ہی چھوڑ دینا بہتر ہے۔ تاہم ایک تیز کردہ دیا سلانی پر خالص کاربالک ایسڈ کے ذریعہ چھو کر ان کو دور کیا جاسکتا ہے۔

برش رحمی

(chloasma uterinum)

جیسا کہ اچھی طرح معلوم ہے، حالت حمل میں عام طور پر پیشانی، بازو، گردن، اور ناف اور عائد کے درمیان کے خط میں لونیت کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ ان حالات میں بعض عورتوں میں پیشانی کی ہر جانب پر لون کی ایک چوڑی پٹی بن جاتی ہے جو جلد الاس کے حاشیہ سے عین نیچے واقع ہوتی ہے لیکن اس کے حاشیہ کو نہیں چھوتی۔ یہ خط درمیانی میں زیادہ سنکڑی ہوتی ہے، مگر جب گنڈی پر پہنچتی ہے تو پھیل کر چوڑی ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ وجہ پر سے پھیلتی ہوئی کل پر چاہیے۔ یا تو یہ مسلسل چلی جاتی ہے، یا منقطع ہو کر چھوٹی چھوٹی جگہاں جگہتوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ اس کا رنگ زرد یا بھورا ہوتا ہے۔ لیکن ہے کہ اس کے ساتھ آنکھوں کے گرد سیاہ حلقہ بھی ہو، جس سے سب واقف ہیں۔ یہ بھی برش

بعض اوقات ہر متغایب حمل کے ساتھ کر رہا کرتا ہے اور وضع حمل کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ یہ دوسرے رحمی اختلالات (مثلاً عسر الطمث: dysmenorrhœa) کے باعث بھی ہو سکتا ہے، اور بعض اوقات اس کے سبب کا پتہ نہیں ملتا۔ زیادہ علاج - مقامی طور پر سب سے زیادہ کثیر الاستعمال چیز مرکیوری پرکلو

(mercury perchloride) ہے، جسے تخلیف نام (almond emulsion) کے ایک آؤنس میں ایک یا دو گرین کی طاقت کے محلول میں روزانہ دو بار لگایا جاتا ہے، یہاں تک کہ جلد سرخ ہو جائے۔ پھر زنگ کا مرہم (zinc ointment) لگایا جائے۔ سائٹرک ایسڈ (citric acid) کا ربو لک ایسڈ (carbolic acid) اور دوسرے ہلکے کامیات کے محلولات بھی استعمال کیے گئے ہیں، جن سے جلد اور اس کے ساتھ لون بھی دور ہو جاتا ہے۔ لیکن رنگ کے کر پیدا ہو جانیکا امکان ہوتا ہے۔ کروکر (Crocker) نے سیلی سلک ایسڈ کی لٹی، یا لصفہ کو، یا انگل کے اندر اس ترشے کے پیر شدہ محلول کو چند گھنٹے تک لگائے رکھنے کی سفارش کی ہے۔

968

مرض اصفر (ochronosis) - فیکو (Virchow) نے اس نام سے ایک شاذ حالت کو موسوم کیا، جس میں جلد، کڑیوں، اور صلیب میں سیاہ لونیٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ اگرچہ ان اصابتوں میں کڑیاں ہمیشہ لونی ہو جاتی ہیں مگر جلد صرف چند ہی مثالوں میں مائوف ہوتی ہے۔ چہرہ کو لہ جیسے سیاہ یا سیاہ بھورے رنگ کا ہو جاتا ہے، جو مرض ایڈیسن کے رنگ سے زیادہ سیاہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہاتھوں میں نیلگوں سیاہ رقبہ نظر آئیں، اور لبوں کی مخاطی جمعی بھی چکلتیاں لگی گئی ہیں۔ قریب ہر جانب صلیب میں بھی ایک سیاہ چکیتی، قریبہ اور مانی کے درمیان بیچوں بیچ دیکھنے میں آتی ہے۔ کڑیوں کا تغیر مریر یا قی طور پر کانوں میں دیکھا جاتا ہے، جنکا نیلگوں رمادی رنگ اسوج سے ہوتا ہے کہ سیاہ کڑی پتلی جلد کے اندر سے نظر آتی ہے۔ لیکن بعد المہات امتحان میں طبعی کڑیاں اور بین فقراتی، قسقی ترقوی، حشری، اور قصبی کڑیاں سب موسمی یا سیاہی جیسے کا لے رنگ کی پائی گئی ہیں۔

بعض اوقات رقبے بھورے رنگ کے ہو جاتے ہیں، اور مہات قلب

اور احوال وتری، چمکتیوں کی صورت پر بدرنگ پائے گئے ہیں۔ لون کا جماؤ کرکڑی کے قالب میں اور جلد کے آدھ کی یعنی بانٹ میں ہوتا ہے۔

بعض امیابتیں اکیلیٹن بولیت (alkaptonuria) (ملاحظہ ہو صفحہ 510) کے ساتھ متعلق پائی گئی ہیں، اور چند امیابتیں کاربول بولیت کے ساتھ جو سالہا سال تک مزمن قروح پر کاربونک آکسائیڈ متواتر نکالنے کے بعد پیدا ہو گئی ہیں (المحاق) (albinism) رنگ کی ایک پیدائشی قلت ہے، جو نہ صرف جلد میں بلکہ بالوں، قزحہ اور شبیہ میں بھی پائی جاتی ہے۔ یہ سپید بالوں اور گلابی آنکھوں کی وجہ سے فوراً پہچان لیا جاتا ہے۔ اور عموماً اس میں روشنی کا عدم تحمل (لورترسی) ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ قیر چشم میں لون کی کمی کے باعث قیر میں بھی ہو۔ یہ شاحب چہرے والی قوموں نیز سیاہ فام قوموں میں اور مختلف جانوروں (بیلوں، چوہوں، اود دوسروں) میں پایا جاتا ہے۔

برص

(vitiligo)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۶۷ ج)

بیاض الجلد (leucodermia)

یہ جلد کا عارضہ ہے، جس کے میز خضائص یہ ہیں کہ بعض رقبوں میں لون بودگی ہو جاتی ہے اور ان کے بالکل آس پاس کے منطقوں میں لونیت کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ یہ ایک اکتسابی عارضہ ہے، جسے پیدائشی ابیش سیاہ جلدی (congenital leuco-melanodermia) سے تمیز کرنا چاہئے، جو وحہ آسامبداء کا ہوتا ہے۔ لون ربوہ رقبہ دود میا سپید رنگ کے بیغیوی یا بیقاعدہ شکل کے اور مختلف البراست ہوتے ہیں۔ ان کے حاشیے متصل بیش لونی رقبوں سے واضح طور پر ممتاز ہوتے ہیں، کیونکہ بیش لونی رقبوں کا رنگ ان سپید چمکتیوں کی کوروں پر عموماً زیادہ گہرا ہوتا ہے، اگرچہ عموماً بتدریج مرحبا کر طبعی جلد میں مل جاتا ہے سپید چمکتیوں پر کے بال بھی لون ربوہ یا طبعی رنگ کے ہو سکتے ہیں۔ لونی ٹیفر است سے قبل

ایک عارضی احمرار واقع ہوتا ہے، جیسا کہ صلعہ رقبی (alopecia areata) اور محدود صلابت جلد (circumscribed scleroderma) میں بھی دیکھا جاتا ہے۔

اس کی توزیع نمایاں طور پر تشاکل ہونے کا رجحان رکھتی ہے، اور علی الاکثر ہاتھوں کی پشت، کلائیوں، پیش بازو، چہرہ، گردن، کمر اور اعصاب تشاکل موقوف ہوتے ہیں۔ اس تقاریر مرض مختلف اصابتوں میں مختلف معلوم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ آغاز ناگہانی یا تدریجی ہو، اور لونی تیز آہستہ آہستہ پھیلتا جائے یا سالہا سال تک ایک جگہ ٹھہرا ہوا ہے۔ سورج کی روشنی سیاہ رقبوں میں زیادہ لومیت پیدا کر کے لونی تیز کو زیادہ نمایاں کر دیتی ہے، اور اس طرح تضاد زیادہ نظر آتا ہے۔ جزی شفا عام ہے، مگر جلد کا بحال ہو کر طبعی ہو جانا شاذ ہے۔ بعض اوقات لون ربودگی تقریباً عمومی ہو جاتی ہے۔

اسباب۔ برس نہایت نوعینکوں میں شاذ ہے، اور بالخصوص جوانی اور ادیسر عمر میں دیکھا جاتا ہے، اور انات میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ زیادہ فی صدی اصابتوں میں وہ مرض گریو (Graves' disease)، صلعہ رقبی (alopecia areata)، صلابت جلد (scleroderma) یا محدود تشاکل (circumscribed prurigo) کے ساتھ متعلق ہوتا ہے، نیز عصبی نظام کے عضوی امراض مثلاً ہزال ظہری (tabes)، تشکی سحائی نخاعی التهاب (syphilitic meningo-myelitis) کے تحت الحاد مشترک اسطفاط (subacute combined degeneration)، تدریجی بوسیدگی سے نخاع یا عصبی جڑوں کی ثانوی مارجیت فقراتی مفاسل کے عظمی مفصلی التهاب (osteoarthritis)، اور شوکر مشقوق (spina bifida) کے ساتھ۔ خاندانی محدود غیر عام نہیں، مثلاً صلعہ رقبی میں۔ اس میں کوئی شک نہیں معلوم ہوتا کہ ان دونوں حالتوں اور صلابت جلد کا انحصار مشار کی عصبی نظام کی موقوفیت پر ہوتا ہے۔ اس رائے سے، جسکی تائید تجربی شہادت سے ہوتی ہے، مرض گریو کے ساتھ انکے کثیر الوقوع ایتلاف کی توجیہ ہوتی ہے، نیز اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ صدمہ اور فکر و پریشانی کا اثر الحالت محرکہ (provoking factors) کے طور پر کیوں ہوتا ہے۔ اشارتی عصب

عضوی مرکزی عصبی مرض سے ماؤف ہو سکتا ہے، یا زیادہ عام طور پر ماد یا مزمن شکر سے۔ دوران جنگ میں راقم الحروف (28) نے کئی ایک اصابتیں دیکھیں جن میں برص کی محرک بظاہر نقل البدن سے ہوئی تھی۔ اور بیاض الجلدی چمکتیاں پہلے پہل نقل کے احتمالی مقامات پر نمودار ہونے کا رجحان رکھتی تھیں، یعنی ہاتھوں، غجری خطہ اور راتوں پر۔ آیا جوڑوں کا قشب یا طویل المدت عملی خراش ان کا سبب تھی یہ غیر یقینی ہے۔ برص بالعموم ایسے اشخاص میں دیکھا جاتا ہے جن میں مختلف جسامت کے کئی ایک لمون خالی ہوتے ہیں۔ اکثر ان خالوں کے گرد لون ربودگی کا ایک ہالہ ہوتا ہے (بیاض الجلد اکتسابی مرکز گریز leucoderma acquisitum centrifugum = (62)۔

تشریح نسبیاتی استمان سے سپید چمکتیوں میں لون کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے، مگر گردش کے سپاہ رقبوں کی زمرہ اور آدم میں لون کی زیادتی پائی جاتی ہے۔

علاج۔ اسکا انحصار لازماً ہر انفرادی اصابت کی مکمل تفتیش پر ہونا چاہیے۔ عضوی عصبی مرض، آتشک، اور مزمن ماسکی سرائیت کا ثبوت تلاش کرنا چاہئے۔ بتلایا گیا ہے کہ ماؤف جلد کو عرصہ دراز تک سورج کی روشنی یا کاربن کے قوس کی روشنی (carbon arc light) کی شعاعوں میں بار بار کھلا رکھنے سے سپید رقبوں کا لون بتدریج بحال ہو جائیگا، بالخصوص اسوقت جبکہ بعض جوہری روغن، مثلاً روغن برگاموٹ (bergamot) جو جلد کو حساس بنا دیتے ہیں، پہلے سے لگا دئے جائیں۔

داء الشموکی مسود (acanthosis nigricans)۔ یہ شاذ حالت اس حقیقت کی وجہ سے اہمیت رکھتی ہے کہ اصابتوں کی اکثریت (تقریباً ۲/۳ میں) میں پیشگی سرطان کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اسکا خمیر خاصہ یہ ہے:-
(۱) منتشر جلیبی سلعیت، خاص طور پر جلد کے قدرتی شکنوں کی۔ (۲) منتشر ٹولوی اضرار کا وقوع، جو جدا جدا یا ملتی ہو سکتے ہیں۔ (۳) بڑھی ہوئی لونیت جو شکنوں اور تفرجات میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ وہ مقامات

جو خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں بغلیں گردن، جگہ سے اور ہین سرینی درز، ناف، پیش روفتی حقزہ اور ماؤبضی فضائیں، بھٹیوں کے ہائیرے، زیر پستانی اور خلی عکس، چہرہ، اور ہاتھوں اور پاؤں کی پشت میں۔ منتشر ٹولوی اضرار ہونٹوں کے شکر کی کن روں پر، پوٹوں پر، برونی سمعی منفذوں میں، اور فرج اور مہل میں پائے جاتے ہیں، اور منتشر طبی سلعات، جو معمولی ٹولولات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، جلد کی سطح پر تقریباً کسی جگہ پر بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ ہتھیلیوں اور تلووں کے جلیات بھی پیش پر درجہ ہوتے ہیں، اور زبان مائل تغیر سے ایک غمی منظر رکھ سکتی ہے۔ جلد ہمیشہ مجموعی بڑھی ہوئی لونیت کی وجہ سے سیاہ رنگ کی ہوتی ہے، لیکن یہ لونیت مفعلی تعریجات اور قدرتی شکنوں میں شدید ترین ہوتی ہے۔ ایڈلیسن کے مرض (Addison's disease) کے برعکس، اغشیہ مخاطی طون نہیں ہوتے۔ ناغونوں میں تغیر اور صلعہ (alopecia) واقع ہو سکتا ہے۔ مریض بالعموم کبجلی کی شکایت کرتے ہیں، جو شدید ہو سکتی ہے۔

مرضی تشریح نیسجیاتی طور پر طبی سلیت واد الشوکی کے ساتھ، اور لون کی زیادتی دیکھی جاتی ہے، جو مقام کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ اس فتور کی دو قسمیں تسلیم کی گئی ہیں۔ ۱۔ بالغ اور طفولی۔ بالغوں میں کامل طور پر نویافتہ شکل غالباً ہمیشہ جلیت مرض کے باعث ہوتی ہے، لیکن راقم الحروف نے وہ حالت جسے ناقصہ شکل (forme fruste) کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے مددہ یا طویل مدت کی پریشانی کے بعد دیکھی ہے۔ جلیت اماتوں میں بالعموم شکمی احشا اور باریطون کی وسیع ماؤفیت پائی جاتی ہے۔ اولی بالید غالباً باقی جگہوں کی برکت زیادہ اکثر معدہ میں پائی جاتی ہے، اور راقم الحروف نے تین اماتیں دیکھی ہیں جنہیں یہ مشکیزہ ناقصہ قسم کی تھی۔ لیکن ممکن ہے یہ امعاء، پستان، رحم یا دوسری جگہ واقع ہو۔ ایک اندازہ میں حالت جلیت ریژی سلعہ (deciduoma malignum) کا استعمال کرنے کے بعد غائب ہو گئی۔ یہ رائے دیکھی ہے کہ یہ جلیت بالید سے شکمی مشار کی اور فوق الکلوئی غدود کی براہ راست ماؤفیت ہی ہے جو جلد کے عجیب و غریب

تغییرات کا باعث ہوتی ہے، لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ سرطانی خلیات ایک سم پیدا کر دیتے ہوں جو دروں افزاری مشار کی نظام پر فعل کرتا ہو۔ طفولی قسم میں علامات کم نمایاں ہوتی ہیں اور شمیری رہنے کا رجحان رکھتی ہیں۔ وہ فوق الکلی فساد فعل کے باعث پیدا ہوتی معلوم ہوتی ہیں، اور دیگر دروں افزاری فتورات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ قرہی کے اتیلاف میں اصابتیں بیان کی گئی ہیں، اور یہ اتیلاف خاندانی ہو سکتا ہے۔ دوسری خاندانی اصابتوں میں مستودار الشوکی، شدید ذیابیطس، تصبئی (infantilism) 'سُخافت' (imbecility) اور زغبی شعرائیت (hypertrichosis lanuginosa) اور تیز ریدی جلد البقہ (cutis verticis gyrata) کا علامیہ پایا گیا ہے، جو کہ دروں افزاری غد کی متعدد غیر طبعی حالتیں ظاہر کرتا ہے۔

علاج۔ بالغ اصابتوں کے لئے بالعموم کچھ نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ یہ مرض بالعموم بہت ترقی یافتہ اور ناقابلِ عملیہ ہوتا ہے۔ بعض طفولی اصابتوں میں درقیہ کے ادوائی استعمال سے اصلاح دیکھی گئی ہے۔

پسینہ کے غد کے عوارض

افزاری ببقاعدگیاں

کم عرقیت (anidrosis) یعنی پسینہ کی قلت تیوں میں ذیابیطس میں اور بعض امراضِ جلد — مثلاً غصبت (ichthyosis) اور سرخ خجیل (pityriasis rubra) میں دیکھنے میں آتی ہے۔

کثرتِ عرقی (hyperidrosis) یعنی پسینہ کی زیادتی، عام ہوتی ہے یا مقامی۔ عمومی تعریقی جلدی عروقِ دمویہ کے اتساع سے، مثلاً ورزش کے بعد، یا جذباتی اسباب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات اس کے برعکس وہ منعقبض عروق کے ساتھ بھی واقع ہو جاتی ہے، مثلاً بہو یا خوف کی

حالتوں میں۔ عمومی تعریق لیریا، سِل ریوی، تفتع الدم، اور حاد غلاتوں کے بحران کے تعلق میں بیان کیجی ہے۔ پسینہ کی مقامی زیادتی جذباتی اسباب سے اور کساحۃ میں واقع ہوتی ہے۔ بعض اشخاص میں ہاتھ پاؤں، بغلوں، اور اعضا تناسل کے قرب و جوار میں پسینہ کی ایک نہایت تکلیف دہ زیادتی پائی جاتی ہے، جسکا کوئی معقول سبب نہیں معلوم ہوتا۔ ایسے بعض مریضوں میں عام صحت کی کمی پائی جاتی ہے، مگر بعض اشخاص بالکل اچھے ہوتے ہیں۔

مقامی طور پر مروج لفاح لگانا چاہئے، یا داخلی طور پر ایٹروپین (atropine) یا لفاح کام میں لانا چاہئے۔ بعض اوقات لائگر ایٹروپین (liquor atropine) کے ایک قطرے کی مقدار سے سِل ریوی کا پسینہ متواتر دو تین گنا تک موقوف ہو جائیگا۔ بغلیوں اور تھیلیوں کی مفرط مقامی تعریق کا کامیاب علاج راجحی شعاعوں سے کیا گیا ہے۔ اسکا علاج اُن طریقوں سے بھی کیا جاسکتا ہے جو اسکے بعد بیان کی ہوئی شکایت کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں۔

بخیر تعریق (bromidrosis)۔ یہ اکثر کثرت عرقی کے ساتھ متولف ہوتی ہے، یعنی پسینہ بدبودار بھی ہوتا ہے اور زیادہ بھی۔ بینینس (Benians) کے تجربات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ یہ بو، جو کہ ذہنی التهاب الانف کی بو سے نشا رکتی ہے، قلوئی پسینہ میں نہقات عینہ سے کراٹین (keratin) کی تحلیل کے باعث ہوتی ہے۔ اسی طرح کی بو فی الزجاج ایکٹوئی اسطیں میسک کی جھیلہ و فکیہ ساتھ نہقات عینہ کی حضانت کر کے پیدا کیا جاسکتی ہے۔ یہ خاتجی لازم پیشہ لیو جوان مردوں و عورتوں میں غیر عام نہیں، اور عام صحت سے اسکا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ تھین (Thin) نے اسکا تعلق ایک جرثومہ (جرثومۃ بدبودار = bacterium foetidum) کے ساتھ بیان کیا ہے۔ پاؤں کو اچھی طرح اور بار بار دھونا اور حابسات اور واقعات عفونت استعمال کرنا ضروری ہے۔ مونوں کے اندر باریک پسا ہوا بورک ایٹھ چھڑکنا چاہئے، اور انھیں بار بار بدلنے رہنا چاہئے، یا ایک آمیزہ چھڑکنا چاہئے جس میں سیلی سلک ایٹھ کے ۳ حصے، سفوف نشاستہ کے ۱۰ حصے اور ٹالک (tale) کے ۸ حصے شامل ہوں۔ یا پاؤں پر کرومک ایٹھ (chromic acid)

کا ۵ فیصدی محلول پھر پری سے لگایا جائے، یا ۲ فیصدی طاقت کا سیلی سلک مرہم، یا ۵ فیصدی طاقت کا آکٹیل کامرہم (ichthyol ointment) مسل لیا جائے۔ صبح کے وقت موزے پہننے سے پہلے کلووں پر اور انگلیوں پر گلیسرین یا محلول کوکس پھیلا لینے کی سفارش بھی کی گئی ہے، اور جب تک ضرورت ہو اس عمل کو ہر صبح بار بار کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ تین دن میں شفا ہو جا (Benians)۔ اس طریقہ کا کام ہے کہ بقات عذیبہ ٹھیک یا محلول ہیں اُن کے پر تر شے پیدا کرتے ہیں، اور ترشی واسطہ جو اس طرح پیدا ہوتا ہے کراٹین کی تحلیل میں مانع ہوتا ہے۔

لون عرقی (chromidrosis) (رنگ دار پسینہ)۔ درج شدہ اصابتوں میں بہت سی تو مشتبہ ہیں، اور بدرجی کا بعض اوقات یہاں کیا جاتا ہے، اور بعض اوقات وہ پسینہ کے ذریعہ کپڑے سے رنگ غسل کر کے اُٹنے کے باعث ہوتی ہے۔ تاہم بعض ایسی اصابتوں کا اندراج کیا گیا ہے جو بظاہر مستند ہیں۔ نیلے رنگ کو پائو سائمن (pyocyanine) کی طرف منسوب کیا گیا ہے، جو عصیہ ریم ازرق کی فعال بالیدگی سے ماخوذ ہوتی ہے، یا انڈیکین (indican) کی طرف۔ سرخ رنگ، جو خاص طور پر بچوں میں دیکھا جاتا ہے، کم از کم بالعموم، مخیف شعریہ (جو ملا خطہ ہو) کے باعث ہوتا ہے۔

خون عرقی (haematidrosis)، یا پسینہ میں خون آنا، اس کا وقوع نہایت ہی مشکوک ہے۔

یوریا عرقی (uridrosis)۔ یہ نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جن میں پسینہ سطح پر منجمد ہو جاتا ہے، اور ان منجمد قلموں میں یوریا اور بلیٹ پائے جاتے ہیں۔

دھنیہ

(miliaria)

یہ نام اُن طغفات کو دیا گیا ہے، جو پسینہ کے ایسے وافر افراز سے پیدا ہو جاتے ہیں جو قاتلوں سے باہر نہیں نکل سکتا، اور یا تو برجلہ میں چھوٹے چھوٹے

آجے بنا دیتا ہے یا مقامی التهاب پیدا کر دیتا ہے۔

قلبی دخنیاہ یا عرق دانہ (miliaria crystallina)

or sudamina اس قسم میں چھوٹے چھوٹے شفاف آبلے پائے جاتے ہیں۔ یہ اپین کے سر سے بڑے نہیں ہوتے، اور جمع شدہ پسینہ سے تر بلکہ کی نہایت اوپری تہ کے ارتفاع کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ سینہ اور شکم پر نہایت کثرت سے پائے جاتے ہیں، لیکن چونکہ انکی شفافیت نہایت کامل ہوتی ہے لہذا ممکن ہے کہ یہ دیکھنے کی نسبت ٹٹولنے سے بہتر محسوس کئے جاسکیں۔ یہ آبلے خشک ہو جاتے ہیں اور چند محسوس نما چمکے رہ جاتے ہیں، جو تری ہوئی بڑبلہ کے باقیات ہیں۔ یہ سب ریزی میں اور تپ معویہ میں سب سے زیادہ عام ہیں۔

سرخ دخنیاہ (miliaria rubra) (جو ملاحظہ ہو)۔ یہ آبلے بھی اس طرح پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن انکے ساتھ التهاب ہوتا ہے۔ یہ ایک سرخ بالینو سے محصور ہوتے ہیں، اور انکے اندر ایک زرد، مکدر قوی سیال یا اصلی ریم بھری ہوئی ہوتی ہے۔

دہنی غد کے عوارض

(affections of the sebaceous glands)

دخنیاہ (miliun)۔ یہ ایک چھوٹا چمکدار، سپید، گول سلعہ ہے جسکی جسامت ایک اپین کے سر کے برابر یا کسیتدر بڑی ہوتی ہے، اور جو عرقی قناتوں یا شعری دہنی جرابوں کے اتساع سے پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسے چھوٹے چھوٹے سلعات پیشانی، پوٹوں، گالوں، اور اعضاء تناسل پر دیکھے جاتے ہیں۔ بچوں میں ایسے سلعات کو پہلے مسپیڈی مائل حمیرہ (strophulus albidus) کہتے تھے۔ بعض اوقات یہ پتلے ندبات، بالخصوص براوی ارعاء حبابی کے ندبات پر تعداد کثیر میں پائے جاتے ہیں۔ انکا مافیہ

کولیسٹرین (cholestrin) اور شحمی مادہ ہوتا ہے۔ جب وہ ندبات میں واقع ہوتے ہیں تو وہ احتباسی دویروں کی نوعیت رکھتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں دویری وجہ ہوتے ہیں۔ انکا علاج اسطرح کیا جاسکتا ہے کہ جلد میں کچھ کاکا کر مافیہ کو دبا کر نکال دیا جائے۔

دھنی غدی سلعہ (adenoma sebaceum) - یہ حقیقت

میں ایک مخلوط سلعہ ہے، جو جزو دہنی غد کی بیش بالیدگی اور جزو عروقی نو بالیدگی (عروقی سلعہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ سلعات چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں، اور شاذ ذہنی ایک مڑکے دانے سے زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ چامکرو ناک، اور خصوصاً اجنبہ، گالوں کے ہم پہلو حصوں، پیشانی کے مرکز اور بالائی لب پر اور نسبت شاذ حالتوں میں علحدہ علحدہ اضرار کے طور پر جلد الاراس اور گردن پر ہوا کرتے ہیں۔ بالعموم انکی توزیع متشاکل ہوتی ہے۔ دہنی یا عروقی بیش بالیدگی کے غلبہ کے لحاظ سے انکا رنگ بھسے سے لیکر لکھ مرخ تک ہوتا ہے۔ بعض اوقات دہنی غدی سلعات کے ساتھ جسم کے دوسرے حصوں پر ٹونی ٹولولات، صغیر عروقی اتساعات اور ٹون کی چکتیاں ہوتی ہیں، اور یہ بیشتر (ہمیشہ نہیں) ناقص ذہنی نمودالوں میں، مصرعین میں اور آبلہ اشتہا میں ہوتے ہیں۔ گویہ پیدائشی مبداء کے ہوتے ہیں، تاہم یہ سلعات عموماً پیدائش کے بعد چند سال تک نمودار نہیں ہوتے۔

علاج - یہ سلعات کوات یا برق پاشیدگی کے ذریعہ دور کئے جاتے ہیں، اور نسبت بڑے سلعات کو ضرورت ہو، تو قطع کر کے یا جرف کے ذریعہ نکالا جاسکتا ہے۔

دہنی دویرے

(sebaceous cysts)

(wens = رگمہیاں)

یہ احتباسی دویرے ہیں جو دہنی جراثیم کی قناتوں کی سدودی سے

پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ جلد اس پر سب سے زیادہ عام ہوتے ہیں، لیکن بہوؤں، چہرے، یا گردن پر اور شبہ شاذ صورتوں میں دھڑیا جوارح پر بھی ہوتے ہیں۔ انکی جسامت ایک مٹر سے لیکر سپاری یا نارنگی کے برابر مختلف ہو سکتی ہے۔ یہ نیم گروی، یا زیادہ گول، ہموار اور چمکنے ہوتے ہیں۔ جلد تلی نظر آتی ہے، اور اکثر اسپر نمایاں عروق متفرع ہوتے ہیں۔ انکا مافیہ نیمیستال یا لئی جیسا ہوتا ہے اور حیوانی شحم، البیومین، بر جلدی حلیات، کو لیسیٹین، اور ترائی لماسٹ (earthy salts) پر مشتمل ہوتا ہے، اور یہ سب ایک کیم میں ملغوف ہوتے ہیں، جو سرطانی خلیوں اور لیفی بافت کی تھوں سے بنتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ دیرے میں شکاف دیکر اُسکے مافیہ کو دبا کر نکال دیا جائے، اور دیرے کی دیوار کو پھاڑ کر یا تقطیع کے ذریعہ بالکل نکال دیا جائے۔ یا اندرون دیرہ میں خالص کاربوئک آئیڈ سے پچا لگا دیا جائے۔

بالوں اور شعری جرابوں کے عوارض

بالوں کی مغرط نمویابی (شعرانیت = hirsuties، کثرت شعر hypertrichosis) عام ہے، اور بعض عورتوں میں بہت تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔ ممکن ہے یہ پیدائشی یا خاندانی خاصہ ہو، لیکن عورتوں میں یہ فوق الکلی قشر کے غدی سلعہ یا تخامیہ کے اساس پسند غدی سلعہ کا نتیجہ ہو سکتی ہے، یا اس دکوریت کی علامت ہو سکتی ہے جو بکلی سلعہ (hypernephroma) سے پیدا ہو۔ آخر الذکر حالت میں سلعہ کا میب اتصال شفا بخش ثابت ہوتا ہے۔ شعرانیت کے اسباب اور علاج کی پوری بحث کے لئے خاص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں۔ بالوں کی قلت یا بالوں کا گرنا، جسے صلعہ (alopecia) کہتے ہیں، نہایت عام ہے۔ مندرجہ ذیل تین حالتیں نہایت شاذ ہیں، کہ یہی نقصان الشعر (trichorrhexis nodosa) جس میں بعض بال قشری ریشوں کے چھٹ جانے کی وجہ سے چوٹی چھوٹی کر آئیں یا دوبار تین ظاہر کرتے ہیں۔ بالعموم یہ قشری اعضا میں

اور سپرٹ کے دھوکات کے فحش ربا فعل کے باعث پیدا ہوتا ہے۔ سمجھت الشعری (monilethrix) جس میں بال اٹکنے دار ہوتا ہے اور جن انکراٹب کے مقام پر باسانی ٹوٹ جاتا ہے، جسکی وجہ سے وہ سارے سر پر صرف ۲ یا ۳ انچ لمبا ہوتا ہے اور شعری فلیسیت (lepothrix) جس میں بغل، صفن اور عجان کے بال خست ہوتے ہیں، اور اپنے گرد اور اپنے اوپر بے قاعدہ تودے پیش کرتے ہیں۔ یہ تودے جراثیم کے جھنڈوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک ہم قوام لرج جرم کے اندر پھنسے ہوئے ہوتے ہیں۔

بالوں میں سب سے زیادہ عام تغیر لون وہ ہے جسے بیاض الشعری (canities) کہتے ہیں، یعنی بال پہلے پورے رمادی اور پھر سفید ہو جاتے ہیں یہ ایک شیونخی تغیر ہے جو ممکن ہے کہ قبل از وقت واقع ہو جائے۔ لیکن کبھی کبھی خوف یا شدید جذبات کے بعد یا وجع العصب کی وجہ سے بال بیک ایک سپید ہو جاتے ہیں۔ مقامی یا کم و بیش عمومی بیاض الشعری برص کا جزو ہو سکتا ہے یا رقبی صلعہ کے بعد پیدا ہو سکتا ہے۔ بالوں کی رنگ ربودگی کو شعری زندگی میں ہوائی بلبوں کی موجودگی کی طرف منسوب کیا گیا ہے، لیکن غالباً یہ شعری جڑوں میں اس خمیر کی عدم موجودگی کے باعث ہوتی ہے جو کہ لون کو پیدا کرتا ہے۔ بعض اوقات رنگ تودہ خود بخود پھر پیدا ہو جاتا ہے، لیکن اس کا تذکرہ کچھ نہیں کیا جاسکتا۔

مندرجہ بالا عوارض میں سے صلعہ کو زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا جائے گا۔

صلعہ

(alopecia)

جلدیات میں صلعہ کا لفظ کا استعمال بلا امتیاز، بالوں کے گرنے (مع = defluvium) پر خواہ وہ کسی سبب سے ہو، معمر ارقبوں پر جو اسکا نتیجہ ہوں، اور حتیٰ کہ بالوں کی پیدائشی عدم موجودگی پر کیا جاتا ہے یا یوں پیشا

یونانی لفظ $\alpha\lambda\omega\pi\eta\gamma$ یعنی لومڑی سے ماخوذ ہے، غالباً اسلئے کہ اسے جانور میں بالوں کی موسمی تبدیلی کے دوران میں بال چکیتوں کی صورت میں جھڑکا ہے۔

مندرجہ ذیل جماعت بندی اسباب کی بنا پر ترتیب دی گئی ہے۔
 صلعہ شملہ گینہ (alopecia universalis) (۱) پیدائشی۔
 (ب) اکتسابی (رقبی صلعہ کی عمومی قسم)۔

خچلی اور منتشر صلعہ

I - پیدائشی قسمیں

II - اکتسابی قسمیں

(۱) ضمی (traumatic) مثلاً رگڑ سے یا بال نوچنے سے (منتشر الشعر مانیہ = trichotillomania)۔

(۲) صلعہ علاماتی (alopecia symptomatic)۔

(۱) عارضیوں کے بعد مثلاً سرخبادہ، تپ محرقہ، ذات الریہ، انفلوئنزا، التهاب لوزتین، ثورانی تپیں وغیرہ۔ اور آنکسہ کے ثانوی درجہ میں۔

(ب) جزائی علیوں، زچگی، شدید حادثات، صدمہ اور تشویش کے بعد۔

973 (ج) مزمن امراض کے اتیلاف میں، مثلاً مدع دموبیت،

ذیابلیس، سرطان، بیض دموبیت، متغیر فکرم (mycosia)

(fungoides)، سمدن، اور دوسری مزمن سرانستیں۔

دروں فرازی فتورات مثلاً مخاطی اُذیمہ (myxoedema)۔

مرض گرتو (Grave's disease)، بیضی امراض، سن ایس

اور عورت میں ہمیش برآری۔

(د) کیمیائی دھروں کے استعمال کے بعد، بالخصوص تھیمیم

ایسٹھٹ (thallium acetate) اور دھاتی طمات مثلاً سونے

سنگینا اور بزمستہ کے لمحات ۔

(۳۱) بعض جلدی امراض کے ایٹلاف میں مثلاً عمومی تسلیجی التهاب

(generalised exfoliative dermatitis) 'ایگزیا' اور

وسیع پھیلا ہوا قوبا۔

(۳۲) شیونجی صلحہ (senile alopecia)۔

(۳۳) لاشعاعوں کے اطلاق کے بعد۔

(۳۴) جرد (calvities) یا خود سرا و قبل انہ وقت صلحہ

(alopecia prematura ideopathica) (صلحہ کی مذکر یا

سیلان الدہنی قسم)۔

(۳۵) منتشر رقبی صلحہ (diffuse alopecia areata)۔

مَحْدُودُ الْمَقَاہِرِ صَلَحَہُ

(circumscribed alopecia)

I - غیر ندابی (non-cicatricial)

(۱) رقبی صلحہ (alopecia areata)۔

(۲) مقامی ضربی صلحہ (localised traumatic alopecia)۔

(۳) وہ صلحہ جو ریم نرا سرایت کے بعد ہو جائے (حصفہ

دکل 'راج پھوڑا)۔

(۴) قوبا (غیر تقیمی)۔

II - قلعی (cicatricial)۔

(۱) قضاہرات، حرقات وغیرہ سے

(۲) شہدیلہ (favus) اور متقیقہ قوبا (چترہ دار = kerion)۔

(۳) ذئبہ احمرا ری (lupus erythematosus)۔

(۴) ذئبہ معمولی (lupus vulgaris)۔

(۵) ثالثی آتشک -

(۶) غلہ نطاقی (herpes zoster) -

(۷) صلابت جلد (scleroderma) -

(۸) صلعا اندابی (alopecia cicatrisata) (بروق کی قزمت

کاذب = pseudo-pelade of Brocq) -

(۹) متلف الشعر التهاب جراثیمی (folliculitis decalvans) -

توقنوز کی متلف الشعر تفطیر (L'annee decalvante of

Quinquaud)

(۱۰) ولا صلعا جو جزائرا مسلح اور جزائرا شہری کی

ایتلاف میں ہو -

(۱۱) شہری ذبولی (kerntosis pilaris atrophicans) -

ضربی صلعا (traumatic alopecia) - صلہ رقبی، بوضہیت

(traumatism) سے واقع ہو، بعد ازاں بیان کیا جائیگا -

منثف الشعر مانیا (trichotillomania) - اس سے جلد الاراس

بھوئوں، وارمی یا دوسری جگہ کے بالوں کو نوچنے کا مرضی شوق مراد ہے -

بالوں کو سالم نمونہ لیا جاتا ہے، جبکہ گنجه رقبہ باقی رہ جاتے ہیں، یا بال اپنی

ڈنڈیوں کے ساتھ ساتھ مختلف فاصلوں پر ٹوٹ جاتے ہیں - یہ ایک عصبی

ہے، اور بچوں اور دونوں معنفوں کے بالغوں میں پائی جاتی ہے - ہشربانی

عورتوں میں یہ دوسری جگہ کے مصنوعی التهاب جلد (dermatitis artefacta)

کے ہمراہ پائی جاتی ہے - معزایا جزوی طور پر معزایا رقبوں پر صلعا رقبی یا

قوباد کا دھوکا ہو سکتا ہے، لیکن تقریبی تشخیص آسان ہوتی ہے اسلئے صابین

بھی ملتی ہیں جنہیں بالوں کو نوچنے کی بجائے انکو قینچی سے کتر لیا جاتا ہے -

لازمًا، اس عصبانیت سے شفا حاصل کرنے کے لئے نفسی تجزیہ اور نفسیاتی

معالجہ کی ضرورت ہے -

علاماتی صلعا (alopecia symptomatica) - بالوں کا

ناگہانی اور منتشر مع اکثر اوقات ایک عادی حموی علامت کے باعث ہوتا ہے۔ بالخصوص سرخبادہ کے بعد خواہ اُسکے ساتھ جلد الراس ماؤف ہو یا نہ ہو نہایت ہی شدید معر ہونے کا امکان ہے، جو بعض اوقات تقریباً مکمل، اگرچہ عارضی صلحہ کا موجب ہوتا ہے۔ انفلوئنزا کی بعض وباؤں میں ایسا معر ایک نمایاں نتیجہ ہوتا ہے (انفلوئنزا کی صلحہ = l'alopecie grippale) اور ۱۹۱۸-۱۹۱۹ کی وبا میں اصابتوں کی بہت سی تعداد کا مطالعہ کیا گیا ہے۔

حاد سراپتوں کے علاوہ، زچلی، شدید حادثات، اور کبیر عملیات کے بعد بھی اسی طرح کا صلحہ واقع ہو جاتا ہے۔ مستبب واقعہ اور صلحہ کے آغاز کے درمیان تقریباً ۲-۲۱ ماہ (۵۶-۸۰ دن) کا وقفہ ہوتا ہے۔ سیٹوراڈ (Sabouraud) اس پر زور دیتا ہے کہ بعد سراپتی صلحہ میں پیش کئی روز تک ۱-۳ درجہ فارن ہائٹ یا بلند تر درجہ تک گئی ہوگی، لیکن وہ نہیں سمجھتا کہ تب بجائے خود ماؤف بالوں کی موت کا براہ راست سبب ہے۔ اغلب یہ ہے کہ کافی شدت کی کوئی سراپت، مثلاً زچلی، صلحہ، شدید حادثات یا جراحی عملیات، بالوں کی مشار کی عصبی رسد کو متاثر کرتی ہے، اور بالوں کا گرنا اسی پر منحصر ہوتا ہے۔

سرخبادہ میں اگر جلد الراس براہ راست ماؤف ہو، تو ماؤف رقبہ کے بال تقریباً چودہ دن میں جھڑ جائیگے، لیکن دوسری جگہ بالوں کا گرنا ظاہر ہونے سے قبل تقریباً ۷۰ دن کا معمولی وقفہ گزر جاتا ہے۔

علاماتی صلحہ کی اس قسم میں انذار یکساں طور پر عمدہ ہوتا ہے، اور بالعموم بالوں کی مکمل باز بالیدگی واقع ہو جاتی ہے۔

آتشک (syphilis) آتشکی صلحہ کو اس صلحہ کی ایک قسم تصور کیا جاسکتا ہے جو کہ حاد سراپتوں سے پیدا ہوتا ہے، لیکن اس میں بعض خصوصیات ایسی پائی جاتی ہیں جو کہ دائرہ مرض ہیں۔ بالعموم یہ مرض کے تیسرے چھینے میں واقع ہوتا ہے، یعنی لمبا طو وقت کے یہ وردیہ (roseola) کے ظہور سے قناظر ہوتا ہے۔ اسکا آغاز چوتھے چھینے تک، بلکہ کہا جاتا ہے کہ چھٹے چھینے تک

سناخیر پدیر ہو سکتا ہے۔ بالوں کا گرنا ناگہانی اور پہلے پہل منتشر ہوتا ہے، لیکن چھوٹے چھوٹے رقبہ جات جو مکمل طور پر معرزا ہوتے ہیں جلد پیدا ہو جاتے ہیں بالخصوص کنٹینٹیوں اور قذالی خطوں پر، جس سے جلد الراس ایک گرم خورد و منظر پیش کرتی ہے۔ یہ فرانسیسیوں کا ٹیکہ نما صلعہ (alopécie en clairières) ہے، اور آتشک کے لئے مختص ہے۔ اغلب ہے کہ یہ معرزا رقبے سابق الوجود و ردیتی لطافت کے مقام کے قنناظر ہوں۔

صلعہ کی شدت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ شاذ طور پر یہ اس قدر شدید ہوتا ہے کہ بادی النظر میں ایک سرعت سے پھیلنے والے صلعہ رقبی کے ساتھ مشابہت پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اس حالت میں معتد بہ جسامت کی پرانی چکتیاں ہمیشہ موجود ہوتی ہیں، جو صاف طور پر واضح اور مکمل طور پر گنہی ہوتی ہیں جیسی کہ آتشکی صلعہ میں کسی واقع نہیں ہوتیں۔

بالوں کا گرنا تین ہفتہ تک جاری رہتا ہے، اور پھر کم ہو جاتا ہے۔ خواہ مریض کا علاج نہ بھی کیا جائے، بالوں کی خود بخود بازی بالیدگی ہمیشہ واقع ہوتی ہے۔ جلد الراس کے صلعہ کے ہمراہ بالعموم اسی طرح کا اور مختصر معرزا ہواؤں سے بھی دیکھا جاتا ہے۔ جیسا کہ سیبوراؤ (Sabouraud) نے کہا ہے، منظر ایسا ہوتا ہے گویا قنہی کے ذریعہ بالوں کو بے قاعدہ طور پر کتر دیا گیا ہو۔ یہ اس منظر سے بالکل الگ ہوتا ہے جو کہ بعد سرایتی صلعہ یا رقبی صلعہ میں دیکھا جاتا ہے۔

جحرَد (calvities) (سیلان الدھنی یا قبل از وقت صلعہ alopecia seborrhœica vel prematura)۔ صلعہ کی یہ قسم مردوں کی اکثریت کو جلد یا بدیر موقوف کرتی ہے، اور اس سے کم درجہ تک اور کم عام طور پر عورتوں میں واقع ہوتی ہے۔ اسکے اسباب کے متعلق ابھی تک بہت سا غلط بحث باقی ہے، اور پہلے ہم منظر سہولت انہی پر غور کریں گے۔ بحث اسباب۔ بزد کو ایک ثانوی صنفی خصوصیت سمجھا جاتا ہے۔ یہ کہہ سکتے ہیں کہ سب سے ذکورہ قسم کے مرد میں صنفی پیشگی کے موقع پر جلد الراس

کے قعر پر بال گرنے کا رجحان ہوتا ہے، اور چہرہ اور جسم کے دوسرے حصوں اور جوارح کے بال شد و مد کے ساتھ بڑھتے ہیں۔ اس ضمن میں یہ امر باعث دلچسپی ہے کہ قدما و کثر الشہوت مردوں (satyrs) کو سر سے لہجے اور جسم پر نہایت ہی بالدار بتاتے تھے۔ انکے برعکس عورت کی متمیز خصوصیت یہ ہے کہ اسکی جلد لالاس پر بالوں کی نہایت ہی کمائی یا لیدگی ہوتی ہے، لیکن (لارنا قطع نظر رغب کے) نہ تو چہرہ پر اور نہ جسم یا جوارح پر ہوتی ہے، اِلا بغلوں اور عالی خطہ میں۔ ان دو انتہائی قسموں یعنی نہایت ذکور مرد اور نہایت انوثی عورت کے درمیان بہت سے برزخی درجے پائے جاتے ہیں۔ یہ امر خوب معلوم ہے کہ زمانے قسم کے مردوں میں بالعموم سر پر گھنے بال، چہرہ پر نسبت خفیف بالیدگی، اور جسم پر چکنی بے بال جلد ہوتی ہے۔ اسی طرح مردانی قسم کی عورتوں میں چہرہ اور جسم پر موٹے بال نمویاب ہونے کا، اور جلد لالاس پر قلیل بالیدگی ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ مزید برآں سن ایس پر جبکہ بیضی افراز موقوف ہو جاتا ہے، بالعموم جلد لالاس کے بال چھوٹے ہو جاتے ہیں اور مونچھوں اور دائرہ صی کے خطوں پر موٹے بال پیدا ہو جاتے ہیں۔

بالوں کی بالیدگی اور توزیع پر صنفی فصول کے اس اثر کی مثال اس امر سے ملتی ہے کہ جیسا کہ سیبوراکی تحقیقات سے ظاہر ہوا، خواجہ سراؤں میں جلد کبھی واقع نہیں ہوتا، اور یہ واقعہ ارسطو کو بھی معلوم تھا، نیز اسکی مثال فوق الکلاوی سلعات کی عورتوں میں واقع شدہ ذکوریت کی صابتوں سے بھی ملتی ہے۔ اس قسم کی ایک اصابت میں، جسکو راقم الحروف نے دیکھا، عدم الطمث، دائرہ صی اور مونچھوں کی مربع بالیدگی، اور جلد لالاس کے بالوں کا گر جانا، جو معمولی مردانہ قسم کے گنج سے بالکل ملتا جلتا تھا، واقع ہو گیا۔ سلعہ کے استیصال کے بعد طبی حیض جاری ہو گیا، چہرے کے بال جھڑ گئے، اور جلد لالاس کے بال مکمل طور پر دوبارہ آگئے۔ بد قسمتی سے بالید پھر محدود کر آئی اور موت سے قبل ذکوریت کے امارات پیدا ہو گئے۔

میلان اللہ من کے ساتھ اختلاف - دونوں مشغول میں قبل وقت

کنج سیلان الدہن کے ہمراہ پایا جاتا ہے، اگرچہ اسکا کس ضروری نہیں کہ صحیح ہو لہذا آغاز پیدمجرد والے مریضوں میں جلد الاراس کو تختیلی بدھنیہ سے شدت کے ساتھ مرارت زدہ اور کسی لئے بفا دار (seurfy) اور شعری دہنی جرابوں کو عصبیہ تغیر سے مأوف پانا عام ہے۔ لیکن ان دونوں عضویات میں سے کوئی بھی صلد کا سبب نہیں۔ یہ سچ ہے کہ ان اصابتوں میں جلد الاراس کے زور دار مقامی علاج سے بالوں کا گرنا کچھ مدت کے لئے کم ہو جائیگا، لیکن موقوف کبھی نہ ہوگا۔ ایک مرد جس میں جرد ۷۷ سال کی عمر میں شروع ہوا ہے تیس سال کی عمر تک ناگزیر طور پر کم و بیش ”چوٹی پر گنھا“ ہوگا، کیونکہ آغاز جتنا جلد ہو، کنج اتنا ہی زیادہ مکمل ہوتا ہے۔ تیس سال کی عمر کے بعد جرد کی ترقی بہت کم سرے ہوئی ہے، لہذا ایک آدمی میں جس میں ۳۰ سال کی عمر پر ہوز سر پر بہت سے بال ہیں، مکمل جرد نمودار ہونے کا ہرگز کوئی امکان نہیں ہے۔

تواہش۔ یہ امر کہ بہت سی اصابتوں میں سیلان الدہن اور جرد دونوں کی موروثی استعداد پائی جاتی ہے، غیر مشکوک ہے۔ اسکے برعکس، بعض خاندان تقریباً نایاب معلوم ہوتے ہیں۔ فینتھم (Fanthum) نے ایک خاندان کا نسب نامہ شائع کیا ہے، جس میں تمام مرادوں کو جرد تھا جو انھوں نے اپنے تمام بیٹوں میں نقل کیا۔ کاکین (Cockayne) یہ رائے دیتا ہے کہ سیلان الدہنی مظاہر کے بچان میں ارثی عامل ایسا ہوتا ہے کہ جو بڑے اور فعال دہنی غد پیداکرنے کا موجب ہوتا ہے، اور غالباً وہ ایک سادہ غالب (dominant) ہے۔

علامات اور ارتقا۔ جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے، سیلان الدہنی صلد میں آغاز کی عمر مختلف ہوتی ہے، اور یہ دونوں صنفوں کے متعلق سچ ہے۔ مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق ایک مرد پر ہوتا ہے، جس میں یہ قبا در اور شدید ہوتا ہے۔ اسی اصابت میں سادہ خشک سبوسہ (dandruff) (سادہ خشک) بالعموم ۱۱ سال کی عمر میں موجود ہوتا ہے۔ ۱۳ یا ۱۴ سال میں سیلان الدہن نمودار ہو جاتا ہے اور اسوجہ سے بفا چربیلی ہو جاتی ہے (شحمی تختیل pityriasis stentoides) اور ممکن ہے کہ تغیر نمودار ہو جائے۔ ۱۷ سال

میں جلد الاراس پر کے بال گرنے شروع ہوتے ہیں، اور چہرے، جسم اور جوارح کے بال لمبے اور موٹے اُگنے کا رجحان ہوتا ہے۔ بالعموم معنی تباہ و موجد ہوتا ہے اور ارد کا اسکی عمر کا لحاظ کرتے ہوئے بڑا معلوم ہوتا ہے۔ جلد الاراس پر بالوں کا گرنا قہر تک محدود ہوتا ہے، خاص طور پر صدغی جہی خٹوں اور حلقہ پر۔ یہ ذوروں کی صورت میں واقع ہوتا ہے، جنکے بعد ایسے وقفے ہوتے ہیں جنہیں یہ بہت کم ہوتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ ترقی پذیر ہوتا ہے۔ کچھ مدت کے بعد یہ مٹا ہوا کیا جائیگا کہ معرا صدغی جہی رقبے پیچھے کی طرف وسعت پذیر ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اسطرح کہ انکو ایک مرکزی منطقہ جدا کرتا ہے جہاں بال نسبتہ لمبے رہتے ہیں، اور انکے اور حلقہ کے درمیان ایسا ہی ایک اور منطقہ جلد الاراس کو عرضی طور پر عبور کرتا ہے۔

جب لمبے بال گر جاتے ہیں تو نئے روئیں دار بالوں کی باز بالیدگی نمودار ہوتی ہے، لیکن یہ نگر کر انہی بجائے اور بھی نازک تر اور خود تر بال پیدا ہو جاتے ہیں، یہاں تک کہ بال آخر متاثرہ رقبے مکمل طور پر گنبے ہو جاتے ہیں۔ بعد ازاں وہی عمل ان منطقتوں میں بھی واقع ہوتا ہے جو پہلے پہل کسی حد تک بچ رہے تھے، چنانچہ ایک وقت ایسا آتا ہے کہ جرد پورے طور پر قائم ہو جاتا ہے، اور پیشانی سے لیکر قذالی خط تک پورے کا پورا قہر معرا ہو جاتا ہے۔

سیلان الدہنی صلحہ کی نموداری کے دوران میں یہ دیکھا جائے گا کہ جلد الاراس کی شعری دہنی جرابیں بڑی ہو جاتی ہیں، اور خالی آنکھ کو نظر آتی ہیں، اور یہ کہ وہ مغلط دہن سے اصمام یافتہ ہوتی ہیں، جو سیلان الدہنی "کوئسے" (cocoons) بناتا ہے، جنہیں ہزاروں عصیات تغلیہ ہوتے ہیں۔ جیسا کہ توقع کیجا سکتی ہے، گنبے رقبوں پر فصلات اکثر پیدا ہو جاتے ہیں۔

جلد الاراس کے شدید سیلان الدہن والی عورتوں میں بھی بال اسی طرز پر گر جاتے ہیں، لیکن ارتقا کا کسی قدر فرق موجود ہوتا ہے۔ بالوں کا گرنا زیادہ منتشر ہوتا ہے، اگرچہ جیسا کہ مردوں میں پایا جاتا ہے، وہ قہر سب سے زیادہ عیاں ہوتا ہے۔ تاہم قذالی خطہ کبھی متاثر نہیں ہوتا۔ مزید برآں بالوں کا

گرنایکسیا ہی شدید ہو، مکمل جرد کبھی واقع نہیں ہوتا، اور کچھ لمبے بال جلد الزاس پر ہر جگہ پائے جاتے ہیں۔ سیسبوراڈ (Sabouraud) نے بتلایا ہے کہ آخری درجوں میں، مردوں سے زیادہ عورتوں میں، ایک جرابی صلابت واقع ہو سکتی ہے جس سے بہت سی جرابیں مٹھوس ہو جاتی ہیں۔

یہ سمجھ میں آ جا میچا کہ اوپر جو کچھ کہا گیا ہے وہ جرد کے ایسے ارتقا کا بیان ہے جیسا کہ شدید اصابوں میں دیکھا جاتا ہے، اور یہ کہ فرد اور عمر کے لحاظ سے تمام درجے پائے جاسکتے ہیں۔ مثلاً بہت سے مردوں میں یہ آخری اور تیز عمر تک، اور عورتوں میں سن ایاس تک شروع نہیں ہوتا۔

علاج۔ یہ دونوں صنفوں میں نہایت ناقصی بخش ہے۔ یہ موملف سیلان الدہن کو روکنے کی کوشش پر مبنی ہے، لیکن نتائج زیادہ سے زیادہ جزئی ہوتے ہیں اور کبھی مستقل نہیں ہوتے۔ پہلے پہل ایسے مرہم جن میں گندھک، آئیل آف کیڈ (oil of cade)، سیلی سلک ایڈ، اور سیاہ بالوں والے اشخاص میں ریسارکسن (resorcin) شامل ہو، استعمال کرنے چاہئیں، مثلاً جیزندہ سلفر پریسپ (sulphur præcip.)، ہاگرن، ایڈائی سیلی سلسائی، ہاگرن، ویسکین الب (vaselini alb.)، دوڈرام، اولیم کوکاس نو سیفری (ol. cocois nuciferae)، تاجحد ایک اونس، خوشبو بقدر کفایت (ریارسن ۱۰، اگرن ۱۰) ملائی جا سکتی ہے۔ یا جیزندہ اولیائی کیڈنائی (olei cadini) دوڈرام، سلفر پریسپ، ہاگرن، ایڈائی سیلی سلسائی، ہاگرن، پریفنائی ڈورس (paraffini duri) بقدر کفایت، اولیم کوکاس نو سیفری، تاجحد ایک اونس، خوشبو بقدر کفایت۔ مرہم کو ہفتہ میں تین راتیں پوری جلد الزاس پر خوب لٹنا چاہئے اور ہر اگلی صبح دھو ڈالنا چاہئے۔ ہر صبح ایک سیلی سلک غسل (sullylic lotion) برض کے ذریعہ اچھی طرح لگانا چاہئے۔ جیزندہ ایڈائی سیلی سلسائی، ہاگرن، اولیم لیونڈیولی (ol. lavendulae) ۳ منہ، روغن بید انجیسر (ol. ricini) بقدر کفایت، ایسٹونائی (acetoni) ایک ڈرام، پیرٹ وائی نائی میتوانہ، تاجحد ایک اونس۔ ایسے سیاہ بالوں والے اشخاص میں ریسارکسن ۱۰، اگرن،

اور دوسرے اشخاص میں یورسال پرو کیپلس (euresol pro capillis) ظاہر ہوا۔ ایک جینے کے علاج کے بعد مرہم کا استعمال موقوف کر دیا جاتا ہے اور ایک عمل جنہیں پرکلورائیڈ آف مرکری ہو، اور زائد استعمال کیا جاتا ہے۔ مثلاً گنڈہ اندراج پرکلور (hyderarg. perchlor.) پھرین، ایڈائی سیلی سلسائی، اگرین، آیسارن (یا یورسال)، اگرین، اولیم لیونڈ ۳ منہ، روغن بید انجیر، قدر کفایت، امپیرٹ وائٹائی میٹھ انڈسٹ، تا بعد ایک اونس۔

جلد الراس پر ماوراء بنفشی، روشنی کے اطلاقات کا بھی معتد بہ رواج ہے اور ممکن ہے وہ نئی شعری بالیدگی کی پہنچ کرنے میں ایک عارضی اثر رکھیں، لیکن یقینی صلہ میں انکا نفع یقیناً زیادہ ہے۔ راقم الحروف کی رائے میں کوئی علاج بھی خواہ وہ کتنا ہی جانفشانی کے ساتھ کیوں نہ انجام دیا جائے، مجرد کی سست ترقی کو نہیں روک سکتا، خاص طور پر اگر وہ ابتدائی زندگی میں شروع ہو۔

صلعہ عارضی (alopecia areata) (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹۱)

ج 'صفحہ ۵۷۸) (ساقبہ میلسس = area Celsi)۔ صلہ کی یہ قسم عموماً اس طرح شروع ہوتی ہے کہ جلد الراس پر یکایک گچ کی ایک چمکتی نمودار ہو کر بہت درجہ جسامت میں بڑھتی جاتی ہے۔ اکثر اوقات اسکے بعد جلد ہی اس ابتدائی چمکتی سے قریب یا کچھ فاصلہ پر دوسری چمکتیاں پائی جاتی ہیں، اور انکے باہم پیوستہ ہو جانے سے گچے پن کے بڑے بڑے رقبے پیدا ہو سکتے ہیں، یا نسبتہ کم عام طور پر ساری جلد الراس کے بال غائب ہو جاتے ہیں۔ دوسرے بالدار حصے بھی بالوں ہو سکتے ہیں، بالخصوص بھویں، اور مردوں میں داڑھی کا خطہ، لیکن یہ مرض ہمیشہ نہیں لیکن بالعموم جلد الراس پر پہلے حملہ آور ہوتا ہے۔ رقبی صلہ کی تازہ چمکتیاں گرد گرد کی جلد الراس کی نسبت زیادہ گلابی رنگ کی ہوتی ہیں، اور ان پر غالی جرابوں کے دھبے، جو اکثر دہنی مادے سے بھرے ہوتے ہیں، صاف طور پر دکھائی دیتے ہیں۔ پرانی چمکتیاں پچھلے زرد رنگ کی بالکل چمکتی اور ہموار، اور بالوں کے ذبول کی وجہ سے جلد الراس کے غیر مالک حصوں کے لیول سے نیچے دبی ہوئی ہوتی ہیں۔ چمکتی کی کوروں پر، اور بعض اوقات ساری چمکتی پر

”علامت فحاشیہ“ کی صورت کے میز بال (exclamation mark hairs) نظر آتے ہیں۔ یہ بال تا ۱/۲ انچ لمبے ہوتے ہیں، انکے بعد ہی سرے جیسے ہوئے اور دبازت یا قفہ نظر آتے ہیں، اور قریبی سرے نہایت پتلے اور نوں سے معزاً ہوتے ہیں۔ اگر ایسے ایک بال کو اکھاڑا جائے تو وہ سالم باہر نکل آئیگا اور اسکا بصلہ ہوگا، یعنی وہ اپنے حکیمہ سے جدا ہو گیا ہے اور جملے میں ہے۔ ایسے ”علامت فحاشیہ“ کی صورت والے بال بعض اوقات جلد الاراس کے داد کے لئے لاشعاعی علاج کے استعمال کے بعد یا اسی مقصد کے لئے تعالیئم ایسیلیٹ (thallium acetate) کے داخلی استعمال کے بعد دیکھنے میں آسکتے ہیں، مگر بصورت دیگر یہ رقبی صلعہ کے میز اور مخصوص خاصہ ہوتے ہیں۔ لیکن جب بالوں کا کرنا موقوف ہو گیا ہو تو ممکن ہے کہ یہ بالکل موجود نہ ہوں، اور جب یہ چکیتوں کی کوریوں پر موجود نہیں تو یہ اس امر کی شہادت ہے کہ مرض ہنوز ترقی پذیر ہے۔ کچھ عرصہ بعد نئے بال پھر نکلتا شروع ہوتے ہیں، اور بالعموم یہ چکیتوں کے مرکوزی پرانے حصوں میں نمودار ہوتے ہیں۔ ابتدائی نئے بال اُبلے اور روئیں جیسے ہوتے ہیں، مگر تھوڑے عرصہ میں معمولی رنگ کے ہو جاتے ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں یہ پھر اُگنے پر بالکل سفید نکلیں اور غیر معین وقت تک سفید ہی رہیں۔ بالعموم بالآخر ان چکیتوں پر بالوں کی باز بالیدگی پورے طور پر ہو جاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ انکی واپسی جزئی ہو، اور بعض رقبے مستقل طور پر گنجدے رہ جائیں، اور سالہا سال تک ایسے ہی رہیں۔ رقبی صلعہ کے متوالی چلنے بدرجہا زیادہ عام ہیں، اور کبھی کبھی ساری جلد الاراس پر یا اس کے کچھ حصے پر اور دوسرے بالدار مقامات کے بال دوائے ضائع ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض ان اصابتوں میں سب سے زیادہ قائم رہنے کا امکان رکھتا ہے، جن میں جلد الاراس کے اسفل اور نوخر حصے کے گرد گنجدے پن کی ایک پوری پٹی بن جاتی ہے (افعیبت سیلسس (ophiasis of Celsus)۔

رقبی صلعہ ناخنوں کے سوراخوں کے ساتھ، نیز سپیدیہ جلد

(leucomelanoderma) (برص = vitiligo) کے ساتھ نولنف ہو سکتا ہے۔
 مرض گریو (Grave's disease) میں بھی یہ اس قدر زیادہ قوت اثر کے ساتھ ہوتا ہے کہ
 اسے محض اتفاقی ہزانی پر محمول نہیں کیا جاسکتا۔ حاد سرایتوں مثلاً 'انفلوئنزا'، 'مخاؤ
 (erysipelas) 'حمی قرمزہ' اور جرابی لوزی التهاب (follicular tonsillitis)
 کے بعد نہ صرف عمومی ٹوریزی بلکہ پیشانی رقبی صلعہ جو جانا بھی ممکن ہے۔

بیمتہ اسباب۔ ایک زمانہ میں رقبی صلعہ کو طبعی اصل کا بلکہ
 قوادر کی طرح متعدد سمجھا جاتا تھا۔ جیکٹ (Jacquet) اس نظریہ کا پُر جو شس
 مخالف تھا، اور اس نے اپنے آپ پر اور دوسروں پر بے شمار تجربی تطبیعات
 کر کے اسکو غلط ثابت کرنے کی کوشش کی، اور ان دوسروں میں وہ لوگ بھی شامل
 تھے جو مرض سے پہلے ہی ماؤف اور اسی واسطے قیاساً مستعد تھے۔ ایک
 بھی مثال میں تطعیم کامیاب نہیں ہوئی۔ اس نے پرورشی عصبانی نظریہ کی تائید
 کی، اور سبب کو بہت سی اصابتوں میں ماؤف رقبہ کو رسد پہنچانے والے
 اعصاب کی معکوس خواش کی طرف منسوب کیا، جو 'ثغاری یا بوسیدہ دانوں'
 التهاب جو فیروزہ، التهاب جوف، اور مزمن انٹی بلعومی مرایت سے ایسے اشخاص
 میں واقع ہو جو اس مرض کے لئے موروثی یا بینیتی استعداد رکھتے ہیں۔ مددوں
 اور اداروں میں درج شدہ وباؤں کی توجیہ جو بادی النظر میں طبعی نظریہ کی موید
 نظر آتی تھیں، جزوی طور پر یہ ہو سکتی ہے کہ جیسا کہ سیبورائی (Sabouraud)
 نے بتلایا ہے، حصفہ متعدی کے بعد پیدا ہونے والی نجی چکیتوں اور حقیقی رقبی
 صلعہ کے درمیان تشخیص میں غلطی ہو گئی، اور جزوی طور پر یہ کہ اداروں یا مددوں
 میں آخر الذکر کی ایک یا چند اصابتیں ہوئیں، اور دوسرے بچوں نے بال
 اکھاڑ کر غیر شعوری طور پر یا دانستہ نجی چکیتاں پیدا کر لیں، تاکہ دلچسپی پیدا ہو
 اور شاید وہ بھی کام سے وہ استنفا حاصل کر سکیں جو کہ سچی اصابتوں کو دی گئی
 تھی، جیسا کہ ہیلڈن ڈیوس (Haldane-Davis) کی درج کردہ وباؤں میں۔

صلعہ رقبی کے اسباب پر بحث کرتے وقت برص اور صلابت جلد
 کے ساتھ اس مرض کے تعلق پر زور دینا ضروری ہے۔ حقیقت میں یہ تینوں

حالتیں ایک قریبی طور پر رابطہ شلاشہ بناتی ہیں، کیونکہ نہ صرف وہ ایک ساتھ کسب قوت کثرت کے ساتھ واقع ہوتی ہیں، خاص طور پر رقبی صلحہ اور برص، بلکہ تینوں کی تینوں اکثر دروں افزائی مشار کی نظام کے اختلافات، مثلاً گریو کے مرض کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ مندرجہ ذیل نکات مشترکہ بھی نوٹ کرنے چاہئیں۔

(۱) تینوں کی تینوں مقامی یا عمومی شکل میں واقع ہو سکتی ہیں۔ (۲) وہ سب کی سب نام نہاد "پٹی" کی توزیع کے ساتھ دیکھی جاسکتی ہیں۔ (۳) تینوں حالتوں کی تلبیب میں، تین عوامل چکا دروں افزائی خود آئین نظام کو متاثر کرنا معلوم ہے (یعنی حادثا یا مزمن سرایتیں، معکوس خراشیں اور نفسی اختلافات) انہیں سے ایک یا زیادہ انتہائی اہمیت رکھتا ہے۔

اب مختلف قسیمی عوامل پر جو رقبی صلحہ کی پیدائش میں کارفرما معلوم ہوتے ہیں بحث کیجا جائیگی۔

قوادث۔ سینبوراڈ (Sabouraud) نے پایاک ۸۱ اصابتوں میں سے ۲۲ فیصدی نے یہ بیان کیا کہ انکے خاندانوں کے دیگر افراد متاثر ہیں اور یقیناً اس مرض کے موروثی یا خاندانی رجحان کی سرگذشت حاصل کرنا بالکل عام ہے۔ ایک خاندان میں جبکو پائنٹن (Poynton) نے درج کیا ہے، دو بھائی ایک بہن اور ایک چچا سب کو مکمل صلحہ تھا۔ کاکین (Cockayne) کی رائے یہ ہے کہ دو عامل موجود ہوتے ہیں ایک موروثی اور ایک ماحولی رجحان ایل لند بطور ایک غالب (dominant) کے ورثہ میں مٹا ہے۔ سیاہ بالوں والے اشخاص، اُچلے بالوں والے اشخاص کی نسبت زیادہ اکثر مٹوف ہوتے ہیں اور بقول کاکین کے، مرض کے رجحان کا ارثی عامل اور بالوں کی سیاہ لونیت کا ارثی عامل غالباً اُسی نوعی جسم پر محمول ہوتے ہیں۔

عمر حدوث۔ یہ تین سال سے پہلے اور ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ سینبوراڈ بیان کرتا ہے کہ ۲۰ سال گزرے اسکا اعظم حدوث بارہ اور پندرہ سال کی عمر کے درمیان تھا، لیکن یہ کہ یہ اب ۲۲ اور ۲۴ کے درمیان ہے۔ عورتوں میں ۴۰ اور ۵۰ کے درمیان حدوث جڑے جاتا ہے (قرنہ حنا یا سیاہ)

= pelade de la menopause) اور بہت سی اصابتیں میض برآری کے بعد اور مردوں میں انحصار کے بعد درج کی گئی ہیں۔ صنفی حدوث - اعداد و شمار سے ظاہر ہوتا ہے کہ خاندانی اصابتوں میں عورتوں کی نسبت مرد زیادہ اکثر ماؤف ہوتے ہیں، لیکن ان سے قطع نظر، حدوث دونوں صنفوں میں تقریباً مساوی ہوتا ہے۔ آتشک - سیبورا ڈنٹے آتشک (اکتسانی سے زیادہ اکثر موروثی) کی اس بہت پر کہ یہ ایک تیسبیی عامل ہے، خاص طور پر زور دیا ہے۔ اس قسم میں جسے بچپن اور بالغ زندگی میں افعیت (ophiasis) کے نام سے پہلے بیان کیا جا چکا ہے، موروثی آتشک لوٹ کا شبہ کرنا چاہئے۔ سیبورا ڈنٹے بہت سی اصابتیں شائع کی ہیں کہ جنہیں پیدائشی آتشک کے ناقابل تردید ماسم (stigmata) موجود تھے یا جنہیں خاندانی سرگزشت اسکی موجودگی ظاہر کرتی تھی انہیں سے بعض میں زور دار واضح آتشک علاج ایک طویل المدت صلعہ کو شفا دینے میں کامیاب ہوا۔ بلاشبہ آتشک خاندانی صلعہ کی بعض مثالوں کا سبب ہے، اور اس امر کے مد نظر کہ پیدائشی قسم دروں افزاری خود آئین نظام پر اور سرطانی ساختوں پر ایک گہری تاثیر ڈال سکتی ہے، اس امر کی توقع ہی کی جاتی ہے کہ بعض اصابتوں میں ایک عامل ہوئی جائے۔

فوری اسباب محرکہ - برسیل آزمائش انکو حسب ذیل جماعت بند کیا جاسکتا ہے۔ (۱) عیطی خراش - اس تعلق میں جیکٹ (Jacquet) کے نظریات پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ وہنٹ فیلڈ (Whitfield) نے بہت سال گزرے بالغ اصابتوں کا ایک سلسلہ شائع کیا جو باور چشم (eyestrain) اور درد کے ہمراہ تھا، اور ہمیں خطائے انعطاف کو درست کرنے سے سرعت سے صحت ہو گئی۔ راقم الحروف باور کرتا ہے کہ یہ ایک شاذ لیکن ثابت شدہ سبب ہے۔ ڈور (Dore) نے اصابتوں کا ایک گروہ نوٹ کیا ہے جنہیں ثقل الرأس (pediculosis capitis) سے شدید اور طویل المدت خراش، رقبی صلعہ کے آغاز کا پیش نیمہ تھی، اور غالباً یہ ان اصابتوں کے مشابہ ہیں جنہیں دیرین تنگ میں بظاہر ثقل البدن سے بدن ص کی تحریک ہو گئی۔ (۲) ضمیریت - ایک

بسنب جو گا ہے گا ہے پایا جاتا ہے، چہرہ یا سر کا تضرر ہے، جسکی بہت سی اصابتیں فرانس (France) میں صرغ کی گئی ہیں۔ صلحہ بالعموم تضرر کے بعد چند دن کے اندر نمودار ہوتا ہے، لیکن اسکا آغاز دو مہینے بلکہ اس سے زیادہ تک تاخیر پذیر ہو سکتا ہے۔ راقم الحروف کی ایک اصابت میں ایک عورت میں جسکو جلد الاس کا شدید تضرر ہوا تھا، یہ واقعہ آٹھ روز کا تھا۔ بعد ضری اصابتوں کا ایک دوسرا گروہ خاص طور پر دلچسپ ہے۔ صلحہ ایکٹ زیادہ جواج کے شدید اور اکثر متعدد تضررات کے بعد واقع ہوتا ہے، جنہیں کسور اور عضلات اور اعصاب کا نقصان، اور اسکے بعد مشار کی عصبی رسد کی ماؤفیت کی وجہ سے مستقل تغیرات واقع ہوتے ہیں، یعنی "چمکدار جلد" کثرت عرقی، اور عروقی اختلالات۔ ایسی اصابتوں میں صلحہ تضرر کے بعد اسوقت واقع ہوتا ہے جبکہ کئی ماہ یا سال گزر جاتے ہیں، اور اس طویل وقفہ کی توجہ اسطرح کیجا سکتی ہے کہ صلحہ کو ایک صاعد عصبی اسخطاط سے منسوب کیا جائے جو بالآخر شخاع میں متعلقہ مشار کی عصبی مراکز تک پہنچ جاتا ہے۔ (۳) نفسی اختلالات۔ اس میں شک نہیں کہ صدمہ، یا حادثہ تشویش اور فکر کا زیادہ اثر واقعہ معیہ اسباب ہیں۔ راقم الحروف کے مریضوں میں سے ایک مریضہ کو صلحہ تین جدا جدا حملے ہوئے تھے، پہلا اسکی ماں کی موت کے بعد، دوسرا اس سے دو سال بعد جبکہ اسکا باپ مر گیا، اور تیسرا اسکی بہن کی موت کے بعد۔ دوران جنگ میں صلحہ کے حدوث میں بہت زیادتی پائی گئی، فوجی خدمت پر مامور سپاہیوں کے درمیان اور ہوائی حملوں کے دوران میں (ہوائی حملہ کرنے والا صلحہ) "جیسا کہ ایک مسخرہ نے اسکا نام رکھا ہے) عوام کے درمیان۔ شدید صدمہ کے بعد پیدا ہونے والی بہت سی اصابتوں میں صلحہ عمومی قسم کا ہوتا ہے۔ مخفی زمانہ نہایت چھوٹا ہوتا ہے، بعض اوقات صرف چند دن ان مریضوں میں کہ جنہیں صدمہ یا طویل المدت فکر مستقب ہوں، صلحہ کے ہمراہ دروں افزائی مشار کی اختلال کے علامات پائے جاتے ہیں جو میٹز در قیمت کی دلیل ہیں (ہیڈ ویمیت (basedowism)۔ لیون فریکل (Levy-Frankel)

اور جشتر (Juster) رقبی صلعہ کی دو قسمیں تسلیم کرتے ہیں، ایک دروں افزاری مشارکی، جس میں تبدیل شدہ اساسی بخول ہوتا ہے، اور دوسری عددی مشارکی، جس میں لمبی اساسی بخول ہوتا ہے۔ اول الذکر میں وہ اصابتیں شامل ہیں جن میں صلعہ مرض گریو (مغنی یا ظاہر) کے ساتھ واقع ہوتا ہے، اور وہ جو کہ صدمہ یا نفسی اختلالات کے بعد واقع ہوتی ہیں۔ آخر الذکر حقیقی بعد ضربی اصابتیں ہیں۔ (۴) حاد یا ماسکی سرایتیں۔ معمولی منتشر بعد سرایتی صلعہ کے علاوہ جو کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، رقبی صلعہ ایک حاد سرایت مثلاً سرخبادہ، انفلوئنزا، ذات الریہ، التهاب حلیہ (mastoiditis) وغیرہ کے بعد واقع ہو سکتا ہے۔ نیز بہت سی اصابتیں درج کی گئی ہیں کہ جن میں ایک طویل المدت صلعہ رقبی وائٹوں انفی بلعوم یا انفی اجواف میں سرایت کے مزمین ماسکے دور کرنے کے بعد اچھا ہو گیا ہے۔ خود آئین عصبی نظام اور دروں افزاری غدود (خاص طور پر برگردنا اور درقیہ) پر عادی مزمین سرایتوں کی تاثیر کے مد نظر یہ توقع کیجا سکتی ہے کہ وہ مرض کی تسبیب میں ایک کثیر الوقوع سبب ہوگی۔

اوپر جو کچھ کہا گیا ہے اس سے ظاہر ہے کہ صلعہ کو ایک غیر نوعی مرض تصور کرنا چاہئے جسکی تسبیب میں مختلف عوامل کار فرما ہوتے ہیں یا رقم الحروف یہ سمجھنا ہے کہ اسکو امراض کے حاسیتی گروہ میں شمار کرنا چاہئے، جن میں حقیقتاً ایک نہ ایک کے ساتھ یہ اکثر متولف ہوتا ہے۔ جیسا کہ صلعہ رقبی میں ہوتا ہے، خود آئین عصبی نظام کا مقامی یا عمومی اختلال ان سبب کی پیدائش میں حصہ لیتا ہے، اور وہی موردی یا غاندانی استعداد نظر آتی ہے۔ تشخیص۔ صلعہ رقبی کی ٹپکتی کے خاص تشخیصی خصائص حسب ذیل ہیں :- (۱) اس کا ناگہانی ظہور۔ (۲) بالوں کی اکثریت کا مل طور پر چھڑ جاتی ہے جس سے چمکتی چمکتی اور گہبی رہ جاتی ہے۔ (۳) "علامت غبائیہ" کی طرح کے بالوں کی موجودگی۔ (۴) ندبی ذبول کی عدم موجودگی۔ قوباع سے اسکو اس واقعہ سے تشخیص کیا جا سکتا ہے کہ جلد الراس کی عام خرد بدوری سرایت میں چمکتی کی سطح چمکے دار ہوتی ہے، موقوف بالی ٹوٹ کر الگ

ہو جاتے ہیں لیکن جھڑتے نہیں، چنانچہ چلتی حقیقت میں گنجی نہیں ہوتی، اور بالوں کے ٹنڈ "علامت فحاشیہ" کی طرح کے بالوں سے بالکل جداگانہ منظر رکھتے ہیں۔ انکے خود بینی امتحان سے تمیز "کرم خوردہ" منظر، گھسے ہوئے سرے، اور فطری عناصر متکشف ہونگے۔ مزید برآں اندھیرے کمرے میں وڈ کی روشنی (Wood's light) سے سرایت زدہ بالوں کے چمکدار سبز تیزبر کا مظاہرہ ہوگا۔ جلد الاراس کی دروں شعری سرایت ("سیاہ نقطہ" والا قوبا) (black-dot wringworm) میں تشخیص زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ قلیبت بالکل نہیں ہوتی اور بہت سی سرایت زدہ بال جراب کے منہ پر ٹوٹ جاتے ہیں اور سیاہ نقطوں کی طرح نظر آتے ہیں، جو ان سے مماثل ہوتے ہیں جو کہ بعض اوقات صلعہ رقبی میں دیکھے جاتے ہیں۔ تاہم اکھاڑے ہوئے ٹنڈوں کے خود بینی امتحان سے بڑے بذاتِ یال کی ہڈی کے اندر زنجیروں کی صورت میں مرتب نظر آئینگے۔ آتشکی صلعہ (syphilitic alopecia) سے تفریقاً تشخیص کے نکات پہلے بتائے جا چکے ہیں۔ صلعہ کی ان چھوٹی چھوٹی چکیتوں میں جو کہ جلد الاراس کی دھیلیت (furunculosis) کے مقام کے گرد عارضی طور پر واقع ہوتی ہیں مرکزی ندبہ کی موجودگی، جو کہ دل کے بعد باقی رہ جاتا ہے کافی ہوتی ہے۔ ان عارضی چکیتوں میں جو کہ جلد الاراس کے حصصہ کے بعد پیدا ہوتی ہیں، سرایت کی سرگزشت، باقی ماندہ چند پڑیوں کی موجودگی، اور علامت فحاشیہ کی طرح کے بالوں کی عدم موجودگی تشخیص میں ممد ہوگی۔ بعد ضرابی ندبات، ذنبہ احمر (مری)، شہلہ (fava) قنرست کا ذب (pseudo-pelade)، اور متلف الشعر جرابی التهاب (folliculitis decalvans) میں ندبہ ذبول، صلعہ رقبی کو خارج از بحث کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

انذار۔ صلعہ رقبی کی اصابتوں کی اکثریت خود بخود اچھی ہو جاتی ہے، لیکن نکتہ نہایت عام ہے۔ وہ اصابتیں کہ جنہیں سرخ پھیلاؤ یا ہلک واقع ہوتا ہے کہ جلد الاراس پوری کی پوری یا اس کا بڑا حصہ، چہرہ، اور دوسرے بالدار حصے مآؤف ہو جاتے ہیں تشویشناک انذار رکھتی ہیں۔ تاہم

ایسے مریض جو کئی سال سے مکمل یا تقریباً مکمل صلعہ میں مبتلا رہے ہیں گناہے گلچہ صحت یاب ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ عمومی۔ صلعہ رقبی کی ایک اصابت میں کیا علاج اختیار کرنا چاہئے یہ لازماً مریض کی مکمل تفتیش اور سب سے زیادہ اغلب عامل یا عوامل پر غور و خوض کرنے پر منحصر ہے جو کہ متبہ ہے۔ موروثی بلکہ اکتسابی آتشکی سرایت کا امکان ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ بار چشم اور دانقوں انفی بلعوم اور انفی اجواف میں ماسکی سرایت کی موجودگی علاج از بحث کرنی چاہئے۔ بہت سی اصابتوں میں استفسار اور مریض کے امتحان سے صدمہ تشویش سابقہ عادی سرایت مے خوابی یا محنت شاقہ سے عصبی خستگی کی شہادت متکشف ہوئی۔ ان کے لئے ابتداً مکمل آرام اور اسکے بعد کسلی ہوا میں تعطیل کافی دوائی نظام غذائی زائد دووہ کے ساتھ مسکنات اور بعض اوقات عاقلانہ نفسیاتی معالجہ کی ضرورت ہے۔ برومائید کی چوٹی خوراکیں گلسر و فاسفیٹر (glycerophosphates) کے ساتھ اکثر فائدہ مند ہوتی ہیں مثلاً بگیند۔ سوڈیائی برومائڈائی (sodii bromidi) د۔ ۲۔ ۳ گرین سرب گلسر و فاسف کو (syr. glycerophos. co.) ۱۔ ۲ ڈرام ایکوا کلوروفارمائی (aq. chloroformi) تا بعد ۱/۲ اونس، دن میں تین مرتبہ بغیرانی لئے، غذا کے بعد یا برومائید کی بجائے یومینال (luminal) ۱/۲ گرین دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں فاسفورک ایسڈ (phosphoric acid) اور سٹرنین (strychnine) اس احساس خستگی کو دور کرنے میں کہ جسکی یہ مریض شکایت کرتے ہیں زیادہ موثر ثابت ہوتے ہیں۔ ان عورتوں میں کہ جنہیں سن ایاس کے وقت صلعہ نمودار ہو جاتا ہے، بعضی خلاصہ کنی تجہیزات براہ دہن یا بذریعہ اشراب آزمائش کے قابل ہیں۔

مقامی۔ یہ امر بہت مشکوک ہے کہ کوئی مقامی تدابیر صلعہ کی ایک چکیتی کے پھیلاؤ کو روک سکتے ہیں، لیکن کچھ شہادت موجود ہے کہ وہ خراش آؤ جو بیش و مویہ پیدا کرتے ہیں بالوں کی باز بالیدگی کی ہیج کرتے ہیں۔ ایسے

بہت سے استعمال کئے جاتے ہیں، مثلاً لاکر ایپسٹیکس (liq. epispasticus) کاربالک ایسڈ، صبیغہ آیوڈین (tincture of iodine)، صبیغہ ذرارہ صبح (tincture of cantharides) اور امونیا (ammonia) مندرجہ ذیل مفید ہے۔ مگیزہ ایسڈائی کاربالسائی حصہ، ایسڈائی لیکٹسائی (acidi lactici) ۴ حصہ۔ اسکو چلتی پر ایک پھرری کے ذریعہ روزانہ لگا دینا چاہئے یہاں تک کہ تعامل پیدا ہو، اور پھر جب تعامل زایل ہو تو اسے دوبارہ شروع کر دینا چاہئے۔ تاہم ماوراء بنفشی روشنی مسلہ طور پر زیادہ موثر ہے، اور اس کے مقامی اطلاقات جو چمکیوں پر احمراری تعلقات کی تحریک کرنے کے لئے کافی ہوں، کلی روشنی کے غسلوں (total light baths) کے ساتھ مزوج کرنے چاہئیں۔ مدافع چمکیوں کے لئے لاشعاعوں کی چھوٹی بہتج متادیں بعض اوقات حیرت انگیز طور پر موثر ہوتی ہیں۔

جلد میں نوبالیدیں

(new growths in the skin)

یہاں انہیں سے صرف تھوڑی سی بیان کی جائیں گی۔ شامات (naevi)، مہو حلی سلعہ (epithelioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma) کے لئے قارئین علم الجراحت کی کتابیں ملاحظہ فرمائیں۔

لیفی سلعہ رخوہ

(fibroma molluscum)

یہ ایک نرم، لچلیا، جھڑی دار، اکثر لٹکتا ہوا سلعہ ہے، جو ایک منسلکہ ہونے آدمہ اور جلد کی پوشش پر مشتمل ہوتا ہے، جس میں ایک لیفی جال کے ساتھ گول خلیے اور البیومینی سیال مختلف تناسب میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ سلعات صرف چند ہی انتہایت کثیر التعداد ہو سکتے ہیں۔ انکی جسامت ایک

ایسین کے نرسے لیکر آدمی کے سر کے برابر تک ہوتی ہے، اور یہ خاص کر صدر پر واقع ہوتے ہیں نہ ممکن ہے کہ یہ سر تک پیدا ہوتی ہوں، لیکن یہ اکثر ابتدائی طغیانی میں پہلی بار دیکھنے میں آتے ہیں۔ فائن ریک (von Recklinghausen) کی رائے ہے کہ یہ دراصل عصبی یعنی سلعات (neuro-fibromas) ہوتے ہیں اور چھوٹے جلدی اعصاب کی یعنی پوششوں سے شروع ہو کر وہاں سے عروق پیسنے کے غدود اور شری جراہوں کی یعنی ساختوں پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ ایک شامل حالت میں جدا جدا سلعات نہیں ہوتے، بلکہ جلد دبا زت یافتہ اور بیش بالیدہ ہوتی ہے، یا وہ بڑے بڑے ڈھیلے ڈھیلے مڑا کب ٹکٹکوں کی صورت میں ہوتی ہے (جلد شکنی = dermatolysis)۔ فائن ریک لنگ ہاوسین کے مرض میں متعدد عصبی یعنی سلعات ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ منتشر نوعیتہ اور کوئی شامل نہ چکیتوں کے ساتھ متعلق ہوں، جنکی جسامت محض چھائیوں سے لیکر اور زیادہ بڑی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ کوئی چکیتیاں تنہا موجود ہوں۔ نہایت اتفاقی طور پر یہ عصبی یعنی سلعات شو کی عصبی جڑوں سے پھوٹ نکلتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۶۵ الف اور ب صفحہ ۹۶۸)۔

علاج - نشتر کے ذریعہ دور کر دینا ہی ممکن علاج ہے۔ لیکن اگر سلعات نہایت کثیر التعداد ہوں تو صرف انھیں رسولیوں کو نکال دینا چاہئے جو خاص طور تکلیف دہ اور ناموزوں مقامات میں ہوں۔

خلیب

(cheloid)

خلیب جلد اور تحت الجلد بافت کی بالیدگی ہے، جو خاص کر یعنی یافت کی کثیف پٹیوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ اس میں ابتدائی درجوں میں کثیر التعداد پٹے نما غلیظے ہوتے ہیں۔ اسکے زیادہ عام مقامات وقوع یہ ہیں: سینہ پر، قص کے اوپر، پستانوں پر، گردن، پشت، بنا گوش پر، اور جواہر پر۔ یہ بالعموم منفرد ہوتا ہے اور ایک چھٹی، چکنی، گلابی گرہب کی طرح شروع ہوتا ہے، جو بڑھتا چھیل کر بہت

بڑی چھانت کو پہنچ جاتی اور مرکز میں نسبتاً شاحب ہو جاتی ہے، اگر اس پاس کی جلد کم و بیش سرخ رہتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد پٹیاں اور جیود، جنکو فجوات ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور اس رسولی پر سے مختلف سمتوں میں جا کر اس پاس کی جلد کے اندر چلی جاتی ہیں۔ ان پٹیوں کے بتدریج تنقبض ہونے سے بہت تشوہ پیدا ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ ہم پہلو مفاصل کے حرکات میں سخت مزاحمت ہو جائے۔ اس رسولی کی بالیدگی کے ساتھ اکثر بہت درد اور آلیہیت ہوتی ہے۔

اکثر اوقات ایسی ہی بالیدیں سابقہ ندبات پر پیدا ہو جاتی ہیں مثلاً خچروں (cuts)، حرقات (burns)، نکیلوں (acne)، جدیری (varicella)، جدیرنِ رسانی، یا چھک کے ندبات پر۔ انھیں کاذب غلیہ (false cheloid) کے نام سے یاد کیا گیا ہے لیکن یہ معلوم نہیں ہوتا کہ یہ حقیقی طور پر مختلف ہیں۔ غلبہ آہستہ آہستہ بڑھتا ہے اور شاید ہی خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔ اگر اسے نشتر سے یا کسی کاوی دوا سے نکال دیا جائے تو تقریباً ہمیشہ پھر پیدا ہو جاتا ہے لیکن ہمیشہ سختی کے ساتھ ایک مقامی مرض رہتا ہے اور نہ تو لمبی غدد پر اور نہ اجزاء پر حملہ آور ہوتا ہے۔

علاج۔ رائج شفاعوں کے استعمال سے اور ریڈیم سے شفا حاصل ہوتی ہے۔ چوٹے چوٹے خلیات کو کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide snow) سے بار بار منجمد کرنے سے کامیابی کے ساتھ دور کیا جاسکتا ہے۔

عضلی سلعہ، عصبی سلعہ، لمفی عروقی سلعہ

(myoma, neuroma, lymphangioma)

گاہے گاہے یہ جلدی عوارض کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ عضلی سلعہ (myoma) شاذ اصابتوں میں متعدد چھوٹی چھوٹی سخت گڑبڑوں کی صورت میں واقع ہوتا ہے، جو ایک الپین کے سر سے لیکر مٹریاسیم کے دانہ کے برابر چہرے، دھڑ یا جوارح پر ہوتی ہیں۔ ہر گزب آدمہ کے اندر ایک

چھوٹی رسولی ہوتی ہے۔ یہ آلس عضلہ ریشوں پر مشتمل ہوتی ہے (آلس عضلہ = leiomyoma) اور بعض اصابتوں میں بظاہر نامیب الشعر عضلات (arrectors pilorum) سے تعلق رکھتی ہے۔

عصبی سلعہ (neuroma) دھڑ اور جوارح دونوں کے عصبی ریشوں کے مر میں متحد و چھوٹی چھوٹی دردناک بالیدیں بناتا ہے۔

لمفی عروق سلعہ (lymphangioma) ایک شاذ بالید ہے جو لمفی عروق کے قسح ہو کر مرنے دیر سے بچانے اور دریائی اتصالی بافت کی شئی لیدیگی ہونے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ معمولی عروقی شامات کے ایتلاف میں کیا گیا ہے۔

سلعہ زرد

(xanthoma)

[صفیرہ (xanthelasma) 'بہر ص نا (vitiligoidea)]
 ۱۸۳۶ء میں جس حالت کو ریئر (Rayer) نے پوٹوں کے رقعات زردی نامی
 مرض کو ایڈیسن (Addison) اور گھل (Gull) نے برص نما، ایر آکس و سن
 (Erasmus Wilson) نے صفیرہ اور ڈیو ایف سمٹھ (W. F. Smith) نے
 سلعہ زرد کا نام دیا۔ اب تین قسمیں تسلیم کی جاتی ہیں، بالفاظ دیگر 'جنفی یا سطح
 سلعہ زرد (xanthoma palpebrarum vel planum) جسکے لئے بعض
 لوگ صفیرہ کی اصطلاح محدود کر دیتے ہیں، حدیبی متعدد سلعہ زرد (xanthoma
 tuberosum multiplex) اور ذیابیطسی سلعہ زرد (xanthoma
 diabetorum)۔

پہلی بدرجہا سب سے زیادہ عام ہے، اور بالعموم ادبیر عمر میں واقع
 ہوتی ہے۔ امراض صاف طور پر واضح، زرد چمکتیاں ہوتی ہیں جو (chamois-
 leather) سے لمبی چمکتی ہیں، اور زیادہ اکثر بالائی جنفوں پر اندرونی بافت کے
 قریب واقع ہوتی ہیں۔ دوسری چمکتیاں دونوں اہتافان پر نمودار ہو سکتی ہیں، اور پھیلاؤ

سے شاذ طور پر آنکھوں کو ملتی چادروں کی صورت میں گھیر لیتی ہیں۔ گھاس ہے ناک،
وجہی خلیے، کان، اور قنفا (nucha) ماؤف ہو سکتی ہے۔ پوٹوں اور بعض دوسری
جگہوں کی بڑھی ہوئی لونیت بالعموم ایک مؤلف علامت ہوتی ہے۔ ہیمپسن
(Hutchinson) نے صفرو کے مریضوں میں شقیقہ (migraine) کی کثرت قور
ملاحظہ کی، اور صحتیت صفراء (cholelithiasis) یا زیادہ شاذ طور پر کبدی کہبت
موجود ہو سکتی ہے۔

متعدد سلعہ زرد میں اضرار اس سے بہت زیادہ وسیع طور پر پھیلے جوتے
ہیں، اور بشور، گرہوں، درختہ رقعات، خطوط، یا معتد جہات کے سلعات کے
طور پر واقع ہوتے ہیں۔ وہ رنگ میں زرد یا زردی مائل ہوتے ہیں۔ انکی سلع
چکنی فجوہ دار، یا لٹمک دار ہوتی ہے۔ مقامات جو سب سے زیادہ عام طور پر
ماؤف ہوتے ہیں مفاصل ہیں، خاص طور پر گھٹنوں اور کہنیوں کی باسط سٹھا
پر اور امبھی مفاصل کی ظہری اور جانبی سطحات پر۔ تشاکل سلعات، اخیلی
وترات کے غلافوں میں بھی واقع ہو سکتے ہیں، پتھیلیوں اور ٹلووں پر خطوط،
جو قدرتی شکلوں اور مفصلی دھراؤں کو ماؤف کرتے ہیں، اکثر دیکھے جاتے
ہیں، اور مریضوں پر بڑے بڑے سلعات غیر عام نہیں ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ
یہ توزیع ان حصوں سے متناظر ہے جن پر دباؤ یا رگڑ کا سب سے زیادہ امکان
ہوتا ہے، لیکن مختلف جسامت کے اضرار کی بہت بڑی تعداد، چہرہ، گردن
دھڑ اور جوارح پر وسیع طور پر پھیلی ہوئی ہو سکتی ہے۔ جلد سے قطع نظر،
زرد سلعیت (xanthomatosis) لمقہ، منہ، بلعوم، حنجرو، قصبتہ الریہ، شعبتہ
مرق اور معدہ کے اغشیہ مخاطی کو ماؤف کر سکتی ہے۔ موت قصبتہ الریہ یا غما
شعبتوں کے تردد سے واقع ہو سکتی ہے۔ مگر ممکن ہے سلعات زرد کے
نتیجہ کے طور پر کلانی یافتہ ہو جائے، اور ممکن ہے ناقوی کہبت موجود ہو اضرار
باریطون، تادور میں، اور طحال، قلب اور بڑے عروق میں بھی پائے گئے
ہیں۔ دروں قلبی زرد سلعیت سے مطافی اور اورطی عدم کفایت واقع ہو سکتی
ہے، اور اسکی خاندانی مثالیں بیان کی گئی ہیں۔ ذیابیطس طبع بعض صابتوں

میں موجود رہا ہے، اور غدہ خفامیہ کی زرد سلعیت کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔
 ذیابیطسی سلعہٴ زرد (xanthoma diabeticorum) ایک شاذ قسم ہے، جو اکثر آن لوگوں میں ہوتی ہے جنکو شکر بولیت کی شکیات ہوتی ہے۔
 یہ زرد مخروطی و مستوی کی طرح نمودار ہوتا ہے جو سرخ یا بھروسے ہوئے رقبے سے
 محصور ہوتے ہیں۔ یہ پہلے بازوؤں کی باسط سطحات پر، اور پشت اور شکم
 کے اسفل حصہ پر، اور بعد ازاں دوسرے حصوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ یہ اکثر
 جلد رفع ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب - زرد سلعیت کے موروثی اور خاندانی رجحان
 کی بے شمار مثالیں بیان کی گئی ہیں۔ جفنی زرد سلعہ ادھیڑ عمر سے پہلے شاذ ہی
 واقع ہوتا ہے، لیکن دوسری دو قسمیں نو عمر بچوں میں دیکھی جاسکتی ہیں۔ خون
 کا کولسٹرال مافیہا (cholesterol-content) بالعموم بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور
 متعدد سلعہ زرد میں اسکا مدونہایت ہی بلند ہوتا ہے۔ تاہم یہ ثابت کیا جا چکا
 ہے (83) کہ زرد سلعی جماؤں کی تشکیل کا زیادہ تر انحصار آزاد کولسٹرین اور
 کولیسٹرین ایسٹر (cholestrin-ester) کے درمیان غیر طبعی نسبت پر یا فاسفائیڈ
 (phosphatides) کے ارتکاز میں تبدیلی پر ہے۔ یہ اختلالات، کاشغلات تحمل
 سے متکشف ہوتے ہیں، جبکہ ایک کولسٹرین - شحم آمیز (۵ گرام کولسٹرین - ہیکراک)
 روغن زیتون میں) دیا جاتا ہے، اور آزاد کولسٹرین، کولسٹرین ایسٹر، فاسفائیڈز،
 اور کلی شحم کی مقداروں کا تخمینہ بعد میں خون میں وقفوں سے کر لیا جاتا ہے۔
 ذیابیطسی زرد سلعہ میں بالعموم شکر بولیت، بیش شکر دمویت اور بیش
 کولسٹرین دمویت کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

مرضی تشریح - چھٹی چکیتوں میں آدم کے اندر نو ساختہ اتصالی بافت
 پائی جاتی ہے اور اسکے ساتھ بڑے گول یا مکملے ناخلیطے ہوتے ہیں، جو اکثر
 کثیر النوات اور شحمی قذات سے اور گھٹان طور پر مجموع شحمی قطروں سے بھرے ہوئے
 ہوتے ہیں (زرد سلعی خلیات = xanthoma cells)۔ مگر کھوں کی ساخت بھی
 مماثل ہوتی ہے، لیکن انہیں اتصالی بافت زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتی ہے۔

علاج۔ جفتی سلعہ زرد کے خورد تر اضرار کا علاج برق یا شیدگی کے ذریعہ کامیابی کے ساتھ کیا جاسکتا ہے، لیکن بڑے جھاووں کو قطع کر کے نکالنا چاہئے۔ اس حالت اور متعدد سلعہ زرد دونوں میں ایک پست شحم والا زلزام غذا، جس سے کولسٹرال پر مشتمل غذا میں خارج کردی گئیں، تجویز کیا گیا ہے، لیکن نسبت اسے راقم الحروف کی رائے میں جو صلا افزا ثابت نہیں ہوئے۔ تاہم ذیابیطس زرد میں ایک مناسب غذا اور انسولین کے اثرات کے اثر کے تحت اغراض غائب ہو گئے ہیں۔

متقطر فطریت

(mycosis fungoides)

اس شاذ مرض میں جلد کو متعدد سلعات ماؤف کر دیتے ہیں۔ ان کے نمودار ہونے سے پہلے، بعض اوقات سالہا سال تک، احراری، ایکریمائی، یا خری چکٹیاں موجود رہتی ہیں۔ سلعات کی جسامت سیم کے دانے سے لیکر نارنگی کے برابر تک یا اس سے بھی بڑی ہوتی ہے۔ یہ سلعات گول، بیضوی، یا لٹنگدار ہوتے ہیں۔ ان پر کی جلد تہی ہوئی اور چمکدار ہوتی ہے۔ ان کے گرد کی جلد اکثر درختہ ہوتی ہے۔ عرصہ دراز کے بعد ممکن ہے کہ ان میں سے بعض سکڑ کر غائب ہو جائیں۔ بعض سطح پر متفرج ہو کر متقطر تودے بنا دیتے ہیں اور ان کے اندر سے ایک صاف آبی مصل خارج ہوتا ہے۔ اس درجہ میں معمولاً ان میں درد، کھلی یا خیس نہیں ہوتی۔ یہ مرض ہینوں یا برسوں تک جاری رہتا ہے، لیکن بالآخر صحت جواب دہیتی ہے، اور تناسخ تقریباً ہمیشہ ہلک ہوئے ہیں۔ خیال کیا گیا ہے کہ یہ مرض ایک خمی سلعہ یا لمفی خمی سلعہ ہونے کے بجائے ساری اریکی سلعہ ہے، مگر اس میں کوئی عضویہ نہیں پائے گئے ہیں، اور سلعات لمفہ آسا خلیوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو اتصالی بافت کے ایک باریک ہیکل میں جمے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو پیش فطریتی احرار جلد premycosis erythrodermia)۔

علاج۔ رائجی شعاعوں کے استعمال سے بڑی اصلاح درج کی گئی ہے
 اگرچہ بعض اوقات یہ محض عارضی ہوتی ہے۔

والہیات

REFERENCES

- 1 U. J. Wile and L. B. Kingery .. 1919 *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 970.
- 2 C. Levaditi, P. Harvier and S. Nicolau .. 1922 *Ann. Inst. Past.*, 36, 63, 105.
- 3 R. T. Brain .. 1936 *Brit. Journ. Derm. and Syph.* 48, 21.
- 4 R. T. Brain .. 1933 *Brit. Journ. Exper. Path.*, 14, 67.
- 5 H. Head and A. W. Campbell .. 1900 "Brain," 28, 253, 523.
- 6 T. Lewis .. 1927 "The Blood Vessels of the Human Skin and their Responses," London, 213.
- 7 R. Sabourand .. 1913 *Entriectiens Dermatologiques*, Paris, 28.
- 8 H. Haxthausen .. 1927 *Ann de Derm. et de Syph.*, 8, 210.
- 9 J. V. Cooke .. 1926 *Arch. Derm. and Syph.*, 14, 539.
- 10 T. H. C. Benians .. 1915 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 27, 394.
- 11 T. H. C. Benians and B. H. Jones .. 1929 *The Lancet*, i., 174.
- 12 R. Sabourand .. 1928 *Pyodermides of Eczemas*, Paris, 224.
- 13 H. Radcliffe-Crocker . 1888 "Diseases of the Skin," 1st Edition, London, p. 128.
- 14 H. W. Barber and J. W. H. Eyre .. 1927 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 39, 485.

- 15 D. Krestin .. 1927 *Quart. Journ. Med.*, 21, 177.
- 16 R. Sabouraud .. 1904 *Pityriasis et Alopecies Pelliculaires*, Paris.
- 17 J. M. H. MacLeod and 1928 *Brit. Journ. Derm. and*
(A. B. Dowling) .. *Syph.* 40, 139.
- 18 W. N. Goldsmith .. 1925 *Arch. f. Derm. u. Syph.*,
149, 575.
- 19 J. Darier .. 1928 *Precis de Dermatologie*,
4th Edition, Paris, p.
104.
- 20 A. Civatte .. 1924 *Brit. Journ. Derm. and*
Syph., 36, 461.
- 21 H. W. Barber, G. L. 1921 *Brit. Journ. Derm. and*
Attwater and G. Mar-
shall .. *Syph.*, 36, 515.
- 22 H. W. Barber and (A. B. 1926 *Proc. Roy. Soc. Med.*,
Dowling) .. 19, 33.
- 23 G. M. Mackee and M. R. 1935 *Arch. Derm. and Syph.*,
Sulzberger .. 31, 159.
- U. J. Wile and F. H.
Graner .. 1935 *Ibid.*, 174.
- 24 J. Schaumann .. 1924 *Brit. Journ. Derm. and*
Syph., 36, 515.
- 25 J. V. Klander .. 1934 *Derm. Wchnschar.*, 98,
613.
- 26 E. Bruusgaard .. 1922 *Brit. Journ. Derm. and*
Syph., 34, 150.
- 27 B. Shelmire .. 1925 *Arch. Derm. and Syph.*,
13, 788.
- 28 H. W. Barber .. 1929 *The Lancet*, ii., 591.
- 29 E. Ramel .. 1930 *Brit. Journ. Derm. and*
Syph., 42, 1.
- 30 R. Hallam and J. W. 1933 *Brit. Journ. Derm. and*
Edington .. *Syph.*, 45, 133.
- 31 H. W. Barber .. 1921 *Guy's Hosp. Rep.*, 385.
- 32 L. Landouzy .. 1913 *Presse Med.*, 21, 1045.

- 33 H. W. Barber and L. Forman .. 1933 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 45, 4.
- 34 L. Forman and G. P. B. Whitwell .. 1934 *Guy's Hosp. Rep.*, '74, 213.
- G. P. B. Whitwell .. 1934 *Ibid.*, 75, 227.
- 35 A. B. Cannon and G. G. Ornstein .. 1925 *Arch. Derm. and Syph.*, 12, 691.
- 36 H. W. Barber .. 1929 *The Lancet*, ii., 483.
- 37 S. Shone and G. P. B. Whitwell .. 1934 *The Lancet*, ii., 11.
- 38 T. Wingate Todd .. 1933 "Behaviour Patterns of the Alimentary Tract," Baltimore, p. 79.
- 39 T. Lewis .. 1927 "The Blood vessels of the Human Skin and their Responses," London, p. 81.
- 40 A. E. Boycott .. 1912-13 *Jour. Path. and Bact.*, 17, 110.
- 41 J. H. Stokes .. 1914 *Journ. Cut. Dis.*, 32, 751, 830.
- 42 B. Bloch .. 1929 *Arch. Derm. and Syph.*, 19, 175.
- 43 A. Civatte .. 1926 *Ann. de Derm. et de Syph.*, 7, 142.
- 44 J. V. Klander and H. Brown .. 1927 *Arch. Derm. and Syph.*, 15, 1.
- 45 R. Hallam .. 1927 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 39, 95.
- 46 W. Brack .. 1926 *Zeitsch. f. ges. experiment. Med.*, 51, 525; and *Klin. Woch.*, 1925, 4, 1109.
- 47 C. H. Rogerson .. 1934 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 46, 368.
- 984 48 H. W. Barber and G. H. Oriel .. 1928 *The Lancet*, ii., 1009, 1064.

- 49 H. G. Adamson .. 1906 *Brit. Journ. Derm.*, 18, 125.
- 50 H. W. Barber and F. D. Howitt .. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76, 314.
- 51 R. Cranston Low .. 1924 "Anaphylaxis and Sensitisation," Edinburgh, p. 74.
- 52 N. Walker .. 1925 "An Introduction to Dermatology," 8th Edition, Edinburgh, p. 83.
- 53 A. Garrod and G. Evans 1924 *Quart. Journ. Med.*, 17, 171.
- 54 E. A. Cockayne .. 1933 "Inherited Abnormalities of the Skin and its Appendages," London.
- 55 H. G. Adamson .. 1920 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 32, 183.
- 56 O. Grutz .. 1934 *Deutsche. Med. Wchnschr.*, 60, 1039.
- 57 H. W. Barber .. 1930 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 42, 500.
- 58 S. E. Dore .. 1928 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 40, 12.
- 59 G. C. Andrews, F. W. Birkman and R. J. Kelly .. 1934 *Arch. Derm. and Syph.*, 29, 548.
- 60 H. D. Rolleston .. 1924 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 36, 407.
- 61 H. W. Barber .. 1926 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 38, 143.
- 62 R. L. Sutton .. 1916 *Journ. Cut. Dis.*, 34, 797.
- 63 J. C. Michael and H. O. Nicholas .. 1934 *Arch. Derm. and Syph.*, 29, 228.

مدارینی امراض

تمہید

بہت سے امراض مثلاً ٹریپانوسومیسیس (trypanosomiasis) یعنی ترکانیت، یاز، کالا آزار اور تپ زرد بلحاظ تقسیم لازماً مدارینی یا سخت مدارینی ہیں اور انہی مدارینی نوعیت پر کسی کو کوئی شدید اعراض نہ کرنا چاہئے لیکن بعض دوسرے امراض ایسے ہیں جو اب صرف گرم ممالک ہی میں پائے جاتے ہیں مگر ایک زمانہ میں یہ معتدل منطقوں میں بہت کثرت سے پائے جاتے تھے۔ انگلستان میں حمی ناکسہ، ٹائیفس تپ، طاعون، جذام اور آب ترسی زمانہ سابقہ میں بکثرت پھیلے ہوئے تھے لیکن اب یہ امراض اس لحاظ میں نہیں پائے جاتے جس کی وجہ زیادہ تر اطلاقی اصول صحت کا رواج اور قوم کے معیار معاشرت کی اصلاح ہے۔ برکاری اعداد و شمار سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ شہداء سے لیکر متعادل تک سینٹ تھامس ہاسپتال لندن میں طیریا کی شرح وقوع ۱۲ تا ۱۶ فی ہزار رہی (۶)۔ اس قسم کے امور کی اہمیت کا حقد تسلیم نہیں کیجاتی اور ان سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مدارینی اقوام میں جو امراض پائے جاتے ہیں ان میں سے بہت سے نام نہاد مدارینی امراض کی کثرت وقوع کا انحصار آب و ہوا کے مقابلہ میں زیادہ تر طبعی حالات پر ہے۔

اس مسئلہ کا ایک اور اہم پہلو یہ ہے کہ مدارینی ممالک میں معمولی امراض کا حدوث مرمضہ شکل میں ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر کہبتہ جگر و لندینی

جزائر شرق الهند کے اصلی باشندوں میں جو اکھل کے استعمال کے عادی نہیں ہیں، یورپ کے مقابلہ میں دس گنا زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ مزید برآں ایک قوم میں جس قسم کا سرطان واقع ہوتا ہے اسکی تعین بعض اوقات مقامی رواج یا مرض سے ہوتی ہے۔ جنوبی ہند میں سیاری چبانے کی عادت کی وجہ سے خدی سرطان کثیر الوقوع ہے، اور مصر میں شائد اور قضیب کا سرطانی سلعہ کثرت سے پایا جاتا ہے جو اس خراش کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو ان بافتوں میں فلیقی انڈول (schistosoma eggs) کے مطروح ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔ جگر کا اولی سرطانی سلعہ چین میں دنیا کے دوسرے ممالک کے مقابلہ میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ مزید برآں لونی حصیات صفرا مدارین میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں جسکی وجہ شاید شیشیلی روبن مویت (hyperbilirubinaemia) ہے جو مزمن لیمریائی یا سیاہ بوتی تپہ کا نتیجہ ہوتی ہے، اور اس کے علاوہ ہندوستان کے بعض حصوں میں بولی حصاة بھی غیر معمولی کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ عام زہراوی امراض یعنی آتشک، سوزاک، اکولہ (شکر آئٹھ)، مدارین میں کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ دو اور زہراوی امراض مثلاً خارجی اعضائے تناسل کا متفرق اریکی سلعہ اور کبہ مدارینی بھی مدارینی خط میں عام ہیں۔ جن ملاحوں کو مدارینی بندرگاہوں پر جانے کا اتفاق ہوتا ہے انکو وہاں کی باشندہ عورتوں سے کبہ مدارینی عارض ہو سکتا ہے، اور یہ مرض اب یورپ میں بتدریج پھیل رہا ہے۔

انفلونزا، تدرن اور کھسر مدارینی ممالک میں فرنگستانیوں کی نقل کی ہوئی ہیں، اور انکی وجہ سے دیسی نسلوں کی شرح اموات بہت بڑھ گئی ہے جنہیں ان امراض کے خلاف کوئی مناعت موجود نہ تھی اور اگر تھی بھی تو بہت کم اسکی مثال پالینیشیا کے باشندوں میں پائی جاتی ہے جنہیں ان امراض کی شدید تباہ کاریوں کی وجہ سے بھرا کھال کے بعض جزائر کی شرح اموات ایک مہینہ درجہ تک پہنچ گئی ہے۔ علی ہذا آسٹریلیا کے اصلی باشندے جو ابھی پچھلے زمانہ میں سے گزر رہے ہیں ان امراض پر غالب نہیں آ سکے جو وہاں اہالیان فرنگ کے

قریب سے داخل ہوئے ہیں، اور یہ اسب تیزی سے فنا ہو رہے ہیں۔ تدرن بھی ہندو
میں اور خاص کر افریقہ میں ایک ایسا خطرہ ہے جو روز بروز بڑھتا جا رہا ہے
(2)۔ "ہمارے ایک بڑے علم کی قدیم نسلوں میں، جو پہلے تدرن کے معرض اثر میں
نہیں آئی تھیں، اس سرائت کی صبیانی قسم کے پیدا ہونے کا رجحان پایا جاتا
ہے جس میں غدد مائوف ہو جاتے ہیں اور مرض کا عمومی انتشار پایا جاتا ہے جو
اگر جلد ہلک ثابت ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 87)۔ اہل فرنگ پر اس لحاظ سے
ایک بہت بھاری ذمہ داری عائد ہوتی ہے کہ وہ اپنی ثقافت کے ساتھ اتفاقاً
ایسی سرائتوں کے فتنہ کرنے کا بھی باعث ہوتے ہیں جس کا اگر انداد نہ کیا جائے
تو ان سے نہ صرف وسیع رقبوں کی آبادی ہی تباہ ہو سکتی ہے بلکہ وہ ان نقصان
کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔

فرنگستانی اور اس کا ممل امراسنی ماحول۔ مارینی ممالک
میں مشرقی اور وہاں کی اصلی نسلیں آباد ہیں جنکی جسمانی ساخت اور سیرت
مختلف ہے، اور انہیں فرنگی اور مخلوط فرنگی خون کے متعدد لوگ خشن طور
پر آباد ہیں جنہیں ان سرائتوں کے خلاف جو مقامی باشندوں میں عموماً پائی
جاتی ہیں اگر بہت کم ممانعت موجود ہوتی ہے۔ خون چمکنے والے حشرات،
مفصل پایہ بزم سے (arthropod vectors) 'کھیاں' غذا اور پانی اشتعال
کے عام ذرائع ہیں۔ مرن حامل خاص کر وہ جو لازمین میں ہو مارین میں اہل فرنگ
کے لئے اشد ترین خطرہ کا باعث ہوتا ہے۔ جہاں سرائت زدہ دیسی آبادی
کی تعداد بہت زیادہ نہ ہو جیسا کہ مشرقی مارینی آسٹریلیا میں ہے وہاں فرنگستانی
بالتوں اور بچوں کی توقع حیات منقطع جات معتدلہ کے مقابلہ میں کم نہیں ہے۔
مارینی ماحول میں ایک نقص یہ بھی ہے کہ خالص پانی کی رسد اور
متوازن غذا مشکل سے ممکن الحصول ہوتی ہے۔ دودھ عموماً نہایت زیادہ تلو
ہوتا ہے، اور اگر یہ براہ راست بھینس سے حاصل کیا جائے تو اس میں ضعیفی
ضرورت سے زیادہ ہوتا ہے۔ سرخ گوشت بعض اوقات ناقص قسم کا ہوتا ہے
اور بھڑی اور پھلوں کا حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے۔ ان صورت حالات میں اگر

قلبِ حیاتین کے اثرات سے اجزاء مقصود ہو تو غذا میں حیاتین کی مقدار میں اضافہ کرنا لازمی ہے۔ یک رنگی حیات 'معاشرتی اختلاط کی کمی' دیگر یا گرم مرطوب آب و ہوا کے (جس میں اختلاف بہت کم واقع ہوتا ہے) طویل المدت اثرات اہل فرنگ کے عصبی نظام کو بہت کمزور کر دیتے ہیں، اور ان سے انہیں تنک مزاجی، بیخوابی، اور ارتکاز توجہ کا فقدان پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ ایک ایسا علامت ہے کہ جس میں انکھل کے استعمال سے تخفیف ہونے کی بجائے شدت پیدا ہو جاتی ہے۔

مدارینی مریض کا تشریحی امتحان

کسی مدارینی اصابت کی تحقیقات کے لئے مریض کی محتاط سریری روکنا و دعا کرنا اور اس کا مکمل طبیعی امتحان سب سے زیادہ عظیم الٰہیت ہے۔ سابقہ مقام سکونت سے تشخیص کے متعلق اکثر کوئی نہ کوئی اشارہ لیا جاتا ہے۔ طحال، جگر، قولون، اور پیمپیجیوں کے قاعدوں کی طرف توجہ کرنا چاہئے۔ افریقہ کے تفرید کردہ حبشیوں میں سے جو تمدن کے مریض تھے، ۵۲ فیصدی میں صرف قاعدی اور وسط منطقی ضربات پائے گئے (۵)۔ اہل فرنگ اور دیسی باشندوں میں دائیں پیمپیجی سے قاعدہ کی طرف خاص توجہ کرنا چاہئے، کیونکہ اس محل پر ایسے امارات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں جو ریوی امتلا، ہبوط اور تجھد یا بلورائی انصباب کی طرف اشارہ کرتے ہیں جو جگر کے امیابی خراج کی پیچیدگی کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ جگر کے کیسے میں بھی اسی قسم کے خصائص پائے جاسکتے ہیں، لیکن دورہ کارجران عموماً پیچے کی طرف توجہ کی طرف ہوتا ہے، اور اس کے مقابل میں جگر کا خراج اکثر ڈایا فرام کی طرف بڑھتا ہے۔ یہ دونوں ضربات تقریباً ۸ فیصدی اصابت میں جگر کی دائیں جانب پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

جن حالتوں میں کوئی واعد نظام ماؤف ہو ان میں تفریقی تشخیص کے لئے امراض کے کسی خاص گروہ پر غور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ چنانچہ عصبیاتی مظاہر کو دماغی لیریا، ترقانیت (ٹریجنوسٹیسس)، انہاں ذہنیت (سٹیسکوسٹیسس)

دماغ کے بلہار زبانی اریچی سلہ، اور ملبا نیت (لیتھی زرم) جس سے بھی منسوب کیا جاسکتا ہے، اور اطرائی التهاب اعصاب جذام، پلاگرا، یا بری بری سے پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ ایک دلچسپ امر ہے کہ جبل کا سمت اعداد مقدار غلط ہو تو سکتے عدم دمویت کے ساتھ اس کثرت سے پایا جاتا ہے شاذ و نادر ہی اریچی اسپرڈ کے ساتھ پیمیدگی کے طور پر پایا جاتا ہے، اگرچہ کبیر علوی عدم دمویت (megalocytic anemia) ان دونوں امراض میں موجود ہوتی ہے۔ دوسرے نظامات کے متعلق بھی اسی قسم کی مثالیں بیان کی جاسکتی ہیں۔ مثال کے طور پر جاپان کے خلی نقشہ الدم میں بساق میں تدرن کے عضیات نہیں پائے جاتے بلکہ ریوی فلوک (پیٹاگونیس ویسلر مینی آئی Paragonimus westermanii) کے انڈے پائے جاتے ہیں۔ مصر اور آفریقہ کے دوسرے حصوں میں بول الدم عموماً مثانہ کے بلہار زبانی مرض سے پیدا ہوتا ہے (خون باش فلیقما: Schistosoma haematobium)۔ ہر حال یہ ظاہر کرنے کے لئے بہت کچھ کہا جا چکا ہے کہ ماریں سے آئے ہوئے مریضوں کے امراض کی سریری شناخت کے لئے خاص معلومات کی ضرورت ہے۔

معائنہ تشخيص - ماریں میں ایسے کثیر التعداد عوامل ہیں جو مرض پیدا کرتے ہیں۔ ان میں سے بعض مندرجہ ذیل ہیں۔ رنگینی اجسام، جراثیم، قحط، پیچ مویے (سپائروکیٹس)، مخز یوانات (پروٹوزوا) اور دیدان (ہمتکس)۔

مبب عضویہ کا مظاہرہ اکثر اوقات اس حد تک کیا جاسکتا ہے کہ مرد ممالک کے امراض میں یہ اکثر غیر ممکن ہوتا ہے۔ خفا بہت سے مارینی امراض کا حمیز خاصہ ہے، جن میں سے مخز یوانی اور دیدانی اصل کے امراض خاص طور پر قابل ذکر ہیں۔ مرآت متعدد کا پایا جانا غیر معمولی امر نہیں ہے۔ جو مرض ماریں سے آئیں ان میں سے ہر ایک کے خون اور اس کی اجابت کا امتحان امتحان بول کے علاوہ، روزمرہ کے دستور کے طور پر کرنا چاہئے۔

مصلیاتی طریقوں سے سریری تشخيص کی توثیق ہوجاتی ہے، مثلاً، مایس میں ویل فیکس کے تعاملات سے، منوی اور متموج تپوں میں التزاتی تعاملات

سے ' داؤ الفلیقہ (schistosomiasis) کیسیہ (hydatid) اور لو آلوآ کے عوارض میں متمم تشبہاتی تعلقات سے سیاه بولی تپ اور اسپرو میں حیاتی کیمیائی تخمینیات سے بہت مدد ملتی ہے۔ کبرخلوی عدم دمویت (میگیلو سسٹک انیمیا) مدارینی کلاں خلوی عدم دمویت (لو آلو آلو سسٹک انیمیا) تپ اور یا اور اسپرو میں پائی جاتی ہے اور ان کے لئے اور عدم دمویت کے دیگر اقسام کے لئے جو مذارین میں پائے جاتے ہیں جدید میاتی تحقیقات کی ضرورت ہوتی ہے۔

خاص تحقیقات - کبدی خراج کے مشتبہ امیابات میں شعا حیاتی شہادت بہت اہم ہوتی ہے۔ ڈایا فرام کی حرکت نا پذیری اور اس کے ارتفاع سے یا اوپر کی طرف نمایاں طور پر اس کا منحنی بننے سے ہنگامی تشخیص کی توثیق ہوجاتی ہے۔ ریوی ایبائیٹ اور جگر اور پھیپھڑوں کے کیسیتی مرض میں بھی اس قسم کی مدد مل سکتی ہے۔ پرانے کیسیتی دورہ کے نگارہ (ایڈونٹیشیا) یا امیاتی خراج کی دیوار میں ٹکس کی موجودگی لاشعاعی امتحان سے متکشف کی جاسکتی ہے اور یہ جراحی مداخلت کے مواقع میں سے ہے۔ دوسرے طفیلیوں میں بھی جاننے کے اطلاق کے اسی طرح مطروح ہونے سے مثالی سایہ پیدا ہوتا ہے، مثلاً متکس فلاسائی کریچے، متکس نارو (گنی ورم) کا طفیف یافتہ منکے دار خاکہ، عضلہ میں انباں ذنبیوں (cysticerci) سے پیدا شدہ متکول بیضوی سایے یا جدید بیضوی نافین (umbilicated) سایے جو دملجی مسامی الہ اس (Porocephalus armillatus) کے گاہے گاہے آدمی کی ماساریقا اور اس کے جگر اور پھیپھڑوں میں دورہ بند ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ غذائی غلہ میں فلیقہ مینسن (Schistosoma mansoni) سے پیدا شدہ نگارہ زبائی حلیمی سلعات کا مظاہرہ غیر شفاف حقنہ سے قولون میں کیا جاسکتا ہے۔ بولی داؤ الفلیقہ میں مختلف پیمید گیاں جن میں حلیمی سلعات، حصیات، حالب کا تضیق، استسقاء الکلیا اور فتح الکلیہ شامل ہیں، صرف معدوی یا نزولی وضوئی (pyelography) ہی سے ظاہر ہو سکتی ہیں۔

اگر کسی مدارینی مرض میں اجابتوں میں خون اور مخاط آتا ہو تو سینہ بینی

(sigmoidoscopy) کی بہت اہمیت ہوتی ہے۔ سرطان سلسلہ اور تقریباتاً تھوڑے کو مستحق قرار دینے اور قذیفہ لا قولونی (Balantidium coli) 'ایبائی تفرج' یا قولون کے بھارزبانی عارضہ سے پیدا شدہ مداریشی التهاب قولون کے عرمن اقسام کی شناخت کے لئے یہ بہت اہم ہے۔ بہر حال مادہ عصبی زہر میں اسکی ضرورت شاذ و نادر ہی ہوتی ہے اور یہ قرین مصالحت بھی نہیں۔ موزوں ضررات کا نرمی کے ساتھ جوف کرنے سے جو مادہ حاصل ہوتا ہے اس میں ہدہ دار قذیفہ (ciliated balantidiae) حرکت پذیر ثابت ایسے جن میں داخل ہوجیہات ہوتے ہیں یا فلیقہا میٹسن کے جانبی شوکہ دار بیضے پائے جاسکتے ہیں۔

شانی دار الفلیقہ (vesical schistosomiasis) میں شاذ و ندرت سے مدد ملتی ہے۔ ابتدائی ضررات اچھے قروح یا زردی مائل گول تخت مخانی کورچول یا بھارزبانی کاؤب دونوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو بیضوں کے ہلاک ہو جانے پر چینی کی طرح سفید ہو جاتے ہیں۔ بعد میں رملی قطعات، شانی حلیمی سلسلہ یا سرطان سلسلہ تک کا بھی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ فلاریائی بول کیلوی (filarial chyluria) میں شاذ کے قاعدہ یا اسکی دیواروں کے اندر شش اور قسح لمبی ووالی (lymphatic varix) سے بعض اوقات درودیا سیال رستا ہوا دکھائی دیتا ہے، اور اگر یہ مرض گردہ میں ہو تو حال لب میں سے قاسا طیر گذارنے سے ٹوٹ گردہ کے متعلق یقین کیا جاسکتا ہے۔

مداریشی امراض میں خاص علاج

پیچ موئی (spirochaetal) 'نخر یوانی (protozoal) اور دیدانی (helminthic) امراض میں خاص علاج کیا جاسکتا ہے۔ مناسب اصابت میں صحیح تشخیص اور صحیح علاج کے بعد ہر ت انگریز طریقہ سے شفا ہو جاتی تھی۔ مریض کو جو مدد دیا جاسکتی ہے وہ اس امر کی مقتضی ہے (اور یہ اس لئے بجا بھی ہے کہ ہر ایسے مبہم مرض کے لئے جو مداریشی یا تحت مداریشی میں پیدا ہو منسل سرری اور معنی امتحان کیا جائے۔ جو پیچ موئی (سپاروکیٹل) امراض اور

میں پیدا ہوتے ہیں ان پر سالورسین کی تجہیزات کا، اور ایبامیت میں ایبیشین کا، پیریا میں کونین اور ایٹرین اور پلازمکین کا، کالا آزار میں اینٹیمنی کے بیچ گرفتہ مرکبات اور ترخانیت (trypanosomiasis) میں ٹریپارسیامائیڈ (tryparsamide) اور بیڑ ۲۰۵ (Bayer-205) کا خاص اثر ہوتا ہے۔ اینٹیمنی کے بعض سہ گرفتہ مرکبات کا اثر فلیقات (شلوشوس) پر نوعی طور پر چمک ہوتا ہے۔ کاربن ٹیٹراکلورائیڈ اور دوسرے نامیاتی تجہیزات بعض معوی دیدانی عوارض کے لئے بہت مفید ہیں۔

جراثیمی سرائٹوں کے عمر پر ادویہ کا کوئی اثر نہیں ہوتا اور اگر ہوتا ہے تو بہت کم جیسا کہ معتدل ممالک میں بھی دیکھنے میں آتا ہے، لیکن شیشی زحیر کے لئے ایک قابل قدر ضد زحیر مصل عنقن الحصول ہے۔ بہت سے ممالک میں جنگی تعداد روز افزوں ہے زہریلے ٹکلی سانپوں کے لئے قوی ایک گرفتہ یا بیش گرفتہ اینٹی وینین (antivenenes) حاصل ہو سکتے ہیں۔ بالائی مصر میں جو بیچے بچھو کے کاٹنے سے ہلاک ہوتے ہیں انکی شرح اموات ضد عقرب مصل کے دروں وریڈی اشراب سے بہت کم ہو گئی ہے۔

ضربۃ الشمس اور اس کے متجانس امراض

988

ضربۃ الشمس (Sunstroke) 'سکنت حرارتی (Heat

Apoplexy) 'تپ حرارتی (Thermic Fever) 'خستگی حرارت

(Heat Exhaustion) 'جرحۃ الشمس (Sun Traumatism)

مدارین میں اور معتدل ممالک میں شدید گرمی کے موسم میں، اور ایسے حالات میں جن سے بعض اوقات بھٹی جھونکنے والوں اور کان کنوں کو سابقہ پڑتا ہے جب کہ کردہ ہوائی کی تپش اور مرطوبیت بعد بڑھ جائے، عوارض ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے جس میں خستگی حرارت، حرارتی تپ مغط (ضربۃ الشمس) ضربۃ الشمس، اور حرارتی اجتماع (heat cramp) شامل ہیں۔ کلکتہ کے

بیک ہول کا حادثہ فوج کی کیمپ میں ایک مستند شال ہے جو ششہائے کے ہون میں واقع ہوا۔ جب کہ خوب گرمی اور کھس تھا اور جس میں ۱۴۶ برطانوی قیدیوں میں سے ۱۲۳ ہلاک ہو گئے۔

بحث اسباب۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے (۸) کہ ایسے موسم میں جب کہ سایہ میں تپش تقریباً وہی ہو جو جلد کی ہے سخت دستی کام کرنے والے کی جلد سے فی گھنٹہ ایک لیٹر پسینہ بخارات بن کر اڑنا چاہئے تاکہ اس کی تپش کا توازن قائم رہے۔ یہ ناممکن ہے جب تک کہ پہنے ہوئے کپڑے بہت باریک اور ترن ہو اور پانی کی تناسل مقدار نہ پنی جائے۔ مزید برآں اگر برہنہ جسم دھوپ میں خشک ہو تو ۲۰ تا ۳۰ چھوٹے حرارے فی منٹ جذب ہو سکتے ہیں۔ اور یہ حرارت کی اس مقدار کا تین گنا ہے جو حالت سکون میں پیدا ہوتی ہے۔ حرارت کی اتنی ہی مقدار اس حالت میں پیدا ہوتی ہے جبکہ انسان سطح میدان میں ساڑھے تین میل کی رفتار سے پیدل چل رہا ہو۔ ماریخی حالات میں معمولی یورپی لباس میں مشقت طلب کام کی انجام دہی، ماریخی سویرج کی حرارتی شعاعوں میں راست تکشف، سایہ کی تپش تقریباً ۱۱۰ ف، بلند مرطوبیت، اور ہوا کا سکون ایسے اسباب ہیں جن سے حرارتی خشکی اور حرارتی تپ مغرط پیدا ہو جاتی ہے۔ کمزور یا انکمل کسے عادی مریض یا وہ اشخاص جو لیریا، مخرقہ یا دوسری تپوں سے بیمار ہوں خاص طور پر اثر پذیر ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ دماغ اور اسمیہ میں ہمیش دمویت اور تہیج پایا جاتا ہے اور دماغی شوکی سیال کی مقدار بہت بڑھ جاتی ہے۔ عصبی خلیوں میں بعض اوقات انحطاط پایا جاتا ہے۔ جلد اور غشائے مناطلی میں بالعموم نمش (petechiae) موجود ہوتے ہیں، خون سیال ہوتا ہے، اعضا متسلی ہوتے ہیں اور قلب کی دایں جانب قمع ہوتی ہے۔ عضلہ قلب، جگر، اور گردوں میں سمجائی ورم پایا جاتا ہے۔ معلی حیوانات میں جن کو مینہ نہیں آتا (۹) بیش تپشی (hyperthermia) کے ساتھ خون کے ٹیکٹک ایڈ میں اضافہ اور پلازما کے بائی کاربونیٹ میں کمی پائی جاتی ہے، علاوہ انہیں آدمی میں

جسے پسینہ آتا ہے خون کے کلورائیڈ میں کمی واقع ہو جاتی ہے۔ یہ خیال پیش کیا جا چکا ہے (۵) کہ خون میں کلورائیڈ کی قلت (hypochloremia) ہی سے کم عرفیت (anhidrosis) پیدا ہوتی ہے جو صرف نمک اور پانی دینے سے راض ہو سکتی ہے۔

ایسے چار ذرائع ہیں (۶) جن سے آدمی اور اس کے ماحول کے درمیان تپشی توازن انجام نہا رہتا ہو جاتا ہے۔ (۱) تپ مفراط جو مرکزی عصبی نظام کے قوت سے پیدا ہوا اور جس سے وہ میکانیسم متاثر ہو جائے جو حرارت کی پیدائش اور اس کے نقصان کو منضبط رکھتا ہے۔ (۲) قتل دوران خون جو اطرافی عروق کے اتساع سے ثانوی طور پر پیدا ہوا ہو۔ (۳) نقصان سیال کی وجہ سے نابیدگی۔ (۴) کلورائیڈ کے افراغ (depletion) سے پیدا شدہ حرارتی اعتقال (heat cramp)۔ بد قسمتی سے یہ پیش گوئی کرنا مشکل ہے کہ کسی شخص کا حرارت کی دی ہوئی جوی حالتوں کے لئے سیارہ عمل ہوگا، اور جو سریری نقشہ نتیجہ پیدا ہوتا ہے وہ بعض اوقات پیچیدہ ہوتا ہے اور ہمیشہ مندرجہ ذیل سریری اقسام کے بالکل مطابق نہیں ہوتا۔

علامات داہختگی حرارت (Heat Exhaustion)۔ اسکی ابتدا عام طور پر دوران سر، ضعف اور غشیان سے دفعہ ہو جاتی ہے۔ قبض عموماً موجود ہوتا ہے۔ شدید اصابت میں بعض اوقات عضلات میں ایٹھن پائی جاتی ہے تپش ۱۰۲ تا ۱۰۳ ف ہوئی ہے، اور چند دن تک برقرار رہتی ہے۔ نبض سریع اور کمزور ہوتی ہے اور قتل قلب پیدا ہو سکتا ہے۔ اگر مناسب علاج نہ کیا جائے تو کم عرفیت، انقطاع البول اور تپ مفراط پیدا ہو سکتی ہے اور اس لئے خستگی حرارت اور ضرر الحارث میں کوئی واضح خط فاصل نہیں۔ (۲) حرارتی تپ مفراط (Heat Hyperpyrexia)۔ ابتدا اکثر فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ارتفاع تپش، تشنجات اور کوما ہوتا ہے۔ بعض اصابت میں مریض بے چین ہوتا ہے، اور اسے دوران سر اور مہر کی شکایت ہوتی ہے اور بعض اوقات متلی اور قے بھی ہونے لگتی ہے۔ قوا تر بول اکثر موجود ہوتا ہے

اور مبالغہ میں بھی بعض اوقات تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا۔ ان علامات مندرہ کے بعد مریض بیہوش ہو جاتا ہے، تنفس دشوار اور شخیر ہویا ہوتا ہے اور نبض کی رفتار تیز ہو جاتی ہے۔ ریشمی عضلی جھٹکے اور چمکنے سنو کس کا تنفس شروع ہو جاتا ہے۔ جلد گرم محسوس ہوتی ہے اور بالکل خشک ہو جاتی ہے، اور اس میں بعض اوقات نشی نزفات دیکھنے میں آتے ہیں۔ چہرہ اور منقحات متلی معلوم ہوتے ہیں اور زرق نمایاں ہوتا ہے۔ مشابہ میں اکثر اوقات البیومن اور انڈیکلین موجود ہوتا ہے اور بعض اوقات کیٹونی اجسام بھی پائے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی شدید تشنجات شروع ہو جاتے ہیں جو متواتر ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ سلس البول اور سلس البراز بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی جھٹکے غائب ہو جاتے ہیں۔ اگر مریض کا علاج نہ کیا جائے تو وہ کوما کے دوران ہی میں نبض کے مترقی ضعف اور قش تنفس سے ہلاک ہو جاتا ہے۔ اگر علاج کیا جائے تو اسے بعض اوقات فوراً ہوش آ جاتا ہے اور تب چند دن برابر رہتی ہے۔ نقیہیت بتدریج ترقی کرتی ہے لیکن چند ہفتہ کے لئے بلند تنش کی حالتوں میں تکثیف واقع ہونے سے بہت احتیاط سے احتراز کرنا چاہئے۔ سیمپٹموں اور عواقب میں مستمر در بدر، فقدان ملفظ (anarthria)، عصبی التهاب، ٹرمین، ہینی فتورات، اور اتساع قلب شامل ہیں۔ (۳) معدی معوی قسم (Gastro-intestinal Type) - ضررۃ الحارثت کی ایک معدی اور ایک ہیفی قسم کا بھی ذکر کیا گیا ہے جس میں ہیوط اور آبی اسہال پایا جاتا ہے اور جو انجام کار تری یا چاروں میں ہلاک ثابت ہوتی ہے۔ (۴) حرارتی اعتقالات (Heat Cramps) - یہ حالت بافتی سیال کی قلت تنش کا نتیجہ ہوتی ہے جو کلورائیڈ اور کلکال ساس (total base) کے نقصان سے ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہے۔ اس سے اکثر ایسے بھٹی جھونکنے والے اور ابخیر متاثر ہوتے ہیں جو بہت گرم جوی حالات میں کام کرتے ہیں تشنجات بہت درونیز ہوتے ہیں اور یہ جوارح اور شکم کے عضلات پر اثر انداز ہوتے ہیں اور چوبیس گھنٹے یا اس سے زیادہ مدت تک جاری رہتے ہیں۔

انذار - ضرۃ الحارۃ کا انذار تقریباً تمام تر اس امر پر ہے کہ علاج کقدر جلد شروع کیا گیا۔ بیغی قسم اور کوما زدہ مریضوں میں جن میں پیش ۱۱۰° ف سے زیادہ ہو گئی ہو انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ کمزور مریضوں میں پیش کو کم کر دینے کے بعد بھی بہوٹ اور قتل قلب سے موت واقع ہو سکتی ہے۔

تحریر - سوچ کی حراری شعاعوں سے مناسب ٹومیوں اور فراقی گدیوں سے حفاظت، ہلکا لباس اور پانی اور نمک کی مناسب خوردنی مقدار ۱۱۰° ف کے قریب کے درجہ ہائے پیش پر حد سے زیادہ مشقت سے احتراز اور غروب آفتاب کے بعد انکھل سے پرہیز حفظ و تقدم کے لئے اہم تدابیر ہیں۔ گرمی کے موسم میں حموی اصابت کا علاج ایسے وارڈوں میں کرنا چاہئے جو مصنوعی طور پر سرد بنائے گئے ہوں اور ان مریضوں کو روزانہ کئی پائنٹ سسٹریٹ آمینتھ لینو دینا چاہئے۔

علاج - خستگی حرارت کے مریض کو سرد کرے میں بستر پر لٹا دیا جاتا ہے اور مہل دیا جاتا ہے اور جب ضرورت ہو صدمہ کے لئے علاج کیا جاتا ہے مشروبات میں سٹریٹس سوڈیم بائی کاربونیٹ، سوڈیم کلورائیڈ اور گلوکوس کے ملائے سے فائدہ ہوتا ہے، لیکن اگر قے بار بار ہو تو طبی محلول نمک (۹ و ۰ فیصد) کی آٹا پائنٹ مقدار کا، جس میں دو فیصدی بائی کاربونیٹ آف سوڈیم شامل ہو، دروں و دیدی اثر اب کیا جاتا ہے اور جب مناسب سمجھا جائے اس کا تکرار کیا جاتا ہے۔ حرارتی تب مفرط میں پیش میں تخفیف کرنا ضروری ہوتا ہے اور اس مقصد کے لئے دریں میں زمانہ حال میں ضرۃ الحارۃ دار المر ضابنائے گئے ہیں جو مصنوعی طور پر سرد رکھے جاتے ہیں۔ علاج بالما ضروری ہوتا ہے۔ مریض کے کپڑے اتار کر اسے برہنہ کر کے پٹکے کے نیچے گھاس یا تاروں کے گدیوں پر لٹا دیا جاتا ہے، اور اس پر برف جیسے ٹھنڈے پانی کا رشاش کیا جاتا ہے۔ سرد اور گدی پر بھی برف لگائی جاتی ہے۔ علاج کے اثرات کو منضبط کر کے لئے مستحکم پیش ہر چند منٹ کے بعد دیکھنی چاہئے، اور جب پیش ۱۰۲° ف تک پہنچ جائے تو علاج بالما بند کر دینا چاہئے۔ اگر خصائص امثال یا تشخبات

موجود ہوں تو فصد کی ضرورت ہوتی ہے اور اپائنٹ خون نکال دینا چاہئے۔ لمبی حقنیں بائی کاربونیٹ (اپائنٹ میں ۲ ڈرام) اور برف ملی ہوئی ہونے چاہیں۔ جب دورے شدید ہوں تو آرقیا یا کلورافارم کے مسمومات (inhalations) کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب فٹل دوران نمودار ہوتا ہے تو خون کا حجم کم ہو جاتا ہے اور خون لزج دکھائی دیتا ہے۔ اس حالت میں ہم تنشی لمبی محلول کے درجن پیکٹ انٹرابات بائی کاربونیٹ کے ساتھ یا اس کے بغیر ضروری ہوتے ہیں۔ ہسوط اور درجہ تش کی کمی کا علاج گرم پانی کی بوتلوں اور سٹرکینین سے اور فٹل قلب کا علاج ڈیجیٹلین اور خلاصہ نکامیب (ہیپوٹری ایکسٹریکٹ) سے کرنا چاہئے۔ خون کے آلودے ہمیشہ بنانے چاہئیں اور طبریا کے لفیلیوں کے لئے اُن کا امتحان کرنا چاہئے۔ اور اگر کسی اصابہ کے متعلق شبہ پیدا ہوا علاج بالماہک بلند تپش پر کوئی اثر نہ ہو تو کوئین بائی ہائیڈروکلورائیڈ (۰.۵ گریں) کا دروں وریدی اثر اب کر دینا چاہئے اور بعد میں کوئین یا ایٹرن کھلائی جائے۔ حرارتی اعتقال (heat cramp) پر بیش تنشی لمبی محلول (سوڈیم کلورائیڈ ۲۰ گریں) پوٹاشیم کلورائیڈ ۱۰ گریں، کیلشیم کلورائیڈ ۴ گریں، پانی (اپائنٹ) یا طبعی محلول نمک کے جس میں ۵ فیصدی گلوکوس ہو، دروں وریدی اثر ابات کا مفید اثر ہوتا ہے۔ اس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ نمک کی جو مقدار روزانہ ہوتا ہے کی جاتی ہو اسے بڑھا دیا جائے۔

غذائی مسمومیت اور غذا کی قلتیں

سالمونیللا (salmonella) گروہ کے عضویات یا کشیدر الاشکال عمومی عصیلہ (Proteus vulgaris) سے غذا کے سرایت زدہ ہو جانے سے غذائی مسمومیت گرم ممالک میں سرد ممالک کی نسبت زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے۔ گوشت جو پکھنے میں کپارہ گیا ہو، مچھلی، کپا دودھ اور بالائی کی برف (آئس کریم) سرایت کے عام منابع ہیں۔ اس سوال پر صفحہ ۵۸۷

پر بحث کی جا چکی ہے۔ زہریلے فطرات بعض اوقات غلطی سے خوردنی عوامین (mushrooms) تصور کر لئے جاتے ہیں، اور ان کے زہریلے اجزاء سے شدید معدی معوی التهاب، ہبوط، کبدی فشل اور کلیوی فشل اور موت تک بھی واقع ہو سکتی ہے۔ ان میں سے صرف قضاہ شکل مانٹا (Amanita phalloides) ہی ایسا ہے جو یقینی طور پر جہلک ہے۔ یہ معمولی عوامین (mushroom) کے مشابہ ہوتا ہے، لیکن کلاہ کی چوٹی پر اس کا رنگ زیتونی ہوتا ہے اور نیچے کی طرف اس کے سفید گلچھڑے ہوتے ہیں اور تنے کے قاعدہ پر ایک سال ہوتا ہے۔ یہ حادثہ لہجی دروگتے، اسپہال، اور ہبوط پیدا کرتا ہے جس کے بعد حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے، اور بعد میں یرقان اور جگر کا حاد زرد ذبول واقع ہو جاتا ہے۔ مگسی امانٹا (Amanita muscaria) سے جس کا رنگ نارنجی یا شمع سرخ ہوتا ہے خطرناک معدی معوی خصلتیں پیدا ہوتے ہیں لیکن اس سے شاذ و نادر ہی موت واقع ہوتی ہے شیلیٹ (ergotism) تسم غذا کی ایک مثال ہے جو ایک فطر سے پیدا ہوتا ہے جس سے بوردہ (rye) متلوٹ ہوتا ہے۔ ٹیٹروڈان (Tetrodon) مین کی زہریلی مچھلی کے تولد (gonads) میں زہر ہوتا ہے، اور اگر اس قسم کی مچھلی کے انڈے کھائے جائیں تو کھانے کے چند گھنٹہ بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ مدارینی پانیوں میں زہریلی مچھلی کے بہت سے دوسرے انواع پائے جاتے ہیں۔ بسمرا کوڈا (barracuda) کی طرح کی مچھلیاں جو عام طور پر کھائی جاتی ہیں سال کے بعض حصوں میں زہریلی ہو جاتی ہیں جس کی وجہ شاید یہ ہوتی ہے کہ اس زمانہ میں مچھلیاں جو نباتی یا حیوانی غذا کھاتی ہیں وہ زہریلی ہوتی ہے۔ اب بعض نوعی غذائی تسمات کا، جو مدارین میں زیادہ اہمیت رکھتے ہیں ذکر زیادہ تفصیل کیاتھ کیا جائے گا۔

جلبانیٹ (Lathyrism) - جلبانیٹ (تسم جلیان) ایک قسم کا شنجی یا فالج (spastic paraplegia) ہے جو دیشیا سینٹاٹوا (Vicia sativa) کے بیج یا اسی قسم کے دوسرے ویشنز (vetches) کے کھانے سے

جو اس سے قریبی تعلق رکھتے ہیں پیدا ہوتا ہے۔

بیماری کی اسباب - یہ مرض ہندوستان میں خاص طور پر کثیر القوت ہے، اور یہ جیشتر وسطی سطح مرتفع، شمالی بہار اور مدوبجاست متحدہ میں پایا جاتا ہے لیکن یہ فرائض، اٹلی، الجیریا اور ایران میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ مرض فصل کے زمانہ میں غاص کر تو جوان مردوں کو عارض ہوتا ہے جب کہ روٹی چک پی (chick pea) اور گیہوں کا آٹا ملا کر گھیا رکی جاتی ہے۔ ویشیا سیٹیا (Vicia sativa) یا "ایکٹا" ("akta") (جو اس کا ہندوستانی نام ہے) میں ایک سمی گل کو سائیڈ اس اس ویشین (vicine) ہوتا ہے اور جب یہ بطنوں اور بندروں کو کھلایا جاتا ہے تو ایک علامتیں رونما ہوتا ہے جو جلبا نیت (lathyrism) کو ظاہر کرتا ہے (7)۔ لیٹھرس میں سیٹیا ٹیوس (Lathyrus sativus) یا "کھیساردال" ("khesardal") بے ضرر ہے، لیکن اس میں بعض اوقات ویشیا سیٹیا ٹیوس (Vicia sativa) کی ملاوٹ موجود ہوتی ہے۔ یہ امر معلوم ہونے سے پہلے غلطی سے اسی کو شل کا سبب سمجھا جاتا تھا۔ امراضیات - جبل شوکی کے جانبی موخر ستونوں کا ثعلب پایا جاتا ہے جو ان شریانوں کے سمی شنج اور طقیت کا نتیجہ ہوتا ہے جو اس کے ظہری خطہ کو رسد پہنچاتی ہیں۔

علامات - ابتدائی علامات کمر کا درد اور جواج اسفل کا سوزشی درد ہیں۔ پاؤں اور ٹانگیں اکڑ جاتی ہیں اور ان میں ضعف پیدا ہو جاتا ہے اور یہ کانپنے لگتی ہیں۔ اس کے بعد جلد ہی رانیں ماؤف ہو جاتی ہیں اور دس دن کے اندر اندر لکڑی کی مدد کے بغیر چلنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ ایک خاص قسم کی شنجی رفتار پیدا ہو جاتی ہے جس میں مقربی شنج (adductor spasm) موجود ہوتا ہے، اور ہندوستان میں یہ بد قسمت لوگ دونوں ہاتھوں سے لکڑی پر کڑ کر بہت تکلیف سے چلتے ہوئے دیکھنے میں آتے ہیں۔ لیٹنے کی حالت میں رانیں ایک دوسری سے الگ کی جاسکتی ہیں، اور مقربی شنج رفع ہو جاتا ہے۔ مں متاخر نہیں ہوتی، اس لئے رکی جھٹکوں میں یاں

انسان فریایا جاتا ہے اور کبھی رجفہ موجود ہوتا ہے۔ معنی غنا نت اور سلس البول اور سلس التبرز بھی بعض اوقات پائے جاتے ہیں لگاہے لگاہے صاحب فراش مریضوں میں الہتہاب مثانہ واقع ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ مرض پھوٹنے کے ابتدائی زمانہ میں خفیف اسباب کی شناخت نہیں کی جاسکتی، لیکن بعد میں متعدد اسباب کے رونما ہونے سے جن میں شوکی خصاص پائے جاتے ہیں اور چک پی (chick peas) سے لھیا کردہ روٹی کھانے کی روٹاؤ سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے۔ فردی وبا کے اسباب کو پاقلج کی آشکلی اور دوسری قسموں سے تمیز کرنا چاہئے۔

انذار۔ مرض عموماً ہلکے نہیں ہوتا لیکن مریض کی حالت میں بہتری کی توقع صرف ابتدائی مداخلت ہی میں ہوسکتی ہے جبکہ جل کو مستقل ضرر نہ پہنچا ہو۔ علاج۔ چک پی کی قسموں کو جن میں ”کھیساری وال“ بشمول بے غذا کے خارج کر دینا چاہئے اور اس میں پروٹینوں اور حیاتینوں کی کثیر مقدار ہونی چاہئے۔ مہلک اور تر حالات سے احتراز کرنا چاہئے۔ پاقلج کا علاج دلک بترق اور وضعی تدابیر سے کرنے سے خاصکر ابتدائی اسباب میں فائدہ ہوتا ہے۔

ایکی کی مسمومیت (Ackee Poisoning) (جھیکا کا مہلک قہ)۔ یہ مرض کچے ایکی پھل (بلیگیا سپیڈا: *Blighia sapida*) کا غلاف (arilla) کھانے سے پیدا ہوتا ہے (8)۔ عموماً بچوں کو لاحق ہوتا ہے، اور اکثر ہلک ثابت ہوتا ہے، اور اس کے اتیازی خصائص معدی معوی اور عصبی ہوتے ہیں۔ ایکی (ackee) جزائر غرب الہند اور افریقہ کے مغربی ساحل میں پایا جاتا ہے۔ پختہ پھل بے ضرر ہوتا ہے، لیکن کچے پھلوں سے طیار کیا ہوا شوربہ خاصکر زہریلا ہوتا ہے۔

امراضیات۔ اشائی نزفات، اسٹوائے اسیم، اور جگر کا شیمی انحطاط مہلک خاصائص ہیں۔ قلب، گردوں اور دماغی علیات میں انحطاط واقع ہونے کا ذکر بھی کیا جا چکا ہے۔ علامات۔ ابتدا فوری ہوتی ہے۔ جب بچہ کچا پھل کھا لیتا ہے تو اس کے

تقریباً دو گھنٹہ بعد متلی اور تھکے اور شکم میں تکلیف کا احساس شروع ہو جاتا ہے۔ یہ صورت تین یا چار گھنٹہ تک جاری رہتی ہے، اور اس کے بعد ایک یا دو گھنٹے کے بعد غصے کے بعد عضلی جھٹکے، دماغی تھکے، تشنجات اور کوما پیدا ہو جاتا ہے۔ اندازہ۔ اگر عضبی خصائص نمودار ہو جائیں تو مرض ہمیشہ ہلک ثابت ہوتا ہے، اور موت تقریباً بارہ گھنٹہ میں واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ سکائے نے رم یا ایٹھرا اور ایمونیا کا فوری استعمال کرانے سے مریض کے بچوں میں شرح اموات ۹۰ فیصدی سے ۲۷ فیصدی تک کم کر دی تھی۔ مکمل معدہ میں (اور فی الزواج) (in vitro) زہر کی ترمیم کر دیتا ہے۔

قحطی سمیت (Atriplicism)۔ یہ مرض شمالی چین کے ان منفس باشندوں میں پایا جاتا ہے جو قحط کے زمانہ میں ایک پودے ایڈیٹریکلس (Atriplex littoralis) کی کوئیلیں کھاتے ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ مرض ان چھوٹے چھوٹے کیڑوں سے پیدا ہوتا ہے جو ان پودوں پر موجود ہوتے ہیں۔ کوئیلیں کھانے کے بارہ سے ٹیکرا اٹھارہ گھنٹہ کے بعد انگلیوں میں جھنجھٹا ہٹ شروع ہو جاتی ہے۔ جس کے بعد مقامی تیج پیدا ہو جاتا ہے اور ہاتھوں کلائیوں اور چہرے پر کھجانی ہونے لگتی ہے جو ایک ہفتہ یا اس سے زائد عرصہ تک جاری رہتی ہے۔ اصابع میں بعض اوقات عدم حسیت پیدا ہو جاتی ہے اور احساس حرارت بڑھ جاتا ہے۔ اس کے بعد آبلے پیدا ہو جاتے ہیں اور جلد متقرح ہو جاتی ہے۔ یہ مرض بعض اوقات ریٹائڈ کتے مرض (Raynaud's disease) یا حرمتی وجع الجواج (erythromelalgia) سے خلط ملط ہو سکتا ہے۔ علاج مہلکات کے استعمال پر مشتمل ہے۔

مسمومیت لوبیا (Favism)۔ اس مرض کے متعلق ابھی تک مکمل معلومات حاصل نہیں کی جاسکتیں، لیکن کہا یہ جاتا ہے کہ یہ ویشیا فیوا (Vicia fava) کے سیم کھانے سے یا ایسے پودے کے نکش میں آنے سے جس میں پھول نکل رہے ہوں پیدا ہوتا ہے۔ یہ مرض صرف اسی حالت میں پیدا ہوتا ہے جبکہ سیم پک رہے ہوں۔ مریض میں خاصہ ذاتی نمایاں طور پر پایا جاتا ہے

کیونکہ کشف سے ہر شخص متاثر نہیں ہوتا۔ اٹلی، یونان، عراق عرب اور دوسرے ممالک سے بھی اس مرض کے وقوع کی اطلاع آتی ہے۔

علامات یسیم کھانے کے کچھ عرصہ بعد تپ شروع ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی خون پاش عدم دمویت، یرقان، ہیموگلوبن دمویت اور ہیموگلوبن بولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ خون کے سرخ حبیات کی تعداد بہت جلد کم ہو کر ۲۰,۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر تک پہنچ جاتی ہے اور ہیموگلوبن میں اس سے بھی زیادہ کمی واقع ہو جاتی ہے۔ گردہ بھی بعض اوقات متاثر ہو جاتا ہے۔ بالغ مریض قاعدۂ شفا یاب ہو جاتے ہیں، مگر بچوں میں یہ مرض بعض اوقات جلد ہلک ثابت ہوتا ہے۔

علاج۔ مناسب علاج یہ معلوم ہوتا ہے کہ اگر یسیم کھانے کو تھوڑا سا وقت گزرا ہو تو سہل دیا جائے، منہ اور معائے مستقیم کے راستے سے سیال کی بہت سی مقدار دی جائے، اور اگر کم ہوا دمویت (anoxemia) کے علامات پیدا ہو جائیں تو سسٹریٹس اور سوڈیم بائی کاربونیٹ براستہ دہن دے جائیں اور نقل الدم کیا جائے۔

حیاتیات کی قلت سے جو مختلف امراض پیدا ہوتے ہیں اور مدارین اور تحت مدارین میں پائے جاتے ہیں، مثلاً پلاگرا، بیری بیری، اور وبائی استسقاء، ان کا ذکر صفحہ 568 اور بعد کے صفحات پر کیا جا چکا ہے۔

مدارینی کلان خلوی عدم دمیت

(TROPICAL MACROCYTIC ANEMIA)

مدارینی کبیر خلوی عدم دمیت (Tropical megalocytic

Anemia) 'مدارینی عدم دمیت حمل (Tropical Anemia of Pregnancy)

یہ تغذیاتی اصل کی ایک شدید کبیر خلوی، بیش کروی عدم دمیت ہے جو مدارین میں خاص طور پر عورتوں کو عارض ہوتی ہے۔ مارمائیٹ (marmite)

اور جگر کا خلاصہ دینے کا اس پر نوعی اثر ہوتا ہے، مشکب خلیوں میں بحیثیت پیدا ہو جاتی ہے اور خون سرعت سے پیدا ہونے لگتا ہے۔

بیمت اسباب۔ اگرچہ یہ مرض مردوں کو بہت ہی شاذ و نادر عارض ہوتا ہے لیکن یہ حاملہ عورتوں میں بکثرت پایا جاتا ہے، اور ہندوستان، ریاستہائے لایا، چین اور افریقہ کے مغربی ساحل کے دیسی باشندوں میں اس کے پائے جانے کی اطلاع مل چکی ہے، اور ہمیں یہ معلوم ہے کہ ان ممالک میں غذا خلی بخش نہیں ہے۔ سن حدود پندرہ اور تیس سال کے درمیان ہے، اور یورپ کے باشندے اس مرض میں شاذ و نادر ہی مبتلا ہوتے ہیں۔ مارا بیٹ سے جو بوزہ گروں کے لہن (brewer's yeast) کا خود پاشیدہ خلاصہ ہے اس مرض کو شفا ہو جاتی ہے، اور یہ حال ہی میں ثابت کیا گیا ہے کہ معالجاتی بحیثیت کا اکتھار حیاتین ب، ب اور ب پر نہیں ہے اور شافی حامل غالباً خود یا شدتی کے دوران میں پروٹین کی شکت سے پیدا ہوتا ہے۔ مرضی تشریح کی اطمینان بخش طریقہ سے ابھی تک تحقیقات نہیں کی گئی۔

علامات۔ امارات اور علامات جو بیشتر عدم دمویت سے پیدا ہوتے ہیں، ضعف، اختلاج، قصر تنفس، شحوب (pallor)، خون کے دباؤ کی کمی، اور خیرات قلب پر مشتمل ہیں۔ تپ، پاؤں کا ہنسیج، اور چہرے کی پھولن کثیر الوقوع ہیں۔ خراش زبان تفتہ، اسہال، اور جگر اور طحال کی کلائی بھی پائی جاتی ہے، لیکن ان خصائص میں سے بعض کا سبب طبریا، ایبائیٹ، اور مرض کج دہنہ (ankylostomiasis) کی مین رورائٹ ہو سکتی ہے۔

سرخ خلیات کی تصویر اور پرائس جونز (Price-Jones) کے منحنی متلف عدم دمویت کے مشابہ ہیں۔ خلیات احمر کی تعداد اکثر فی مکعب ملی میٹر سے بھی کم ہوتی ہے، لیکن ہیموگلوبین میں متناسق کمی نہیں پائی جاتی، اس لئے لونی اشاریہ عموماً اکائی سے متجاوز ہوتا ہے، خلوی لاسوی (anisocytosis) اور کیرخلویت (megalocytosis) نمایاں ہوتی ہے، اور نامضات طبعی (normoblasts) اور نامضات کیر (megaloblasts) بعض اوقات دونوں

موجود ہوتے ہیں۔ بہر کیف غیر پیچیدہ اصابات میں مصلی بائیلی رد بن میں اضافہ نہیں پایا جاتا۔ معدی ریس میں آزاد بائیکٹروکلوکریک ایڈ عموماً موجود ہوتا ہے۔
تشخیص۔ حالہ فرنگتہانی عورتوں میں کبیر خلوی دمویت کی موجودگی عموماً سپرو یا متلفہ عدم دمویت پر دلالت کرتی ہے، لیکن زیر بیان ویسی باشندوں میں یہ امراض شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔

انذار۔ جگر سے علاج کرنے سے مرض کی شرح اموات ۲۰ فیصدی سے کم ہو کر ۳۲ فیصدی تک پہنچ گئی ہے، اور مارماٹھ کے استعمال سے جو حال ہی میں رائج ہوا ہے، اس میں اور کمی واقع ہو گئی ہے۔

علاج۔ تھریز کا انحصار متوازن غذا دینے پر ہے، جس میں حیاتینوں کی مقدار مناسب ہو۔ اگر مرض شروع ہو جائے تو بستر میں آرام کرنا چاہئے اور مارماٹھ کی چائے کا چھو بھر مقدار دن میں چار مرتبہ دینی چاہئے۔ مساعداصابات میں پانچویں دن سے ٹیکر ساتویں دن تک کے عرصہ میں ایک مربع مشک خلوی بمبیسیت پیدا ہو جاتی ہے اور خون کی تولید سرعت سے ہونے لگتی ہے۔ مین ہو سرائیوں کا مناسب علاج کرنا چاہئے۔

معدی معوی خطہ کا مدیرینی فسادِ فعل

مدیرینی اسپرو

(TROPICAL SPRUE)

سیلوسس (Psilosis) کو چین چینی اسہال (Cochin-China Diarrhoea) اسہالِ ابض (Diarrhoea alba)۔

مدیرینی اسپرو عموماً فرنگستان یا منگول فرنگستانی نسل کے لوگوں کو ایسے رقبہ جات میں چند سال رہنے کے بعد عارض ہوتا ہے جن میں یہ مرض مروجہ ہو۔ گرم مرطوب ساحلی آب و ہوا اس مرض کے فوس کے لئے مساعد ہے، اور بہ

ہندوستان، لٹکا، وفاق ریاستہائے ملایا، جاوا، کوچین چینی اور پورٹوریکا میں طبعی کثرت سے پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ اسپہالی کو ہی کے بعد براہِ درست پیدا ہو جاتا ہے اور اس کے عارض ہونے سے پہلے اکثر زہر یا مزمن لمبریا کی روئداد موجود ہوتی ہے جس کے لئے طویل عرصہ تک کوئین کھانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ عمر کے پہلے عشرہ میں یہ مرض بچوں کو عارض نہیں ہوتا اور سوائے پورٹوریکا کے دیسی آبادی میں یہ شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ اس مرض کے عجیب خصائص یہ ہیں کہ اس کی جغرافیائی تقسیم قطعات میں پائی جاتی ہے۔ یہ افریقہ میں نہیں پایا جاتا، اور گاہے گاہے یہ ایبے مدارینی مریضوں میں پایا جاتا ہے جو یورپ میں کئی سال سے سکونت پذیر ہوں ایشفورڈ (Ashford) (۱۹۱۹ء) اسے خطہ ہضم کی سمجیت (moniliasis) تصور کرتا ہے جس کا غیر متوازن غذا پر اضافہ ہو گیا ہو۔ سکاٹ (Scott) (۱۹۲۳ء) نے نژاد دردی قلت کا نظریہ پیش کیا ہے، اور ایڈلڈرس (Elders) (۱۹۱۹ء) نے اسے اولی قلتی مرض تصور کیا تھا جو حیاتیات اور ب اور ایمینو ترشہ کی کمی سے پیدا ہوتا ہے۔ کیٹل (Castle) اور سٹراس (Strauss) (۱۹۳۲ء) نے حال ہی میں حوالی قلت (conditional deficiency) کے طور پر اسکی جماعت بندی متکلف عدم دمویت کے ساتھ کرنے کی رائے پیش کی ہے، اور انکا یہ خیال ہے کہ حیاتیات ب درونی سبب کا منبع ہے۔

اسپرو معدہ اور معا کے بخولی انہدام کے طور پر پیدا ہوتا ہے جس میں کیٹل کے درونی جزو کا افراز عموماً قلیل ہوتا ہے اور معا صغیر میں چربی، کیلشیم اور گلوکوس کا سوراخ جذب موجود ہوتا ہے۔ اس شکست کے ممکنہ اسباب مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) غیر متوازن غذا۔ (۲) سابقہ مدارینی سرخس، جن میں سے بعض کے متعلق ثابت کیا جا چکا ہے کہ وہ معدی افراز میں کمی پیدا کرتی ہیں۔ (۳) مرطوب آب و ہوا میں طویل المدت رہائش جسکی وجہ سے خون کی تقسیم غذائی خطہ کے طرف پر جلد کی طرف زیادہ رہتی ہے۔ یہ معلوم ہوا ہے کہ میں غذائیں چربی اور کاربوہائیڈریٹ کی مقدار بہت زیادہ ہوا

اول درجہ کی پروٹین کم ہو جو بروٹی جڑو کا ایک اہم ماخذ ہے اس سے اسپرو میں نکسات جلد جلد واقع ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ابتدائے مرض کے لئے یہی قوی ترین واحد سبب ثابت ہو۔

امراضیات - معدہ اور معائے مغیر میں کوئی اولی امراضیاتی ضررت نہیں پائے جاتے۔ مزیز اکثر شکافات مندرجہ ذیل ہیں۔ زیر جلدی چربی غائب ہو جاتی ہے، عضلات لاغر ہو جاتے ہیں، زبان ہموار اور مدبول ہوتی ہے، معاستلی ہو جاتی ہے، قلب مغیر الجسم ہوتا ہے جس میں بحولہ قبول پایا جاتا ہے، لہال، جگر اور دوسرے احشاء کی جسامت کم ہو جاتی ہے اور سرخ مغز کی کبیرا ہضمی ش پروکٹس پائی جاتی ہے جو متلف عدم دمویت کی ہمیش پرورش کے مشابہ ہوتی ہے، ٹرعمو آسانی وسیع نہیں ہوتی۔ پیچیدگیوں کے طور پر معمولی تفرج اور شقیب مع التهاب باریطیون پائے جاتے ہیں۔ ٹوخرالذکر پیچیدگی لگاہے لگاہے دیکھنے میں آتی ہے۔

علامات - جب مرض کی ابتدا ہوتی ہے تو اول اول مندرجہ ذیل خصائص پائے جاتے ہیں۔ (۱) خراش زبان اور خدی قلاعات (buccal aphthae)، (۲) سوئے ہضم، تمدد شکم، اور انتفاخ امعاء، (۳) اسہال صبعی، جس کا خاصہ یہ ہے کہ دوپہر سے پہلے کئی ایک زردی مائل، بڑے بڑے دست آجاتے ہیں جن میں چربی اور ہوا ہوتی ہے۔ اسکے بعد مریض نسبت آرام سے رہتا ہے۔ خصائص زبان بعض اوقات امعاء کی اس حالت سے پہلے پیدا ہوتے ہیں اور بعض اوقات اس کے بعد، لیکن ناکسیرو کے بعض اصابت میں یہ خصائص کبھی کبھی کئی سال تک پیدا ہی نہیں ہوتے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے وزن کم ہوتا جاتا ہے، ضعف بڑھتا جاتا ہے اور کبیر خلوی قسم کی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ ارتقاع پیش قاعدہ نہیں ہوتا۔ عدم تپ عموماً پایا جاتا ہے اور پیش اکثر زیر طبعی ہوتی ہے۔ بہر کیف ابتدائی حلقہ میں تپ بعض اوقات پہلے ایک یا دو دن موجود ہوتی ہے، لیکن بعد میں یا نکسات کے دوران میں اسکے عود کر آنے سے کسی بین روز مرض یا کسی پیچیدگی مثلاً

معدی تفریح کا مشہد ہونا چاہئے۔

اسپرو کے ایک عمل اصابہ کی ایک خاص سرسری تصویر ہوتی ہے۔ لاغری نمایاں ہوتی ہے، جلد خشک ہوتی ہے اور اس پر جھریاں پائی جاتی ہیں اور اسکی ہتکی اکثر رقی (پارچمنٹ) کی طرح کی ہوتی ہے، اور پیشانی، خدی ارتفاعات، سرخیوں اور دوسرے مقامات پر بعض اوقات لونیت کی چلکتیاں پائی جاتی ہیں۔ مخاطی غٹائیں زردی مائل ہوتی ہیں، اور ناخن سخت اور کرکیلے ہوتے ہیں۔ زبان کا منظر وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔ یہ ہمیشہ صاف ہوتی ہے، اور ابتدائی مداریج میں اس پر نمایاں طیمات، دروغیز، سرخ، مہتب قطعات، شقائق اور قلاعی قروح پلے جاتے ہیں۔ متاخر مداریج میں طیمات غائب ہو جاتے ہیں، اور زبان ہموار زردی مائل اور مدبول ہو جاتی ہے، شکم کا قند ایک نمایاں ترن خاصہ ہے، اور اسکی دیواریں اکثر اتنی پتلی ہو جاتی ہیں کہ معای کی متد گندلیوں کے حرکات دودہ معانہ پر دکھائی دیتے ہیں۔ شلف عدم دمویت کے بخلاف غیر چمپیدہ سپرو میں طحال جس پیر نہیں ہوتی، اور جگر کی جسامت میں قرح پر عموماً تخفیف پائی جاتی ہے۔ خون کا انکماش دباؤ کم ہو جاتا ہے، اور یہ اکثر ۱۰۰ ملی میٹر پارہ سے کم ہوتا ہے۔ بعض اوقات معدی نبرات (haemic murmurs) پیدا ہو جاتے ہیں۔ کبھی جھکے اور دوسرے وتری معکوسات بعض اوقات تخفیف یافتہ ہوتے ہیں اور بعض اوقات غائب بھی ہوتے ہیں۔ محیطی اعصاب میں تخریات واقع ہو جانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حسی فساد (parasthesia) پیدا ہو جاتا ہے اور احساس کند ہو جاتا ہے۔ جو اصابات ککرت (tetany) سے پیچیدہ ہوتے ہیں انہیں ٹروسو (Trousseau) اور خوستسک (Chvostek) کے امارات سے مفراط عضل خراش پذیری کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔

کل برازی شحم کی مقدار ۲۵ فیصدی سے لیکر ۷ فیصدی تک بڑھ جاتی ہے، لیکن چربی خود طبعی طور پر یا شہیدہ ہوتی ہے، اور جھگوکوس کے تھل کے کاشغہ سے اکثر چپٹا اور کم اونچا منحنی حاصل ہوتا ہے، یا اس کا ارتفاع آجل ہوتا ہے جو ناقص الجذاب پر دلالت کرتا ہے۔ اسپرو میں اجابت کی

مفرط جہامت کا انحصار عظیم الجہامت شحمی ثقل پر ہوتا ہے، اور اس کے ترشی اور گہبی خواص کو محلو کوئس کی تخمیر سے منسوب کیا جاسکتا ہے جس کا انجذاب مناسب طور پر نہیں ہوتا۔ زردی آئل رنگت کا انحصار شحمی جو کے زیادہ ہونے اور طبعی برازی لون (سٹر کو بائیلن) کے ایک بڑھکتہ مشتق (لیو کو بائیلن) میں تبدیل ہوجانے پر ہوتا ہے۔ قلت ترشہ ٹلک (hypochlorhydria) اور بے ٹلک ترشی (achlorhydria) عام طور پر پائے جاتے ہیں، لیکن ہسٹامین (histamine) کا اشتراک کرنے پر کم سے کم، فیصدی اصابات میں ترشی افزا پیدا ہوجاتا ہے اور یہ ایک ایسا کا آشفہ ہے جو اسپرو کو متلف عدم دمویت سے تمیز کرنے کے لئے مفید ثابت ہوسکتا ہے پیش بائیلی روبن دمویت بھی اسپرو میں کم نمایاں ہوتی ہے ناقص دموی کلیت (hypocalcaemia) اکثر مشاہدہ میں آتی ہے اور جب خون کا کیلسیم ۷ ملی گرام فی ۱۰۰ کعب سنٹی میٹر سے نیچے کر جاتا ہے تو تکرر زید ہوجاتا ہے۔ اسپرونی عدم دمویت اپنی نوع میں کبیر غلوی ہوتی ہے، اور اگرچہ یہ اولی حملہ میں اتنی شدید نہیں ہوتی جتنی کہ یہ متلف عدم دمویت میں ہوتی ہے لیکن بعد میں دوران نکسات میں یہ شدید ہوجاتی ہے۔ پرائس جونز (Price-Jones) کا متحقی غیر متشاکل ہوتا ہے، غیر وضیعت دائیں طرف کو ہوتی ہے اور قاعدہ زیادہ عریض ہوتا ہے۔ جیمہ کا اوسط قطر بڑھا ہوا ہوتا ہے۔

محر۔ اگرچہ اسپرو گاہے گاہے اپنی ابتدا سے چھ ماہ بعد تک کے عرصہ میں جھلک ثابت ہوتا ہے، لیکن اس کا معمولاً بہت مزمن ہوتا ہے، اور خود رو فترات اور نکسات واقع ہوتے رہتے ہیں، جو بد پرہیزی سے ایسی غذا کھانے سے جو چربی، کاربوہائیڈریٹ یا سار کی مفرط مقدار پر مشتمل ہو، یا سردی ٹھنڈے سے یا تغنی نراست یا کسی دوسرے مین رومرض سے پیدا ہوتے ہیں اگر مریض مدائین کی سکونت کو چھوڑ دے تو اس کے قدرتنا شفا یاب ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ جگر کے خلاصہ سے علاج کرکے رواج سے پہلے ہونے والے بہتے امٹابا میں سرد آب و ہوا میں غذائی خطہ کو آرام دینے سے شفا یابی ہوتی۔ اس لحاظ سے بھی اسپرو متلف عدم دمویت سے اساسی خلاف

رکتا ہے۔

پیچیدگیاں - مہزنی شقاق، بواسیر، فحشی اور دیگر علقیتوں (thromboses) التهاب عصب، اکڑیا، معوی تفرح اور معائے صفیر یا معائے کیر کے شغب پر مشتمل ہیں اور موزالذک پیچیدگی شاذ و نادر ہی واقع ہوتی ہے۔

تشخیص - دوسری عدم دمویتوں سے اور خاص کر ان سے جو مدار بنی کیر غلوی عدم دمویت، تلف عدم دمویت، معدی صائمی قولونی ناسور، معوی تفرح معہ تفتیق اور تدریجی تفرح معہ ناسورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں مغالطہ پیدا ہو سکتا ہے۔ جن امراض سے شخصی اسہال پیدا ہوتا ہے مثلاً ذاتی سیلان شحم (idiopathic steatorrhea)، شکنجی لقمی غدی ملعہ اور تدریجی غدی التهاب جس سے ماسار بنی غدو ماعوف ہوں اور عروق لطف میں تسد واقع ہو گیا ہو اور معوی التهاب بلبلہ، ان سے بھی گلا ہے گا ہے اس مرض کی تفریق کی ضرورت ہوتی ہے۔ غیر نشیلی اسپر کی تشخیص میں سرری تجربہ مرض کی محتاط روئداؤ طبیعی امتحان، اور مفصل معملی اور لاشعاعی تحقیقات کے ساتھ بعض اوقات لازمی ثابت ہوتا ہے۔

انذار - جدید علاج سے مریض کو عموماً صحت ہونے لگتی ہے اور خون دواہ کے بوجہ میں پھر طبیعی ہو جاتا ہے۔ جن مریضوں کی عمر پچیس سال سے کم ہو ان میں اگر چھ ماہ تک کوئی علامت عود نہ کرے تو ان کو مددین میں کسی غیر مناسب خطرہ کے بغیر واپس بھیجا جاسکتا ہے۔ بہر کیف کئی سال تک صحت کے عودہ رہنے کے بعد بھی نکات واقع ہو سکتے ہیں۔

علاج - اسپر کے مریض کو بستر پر لٹا کر پانچ سے لیکر آٹھ ہفتہ تک مناسب غذا پر رکھنا چاہئے، اور اگر وہ عیدم الدم ہو تو اسے جگر کا خلاصہ پورے معانات میں دینا چاہئے۔ شفا خانہ میں ترکیب ہونے پر اولیم سیانی (oleum ricini) (۲ ڈرام) دیا جاتا ہے اور اگر اسہال شدید ہو تو پلاس بیٹھیمی کو (Pulv. batavica Co.) (۱/۴ تا ۱ ڈرام دن میں تین مرتبہ) تجویز

کیا جاسکتا ہے۔ بستر پر آرام کرنا لازم ہے، کیونکہ اس سے مریض کو جو حرارت درکار ہوتی ہے ان کی تعداد نصف رہ جاتی ہے، اور غذائی خطہ کو آرام ملتا ہے جو شفا یابی کے لئے اساسی اہمیت رکھتا ہے۔ بہت سی مختلف غذائیں تجربی طور پر تجویز کی گئی ہیں جن میں ان ڈررگ (van der Burg) کی پھلوں کی غذا، مینسن (Manson) کی دودھ کی غذا اور کینٹلی (Cantlie) کی سرخ گوشت کی غذا شامل ہے۔ حیاتی کیمیائی اکتشافات کی بنا پر ایسی غذاؤں کا ایک درجہ وار سلسلہ لیا گیا ہے جن میں پروٹین کی مقدار زیادہ اور چربی اور کاربوہائیڈریٹ کی مقدار کم ہے اور اس کے استعمال سے کامیابی ہوتی ہے۔ ان اجزاء کا تناسب معمولی تناسب ۱:۵۳:۱۰۰ پر وہمین: ۱۰۰:۵۳ چربی: ۵۳:۱۰۰ کاربوہائیڈریٹ کی بجائے ۱:۵۳:۱۰۰ ہے (۱۰)۔ پہلی غذا کی قدر توانائی ۳۰۰۰ حرارے ہے اور دوسری کی ۶۰۰۔ جب اسہال اور غذائی خطہ سے متعلق دوسرے خصائص میں صلاح ہو جاتی ہے تو غذا بتدریج بڑھا دی جاتی ہے۔ بے چربی کا سرخ گوشت پروٹین کا سب سے بڑا ماخذ ہے لیکن دودھ کا ایک سفوف (اسرو و لیک sprulae: (11) بھی ممکن الموصول ہے جو شحم ربودہ ہے اور خنس میں پروٹین کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔ عموماً پانچویں ہفتہ کے قریب نقیبہتی غذا دی جاسکتی ہے جس میں پروٹین کی مقدار زیادہ ہوتی ہے اور سبزی بھی ہوتی ہے اور اس کے بعد چربی اور کاربوہائیڈریٹ کی مقدار میں بتدریج اضافہ کر دیا جاتا ہے۔

عدم دمویت تقریباً ہمیشہ کہ خلوی قسم کی ہوتی ہے اور یہ عموماً بیش (hyperchromic) ہوتی ہے۔ اگر مذکورہ بالا مناسب غذا سے اسہال رک جائے تو جگر کا خلاصہ جو کھلایا جاتا ہے مناسب طور پر جذب ہوتا ہے اور مشبک خلویت (reticulocytosis) اور خون کی سرخی تولید از سر نو اسی طرح ہوتی ہے جیسی کہ متلفہ عدم دمویت میں ہوتی ہے۔ جگر کا خلاصہ پہلے ہیمہ میں روزانہ اتنی مقدار میں دینا چاہئے جو $\frac{1}{4}$ پونڈ سالم جگر کے مساوی ہو۔

دوسرے ہیمینہ میں اس کا مقدار اتنا ہونا چاہئے جو اپونڈ سالم جگر کے مساوی ہو اور تیسرے ہیمینہ میں یا اس وقت تک جبکہ خون کی تصویر مکمل طور پر طبی حالت اختیار نہ کرے اس کی مقدار اتنی ہونی چاہئے جو اپونڈ سالم جگر کے مساوی ہو۔ گاہے گاہے شدید مزمن اصابات میں ایک مہینے کا علاج ۱ ماہ یا ایک سال تک جاری رکھنا مناسب ہوتا ہے۔ گاہے گاہے عیدہ علاج اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جن میں مشبک خلجیت (reticuloecytosis) تحت الاغظم (submaximal) ہوتی ہے اور اس علاج مناسب حد تک نہیں ہوتی۔ ایسی حالت میں فی علاج کے مقنادات میں اضافہ کر دینا چاہئے یا اس کی جگہ کبدی تجہیزات کے بڑے بڑے مقنادات تحت جلدی مادوں وریدی راستہ سے دینے چاہئیں مثلاً کیمپولون (Campolon) ۶ گمب سنٹی میٹر روزانہ چودہ دن تک۔ ایسے اصابات میں جو زیادہ شاذ ہوتے ہیں اور جن میں قلت لونیت (hypochromia) موجود ہوتی ہے اور لونی اشاریہ (colour index) کم ہوتا ہے یا جن میں جگر کے خلاصہ سے علاج کرنے کے بعد ہیموگلوبین کی پیدائش غیر مناسب طور پر کم رہتی ہے پیچیدگیوں یا مین رومض کا شہہ کرنا چاہئے۔ لوہا زہ طیارا کی ہوتی بلاڈ کی گولیوں (Blaud's pills) (۵ گرن) کی شکل میں تجویز کرنا چاہئے۔ پہلے دو گولیاں روزانہ تین مرتبہ غذا دیکھتی ہیں اور پھر یہ تعداد چار گولی روزانہ تین مرتبہ تک بتدریج بڑھادی جاتی ہے یا اس کی جگہ فرانی ایسٹیمونیائی سٹراس (۲۰ گرن) روزانہ تین مرتبہ غذا کے بعد دیا جاسکتا ہے جبکہ ٹیڈر کلورک (HCL) کا افراز ناقص ہو تو ایسڈ ہائیڈر کلورٹل (acid hydrochlor. dil) (بی پی) اور ام کے مقدار میں رنگیزہ کے رس میں ملا کر روزانہ غذا کے بعد دینا چاہئے۔

تکثر زحم میں ناقص دموی کلیت (hypocalcaemia) پائی جاتی ہے لیسیئم کے علاج کے استعمال پر دلالت کرتا ہے مثلاً کیلیسیم لیکٹیٹ ۳۰ گرن روزانہ تین مرتبہ اور اس کے علاوہ یہ بھی ضروری ہے کہ غذا میں چربی کی مقدار کم ہو کیونکہ جس حالت میں اجابتوں میں چربی بافراط موجود ہوتی ہے اس میں کیلیئم کا انجذاب اطمینان بخش طریقہ سے نہیں ہوتا۔

جیسا کہ مریض کو ایک مرتبہ صحت ہو جائے تو اس کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ ایسی غذا کا استعمال رکھے جو بخوبی متوازن ہو اور اس میں حیاتیاتوں اور اہل درجہ کی پروٹین کی مناسب مقدار موجود ہو، اور مریض سالہ دار اور شکر دار غذاؤں اور چکنیوں وغیرہ سے پرہیز کرے۔ لیفات کا استعمال با احتیاط سے کوئی چاہئے، اور سردی لگنے اور تنفسی سرائتوں کے حفظ و انقار کا حتی الامکان خیال رکھنا چاہئے۔

اسہال کوہی۔ یہ بلند مقامات کا مرض ہے اور ان یورپیوں کو عارض ہوتا ہے جو گرمی کے موسم میں پہاڑی مقامات کو جاتے ہیں۔

سبب اسباب۔ یہ مرض برسات کے موسم میں ہندوستان، نیکا، اور جنوبی امریکہ میں ان پہاڑی مقامات میں واقع ہوتا ہے جن کی بلندی ۶۰۰۰ فٹ سے زیادہ ہے۔ یہ بارشیا کے کم دباؤ اور بلند مروجیت کی حالتوں میں غالباً معدی معوی خطہ کے فعلیاتی انہدام سے پیدا ہوتا ہے۔ تمام عمرون اور دونوں صنفوں کے یورپین اثر پذیر ہیں، اور خاصکر برسات کے موسم میں ایسی وبائیں دیکھی گئی ہیں جن میں یہ مرض کو ہی آبادی کے ایک بڑے حصہ کو عارض ہوا۔ اس کی امراضیات اور سرسری حیاتی کیمیا کے متعلق ابھی تک کوئی مستند معلومہ حاصل نہیں ہوئی۔

علامات۔ اسہال صبح ۴ اور ۶ بجے کے درمیان شروع ہوتا ہے اور دوپہر سے پہلے تین سے بیکر جب تک دست آجاتے ہیں، اور اس کے بعد مریض کو عموماً آرام رہتا ہے۔ اجائیتیں مقدار میں زیادہ ہوتی ہیں اور ان کی رنگت پائپ کی مٹی کی رنگت کی طرح زردی مائل ہوتی ہے۔ ان میں جھاگ موجود ہوتی ہے اور ان کی بھنگی سیال ہوتی ہے۔ بعض کا یہ بیان ہے کہ ان میں شحمی ترشہ، صابون، غیر منہضم غذا اور لہن مفراط مقداروں میں پائے جاتے ہیں۔ نفع، قراقر، اور تند و شکم تکلیف دہ ہوتے ہیں اور اگر مرض جاری رہے تو عدم اشتہا (anorexia) اور سود ہضم پیدا ہو جاتا ہے اور وزن میں معتد بہ کمی ہو جاتی ہے۔ خصائص زبان موجود نہیں ہوتے۔

انذار - یہ مرض کبھی ہلکے ثابت نہیں ہوتا، لیکن تکلیف دہ بہت ہے اور کم بلند مقامات کی طرف واپس آنا ضروری ہوتا ہے۔ میدانوں میں واپس آنے کے بعد چند اسبابات میں مثالی سپرو عارض ہو جاتا ہے۔

علاج - بستر پر آرام کرنے، گرم کپڑوں کے استعمال، سردی سے بچنے اور دودھ کی غذا کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ ابتدا میں اولیم ریسانی نائی (oleum ricini) (۱/۲ اونس) دینا چاہئے اور ایڈہائیڈرو کلورڈل (acid hydrochlor. dil.) (بی۔ پی) (اڈرام) غذا کے بعد دینا چاہئے۔ چونکہ یہ مرض سپرو کے مشابہ ہے اس لئے سپرو بیک (sprulac) کی طرح کی غذا کو جس میں پروٹین کی مقدار زیادہ اور چربی اور کاربوہائیڈریٹ کی مقدار کم ہوتی ہے دودھ کی غذا پر ترجیح دینی چاہئے جس میں چربی کی بہت زیادہ مقدار کے موجود ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

مدارین کے امراض ساریہ

تقطیر پذیر قشبات سے پیدا شدہ امراض

(Diseases due to Filterable Viruses)

اس گروہ میں کئی ایک امراض ہیں جو بیشتر مدارینی ہیں مثلاً آرتھرو (hydrophobia) تپ زرد (yellow fever)، ڈینگے (dengue)، ریگس (sand-fly fever) تپ وادی شقاق (Rift Valley fever) اور کبہ مدارینی (climatic bubo)۔ ان قشبات کے نمایاں خواص یہ ہیں - اول یہ مائلے خروہین ہیں، اور ان کی جسامت کی پیمائش ۲۵۰ میکر سے بھی کم ہے، اور اس لئے معمولی خروہین سے ان کا مشاہدہ نہیں کیا جاسکتا، دوم، یہ ان مقطرات سے گذر جاتے ہیں جن میں سے جراثیم عموماً نہیں گزرتے۔ ان میں سے بعض امراض عسرات سے پیدا

ہوتے ہیں، مثلاً تپ زرد، ڈینگہ اور ریگ کسی تپ اور بعض براہ راست منتقل ہوتے ہیں، مثلاً کئی مدارس میں جو دوران جماعت میں عارض ہوتا ہے، اور آب ترسی جو کسی سرایت زدہ حیوان کلبی (canine) کے کاٹنے سے پیدا ہوتی ہے۔ تثبیت متم اور محافظہ ضد اجسام بعض اوقات مصل میں پائے جاتے ہیں۔ جالچہ (distemper) اور تپ زرد میں قشہ اور ضد مصل سے مناعت پیدا کرنے کا رواج ہو چکا ہے۔ بہر حال داء الکلب (rabies) کے علاوہ مردہ قشہ کے ذریعہ سے مناعت پیدا نہیں ہوتی اور اگر ہوتی ہے تو بہت کم۔ چیچک کے لئے دیکھو صفحہ 28۔

آب ترسی

(HYDROPHOBIA)

داء الکلب (Rabies) سعاس (Lyssa)۔

یہ ایک ساری مرض ہے جو کلبی حیوانات (canines) میں ایک قطریہ پذیر قشہ کی وجہ سے وبائے حیوانی کے طور پر پیدا ہوتا ہے، اور یہ قشہ ان کے ریقی غدود اور مرکزی عصبی نظام میں موجود ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً سرایت زدہ کتے کے کاٹنے یا جلد کی سائزہ خراشیدہ سطح کو اس کے چاٹنے سے انسان اور دوسرے گرم خون کے حیوانات میں منتقل ہوتا ہے اور مشرق میں یہ مرض گیدڑوں اور ابھیرلیوں کے ذریعہ سے بھی منتقل ہوتا ہے۔ مرکزی اور جنوبی امریکہ میں اس امرکا حال ہی میں مظاہرہ کیا جا چکا ہے کہ یہ مرض انسان اور مویشی کو سرایت زدہ خون چاٹنے والے چمکا ڈروں کے ذریعہ سے بھی منتقل ہوتا ہے۔ اس مرض کا علم زمانہ قدیم سے چلا آتا ہے اور ارسطو اور سلسوس کی تصنیفات میں اس کے حوالے موجود ہیں۔

کتوں میں دو قسمیں پائی جاتی ہیں، ”ہیجانی“ داء الکلب (“furious rabies”) اور ”صامتہ“ داء الکلب (“dumb rabies”) لیکن ان میں سے کسی ایک میں بھی آب ترسی کا علامہ موجود نہیں ہوتا جیسا کہ انسان میں

دیکھنے میں آتا ہے۔ مرض کی پہلی علامت عام طور پر کاٹے جانے کے تقریباً تین سے لیکر چار ہفتہ بعد نمودار ہوتی ہے اور وہ یہ ہے کہ کتے کی طبیعت میں ایک یقینی تغیر واقع ہو جاتا ہے اور بعد میں اشتعال اور شدید غصہ کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں بال کھڑے ہو جاتے ہیں، اور اس میں صرف جاندار اجسام ہی کو نہیں بلکہ بے جان اجسام تک کو بھی وحشیانہ کاٹنے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ کتا معمولی غذا نہیں کھاتا، پرال اور کیریل وغیرہ کو بہت اشتہا سے کھاتا ہے۔ یہ درجہ چند گھنٹوں سے لیکر دو یا تین دن تک برقرار رہتا ہے۔ بعد ازاں گھٹنے میں دقت پیدا ہو جاتی ہے، جسکی وجہ سے لعاب دہن پکھنے لگتا ہے اور بھونکنے کی آواز میں ایک عجیب تغیر واقع ہو جاتا ہے جس کی وجہ غلطی سے یہ تصور کی جاتی ہے کہ اس کے ”حلق میں ہڈی اٹکی ہوئی ہے“، اور بعض اوقات اس کو دوڑ کر نیکے لئے ناکام اور خطرناک کوششیں کی جاتی ہیں۔ جب مرض ترقی کر جاتا ہے تو نیچے کا جبر اگر جاتا ہے، پیچھے کے جوارح اور دم مشلول ہو جاتے ہیں، چلنے میں لڑکھڑانے لگتا ہے، اور انجام کار اس پر مہبوط طاری ہو جاتا ہے اور علامات نمودار ہونے کے دو سے لیکر پانچ دن بعد اختناق سے ہلاک ہو جاتا ہے۔ ”صامت“ داء الکلب میں ہیجان یا اشتعال کا درجہ نہیں ہوتا، اور مثل جلد واقع ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب - پاسچر (Pasteur) نے ۱۸۸۸ء میں یہ معلوم کیا کہ داء الکلب کا قشب ایک حیوان سے دوسرے حیوان میں سلسلہ وار دماغ کی بلا واسطہ تطعیم سے منتقل کیا جاسکتا ہے۔ اس عمل کے دوران میں خرگوشوں میں یہ معلوم کیا گیا کہ تقریباً بیس مورا (passages) کے بعد قشب شوارع (street virus) کا زمانہ حضانت، جو آٹھ سے لیکر ساٹھ دن تک ہے، کم ہو کر سات دن رہ گیا۔ یہ قشب ثابت (virus fixé or fixed virus) کے نام سے موسوم ہے، اور اگرچہ خرگوشوں کے لئے اس حالت میں اس کی قشبت بہت زیادہ ہوتی ہے جبکہ براستہ دماغ اس کی بلا واسطہ تطعیم

کی جائے، لیکن زہر جلدی اثر اب کرنے پر نہ تو اس سے بخوبی حیوانات ہی میں مرض پیدا ہوتا ہے اور نہ انسان میں۔ قشب شوائع (street virus) اطرائی اعصاب کے راستہ سے مرکزی عصبی نظام تک پہنچتا ہے اور یہ کمفی اور سخت نکلے غد کے مستحلیات اور دودھ پلانے والی عورتوں کے دودھ میں موجود ہوتا ہے۔ دماغی مستحلیات تقطیر پذیر نہیں ہوتے لیکن ریتی قشب چیمبر لینڈ ایف (F) مقطارات میں سے آسانی سے گذر جاتا ہے۔ ریتی کی ساریت دماغ یا جل شوکی کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہوتی ہے۔

مرضی شرح - امتحان بعد الموت سے حوتی عکلی شیا (pia arachnoid) کا اثر اب چند نشی نزفات اور دماغی شوکی سیال کی افراط پائی جاتی ہے اور خود بینی امتحان سے گرد عوتی لمنی فضاؤں کی سفید علوی در ریزش اور عصبی علیات کے غلیبہ مایہ میں اجسام میگری (Negri bodies) پائے جاتے ہیں ان اہم ساختوں کی شکل گلوچی یا بیضوی ہوتی ہے، ان کا قطر بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے (۰.۵ تا ۲.۵) اور یہ عموماً فرنجر (hippocampus) اور دین کے پر کچی کے علیات میں پائے جاتے ہیں۔ اگرچہ شاری ذای الکلب (street rabies) سے مریض کتوں کی ۹۷ فیصدی تعداد میں انکا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، لیکن پر ریتی غد میں کبھی نہیں پائے جاتے ہیں بعض محققین کا یہ خیال ہے کہ ان کی اصل نخریوانی ہے، لیکن اغلب یہ چمکہ یہ امراضیاتی انحطاطات یا علوی شمولات کے طور پر پیدا ہوتے ہیں۔

علامات - زمانہ حضانت عموماً چار سے آٹھ ہفتہ تک ہوتا ہے اور اس کے حدود گیارہ دن سے لیکر ایک سال یا اس سے زیادہ مدت تک ہیں۔ چونکہ قشب اعصاب کے راستہ سے سفر کرتا ہے اس لئے کاٹنے کے جو زخم چہرہ، سر اور گردن پر ہوں ان میں زمانہ حضانت ان زخموں کی نسبت کم ہوتا ہے جو بازو پر ہوں، اور بازو کے زخم کا زمانہ حضانت ان زخموں سے کم ہوتا ہے جو انگ پر ہوں۔ ابتدا عموماً دفعہ ہوتی ہے لیکن خصائص مندرہ پہلے ایک یا دو دن

میں دیکھنے میں آتے ہیں، اور یہ ندبہ میں مقامی درد، تپ، اضطراب، بے چینی، سہر (بے خوابی)، بے قاعدہ اور آہی تنفس اور سرعت تکلم کے دوروں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

آب ترسی علامیہ بذات خود شنجی حلوں پر مشتمل ہوتا ہے جو بلعوم، حنجرہ کے عضلات اور درحقیقت تمام تنفسی خطہ میں واقع ہوتے ہیں۔ ابتدائی مدارج میں اس قسم کے حمل کی ابتدا مریض کو کچھ پینے کے لئے دینے سے ہوتی ہے۔ جو نہی گلاس منہ سے لگایا جاتا ہے، سر شنجی جھٹکوں سے جو سلسلہ وار واقع ہوتے ہیں، پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور ساتھ ہی مریض اپنے لگتا ہے، اور جو پانی منہ میں چلا جائے وہ باہر نکل جاتا ہے۔ حمل کے دوران میں کندھے اوپر اٹھ جاتے ہیں، چھاتی پھیل جاتی ہے اور قصبہ علیہ (sternomastoid) اور عضلہ منتشرہ (platysma) متقبض ہو جاتے ہیں۔ بعد میں مریض کو پینے کا خیال دلائے یا اس کے یہ خیال کرنے ہی سے دور شروع ہو جاتا ہے، اور خارجی تہیجات مثلاً آواز کے دفعہ بند ہونے، سرد ہوا کے جھونکے، روشنی کے چمکارے اور نامانوس بوسے بھی یہی ثریدہ ہوتا ہے۔ آواز میں تبدیلی پیدا ہو جاتی ہے اور یہ بیٹھ جاتی ہے اور غرغریہ البلع کی وجہ سے لریج مخاط اور جھانگ دار رینی حلق میں اور لبوں پر جمع ہو جانا ہے اور دوروں میں کمرہ میں تمام سمتوں میں گرتا ہے۔ حلوں میں بعض اوقات انتہائی خوف کا احساس یا شدید غصہ کا اظہار پایا جاتا ہے، لیکن وقفوں میں مریض عموماً سکون کے ساتھ آرام سے لیٹا رہتا ہے اور اس کی ذہنی حالت صاف ہوتی ہے۔ عمومی عضلی نظام تک توسیع ہو جانے سے اس میں رنگی پیدا ہو جاتی ہے اور جسم محراب کی طرح خمیدہ ہو جاتا ہے، اور تنفسی شنج سے قلب کے دائیں حصہ کے ہمیش تمدد کی وجہ سے موت بعض اوقات فوراً واقع ہو جاتی ہے۔ تحریک کے اس درجہ میں تش مرتفع ہو جاتی ہے، چہرہ متورد ہو جاتا ہے، قے عموماً آنے لگتی ہے، اور تشنگی اور لاسوی نمایاں حد کو پہنچ جاتی ہے۔ مکوسات بڑھ جاتے ہیں اور شکر پولیت قلیل الوقوع

نہیں۔ اختتام کے قریب شجاعت میں تنغیف ہو جاتی ہے اور بعض اوقات یہ بالکل رک جاتے ہیں۔ اگر مریض میجان کے اس درجہ میں زندہ بچ جائے تو بعض شاذ صورتوں میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے اور مختلف اقسام کے شلالت واقع ہو جاتے ہیں جن میں پا فالج (paraplegia) فالج نصفی (hemiplegia) اور لینڈری کا صعودی شلالت (Landry's ascending paralysis) شامل ہیں اور اس کے بعد ہلکے سہات کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ اس میں عموماً زیادہ دقت پیش نہیں آتی خاص کر جب کہ کتے میں مرض کی توثیق ہو جائے۔ مابقیں تب میں بعض اوقات ہچکی، بلعومی شنج، عسر البلع، عصبی عضلی ہیج پیری، لفسہ علویت اور دماغی شجاعتی سال میں ٹکولوں کی زیادتی پائی جاتی ہے، لیکن اس حالت میں سریری روئداد غلغ کی عدم موجودگی اور قلیل فیلکس کے منفی تعامل سے مدد ملتی ہے سیار کاڈ (lyssaphobia) جو ایک ہسٹیریائی مظہر ہے اور جس میں تبہ موجود نہیں ہوتی کتے کے کاٹنے کے عموماً دس دن بعد بخوبی نمایاں ہو جاتا ہے، اور کراز سے داء الکلب کی تفریق فلک بستگی (trismus) کی عدم موجودگی اور عسر البلع کی موجودگی سے کی جاسکتی ہے۔ بعضی شلالت سے (bulbar paralysis) جو کسی سبب سے بھی پیدا ہوا ہو، اور ہندوستان میں دستوراً اور دوسری قسموں کی مسمومیت کے اصابت سے کبھی کبھی دقت پیش آچکی ہے۔ برندہ (vector) میں مرض کی توثیق اجسام نیگرتی کے مظاہرہ سے یا خروکشوں میں دماغی مستحلب کی تطعیم کرنے سے کی جاسکتی ہے۔

انذار۔ جن مریضوں کا علاج نہ کیا جائے ان میں شرح اموات کا اندازہ ۵ سے یکسر ۳۳ فیصدی تک کیا گیا ہے، لیکن جن اصابت میں ابتدا میں مانع داء الکلب تطعیم کی جا چکی ہو ان میں اس میں معتد بہ کمی پائی جاتی ہے اور یہ تقریباً ۱ فیصدی ہے۔ شرح اموات کاٹنے کے مقام کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے مثلاً اگر کاٹنے کا زخم چہرہ پر ہو تو یہ سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ مزید برآں اس کا انحصار دانٹوں کے نشانات کی تعداد

بافتوں کی دریدگی کے درجہ اور اس کی گہرائی، کپڑوں کے حامل ہونے، اور متقاضی علاج کی نوعیت اور اس کو شروع کرنے کی عجلت پر بھی ہے (۱۵)۔ مانع داء الکلب جدین کی جسد رطلہ قطعیم کی جائے (نذار اتنا ہی بہتر ہوتا ہے۔

تحریر۔ انگلستان میں داء الکلب کی روک تھام مندرجہ ذیل حکام سے کی گئی ہے۔ (۱) علم دہن بستگی (muzzling order)۔ (۲) کتوں کی نقل و حرکت پر پابندی۔ (۳) تمام درآمد کنندوں کے لئے سخت قرنطینہ۔ مرض سے متاثرہ خطوں میں ان تمام زخموں کا جو حیوانات کلبی کے کاٹنے سے پہنچیں فوراً مقامی علاج کرنا چاہئے۔ مشتبہ کتے کو ہرگز تلف نہ کرنا چاہئے بلکہ اس کا منہ بند کر کے اسے دس دن تک زیر مشاہدہ رکھنا چاہئے۔ اگر اس مدت کے اختتام پر کتا زندہ اور تندرست رہے تو اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ جس شخص کو کتے نے کاٹا تھا وہ مرض سے سمایت زدہ نہیں ہوا اور اس کے لئے علاج کی ضرورت نہیں۔ یہ قاعدہ جو تمام ادارات پاسچر (Pasteur Institutes) میں اختیار کیا گیا ہے اس مشاہدہ پر مبنی ہے کہ باؤلے کتے کا لعاب دہن مرض کی ابتدا سے پہلے چار دن سے زیادہ ساری نہیں ہوتا اور سمایت زدہ حیوان علامات کے ظاہر ہونے کے بعد چھ دن سے زیادہ ہرگز زندہ نہیں رہتا۔ جن اشخاص کو کاٹنے سے واضح زخم آئے ہوں انکا علاج فوراً شروع کر دینے سے خطرہ کا اندازہ کیا جاسکتا ہے یا صکر جب کہ یہ زخم چہرہ یا گردن پر ہوں اور اگر کتا زندہ رہے تو علاج بند کیا جاسکتا ہے۔ داء الکلب کا قشب سالم جلد میں سے نہیں گذر سکتا لہذا کسی ایسے آدمی میں قطعیم کرنے کا سوال جس کو مشتبہ کتے نے چاٹا ہو صرف اسی حالت میں پیدا ہوتا ہے جب کہ خراشید گیاں تازہ ہوں۔ اگر اس وقت آدمی شاید میں آجائے تو خراشیدگی کو پرنیٹینٹ کے محلول سے دھو کر اس کی کٹی کر دینا چاہئے۔ ان صورت حالات میں مانع داء الکلب قطعیم صرف سی ویت ضروری ہوتی ہے جبکہ خراشید گیاں چہرہ یا گردن پر ہوں یا حیوان میں

علامات رونما ہو جائیں، یا یہ مر جائے یا منقود النجر ہو جائے۔

علاج - (۱) مقامی۔ اگر کتے کے کاٹنے کے بعد آدھ گھنٹہ کے اندر مریض کو دیکھا جائے تو ایک بند لگا دینا چاہئے جس سے وریدی خون کی واپسی میں کاوش واقع ہونے سے خون سانی سے تہا رہنے اور جھوٹے کو پینکٹ کے محلول سے صحت یابی و انت کے ہر نشان میں سلائی ڈاکٹر کو دیکھنا چاہئے اور کسی کی کو دینا چاہئے زخموں کو آؤر سکران کو جو چہرہ پر ہوں کم سے کم تین دن کے لئے ٹائٹ نہ لگانے چاہئیں۔ (۲) مانع داء الکلب جلدیرین (Anti-Rabic Vaccine) اس سے علاج کرنے کا اصول یہ ہے کہ قبل اس کے کہ زخم میں داخل شدہ قشب مرکزی معصبی نظام تک پہنچے مریض میں مرض کے لئے ممانعت پیدا کر دی جائے۔ قشب شوارع (street virus) کے طویل زمانہ حضانت کی وجہ سے یہ ممکن العمل ہے۔ پانچ قسم کی جدیدین استعمال کی جاتی ہیں تعلیم کے زمانہ کے دوران میں مریض کو آرام کرنے اور الکحل سے پرہیز کرنے کی ہدایت کی جاتی ہے۔ پاسچر کی جدیدین (Pasteur vaccine) قشب مخففہ ہوتی ہے جو ایسے خرگوشوں کے احوال شوکی کو پڑاؤں کے زیر اثر ۴۲ پر مختلف مددوں کے لئے خشک کرنے سے ملبار کی جاتی ہے جن میں سرایت زدہ دماغی مستحلبات کی زیر جانی تعلیم کی گئی ہو۔ چودہ دن سے تیرک تین دن تک خشک کئے ہوئے احوال کے مستحلبات کے اٹھارہ اثرا پ کئے جاتے ہیں۔ ہوگی (Högye) کے طریقہ میں قشب کی تخفیف ترقیق سے کی جاتی ہے۔ تازہ نخاع کی لمبی تعلیق (saline suspension) پہلے استعمال کی جاتی ہے، اور اسے بندیچ $\frac{1}{10}$ تک بڑھا دیا جاتا ہے۔ سیمپل (Semple) کی کاربول زدہ جدیدین (carbolised vaccine) دماغی تعلیق پر مشتمل ہے جو ۲۵ فیصدی فینال اور ۸۵ فیصدی لمبی محلول میں بنی ہوتی ہے۔ علاج کا مکمل نصاب ۵ کعب سمر کے چودہ زیر بولڈ اثرا بات ہیں جو روزانہ کئے جاتے ہیں۔ ایتھر زدہ جدیدین (etherised vaccines) سے زیادہ شدید مقامی تاملات پیدا ہوتے ہیں اگرچہ ان کے شکلی عواقب ان عواقب کی نسبت قلیل الوقوع ہیں جو کاربول زدہ جدیدین کے

بعد پیدا ہوتے ہیں۔ قوی ترین جدیرین جو اب ہندوستان میں استعمال کیا جاتا ہے بھیر کے دماغ کے 'جو قشب پیرس (Paris virus) سے سرایت زدہ ہوتا ہے' ۵ فیصدی کاربول زدہ مستحلب پر مشتمل ہوتی ہے۔ خفیف اصابات میں ۲ کعب سمر جدیرین سات دن تک روزانہ دی جاتی ہے اور اوسط اصابہ میں ۵ کعب سمر مقدار چودہ دن تک دینی چاہئے اور شدید اصابات مثلاً بچوں میں جن کو برہنہ جلد پر زخم آئے ہوں اور چہرہ اور گردن کے زخموں کی حالت میں اور گیدڑا اور بھڑیئے کے کاٹنے کی حالت میں ۱۰ کعب سمر کے چودہ روزانہ اشاریات کے خفید نصاب کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ جلدی تعاملات مقام تطہیم کے گرد کھلی اور الیم اور ام کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں، اور تقریباً گیارہویں دن نمودار ہوتے ہیں۔ اثنالی حادثات خوش قسمتی سے قلیل الوقوع ہیں، اگرچہ زندہ اور مردہ دونوں قسم کی جدیرینوں کے بعد یہ مساوی طور پر واقع ہوتے ہیں۔ وجہی عصبی التهاب، ظہری قطعی عضلی التهاب اور لینڈری ٹی قسم کا صودھی نخل بھی پیدا ہو جاتا ہے، موزال ذکر کی شرح اموات ۳۰ فی صدی ہے۔ (18)

دوروں کا علاج۔ نہ تو کیمیائی علاج (chemotherapy) ہی سے کسی قسم کا فائدہ ہوتا ہے اور نہ نوعی مانع دار الکلب مصل سے اور جو کچھ کیا جاسکتا ہے وہ صرف یہ ہے کہ مریض کی تکلیف میں عمدہ تیمارداری اور ممکن علاج سے تخفیف کی جائے۔ مورفین (morphia)، ہائیوسین (hyosine)، کلورل، اور کلوروفارم کے استنشقات، ایٹروپین (atropine) اور کراسے (curare) تنک کا بھی استعمال کیا جا چکا ہے۔ باربیٹوریٹس (barbiturates) کے دروں ویریدی اشاریات بعض اوقات کسی قدر مفید ثابت ہوتے ہیں۔ شہنات کو رفع کرنے کے لئے ہندوستان میں ٹیٹریڈ وٹامکین (tetradotoxin) پاتا ۱ کعب سمر ہر چار گھنٹہ کے بعد بہت کثرت سے استعمال کی جا چکی ہے۔

تپ زرد

(YELLOW FEVER)

بیلوجیک (Yellow Jack) قے سیا (Black Vomit)

ٹائیفس آکٹا ائیڈینا (Typhus Icteroides) وغیرہ۔
یہ ایک عا د ساری مرض ہے جو بیشتر مغربی امریکہ اور برازیل امریکہ
بعض حصوں میں واقع ہوتا ہے اور ایک تقطیر پذیر قش سے پیدا ہوتا ہے جو
شیرسی دھاری والے مچھرائیڈینا ایجپٹائی (Aedes aegypti) (مشیکوماٹیا
فیشی ایٹا: stegomyia fasciata) سے منتقل ہوتا ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض مغربی امریکہ میں ایک خطی مرض کے
طور پر وسیع علاقوں میں پایا جاتا ہے اور عوی داء الفلیقہ (schistosomiasis)
(فلیقہ، مینسن: S. mansoni) کی طرح یہ امریکی باشندوں میں شاید غلاموں
کی تجارت سے منتقل ہوا۔ ملاحوں میں یہ مرض بیلوجیک کے نام سے مشہور تھا
اور اسی دہشت ناک اور پر اسرار مرض سے ان جہازوں کے بہت سے
طرح ہلاک ہوتے تھے جو اس مرض سے متاثر ممالک کے حصوں کو جاتے تھے۔
کوئی نسل مامون نہیں، اور یہ ہر عمر میں عارض ہو سکتا ہے اور دونوں جنوں
کو متاثر کرتا ہے، لیکن بچوں میں اس کا حلا زیادہ شدید نہیں ہوتا کیسٹل
(Carroll) نے مشاہدہ میں یہ ثابت کیا ہے کہ بزد مچھرائیڈینا ایجپٹائی
ہے اور یہ آدمی کے لئے بارہ دن کے عرصہ کے بعد ساری ہو جاتا ہے بشرطیکہ
یہ تپ کے پہلے تین دنوں میں مریض کو کاٹ کر خدا حاصل کرے۔ اس زمانہ
میں مریض کے خون کی تموثری سی مقدار کا شراب کرنے سے دوسرے آدمی
میں سرایت پیدا ہو جاتی ہے، اور تقطیر کے بعد جمعی مصل ساری رہتا ہے۔
جنوبی افریقہ کے زرد تپ کے کمیشن نے مشاہدہ میں یہ دریافت کیا کہ ریس
(Rhesus) بندر (میکا کا مولینا: Macaca mulatta) زرد تپ کے لئے
بہت اثر پذیر ہیں، اور ایسے مریضوں سے حاصل کردہ مصلات جکو تپ زرد

ہو چکا ہو بندوں کو محفوظ کر دیتے ہیں اور یہ کہ قشب سالم جلد میں سے نفوذ کر جاتا ہے۔ قشب برک قلد کے مقطرات وی (V) اور این (N) میں سے گذر جاتا ہے لیکن ڈبلیو (W) میں سے نہیں گذرتا۔ سرایت زدہ خون بہت خطرناک ہوتا ہے، اور سٹوکس (Stokes) لوگوچی (Noguchi) نیگت (Young) اور دوسروں نے اس طریقہ سے ہلکے سرایتیں حاصل کیں۔ تجربات سے یہ ثابت ہوا ہے کہ ایڈلینا ایچ پی ٹائی کے علاوہ پھر کے بہت سے انواع مرض کو منتقل کر سکتے ہیں۔

یہ ثابت کیا جا چکا ہے (۱۴) کہ معمولی حشائی پرورشی قشب (vicerotrophic virus) قطعاً ت سے اور بعد میں چوہیوں کے دماغ میں گزارنے سے عصبی پرورشی قشب (neurotrophic virus) میں تبدیل ہو جاتا ہے جس کے خواص معین ہیں اور یہ حشائی پرورشی قشب کے خلاف زرد تپ پیدا کرنے کے بغیر ممانعت پیدا کر سکتا ہے۔ مصل کا زیر جلدی اثر اس عصبی پرورشی قشب سے پہلے آدمی میں جنٹا ماتقدمی منبع کے لئے دیا جاتا ہے۔ یہ خطر سمجھا جاتا ہے اور بہت سے مصل بنائے جا چکے ہیں۔ اس امر سے کہ زرد تپ سے شفا یاب امابا ت میں فعال مصل اجسام مثلاً موجود رہتے ہیں مرض کا مقامی حدوث معلوم کرنے میں استفادہ کیا جا چکا ہے۔ چوہیوں کا استعمال اس لئے کیا جاتا ہے کہ ریس بندروں پر بہت خرچ آتا ہے۔ حفاظتی کاشفہ (protection test) (۱۵) یہ ہے کہ چوہیا میں پہلے نشاستہ کے محلول کی دروں دماغی تطعیم کی جاتی ہے اور اس کے بعد مصل اور قشب کا ایک دروں باریطونی اثر اب کیا جاتا ہے۔ اگر مصل میں مصل اجسام موجود نہ ہوں تو قشب دماغ میں مخمق المقام ہو جاتا ہے اور الہا سب دماغ (encephalitis) پیدا کر دیتا ہے اور موت چودہ دن کے اندر واقع ہو جاتی ہے اور اگر یہ موجود ہوئی ایسا نہیں ہوتا۔ حفاظتی کاشفات نہ صرف پہلی دریاؤں کا اشاریہ بلکہ تطعیم کے بعد اکتسابی ممانعت کا بھی اشاریہ (index) ہیں۔

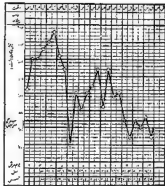
(امراضیات - جلد اور مصلی غشاؤں میں بعض اوقات نزقات اور

یرقان پایا جاتا ہے۔ جلابت موت (rigor mortis) بخوبی نمایاں ہوتی ہے۔ جگر کی تراش زرد اور دھنسی ہوتی ہے اور مرارہ میں تاریک اور گاڑھا صفر موجود ہوتا ہے۔ وسط منطقی شحمی انحطاط اور نزقات کثرت سے پائے جاتے ہیں اور ترشہ پسند دروں نواتی عمومی اجسام بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ گردوں میں امتلا اور سحابی ورم پایا جاتا ہے۔ عطفہ قلب زردی مائل اور پیللا ہوتا ہے۔ عضلی عناصر کا رجحان اور ذرات دار انحطاط عام طور پر موجود ہوتا ہے اور لاذخی بطینی بندل کے متاثر ہونے سے بطور القلب (bradycardia) واقع ہو جاتا ہے۔ تاوکلات اور ششی نزقات معدہ اور اثنا عشری میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ موت عموماً مرض کے پانچویں یا چھٹے دن واقع ہو جاتی ہے اور اس اثنا میں خون کی براسۃ جلد سرایت پہنچانے کی قوت غائب ہو جاتی ہے۔ تیب زرد میں جو حیاتی کیمیائی تغیرات پیدا ہوتے ہیں ان کو جگر کے فعل کے نقصان کا نتیجہ قرار دیا جاسکتا ہے اور جیسا کہ مرض کے نام سے ظاہر ہے یرقان عموماً موجود ہوتا ہے اور لارمی طور پر شدید نہیں ہوتا۔ کلوی فساد فعل کم نمایاں ہوتا ہے۔ وان ڈنبرگ کا بلا واسطہ تعامل آبل یا دوسہلکتی ہوتا ہے اور مثبت بالواسطہ عموماً ۲ سے لیکر ۶ اکائیوں تک پایا جاتا ہے۔ موت سے پہلے بعض اوقات انتہائی قلت شکر دمویٹ (hypoglycemia) دیکھنے میں آتی ہے۔ لون صفر اور اطرح صفر بعض اوقات پیشاب میں آنے لگتے ہیں جس کا تعامل ترشی ہوتا ہے اور جس میں البیومن موجود ہوتی ہے اور افراط سے سرخ خلیات اور سبائک پائے جاتے ہیں۔ متاخرہ اراج میں خون کے یوریا میں اضافہ ہو جاتا ہے اور گاہے گاہے انقطاع بول (anuria) پیدا ہو جاتا ہے۔ دماغی شغاعی سیال کا دباؤ بڑھ جاتا ہے اور کہا جاتا ہے کہ اس میں گلوبولن اور کلورائیڈس کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔

علامات - زمانہ حضانہ تین سے پانچ دن تک ہے اگر چہ گاہے گاہے اور جلد میں سے تماسی سرایت واقع ہونے کی حالت میں یہ بعض اوقات دس دن تک بڑھ جاتا ہے۔ تین مریری اقام دیکھنے میں

آتے ہیں۔ (۱) مخفیف یا سروروی قسم۔ یہ باؤل میں یا مقامی مرض کے رقبہ جات کے سکونی زمانہ میں دیکھنے میں آتی ہے اور اس کے خواص درد تپے اور عارضی تپ ہیں جو ایک سے بیکر چار دن تک رہتی ہے۔ البیومن بہت بالعموم موجود ہوتی ہے اور مخفیف مایرٹان پیدا ہو جاتا ہے۔ (۲) معمولی قسم۔ اسکی تین ہیئتیں پائی جاتی ہیں۔ قوی درجہ۔ ابتدا سروروی لگنے کے احساس اور تشہیرہ کے ساتھ دفعہ ہو جاتی ہے اور تپ ۱۰۲ تا ۱۰۴ فہرٹیک تیزی سے بڑھ جاتی ہے۔ مریض جہی درد، درد کر، درد جوارح اور نورسکی کی شکایت کرتا ہے۔ چہرہ متور د ہوتا ہے، ملتحمات مشروب ہوتے ہیں، زبان پرموٹی فرو موجود ہوتی ہے اور اس کے کنارے شوخ سرخ ہوتے ہیں، برص کا درد موجود ہوتا ہے، اور متلی اور تپے اکثر دیکھنے میں آتی ہیں بطرح (prostration) اکثر شدید ہوتا ہے۔ البیومن بولیت دوسرے دن واقع ہوتی ہے اور بند بوج بڑھتی جاتی ہے، لیکن الوان صفر متاثر درجہ تک نہیں پائے جاتے۔ اول اول نبض سریع ہوتی ہے اور اس کا تناؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے، لیکن جب اذینی بطینی بندل ماؤف ہو جاتا ہے تو اس کی رفتار تیسرے دن سست ہو کر ۶۰ تا ۷۰ فی منٹ رہ جاتی ہے باوجودیکہ تپش مرتفع ہوتی ہے (فیجٹ کی امارت : Faget's sign)۔ تپ کے ثانوی ارتقاع میں بھی یہ سست رہتی ہے۔ فائرا کا درجہ۔ یہ درجہ دیر تک نہیں رہتا اور ہمیشہ موجود بھی نہیں ہوتا۔ یہ تیسرے یا چوتھے دن دیکھنے میں آتا ہے۔ اور تپش کے ۱۰۰ فہرٹیک گرنے یا اس سے بھی کم ہو جانے اور علامات کی تنخفیف سے ظاہر ہونا ہے۔ اس کے اختتام پر کبھی شفا ہو جاتی ہے، اور کبھی تپ پھر زیادہ ہو جاتی ہے۔ نہالکت کا درجہ۔ تپش پھر بڑھ جاتی ہے، لیکن یہ تین دن زیادہ نہیں رہتی۔ کبھی کبھی برص کی تکلیف اور تپش پیدا ہو جاتی ہے۔ جگر کلائی یا فٹہ اور الیم ہوتا ہے اور یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ نمشات سیاہ خونی براز (melena) اور سیاہ تپے (black vomit) بھی کم کثرت سے دیکھنے میں نہیں آتے۔ تناؤ کی کمی اور بطور القلب بھی موجود ہوتا ہے۔

قلیت بول (oliguria) قاعدہ موجود ہوتی ہے لیکن ہلکے اصابات میں انقطاع بول پیدا ہو جاتا ہے۔ (۳) خاطف قسم (Fulminating Type)۔ یہ جلد ہلکے ثابت ہوتی ہے، اور جن علامات سے یہ میسر ہے وہ یہ ہیں۔ بلند تپش، نمشی یا پپوریائی جلدی نزقات، مسوڑوں میں سے رساؤ، رعاف، سیاہ فم، سیاہ خونی براز، یرقان اور انقطاع بول۔ شدید ہچکی، عضلی رعاش اور ہڈیاں نمایاں ہوتے ہیں اور مریض تیسرے یا چوتھے دن انتہائی قسم الدم سے ہلاک ہو جاتا ہے۔



نکسات ساز و نادر ہی ہوتے ہیں، اور مرض قاعدہ دس دن سے زیادہ نہیں رہتا۔ جب تپش ایک دفعہ طبعی ہو جاتی ہے تو مریض آہستہ آہستہ شفا یاب ہونے لگتا ہے۔ پیچیدگیاں عموماً واقع نہیں ہوتیں، لیکن دل، نزلج، اور یرقان نقیہیت کے دوران میں پیدا ہو سکتے ہیں۔

شکل ۹۳۔ تیپ کا نقشہ تپش جو ابتدائی انقطاع تپش، فترہ، اور ثانوی ارتفاع کو ظاہر کرتا ہے

تشخیص: خفیف اصابات کی شناخت مشکل ہوتی ہے۔ کسی اثر پذیر حیوان میں ایسے خون کی تعلیم کرنے سے جو مرض کے پہلے تین دن میں لیا گیا ہو یا زمانہ نقیہیت میں صل میں چوبیس کے حفاظتی کاشف سے نیچے اجسام کا مظاہرہ کرنے سے تشخیص کی جاسکتی ہے۔ اوسط شدت کے اصابات میں ابتدائی اکسیومن بولیت، مفرط انبطاح، بطور القلب اور یرقان سے، جو تقریباً چوتھے دن

ظاہر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ جگر میں ایسیت اور کلائی بھی پائی جاتی ہے۔
تشخیص کی طرف رہنمائی ہوتی ہے۔ سفر اوی فترہ دار تپ اور سیاہ بولی تپ
دونوں میں یرقان اوایل میں نہیں نمودار ہوتا ہے، کبر لہال نمایاں ہوتا ہے
اور لیریا کے طفیل بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ ہیموگلوبن بلیت بلاشبہ
سیاہ بولی تپ کا ایک میز خاصہ ہے۔ وائٹل کا مرض (Weill's disease) تپ
سے بہت مشابہ ہوتا ہے۔ سریری نقطہ نظر سے درد اور عضلی ایسیت زیادہ
نمایاں ہوتی ہے، فیجٹ کی امارت غائب ہوتی ہے، یرقان بہت شدید
ہوتا ہے اور چوچوں کے ساتھ پیشہ ورا نہ یا کسی دوسرے تعلق کی روئند موجود
ہوتی ہے۔ وائٹل کے مرض کے تپ زرد کے ساتھ خلط ملط ہو جانے ہی سے
۱۹۱۸ء میں توکوچی نے غلطی سے موخوالد کر مرض کے سبب کو کسی خفیف مغولہ
(Leptospira) سے فسوب کیا۔ جمیٹاکہ مد یرقان میں کبر لہال موجود ہوتا
ہے اور اطرائی خون میں پیچ موئیہ (spirochaetes) یا سانی دریافت کئے
جاسکتے ہیں۔ ڈینگہ میں البیومن بولیت نہیں ہوتی، قلت غلیات امیض اہف
خلوت کے ساتھ میز ہوتی ہے اور نوران بھی اقیاری خاصہ ہے جو تیر سے
دن نمودار ہوتا ہے، اور یرقان شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آیا ہے۔

انذار۔ اوسط شدت کے اصابات میں شرح اموات ۷۰ فیصد رہی

۱۰۰۱ کے قریب ہے۔ ہر کیف ہر ایک وبا میں بہت سے ایسے خفیفہ اصابات
ہوتے ہیں جو شناخت نہیں کئے جاتے، اور ان سے ظاہر شرح اموات
کم ہو جاتی ہے۔ گہرا یرقان، شدید زف، انقطاع بول، دشوار علاج چھکی
اور شدید عصبی مظاہر خطرناک ہوتے ہیں۔

تھریز۔ مریضوں کو علاج کے لئے ایسے وارڈوں میں رکھنا چاہئے
جن میں پھر داخل نہ ہو سکیں، اور پھر وہاں کے خلاف تمام تدبیریں اختیار کرنی
چاہئیں۔ چونکہ بلا واسطہ جلدی سرایت کے وقوع کا خطرہ ہوتا ہے اس
لئے اطباء اور مرضات کو وبائی رقبہ جات میں تمام حموی اصابات کے
خون لیتے وقت برث کے دستا نے استعمال کرنے چاہئیں عصبی پریشی قش

اور فیج مصل سے جلد بین رتی کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ خون میں بلند عیار کے منبع اجسام پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ بظاہر ہر بے خطر معلوم ہوتی ہے، اگرچہ شدید تعاطلات پیدا ہو سکتے ہیں۔ نقیہ مصل سے صرف عارضی حفاظت پیدا ہوتی ہے۔

علاج مطلق آرام اور باہر دھیمہ رداری ضروری ہے۔ سیالات بافراط دئے جائیں لیکن جاذبیتوں میں کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ مشروبات مٹکھ کوں اور سوڈیم کاربونیٹ شامل کر دئے جاتے ہیں یا یہ راستہ معائنے مستقیم دئے جاتے ہیں۔ شدید امصابات میں ۲ تا ۳ بانسٹ دروں وریڈی گلو کوں (۵ فلیکس) روزانہ دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اگر ایک مرتبہ تب شروع ہو جائے تو فیج مصل کا مرض کے محرک کوئی اثر نہیں ہوتا۔ علاماتی علاج اکثر ضروری ہوتا ہے۔ جب تب ۱۰۳ ف سے اوپر ہو تو سرد اسفنج پھیرنے کی ضرورت ہوتی ہے، تھکے کے لئے شیمپین یا ٹیکو آف آئیوڈین براستہ دہن دی جاسکتی ہے، ہچکلی برعد پر رانی کا پلستر لگانے سے رفع کی جاسکتی ہے اور انقطاع بول کا علاج صلب پر پیالے لگانے، اور دروں وریڈی اثرات سے کیا جاتا ہے۔

ڈینگ

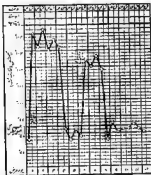
(DENGUE)

ہڈی توڑ بخار (Break-bone Fever) ڈینڈی تب (Dandy Fever)۔ یہ ایک نوعی مرض ہے جو سات دن سے زیادہ نہیں رہتا اور ایک قطیرہ زہر قتب سے پیدا ہوتا ہے جو ایڈینس ایجیپٹائی (Aedes aegypti) مچھر سے منتقل ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ ڈینگ عموماً مدارینی ممالک میں واقع ہوتا ہے اور یہ معتدل ممالک میں بھی کسی حد تک دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ اکثر وبا کی شکل میں نمودار ہوتا ہے، لیکن انفرادی امصابات بھی پائے جاتے ہیں۔ عمر کا ہر ایک حصہ اور دونوں صنفیں اثر پذیر ہیں۔ تب کے پہلے تین دنوں میں قتب دورانی خون میں موجود ہوتا ہے، اور جو ایڈینس ایجیپٹائی اس قسم کے خون سے

غذا حاصل کریں و درم بھر کے لئے سرایت نرد ہو جاتے ہیں۔ اگرچہ قبل اس کے کہ ان کے کانٹے سے سرایت منتقل ہو سات سے لیکر گیارہ دن کا عرصہ گزرنا ضروری ہے۔ ایک طرف سے ہمیشہ مناعت پیدا نہیں ہوتی۔ غلامات۔ زمانہ حفاظت تین سے لیکر سات دن تک ہے۔ ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ سردی کا احساس اور سر اور کراہت چشم

میں درد ہوتا ہے اور تپ بہت جلد بڑھ جاتی ہے (۱۰۳ تا ۱۰۴ ف)۔ کمر میں اور جوڑوں کے گرد اکثر نہایت ہی شدید درد محسوس ہوتا ہے، لیکن گرد مفصلی التهاب کے امارات مثلاً سرخی اور ورم قلیل الوقوع ہیں۔ زبان فرو دار ہوتی ہے، اس کے حاشیے سرخ ہوتے ہیں، اور حلق اور ملتحات متلی پائے جاتے ہیں، چوبیس گھنٹہ سے لیکر اڑتالیس گھنٹہ تک کے عرصہ میں جیسرہ گردن اور سینہ پر کی جلد اکثر متور اور سرخ ہو جاتی ہے، اور یہی نام نہاد اولی طبع ہے۔ بے چینی



شکل ۹۴۔ ڈینگ کا نقشہ و پیش جس سے تپ کی دوہینی قسم ظاہر ہوتی ہے۔

اور سہر (بے خوابی) میں خواص ہیں، اور عدم اشتہا، تپ اور قبض بھی بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ بعض وباؤں میں عقی اور فوق الکبری غد دکلائی یا فتنہ پائے جاتے ہیں۔

نبض جو پہلے تیز ہوتی ہے جلد ہی سست ہو جاتی ہے، اور تیسرے یا چوتھے دن پیش بھران سے ۱۰۰ ف تک گر جاتی ہے یا اس سے بھی نیچے

پلی جاتی ہے، اور ساتھ ہی پسینہ بھی آتا ہے اور گاہے گاہے اسہال یا رغا بھی موجود ہوتا ہے۔ مریض اکثر اپنے آپ کو صحت مند تصور کرتا ہے لیکن چند گھنٹہ سے لیکر تین دن تک کے عرصہ میں تپش پھر بلند ہو جاتی ہے اور مثالی زین نما نقشہ تپش اسی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جوارح میں درد اور ذہنی انقباض پھر نمودار ہو جاتا ہے اور بعض اوقات جوارح اور دھڑ پر حصہ نمایاں قمریہ نما طغخ پیدا ہو جاتا ہے جو دبانے پر غائب ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد نقشہ واقع ہوتا ہے اور کبھی کبھی کھلی بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ نام نہاد ثانوی طغخ عموماً چوتھے دن سے لیکر چھٹے دن کے درمیانی عرصہ میں یا اس سے پہلے نمودار ہوتا ہے اور چند گھنٹہ سے لیکر تین دن تک موجود رہتا ہے۔ قلت غلیات ابھیں جس کے ساتھ اضافی لمف غلو بیت پائی جاتی ہے اس مرض کے بہت میز خواص میں سے ہے تپ کا ثانوی حملہ عموماً دو یا تین دن تک رہتا ہے اور نقیبیت عموماً بغیر کسی قابل ذکر امر کے شروع ہو جاتی ہے۔ چھید چھیاں شاذ و نادر ہی نمودار ہوتی ہیں، لیکن بہت گرم موسم میں بعض اوقات تپ مفرط عارض ہو جاتی ہے جو ضرورتہ الحرارة کی شکل اختیار کرتی ہے۔ ذہنی انقباض بھر اور جوڑوں کا گرد مصلی درد جو تکلیف دہ ہوتا ہے گاہے گاہے عواقب کے طور پر رہتا ہوتا ہے۔ وباؤں میں سرری مظاہر کے لحاظ سے معتد بہ اختلاف پایا جاتا ہے اور اس طرح ایک ہی وبا میں انفرادی اصابت میں بھی اختلاف پایا جاتا ہے۔ ثورانات ہمیشہ موجود نہیں ہوتے، جوارح کا درد بعض اوقات نمایاں ہوتا ہے اور تپ کے اقسام میں معتد بہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ گاہے گاہے تپ قلیل المدت ہوتی ہے اور صرف تین دن تک رہتی ہے (ایک دہشتی قسم)، اور بعض اوقات یہ چھ سات دن تک جاری رہتی ہے لیکن اختتام کے قریب اس میں عموماً اضافہ ہو جاتا ہے۔ دو ہشتی قسم میں تپ میں ایک مکمل وقفہ پایا جاتا ہے، اور اس لحاظ سے یہ مثالی زین نما نقشہ سے مختلف ہے جس میں غیر حموی زمانہ نہیں پایا جاتا (10)۔ بچوں میں رعا ف پیشخبات زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں اور ان میں شرح اموات

زیادہ ہے تشخیص۔ وبا کے دوران میں شخص عموماً آسان ہوتی ہے، لیکن انفرادی ڈینگہ کوریگ مگسی تب اور انفلوئنزا سے تمیز کرنے میں بعض اوقات معتد بہ وقت پیش آتی ہے۔ تپوں کے ٹائپسی گروہ اور ثورانی تپوں کو بھی ذہن نشین رکھنا چاہئے، اور تپ زرد کی شناخت ابتدائی البیومن پولیت مفرط انبطاح اور یرقان اور قلت علیات ابض کی عدم موجودگی سے کی جاتی ہے۔
 (انذار۔ شرح اموات بہت کم ہے، اور یہ مختلف وباؤں میں آتا ہے۔) ۵۔ فیصدی رہی ہے۔ اموات صرف کمزور اور مسرشتخاص اور کم عمر بچوں میں واقع ہوتی ہیں۔

تحریر۔ اس مرض کی تحریر مچھ دفع کرنے کی تدابیر اختیار کرنے پر مشتمل ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر میں رکھا جاتا ہے اور سیال غذا دی جاتی ہے۔ ابتدائے مرض میں مین کا استعمال کرنا چاہئے اور دوران مرض میں معرق آمیزہ (diaphoretic mixture) دینا چاہئے۔ جب تپ ۱۰۲-۱۰۳ ف ہے متجاوز ہو جائے تو سرد اسفنج پھیرنے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اسپیرن (aspirin) فیناسیٹین (phenacetin) اور کفین سٹریٹ سے اکثر جوڑوں کے درد کو تسکین ہو جاتی ہے، لیکن شدید اسباب میں مورفیا (morphia) کی ضرورت ہوتی ہے۔ دوران نقیہیت میں آب و ہوا کی تبدیلی، غذا کی فراوانی اور مقوی علاج مناسب ہوتا ہے۔

ریگ مگسی تب

(SAND-FLY FEVER)

فلیباٹومی تب (Phlebotomus Fever) برعشی

تپ (Papataci Fever)۔

ریگ مگسی تب ایک تقطیر پذیر قشب سے پیدا ہوتی ہے اور برعش

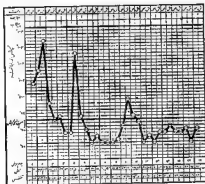
(Phlebotomus papatasi) سے منتقل ہوتی ہے۔

بحث اسباب - قش خون میں مرض کے صرف پہلے دو دنوں میں موجود ہوتا ہے، اور بخش ایسے خون سے غذا حاصل کرنے کے بعد سات دن یا اس سے زیادہ عرصہ گزرنے سے پہلے مرض منتقل نہیں کر سکتی۔ اس زمانہ میں قش رنگ گھسی برنہ میں پختہ ہوتا ہے اور یہ گھسی شاید اپنے بچوں میں بھی قش منتقل کر دیتی ہے۔ ریگلمی تپ اپنی افزائش نسل زیادہ تر درختوں کی چھال کے نیچے، لکڑی کی درزوں یا پتھر کی دیوار کی دراڑوں میں، اور چٹانی تختوں (rockeries) میں یا کھنٹی مکانات کے ارد گرد کے کواڑا کرکٹ یا کنکر پتھر میں کرتی ہے۔ یہ مرض مدارینی یا تحت مدارینی مالک میں انفرادی شکل میں یا شدید وباؤں کی شکل میں نمودار ہوتا ہے، اور معتدل مالک مثلاً وسطی یورپ میں بھی موسم گرما میں اس کے پھیلنے کا اندراج کیا جا چکا ہے بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ اس سے ۹۰ فیصدی آبادی متاثر ہو جاتی ہے، اور ہر عمر اور ہر دو صنف کے افراد اثر پذیر ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ اس تپ کے ایک حملہ کے بعد ممانعت ڈینگ کے مقابلہ میں زیادہ دیر تک رہتی ہے۔

علامات - زمانہ حضانتہ دو سے سات دن تک ہے، اور یہ عموماً تین سے لیکر پانچ دن تک ہوتا ہے۔ ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ سردی کا احساس، درد سر، تپ اور کمر اور جوارح میں درد ہوتا ہے۔ چہرہ اور گردن متورم اور ملتحات مشرب ہو گئے ہیں، اور بعض اوقات تپ بطور القلب (bradycardia) اور قلتِ خلیات ابیض (leucopenia) بھی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ اضافی لطف خلوت موجود ہوتی ہے۔ سریری تصویر فی الحقیقت ڈینگ کے ابتدائی ارتفاع پیش سے ناقابل تمیز ہوتی ہے، لیکن پیش کا ثانوی ارتفاع اور ملتحات بہت قلیل الوقوع ہیں۔ چھید گلیاں نادر الوقوع ہیں، نقیہیت سریع ہوتی ہے، لیکن ذہنی انخفاض تپ کے اتر جانے کے بعد بعض اوقات کسی دن تک برقرار رہتا ہے۔

تحریر - اس مرض کو روکنے کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ برنہ حشر کو

ان مقامات پر تباہ کر دیا جائے۔ جہاں اس کی افزائش نسل ہوتی ہے۔ اور نیچے کی منزل کے گروں میں فائبریلین یا "فلٹ" ("Flit") کا رشاش کیا جائے اور رات کو بہت باریک مانی کی سہری کا استعمال کیا جائے۔ معمولی سہری کافی نہیں ہے۔ علاج ڈینگے کے علاج کے متماثل ہے جو بہت سے اعتبارات سے ریگس ٹیپ سے قریبی تعلق رکھتا ہے۔



شکل ۵۵۔ ٹپ وادی شقاق (Rift Valley fever) کا نقشہ تپش
جو ابتدائی ارتفاع تپش اور دو نکات ظاہر کرتا ہے۔

ٹپ وادی شقاق (Rift Valley fever) (مقامی حیوانی وبائی التهاب کبد: Enzootic Hepatitis)۔ ایک تھیل امدت نوعی تپ ہے جو ایک تقطیر پذیر قشب سے پیدا ہوتا ہے اور کنیا کی نوآبادی میں شیپوں میں واقع ہوتا ہے (۱۶) اور شائد مداین کے دوسرے حصوں میں بھی پایا جاتا ہے۔ انسانوں کو یہ مرض سرایت زدہ حیوانات کے بلا واسطہ تماس سے

یہ عمل میں قشب کو چھوٹے سے عارض ہو جاتا ہے۔ آدمی میں یرقان ظاہر نہیں ہوتا تب ایک دن سے لیکر تین دن تک رہتی ہے، لیکن نکسات واقع ہو سکتے ہیں صرف ایک ہی ہلک انسانی اصابع کا اندراج موجود ہے جس میں موت مستعد دریدی حلقیتوں سے واقع ہوتی۔

کتبہ مناخی

(CLIMATIC BUBO)

کتبہ ملدارینی، (Tropical Bubo) لغوی اریسکی

ملعنا اربی (Lymphogranuloma Inguinale)

یہ ایک نہراوی مرض ہے جو ایک تقطیر پیدر قشب سے پیدا ہوتا ہے۔
بحث اسباب - اس مرض سے خاصکر بالغ مرد متاثر ہوتے ہیں اور یہ ملازمین میں دیسی عورتوں سے عارض ہوتا ہے۔ ان امبابات پر عمل کرنے کے دوران میں انگلیوں کے سرایت زدہ ہو جانے سے جراحوں کو بغلی کہے ہو چکے ہیں۔ یہ مرض افریقہ کے مشرقی اور مغربی ساحل پر اور چین اور جاپان میں پایا جاتا ہے، اور اب انگلستان اور براعظم (یورپ) میں بھی اس کے امبابات شناخت کئے جا چکے ہیں جن کی تعداد در روز افزوں ہے، اور یہاں یہ مرض سفید فام عورتوں سے منتقل ہوتا ہے۔ پیپ میں جراہیم نہیں ہوتے، لیکن گئی گئیوں میں اس کا زیر جلدی اشراب کرنے سے بڑے بڑے کچے پیدا ہو جاتے ہیں۔ قشب بر کفلڈ کے مقلار میں سے گزرجاتا ہے اور چوہوں اور بندوں میں دروں داغی اشراب سے منتقل کیا جاسکتا ہے۔
امراضیات - خود آپس میں جڑ جاتے ہیں اور ترشش کاٹنے پر سرخی مائل رنگت دکھائی دیتی ہے۔ ان میں اکثر لینت اور قبیح واقع ہو جاتا ہے، اور کہنہ جات بعض اوقات سبزی مائل یا رماوی رنگ کی مغالطی پیپ سے پڑھتے ہیں۔ خردین سے امتحان کرنے پر یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اریسکی بافت یعنی ناہضات (fibroblasts) سرکہ ناہلیات جن کی ترتیب اکثر

سیاحی ہوتی ہے، اور کثیر الاشکال نواقی خلیات امیض سے مرکب ہے اور بعض اوقات اس میں مغزتی خلیات بھی پائے جاتے ہیں۔

علامات۔ زمانہ حضانت چند دن سے لیکر تین ہفتہ تک ہوتا ہے اور اولی ضرر قضیب پر چھوٹے چھوٹے نلہ شکل قروح کی شکل میں نمودار ہوتا ہے۔ اربی غدد کے وسطی گروہ کا ایک جانی یا دو جانی ورم ایک ہفتہ سے لیکر چھ ہفتہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس عارضہ کی طرف توجہ اول اول کنج ران میں تکلیف اور الیمیت کے احساس سے جو ممکن ہے کہ درد کی شکل اختیار کر لے اور تپ کی موجودگی سے منعطف ہوتی ہے۔ مجتمع غدد چھوٹے پر کی مقدار الیم اور بہت سخت ہوتے ہیں، اور یہ جلد سے پوشیدہ ہوتے ہیں جو پہلے سرخ ہوتی ہے اور بعد میں نیلگوں بنفشی ہو جاتی ہے۔ جب تھقی ترقی کر جاتا ہے تو توجہ کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، اور تقریباً ۵ فی صدی اصابات میں اجواف پیدا ہو جاتے ہیں۔ حرقی غدد اکثر پوٹارٹ کے رباط سے اور ایک سخت تودہ کی شکل میں جس پذیر ہوتے ہیں، لیکن یہاں وسیع تھقی کبھی واقع نہیں ہوتا۔

عمومی خصائص یہ ہیں۔ تپ جو عموماً متفرق قسم کی ہوتی ہے، عدم اشتہا اور وزن کی کمی۔ جلدی ثورانات کا بھی ذکر کیا گیا ہے جو کیری حمرار (erythema nodosum) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ پیش بعض اوقات کئی ہفتہ تک جاری رہتی ہے اور کبھی کبھی یہ صرف چند دن تک ہی رہتی ہے۔ غدد کا اندام کبھی تو دو ماہ میں مکمل ہو جاتا ہے اور کبھی ڈیڑھ سال تک ملتوی رہتا ہے۔ دوسرے عوارض جو عورتوں میں شاذ و نادر پائے جاتے ہیں، مثلاً مزمن دالغیل اور فرج کا تفرج اور معائنے مستقیم کا الہائی تضیق اسی قشب کی سرایت سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ قرانی کا دروں دمی کا شذ (Frei's intradermal test) ان اصابات میں مثبت ہوتا ہے (18)۔

تشخیص۔ دیسی عورتوں کے ساتھ مجامعت کی روئداد اہم ہے۔ تناسلی نلہ (herpes genitalis) اولی ضرر کے مشابہ ہوتا ہے، اور اس مرض کو

فلاریائی، عفونی اور تمدنی التهاب غدہ، اور کولرنا (chancreoid)، سوزاک اور آفتک سے پیدا شدہ زہراوی کبوں اور ان کبوں سے جو طاعون، تپ موش گردی اور ٹولاریمین سے پیدا ہوئے ہوں، تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ معمولی تحقیقات سے جو کاشت اور حیوی معائنہ (biopsy) سے حاصل کردہ مادہ کی تراش اور فرائی کے دروں آدمی کا شغ پر مشتمل ہے، بہت مدد ملتی ہے۔ موزال ذکر ایک نوعی حاسیتی تعامل تصور کیا جاتا ہے اور اس کے انجام دینے کا طریقہ یہ ہے کہ عقیم کردہ مرقی پیپ کا اثر اب آدمی میں کر دیا جاتا ہے اور ۸۴ گھنٹے مشاہدات کئے جاتے ہیں۔ مثبت تعامل کے لئے ایک سرخی مائل درختہ بترہ ضروری ہوتا ہے جس کا قطر ۵، ۷، ۱۰، ۲۰ مہر ہوتا ہے، اور یہ کبہ دارینی کے قشب کی سرایت پر دلالت کرتا ہے۔ انذار۔ موت شاذ و نادر ہی واقع ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں مرض کا عمر مزمن ہوتا ہے اور ضررات کا اندمال بعض اوقات اٹھارہ مہینوں میں ہوتا ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر پر آرام کرایا جاتا ہے، اسے مغذی غذا دی جاتی ہے اور مقوی علاج کیا جاتا ہے۔ مقامی طور پر کتبہ کی تشعیر لاشعاعوں سے کی جاسکتی ہے۔ خیر نوعی بروین سے صدمہ پہنچانے کا علاج آزمائش کا مستحق ہے اور یہی اے۔ بی ویکسین سے بہترین طور پر پیدا کیا جاسکتا ہے۔ پہلے ۵ مین مصیبت کا اثر اب کیا جاتا ہے اور پھر درجہ وار دروں وریڈی اثرات سے جو مین یا چار دن کے وقفوں پر کئے جلتے ہیں اس سے تعداد کو ۱۰۰ مین تک بڑھا دیا جاتا ہے۔ ابتدائے مرض میں استیصال سے بہت عمدہ نتائج پیدا ہوتے ہیں، لیکن غدہ کے فحشی سلسلہ کو علیٰ حالہ چھوڑنا چاہئے۔ جہاں توجہ کا مظاہرہ کیا جاسکے وہاں عیدم الغفونت حالات کے تحت پیپ کا استیصال کر دینا چاہئے۔ سوئی کبہ سے کچھ فاصلہ پر تندہیت جلد میں داخل کی جاتی ہے۔ اس درجہ پر استیصال کرنے سے شالوی سرایت کے پیدا ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے۔

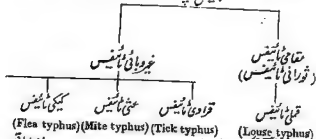
رکٹسیا (Rickettsia) سے پیدا شدہ امراض
 رکٹسیائی سرایتیں صرف انہی امراض میں پائی جاتی ہیں جن میں بربدہ
 (vector) مفصل پایہ (arthropod) ہوتا ہے اور ان کا ذکر اول
 رکٹس (Ricketts) نے سلسلہء میں کوہستان راکی کے دھبے وار تپ میں
 کیا تھا۔ اب تک یہ وبائی ٹائیفس، تپ خندقی، جاپانی تپ دریائی، مرض بِل
 (Brill's disease) اور مداریخی ٹائیفس میں جو انسان کو عارض ہوتا ہے
 اور موشیوں میں ہارٹ وارٹر (heart-water) میں شناخت کئے جا چکے
 ہیں۔

رکٹسیا اجسام (Rickettsia bodies) گرام مثبت اور جراثیم کی طرح
 کے صغیر الجسامت عضویات ہیں ($0.5 \mu - 1.5 \mu \times 0.3 \mu$) اور
 ان میں کثیر الاشکالی (pleomorphism) کی طرف ایک نمایاں رجحان پایا جاتا
 ہے۔ یہ مفصل پائی بربدوں کے روہ کے مرحلہ اور برازدوں میں پائے
 جاتے ہیں، اور نیز انسان کے خون اور انسانی بافت کے درحلی اور دوسرے
 خلیات میں موجود ہوتے ہیں اور ان کا مقام دروں غلوی ہوتا ہے۔

رکٹسیا اجسام تپوں کے ٹائیفی گروہ کے تسبیعی تعلق کی وجہ سے
 عظیم الہمیت ہیں، اور اس گروہ کی تعداد تیزی سے بڑھ رہی ہے۔ معمولی
 ٹائیفس انسان سے انسان کو نقل (جوں) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے اور
 غیر وبائی اقسام ابتدائے قوارض (rodents) کے امراض ہیں اور انسان کو موشوں،
 قراد، اور عنکبوت (mites) سے منتقل ہوتے ہیں۔

اس گروہ کی جماعت بندی فی الحال حشراتی بربدوں کے لحاظ سے
 (Megaw) کی رائے کے مطابق بہترین طور پر کی گئی (19)۔

ٹائیفس



(Flea typhus) (Mite typhus) (Tick typhus) (Louse typhus)

وائل فیکس کا تعامل (Weil-Felix Reaction) (20) - یہ عملیاتی تعامل ٹائیفس کی وبائی اور غیروبائی دونوں قسموں کو شناخت کرنے کے لئے معتد بہ اہمیت رکھتا ہے، اور اس کا انحصار اس امر پر ہے کہ پروٹیسز گروہ کے بعض تولون نما عضویات ٹائیفس کے مریضوں کے مصلوں سے متعلق ہوجا رہے ہیں۔ عضویات کی اب دو نسلیں استعمال کی جا رہی ہیں کثیر الاشکال عصیہ ایکس ۱۹ (B. proteus X19) اور کثیر الاشکال عصیہ ایکس کے (B. proteus XK)۔ ایکس کے الزاقت تعاملات تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں اور یہ عموماً مرض کے دوسرے ہفتہ میں ظاہر ہوتے ہیں۔ زمانہ نقیہت میں عیار (titre) بعض اوقات ۱:۱۰۰۰ تک بلند ہوجاتا ہے اور یہ تعامل کئی ہفتوں تک مثبت رہتا ہے۔ ایکس ۱۹ (X19) کے لئے قوی مثبت تعامل قملی یا کیکی ٹائیفس کو ظاہر کرتا ہے، اور ایکس کے (XK) کے لئے قوی مثبت تعامل عشی ٹائیفس (mite typhus) کو۔ اگر ٹائیفس کی طرح کی تپ میں ابتدا سے چودھویں دن منفی تعامل حاصل ہو یا دونوں نسلیوں کے لئے معیہیت کمزور ہو تو اس سے قراوی ٹائیفس (tick typhus) کی تشخیص کی تائید ہوتی ہے۔

قلمی ٹائیفس

(LOUS TYPHUS).

مقامی وبائی ٹائیفس (Endemic Typhus)
ٹورانی ٹائیفس (Typhus Exanthematicus) تب

زہلہ (Jail Fever)۔

ٹائیفس تب جو جوؤں سے منتقل ہوتا ہے وبائی شکل میں پھیلتا ہے اور غالباً دکشیاپس و ویزیکلی (Rickettsia prowazeki) سے پیدا ہوتا ہے۔

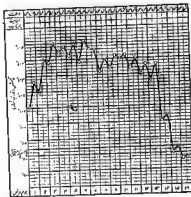
بحث اسباب۔ ٹائیفس کی صرف یہی ایک قسم ہے جو وبائی شکل میں نمودار ہوتی ہے، اور ۱۸۲۷ء تک یہ تب محرکہ سے تمیز نہیں کی جاتی تھی۔ گذشتہ صدی میں یہ مرض انگلستان، سکاٹ لینڈ اور ویز میں قلیل الوقوع نہیں تھا، لیکن اب یہاں یہ نہیں پایا جاتا۔ جنگ عظیم کے دوران میں روس اور جرمنی میں اس مرض کے وسیع حملے ہوئے۔ یورپ کی سرد آب و ہوا میں یا گرم ممالک مثلاً مصر اور فلسطین کے موسم سرما میں یہ کسی وقت بھی پھیل سکتا ہے۔ ہندوستان میں یہ صرف ہمالیہ اور شمال مغربی میدانون میں پایا جاتا ہے، لیکن جنوب کی طرف اور آگے مدارینی خط میں نہیں پایا جاتا کیونکہ جوں اتنی حرارت میں زندہ نہیں رہتی۔ مناعت کسی نسل میں نہیں پائی جاتی، ہر عمر کے اشخاص پر حملہ ہوتا ہے اور ایک حملے سے عموماً مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ فلپٹ ماحول، آبادی کی گنجائی، غذا کی قلت اور قحط سے اس مرض کے پھیلنے میں مدد ملتی ہے۔ حموی زمانہ میں لیا ہوا انسانی خون بندروں کے لئے ساری ہوتا ہے، لیکن ساری عارف برکفلڈ کے مقطارات میں سے نہیں گذرتا۔ نکولی (Nicolle) اور کونسل (Conseil) نے ٹائیفس کے سرایت زدہ جوں کے ذریعہ سے منتقل ہونے کا مظاہرہ کیا ہے، لیکن یہ اغلب ہے کہ انسانی سرایت گزیدگی سے براہ راست

واقع ہونے کی بجائے جسم کی خراشیدگیوں میں سے ان پر باز کے لئے جانے سے واقع ہوتی ہو۔ جو ٹائیفیڈ خون پر غذا حاصل کرنے کے پانچ سے لیکر دس دن بعد سرایت زدہ ہوتی ہیں اور ایک دفعہ سرایت زدہ ہونیکے بعد عمر بھر سرایت زدہ رہتی ہیں اور مکشیاسیہ دو میزیکلی ان کے غذائی خطہ کے سرطانی خلیات میں پایا جاتا ہے جن سے اس کا استریتا ہے انسانی اصابت میں رکشیاس کا مظاہرہ چھوٹے عروق خون کے درطی خلیات میں بھی کیا جاسکتا ہے۔

امراضیات - ابتدائی مراح میں طحال نرم اور بعض اوقات کلانی یافتہ ہوتی ہے اور جگر اور گردوں میں ورم سبحانی پایا جاتا ہے اور عضلہ قلب انحطاط یافتہ ہوتا ہے۔ شعبتی ذات الریه سے بیشتر خاتمہ ہوتا ہے۔ فریکل نے سلاوا میں جو میزضرات بیان کئے تھے وہ شریانی اور شعری دیواروں کے درطی استر کے نکاثر پر مشتمل ہیں جس کے بعد تخریروں کا ہوتا ہے اور شاکم لئی خلیات اور مصلی خلیات سے گرد عرقی در ریزش بھی واقع ہو جاتی ہے۔ اس طرح ٹائیفیڈ کا ذب در نے پیدا ہو جاتے ہیں جو جلد احتشاء اور دماغ میں پائے جاسکتے ہیں اور موزالذکر مقام میں قاعدی عقد لُب اور قشرہ ان سے خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ جلد کے چھوٹے چھوٹے عروق میں حلقیت واقع ہونے سے منشی ثوران پیدا ہوتا ہے۔

علامات - زمانہ حضانت عموماً آٹھ سے لیکر بارہ دن تک ہوتا ہے اور اس کے حدود پانچ سے لیکر بیس دن تک ہیں۔ منذرات عمومی کمندی متلی اور عدم اشتہا پر مشتمل ہیں۔ ابتدا اکثر فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ سردی کا احساس یا لرزہ، تب، جہی درد، کمر اور جوارح میں درد اور شاذ طور پر تھ اور برمدی درد پایا جاتا ہے۔ غنودگی اور غفلت ابتدائے مرض ہی سے نمایاں ہوتی ہے۔ ذہن کند اور چہرہ سرخ ہوتا ہے۔ ہاتھ ممتل ہوتے ہیں زبان پر جھبی ہوتی ہے قبض نمایاں ہوتا ہے پیش عام طور پر تقریباً تیسرے دن اوج پر پہنچ جاتی ہے اور بعد میں تب آٹھ سے لیکر بارہ دن تک

قاعدہ مسلسل رہتی ہے (نقشہ ۴) ساراں بعد فیض است واقع ہوتے ہیں اور تپش اسخام کار ابتدا سے بارہ یا سولہ دن بعد سرعہ عمل یا بحران سے قیامی حالت کو پہنچ جاتی ہے۔ گاہے گاہے تپش مرض کے ابتدائی درجہ ہی سے متغیر قسم کی ہوتی ہے۔ چوتھے یا پانچویں دن طغ غلابی لطفی یا بثری ثوران کی شکل میں نمودار ہوتا ہے جو پہلے دباؤ سے غائب ہو جاتا ہے، لیکن بعد میں کثرت نشی



شکل ۹۶۔ قلبی ٹائیفس کا نقشہ تپش جس سے مسلسل تپ ظاہر ہوتی ہے جو تیرہویں دن بحران سے نیچے آئی ہے۔

ہو جاتا ہے۔ یہ اول اول اکثر بغلوں میں اور صلب پردہ کیمنے میں آتا ہے لیکن بعد میں تمام دھڑ اور عموماً ٹانگیں اور بازو اس سے متاثر ہو جاتے ہیں، عمر چہرہ اس سے متاثر نہیں ہوتا۔ خالط اصابت میں پر پورائی چکلتیاں نمودار ہو جاتی ہیں۔ طغ خود ایک اختلاف پذیر عرصہ کے لئے موجود رہتا ہے جو کئی

دن سے لیکر دو ہفتہ تک ہوتا ہے۔ مسمیٰ مظاہر ابتدائے مرض ہی میں نمودار ہو جاتے ہیں اور ذہول (stupor) بعض اوقات ہڈیان کے ساتھ یا اس کے بغیر یا بچوں دن ہی صحتی حالت میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ علاوہ ازیں صحتیت (meningismus) کے علامات گردن کی بازکشی کے ساتھ نمودار ہو جاتے ہیں اور التهاب سحایا (meningitis) کی سی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ جب مرض ترقی کر جاتا ہے تو زبان خشک ہو جاتی ہے اور بعض اوقات اس کی رنگت سیاہ ہو جاتی ہے، دانتوں پر ورم پیدا ہو جاتا ہے، نبض زیادہ تیز اور کمزور ہو جاتی ہے، اصوات قلب بعید ہو جاتے ہیں اور خون کا دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ اس پر بعض اوقات عضلہ قلب کے قفل کا اضافہ ہو جاتا ہے، اور دوسرے ہفتہ کے دوران میں اکثر کھانسی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ پھیپھڑوں کے قاعدوں پر مرطوب آوازیں موجود ہوتی ہیں۔ قبض مرض کا ایک نمایاں خاصہ ہے، لیکن شدید امصابات میں گاہے گاہے اس کی جگہ اسہال پایا جاتا ہے۔ معمولی تحقیقات سے بعض اوقات مدد ملتی ہے۔ سرخ خلوی شمار میں بہت کم تبدیلی پائی جاتی ہے لیکن خفیف سی کثرت خلیات ایض مع کثرت خلیات تعدیل پسند (neutrophilia) قلیل الوقوع نہیں۔ دماغی نچائی سیال کا دباؤ بڑھ جاتا ہے اور اس میں منفی خلیات اور گلوبولن با فراہم پائے جاتے ہیں۔ سب سے اہم امر یہ ہے کہ دوسرے ہفتہ میں مصل تقریباً ہمیشہ بی۔ پیس و ٹیٹس ایکس ۱۹ (B. proteus X19) کو طر قی کر دیتا ہے۔

پھیپھڑیاں قلیل الوقوع نہیں، اور یہ مندرجہ ذیل ہیں: التهاب الشعب شعبتی ذات الریہ، فحذی اور دوسری وریدوں کا علقی وریدی التهاب (thrombophlebitis)، شریانی علقیت جس کے ساتھ جوارح اور خاصکر پاؤں کی انگلیوں اور پاؤں کی انگلیں ہوتی ہے، التهاب کفغیہ (parotitis) التهاب اذن وسطی، بہرین، اور بستری قروح۔

تشخیص۔ وباؤں کے دوران میں کوئی وقت پیش نہیں آتی لیکن

انفرادی اصابات میں قسم کے میاسم (stigmata) ' نقشہ تیش اور طبع سے تشخیص کی طرف رہنمائی ہو جاتی ہے اور بعد میں اسکی مصلیاتی توثیق کر لینی چاہئے۔
انذار - شرح اموات جو مختلف وبائوں میں مختلف رہتی ہے ۱۰ سے لیکر ۳۰ فیصد تک ہے اور یہ عمر اشخاص میں خاص طور پر زیادہ اور بچوں میں کم ہوتی ہے۔ ابتدا ہی میں معرقی حالت کا ظہور، ریٹورائی، تھکے اور ششجنتی ذات الریہ اور علقیت کی طرح کی پیچیدگیاں خطرناک ہوتی ہیں۔
تھمریز جسم کی جون کو تباہ کرنے اور ان سرایت زدہ مفصل پایوں سے جلدی تماس کو روکنے پر مشتمل ہے۔

علاج - مریض کی تیمارداری لازمی طور پر لیٹے رہنے ہی کی حالت میں کرنی چاہئے اور اسے تازہ ہوا اور سیالات با فرط طے چاہئیں۔
صحیات دہن کی طرف خاص طور پر توجہ دینی چاہئے، قبض کو حقنوں سے رفع کرنا چاہئے اور بستی قروح کو روکنا چاہئے۔ سیال غذا دینی چاہئے جو پھلوں کے رس، گلوکوس، دودھ اور تخنیوں پر مشتمل ہو، اور جہاں ضرورت ہو سیال کی بہم رسانی کو مغذی حقنجات اور گلوکوس کے دروں و ریدی محلول (۵ فیصدی) سے بڑھا دینا چاہئے۔ سرد اسفنج پھرنا پیش کو کم کرنے، اور بے خوابی کو رفع کرنے اور دوسرے عصبی مظاہر کے لئے بھی مفید ہوتا ہے۔ برانڈی اور سکناٹ مثلاً مارفیا، کلورل اور ہائیوسین کا استعمال بھی بعض اوقات ضروری ہوتا ہے۔ قطنی کچو کے سے دماغی شو کی سیال کیسج لینے سے سحائیت (meningismus) رفع ہو جاتی ہے اور یہ ایک متعل تدبیر ہے، اور بالغوں میں نقیہ مصل دینا چاہئے اگر یہ مل سکے۔

قرادی ٹائیفس (Tick Typhus) - قرادی ٹائیفس کی سب سے زیادہ شہور و معروف قسم تپ کوہ راکی یا دھبہ دار تپ ہے جو شمالی امریکہ میں پائی جاتی ہے، لیکن ٹائیفس کی طرح کی دوسری تپیں جو قراد (چھرا یوں) سے منتقل ہوتی ہیں ہندوستان، جنوبی افریقہ، کنیا، ناہیجریا اور بحر روم کے ساحل پر پائی جاتی ہیں۔ امراض کے اس گروہ میں وائل فیکلس کے التزاتی تعامل

کی ویسی اہمیت نہیں کیونکہ یہ اکثر منفی ہوتا ہے اور صرف کم عیار ہی میں مثبت ہوتا ہے۔

تپ کوہ راکی

(ROCKY MOUNTAIN FEVER)

دھبے دار تپ (Spotted fever) تپ سیاہ

(Black fever) نیلا مرض (Blue disease)۔

شمالی امریکہ میں اس مرض کی جغرافیائی تقسیم محدود ہے اور یہ بیشتر کوہستان راکی کے ان خطوں میں پایا جاتا ہے جن کی بلندی ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ فٹ ہے۔ ساری عامل ایک رکشیائی عضو ہے (ڈرماسینٹروکسیٹس رکشیائی *DermacentroIxenus rickettsi*) ہے جو ڈرماسینٹرو اینڈرسنائی (*Dermacentor andersoni*) یا وینسٹس (*venustus*) کے انواع کے سرایت زدہ قراوات اور سرایت زدہ انسانوں میں پایا جاتا ہے۔ قدرتی میزبان جنگلی قوارض ہیں جن میں زمینی اور پہاڑی گلہریاں اور چپ مٹک (*Chipmunks*) شامل ہیں۔ کئی گھونٹوں میں اس مرض کی تجربہ طعیم کی جاسکتی ہے اور ان میں ایک مثبت ٹکڑن موثر تعامل (*Pinkerton-Mooser reaction*) پیدا ہوجاتا ہے جس کے میز خواص عفونت الدم، التهاب خصبہ اور پردہ غدیرہ میں انصباب کا اجتماع ہیں جس میں رکشیائی اجسام موجود ہوتے ہیں۔ مرض کے ایک خط سے مناعت پیدا ہوجاتی ہے، لیکن یہ قملی ٹائیفس کے لئے نہیں ہوتی۔ امراضیات۔ مرضی تشریح قملی ٹائیفس کے مشابہ ہے، لیکن عرفی مرحلہ کے سکاڑے علقت اور گنگرین اکثر پیدا ہوجاتی ہے۔

علامات۔ زمانہ حضانت چار سے بارہ دن تک ہے، اور عمومی اور سرری تصویر قملی ٹائیفس کے مشابہ ہیں۔ مگر طغ زیادہ نمایاں ہوتا ہے اور دوسرے دن سے لے کر پانچویں دن تک کے عرصہ میں پہنچو لڈ، بخنوں اور کمر پر نمودار ہوتا ہے اور بعد میں چہرہ، ہتھیلیوں اور تھوڑوں پر پھیل جاتا ہے

اور قلی ٹائیفس میں ایسا نہیں ہوتا۔ طحال عموماً کلائی یافتہ ہوتی ہے اور عاف اور برقان قلیل الوقوع نہیں۔ تپ کا رجحان طویل المدت ہونے کی طرف ہوتا ہے اور اوج (fastigium) کے دوران میں زیادہ نمایاں فترات پائے جاتے ہیں۔ تحلیل (lysis) سے چند روز پہلے تپ اکثر متوقف قسم کی ہوجاتی ہے۔ ایسومون بولیت ادھل مرض ہی میں پیدا ہوجاتی ہے، اور کثرت خلیات ابیض ایک نواتی خلیات (monocytes) کی تعداد کے اضافہ کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ صغنی، خلف، ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں اور لوڑ تین کی گمشدہ ترین خفیف سے اصابت میں بھی واقع ہوجاتی ہے۔ شعبتی ذات الری قلی ٹائیفس کی نسبت کم کثرت سے واقع ہوتا ہے، لیکن دوسرے اعتبارات سے دونوں قسم کے تپوں کی پیچیدگیاں ایک ہی ہیں۔

تشخیص تشخیص کی توثیق تطعیم کردہ گنی پگ میں مثبت پیکرمن مؤثر تعامل کے نمودار ہونے سے کی جاسکتی ہے۔ ایکس ۱۹ (X19) اور ایکس کے (XK) کے لئے وائل فیلکس کا تعادل زیادہ سے زیادہ صرف خفیف سا مثبت ہوتا ہے۔ دماغی نغاعی تپ کی تفویضی تشخیص نغاعی سیال سے کی جاتی ہے۔ انداز - شرح اموات میں مختلف خطوں میں نمایاں اختلاف پایا جاتا ہے۔ علاج - بہترین حفظ ماتقدمی تدابیر یہ ہیں کہ سرایت زدہ خطوں میں قراذات کے کاٹنے سے بچنا چاہئے اور اگر وہ کامیں تو کار با لک ایڈ سے نیکو یہ عمل میں لایا جائے۔ دوائی علاج انہی اصولوں پر کیا جاتا ہے جن پر قلی ٹائیفس کا کیا جاتا ہے۔

ہندوستان میں قراذی ٹائیفس

(TICK TYPHUS IN INDIA)

ٹائیفس گروہ کی یہ تپ بہت سے اعتبارات سے تپ کوہ راکی کے مشابہ ہے اور شاید جنگلی قوارض سے قراذات کے ذریعے سے منتقل ہوئی ہے۔ سمکث اسباب - یہ مرض وسطی سطح مرتفع ہند میں سردی کے

موسم میں ۵۰۰ فٹ کی بلندی پر اور کوہستان ہمالیہ میں گرمی اور خزاں کے موسم میں ۴۰۰ فٹ کی بلندی پر مقامی طور پر رونما ہوتا ہے۔ اکثر مندرجہ امیال بات یورپینوں ہی کے متعلق ہیں۔ معمولی بزندہ رائیسی کیفیلس سینگو ٹینٹس (*Rhipicephalus sanguineus*) معلوم ہوتا ہے (21) لیکن یہ ابھی ثابت نہیں ہوا۔

علامات - زمانہ حضانت عموماً سات سے لیکر بارہ دن تک ہوتا ہے ابتدا حسب معمول فوری ہوتی ہے، تپش کا ارتقاع زینہ نما ہوتا ہے اور تپ دس سے لیکر سولہ دن تک رہتی ہے۔ طبع تیسرے دن سے لیکر پانچویں دن تک کی مدت میں نمودار ہوتا ہے اور یہ گلابی لکھات یا بشور پر مشتمل ہوتا ہے جو دبانے سے غائب ہو جاتے ہیں۔ ٹائیفس کی دوسری قسموں کی طرح پہلے تاریک سرخ اور پھر بھورا ہو جاتا ہے اور پھر دبانے سے غائب نہیں ہوتا۔ بھوری تلویں بعض اوقات چند ہفتوں تک برقرار رہتی ہے۔ پہلے بازو اور ٹانگیں متاثر ہوتی ہیں اور بعد میں یہ ہتھیلیوں اور ٹلوں اور دھڑ اور چہرہ پر پھیل جاتا ہے۔ نشات اور پریشانی ثورات نامت بھی بعض اوقات دیکھنے میں آتے ہیں۔ عصبی اضطراب نمایاں ہوتا ہے لیکن یرقان نادر الوقوع ہے۔ دوئل فیکس یا تو منفی ہوتا ہے یا پروٹیس ایکس (proteus X 19) کے لئے صرف خفیف سا مثبت ہوتا ہے (۱/۱۰ تا ۱/۱۰۰)۔ کثرت خلیات امیض متوسط درجہ کی ہوتی ہے اور یک نواخی خلیات میں اضافہ پایا جاتا ہے، مگر تپ کوہ اکی کے خلاف گہنی چمک تجرئی تطعیم کے لئے اثر پذیر معلوم نہیں ہوتے۔ تشخیص - مقامی مرض کے رقبہ جات میں ٹائیفس کی طرح کی تپوں کے حارض ہونے سے تشخیص کی طرف رہنمائی ہوتی ہے۔

انذار - یہ مرض تپ کوہ راکی کے مقابلہ میں کم شدید ہے اور شرح اموات غالباً ۵ فیصدی ہے۔

علاج - اس مرض کا علاج قلی ٹائیفس کے علاج کے مشابہ ہے جسکا مختصر ذکر اس کے بیان میں کیا جا چکا ہے۔

..... **جُغتی ٹائیفس (Mite Typhus)** - ٹائیفی تپ کی اس قسم کے متعلق جو ابتدا میں سوسوگیموشی (tsutsugamushi) یا جاپانی تپ دریائی کے نام سے مشہور تھی اور جو سروی عثوں (larval mites) کے کاٹنے سے منتقل ہوتی ہے، پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ اس کی تقسیم شمالی جاپان کے بعض دریاؤں تک محدود ہے لیکن بعد میں یہ معلوم ہوا کہ یہ فارموسا اور کوریامی بھی پائی جاتی ہے۔ اب یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ مرض مشرق بعید کے دیگر حصوں میں بھی رونما ہوتا ہے جن میں وفاق ریاستہائے ملائیا، سماٹرا، اور شاٹل چین اور آسٹریلیا بھی شامل ہیں۔ جُغتی ٹائیفس کے تمام اصابت سے جاپانی تپ دریائی کی سرری تصویر کی توثیق نہیں ہوتی، اور یہ اغلب ہے کہ اس گروہ میں کبھی ایک مختلف مگر متجانس امراض موجود ہوں۔ مثال کے طور پر ملائیا کے کٹاسی ٹائیفس (scrub typhus) میں کوئی ابتدائی قرعہ یا التهاب عروقی لطف نہیں پایا جاتا، اور سماٹرا کے کاڈب ٹائیفس (pseudo-typhus) کی شرح اموات بہت کم ہے۔ علاوہ انہیں یہ دونوں امراض ٹسرومبی کیولا ڈیلی ٹینس (Trombicula deliensis) سے منتقل ہوتے ہیں، اور جاپانی تپ دریائی کا مفصل پائی برندہ ٹسرومبی کیولا ایکوموشی (Trombicula akumushi) ہے۔

جاپانی تپ دریائی

(JAPANESE RIVER FEVER)

سوسوگیموشی (Tsutsugamushi) کیڈانی کا
جُغتی مرض (Kedani Mite disease) تپ سیلاب
(Flood fever) مرض ایکوموشی (Akumushi disease) -

یہ مرض ہر دو اصناف کے اشخاص پر ہر عمر میں حملہ آور ہوتا ہے، اور یہ چین کے جزیرہ میں سن کی فصل کاٹنے والوں میں، اور جاپان، کوریا اور فارموسا میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہے۔ اس کا سبب غالباً مکشسیا نیوناسکا

(*Rickettsia nipponica*) ہے اور یہ سروی ٹشہ ٹروپیکولا ایکوموشی (*Trobiculla akumushi*) سے منتقل ہوتا ہے جو جلد سے اکثر دو یا تین دن تک چپکا رہتا ہے۔ اس سے مقامی تنخر اور تقرح پیدا ہو جاتا ہے جس کے بعد متعلقہ غدود لطف میں الیم کلائی واقع ہو جاتی ہے۔

اگر اعضاء - مقامی قروح اور التهاب غدود کے علاوہ عضلہ قلب کی لینت، ریوی امتلا، التهاب الشعب اور کبر لحال کا ذکر بھی کیا جا چکا ہے۔ علامات - ٹشہ کے کاٹنے کے پانچ دن سے لیکر چودہ دن تک کے عرصہ کے بعد مریض کو ازہ ہوتا ہے جس کے ساتھ درد سر، دوران سر اور تپ ہوتی ہے جو پہلے مسلسل قسم کی ہوتی ہے اور پھر متفرق ہو جاتی ہے اور دو یا تین ہفتہ تک رہتی ہے۔ مقامی طور پر ایک چوٹا سا قرعہ پایا جاتا ہے جس کے گرد ایک تاریک ہالیزہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی التهاب عروق لطف اور متناظر لطفی غدود کی الیم کلائی پائی جاتی ہے۔ طغ یا پنجوں یا ساتویں دن کے درمیان پیدا ہوتا ہے اور سرخ لطفات اور شور پر مشتمل ہوتا ہے جن کا قطر تقریباً ۵.۵ سنٹی میٹر ہوتا ہے۔ بازو، ٹانگیں، دھڑ، چہرہ، ہتھیلیاں اور ٹلوے بھی بعض اوقات متاثر ہو جاتے ہیں۔ نشات شاذ و نادر ہی ظاہر ہوتے ہیں لحال کلائی یافتہ ہو جاتی ہے، اور معمولی قلبی، ریوی اور عصبی مظاہر بھی پیدا ہو جاتے ہیں جو تپوں کے ٹائیفسی گروہ میں عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ قلتِ خلیات ابیض موجود ہوتی ہے جس کے ساتھ تعدیل پسند خلیات میں بھی کمی پائی جاتی ہے، اور وائیکس فیکس تعامل نی پس وائیکس انجس کے (B. proteus XK) کے لئے شدت سے مثبت ہوتا ہے گرائیکس ۱۹ (X 19) کے لئے نہیں ہوتا۔

انذار - شرح اموات مختلف رقبہ جات میں ۵ تا ۶۰ فی صدی پائی جاتی ہے۔

علاج - اہم تحریری تدابیر یہ ہیں کہ میدانی قوارض کو تباہ کر دیا جائے اور مناسب لباس پہنا جائے، روزانہ غسل کیا جائے اور رعشات کو دفع کر دیا جائے

نما کہ یہ کاٹنے نہ پائیں۔ لمبی علاج انہی اصولوں پر کیا جاتا ہے جن کا خاکہ قملی ٹائیفس کے بیان میں دیا جا چکا ہے۔

کیکی ٹائیفس (Flea Typhus) - جو ٹائیفس پیوٹوں سے منتقل ہوتا ہے اس کے دو بڑے اقسام ہیں یعنی مرض برلس (Brills' disease) جو ریاستہائے متحدہ امریکہ میں پایا جاتا ہے، اور مداریٹی ٹائیفس کی شہر قلم جو طایا میں ہوتی ہے، اور ان لوگوں کو عارض ہوتی ہے جو گوداموں میں کام کرتے ہیں۔ سرایت کا تزیہ دونوں اقسام میں غالباً چہا ہے اور چوسے کا پیوٹو زینوپسلا چٹولیس (Xenopsylla cheopis) پرندہ ہے۔ ان دونوں امراض میں امصال کا ڈائل فیکس الراتی تغال بی سپروٹیس ایکس ۱۹ (B. proteus X19) کے لئے شدت سے مثبت ہوتا ہے۔

دونوں امراض غیر وبائی قسم سے ہیں اور سرری نقطہ نظر سے یہ قملی ٹائیفس کے متھانس ہیں۔ شرح اموات کم ہے اور ۲ فیصدی سے زیادہ نہیں بڑھتی۔ مرض برلس میں مسلسل تپ دفعہ عارض ہو جاتی ہے اور تقریباً پانچویں دن لٹمی بخوری طبع نمودار ہو جاتا ہے اور یہ نشا و نودا رہی پر پورائی بنتا ہے۔ تپ تقریباً چودھویں دن بحران سے ختم ہو جاتی ہے۔ جیہی در و سر غفلت اور انبطاح قملی ٹائیفس کی طرح نمایاں ہوتے ہیں۔

نکولی (Nicolle) کا یہ خیال ہے کہ جو بھری ٹائیفس فرانسیسی جنگی جہازوں کے ملاحوں کو عارض ہوتا ہے وہ سرایت زدہ چوہوں کے پیوٹوں سے منتقل ہوتا ہے، اور میگا (Megaw) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ ممکن ہے کہ ٹائیفس کی طرح کی ان بعض تپوں کے متعلق جو بحیرہ روم کے ساحل پر اور مشرق بعید اور آسٹریلیا میں پائی جاتی ہیں انجسام کا یہی ثابت ہو کہ یہ اسی گروہ سے تعلق رکھتی ہیں۔

جراثیمی امراض

ایسے کئی ایک جراثیمی امراض ہیں جو عموماً مدائرن میں ہوتے ہیں لیکن یورپ میں بھی پائے جاتے ہیں، اور ایک اہم گروہ یعنی معانی حیات کا ذکر

جس میں محرکہ اور محرکہ نما حیات شامل ہیں کسی اور باب میں کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ ۷۱)۔

عصوی زحیر

(BACILLARY DYSENTERY)

بیسٹری ڈسنٹری (bacillary dysentery) یعنی عصوی زحیر ایک حادثہ عی الہیاب قولون ہے جو مختلف اقسام کے عصیات زحیر سے پیدا ہوتا ہے جن کی اجابتوں سے تجربہ کی جاسکتی ہے۔

بحث اسباب - جن عضویوں سے زحیر پیدا ہوتا ہے وہ یہ ہیں، شیشہ کروسی عصیہ (Shiga - Kruse bacillus) جس کی تجربہ شدہ اقسام میں کی گئی تھی اور جو میناٹ کی تخمیر نہیں کرتا، اور فلیکٹر کے وائی (Y) عصیات جن کی پانچ مصلیاتی قسمیں ہیں جو وی (V)، ڈبلیو (W)، ایکس (X) والی (Y) اور زیڈ (Z) سے تعبیر کی جاتی ہیں۔ ان کے علاوہ ایک اور عصیہ بھی ہے جو سون کا عصیہ (Sonne's bacillus) کہلاتا ہے اور یہ لیکٹوس میں دیر سے تخمیر پیدا کرتا ہے۔

یہ مرض عمر کے تمام حصوں میں اور تمام قوموں اور دونوں صنفوں کو عارض ہو سکتا ہے، لیکن معتدل آب و ہوا کے ممالک کی نسبت مدارینی اور تحت مدارینی خطوں میں یہ زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ بہر حال زحیر فلیکٹر کے چلے یورپ میں فوجی بارکوں، محبوسوں اور مائٹوں (asylums) میں وقتاً فوقتاً ہوتے رہتے ہیں اور اسی قسم کے عصیات بچوں کے اسپتال گروا کے بہت سے اصابت کے ذمہ دار ہیں۔ یہ مرض سرایت زدہ افراد یا گھر لوگوں کے ذریعہ سے غذا اور پانی کے برائی تلوث سے پھیلتا ہے۔ آبادی کی کثافت، غذا کی قلت اور سویر تغذیہ اس سرایت کے اسباب معتد میں سے ہیں۔ مدارین میں یہ مرض ابتدائے موسم گرما، خزاں اور برسات میں زیادہ کثرت سے پھیلتا ہے۔ جنوبی افریقہ کی کھنگ میں افواج کا دسواں حصہ اس سے

تباہ ہو گیا تھا اور گذشتہ جنگ عظیم میں معرکہ کے مشرقی میدانوں مثلاً گیلی پولی میں نیچر ونا کی شکل میں نمودار ہوا اور اس کے نتائج خطرناک رہے۔

امراضیات - عصوی زحیر میں حادثائیں بریتی قولونی التهاب پیدا ہو جاتا ہے، معائے مستقیم، عوجہ سینٹی، اور اخمور نہایت شدت سے ماؤف ہو جاتے ہیں، اور شدید ترین اصابت میں لفافہ یعنی (ileum) کا زہرین ۲ یا ۳ فٹ حصہ بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ جگر متلی اور کلائی یافتہ ہو جاتا ہے، ماساریقی خند سرخ اور متورم ہو جاتے ہیں اور نمایاں لاغری پیدا ہو جاتی ہے بہت نمایاں خواص یہ ہیں کہ التهاب سطحی قسم کا ہوتا ہے، اور غشاء سے مخاطی یکساں طور پر ماؤف ہوتی ہے۔ اول اول غشاء سے مخاطی سرخ اور متلی دکھائی دیتی ہے، اور بعض اوقات اس میں ہلکی نرغات پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ اکثر مخاطی دہلیز سے پورے پھیلے پائی جاتی ہے۔ حادثات طبعی شیکائی سرائیوں میں قولونی مخاطیہ کے بڑے بڑے رقبہ جات بعض اوقات سبز گنگرینی غشاء میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ جوں جوں التهاب میں ترقی ہوتی ہے مخاطیہ فائبروں سے درمختہ ہوتا جاتا ہے اور چکیتی وار ترویجی تنخر پیدا ہو جاتا ہے۔ تسلسلے مشعرض یا بے ڈول دہلیز قروح پیدا ہو جاتے ہیں جو بیشتر مخاطیہ کے متورم ٹکٹوں پر واقع ہوتے ہیں اور موزا لڈر دہلیز یافتہ، متہیج اور متلی غشاء سے مخاطی سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ شفا یابی کی حالت میں اندام بغیر اندام کے واقع ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے مزمن زحیر کے ایسے اصابت بھی بیان کئے جا چکے ہیں جن میں رودہ کی دیوار میں دہلیز اور استواری موجود تھی اور مخاطیہ اریجی تھا جس سے جریان خون ہوتا تھا اور اس پر منفرد قروح تھے اس قسم کی حالت معتدل ممالک کے مزمن تقرحی التهاب قولون سے ناقابل تیز ہوتی ہے، اور بعض ارباب سند جن کی تعداد قلیل ہے اسے بھی مصیبت زحیر ہی کی سرایت سے منسوب کرتے ہیں۔

علامات - سریری خصائص میں مریض کی قوت مزاحمت اور سبب عضو کی قبلیت اور قسم کے لحاظ سے وسیع اختلافات پائے جاتے ہیں

بعض سرایتیں اکثر خفیف ہوتی ہیں، ٹیکسٹروائی (۷) کی متوسط درجہ کی شدید ہوتی ہے، اور ٹیکسٹروائی سرایت نہایت خطرناک ہوتی ہے۔ ہیضہ کی طرح اس مرض میں بھی تسم الدم اور نابیدگی فرداً فرداً سریری خاکہ کے پیدا کرنے میں بعض اوقات ایک اہم حصہ لیتے ہیں۔

مثالی الماہ میں ابتداً فرداً ہوتی ہے اور ساتھ ہی تپ بھی ہوتی ہے اور اس سے پہلے بعض اوقات سردی کا احساس بھی ہوتا ہے۔ بعد میں عموماً درد سر، متلی اور قے پیدا ہو جاتی ہے۔ قولنجی درد شکم، مغاطی دموئی اجابتوں کا تھوڑی تھوڑی مقدار میں بار بار ہونا، اور ترزتر (tenesmus) جو عضلہ عامر کے تشنج سے پیدا ہوتا ہے انتیازی خواص ہیں۔ چوبیس گھنٹہ میں چار سے لیکر پچاس تک اجابتیں ہو جاتی ہیں، اور مینٹن (Manson) کا یہ فقرہ کہ ”مریض کو ڈس سے سریش ہو جاتا ہے“ اس حالت کو ظاہر کرنے کے لئے ناموزوں نہیں ہے۔ جب تسم الدم بڑھ جاتا ہے تو رخسار متورّد ہو جاتے ہیں، اور چہرہ سے اضطراب ظاہر ہوتا ہے، اور تپ میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ نبض زیادہ تیز ہو جاتی ہے، اور زبان پر سیل کی ترجم جاتی ہے اور زرد نظر آتی ہے۔ بے چینی ذہنی اختلاط، بے خوابی اور نہریان مہلکی بعض اوقات پیدا ہو جاتے ہیں نابیدگی کے ساتھ ساتھ ان دماغی علامات میں اضافہ ہو جاتا ہے، اور ساتھ ہی پیاس بھی محسوس ہوتی ہے، چہرہ پچک جاتا ہے، زبان بھوری اور خشک ہو جاتی ہے، اور قلت بول، یوریا کا اعتبار، اطرائی وریڈوں کا مہبوط، عضلی ایٹھن، نبض میں کمزوری اور تیزی، اور خون کے دباؤ کی کمی پائی جاتی ہے، اور شیر خوار بچوں میں یا فوختات (fontanelles) متعوض ہو جاتے ہیں جن حالتوں میں ترشہ سمیت پیدا ہو جاتی ہے، ان میں نفس گہرا اور سریع اور بقاء مدہ بھی ہو جاتا ہے۔ شدید ترین اسباب بعض اوقات ہیضہ کے مشابہ ہوتے ہیں، اور مہبوط کی حالت میں موت واقع ہو جاتی ہے جبکہ تپ زیر طبعی ہوتی ہے جلد سگری ہوئی اور سرد ہوتی ہے، اور جوارح خیلے ہوتے ہیں۔ بخلاف اسکے خفیف نازلتی اسباب میں بعض اوقات تپ نہیں پائی جاتی، اور غلطی سے

ان کو سادہ اسہال کے مریض تصور کر لیا جاتا ہے۔ سرایت کی صحیح نوعیت کا مطالعہ کرنے کے لئے کاشت ضروری ہوتی ہے۔

اجابتوں کا منظر مرض کا درجہ اور شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ ابتدا میں ان کی بشکی سیال ہوتی ہے، ان کی زنجت بھوری یا بھوری سرخ ہوتی ہے، اور جلد ہی ان کے ساتھ سفید اور چمکدار مخاط آنے لگتا ہے بعض وقت یہ ابتدا ہی سے نمایاں طور پر مخاطی دھوی ہوتی ہیں۔ بعد ازاں یہ مخاطی قیمی ہو جاتی ہیں، اور یہ صرف اسی حالت میں برازی بنتی ہیں جبکہ التهاب زایل ہو جاتا ہے۔ اخیر میں اجابتیں ٹھوس ہوتی ہیں اور ان پر مخاط کی ایک تہ ہوتی ہے۔ خود مبنی امتحان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ رشحہ میں خون کے سرخ جسامت کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی خلیات امیض، متغیر مستونی سرطانی خلیات اور بڑے بڑے کثیر اکال خلیات (macrophage cells) پائے جاتے ہیں جو حرکت ناپذیر ایکیاؤں کے مشابہ ہوتے ہیں اور اکثر ان کو غلطی سے نیسجہ پاش دروں امیبا (E. histolytica) تصور کر لیا جاتا ہے۔

کاشتوں میں کامیابی حاصل کرنے کے لئے نمونوں کو حتی الامکان تازہ شروع ہونے سے پہلے جمع کرنا ضروری ہے۔ مارٹن (Martin) اور ویلمس (Williams) (22) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جب نمونوں کا امتحان مرض کے پہلے پانچ دنوں میں کیا گیا تو ۶۸ فیصدی مثبت تھے، اور جب یہ مرض کے دوسرے پانچ دنوں میں کیا گیا تو ۷۷ فیصدی مثبت تھے اور تیسرے پانچ دنوں میں صرف ۶۳ فیصدی مثبت تھے۔ مزید براں جو اجابتیں محل میں تحقیقات کے لئے بھیجی جائیں ان میں مخاط لازمی طور پر موجود ہونا چاہئے کیونکہ عصیات کی کاشت اسی قسم کے رشحہ سے کی جاسکتی ہے۔ آخر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ نمونہ بالکل تازہ ہونا چاہئے اور یہ پیشاب یا کسی دافع عفونت سے متلوٹ نہ ہو ورنہ عصیات کی بالیدگی میں رکاوٹ واقع ہو جائیگی یا یہ غیر ممکن ہو جائیگی۔ ابتدائی مراحج میں مریض کا امتحان کرنے سے عضلات شکم میں بعض وقت استواری پائی جاتی ہے، لیکن منتقل مقام درد اور الیمیت، اکثر نکلتی جاتی

کیونکہ باریطون ماؤف نہیں ہوتا۔ بعد میں منقبض سینئیر جس پذیر ہو جاتا ہے۔ تپش ابتدا میں متفرق ہوتی ہے اور بعد میں بعض اوقات متوقف ہو جاتی ہے، لیکن اگر مناسب علاج کیا جائے تو یہ سات سے لیکر چودہ دن تک کے عرصہ میں رفع ہو جاتی ہے۔ اگر تپ مسلسل رہے تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زحیر کی عضویات یا ثانوی حملہ آوروں کی مرایت برقرار ہے۔

معوی زحایر (entéro - dysentery) میں جس میں معائے صغیر ماؤف ہو جاتی ہے معائے مستقیم اور سینئیر پر حملہ نہیں ہوتا۔ اس صورت حال میں تزخر (tenesmus) نہیں پایا جاتا، اور اجابتیں مثالی طور پر اتنی قولونی نہیں ہوتیں۔ اسکی ابتدا فوری ہوتی ہے، سخی خالص جن میں تپ بھی شامل ہے نمایاں ہوتے ہیں۔ تپش بند ہوتی ہے، منہ میں وسیع کی تپ پائی جاتی ہے، اور اس کے بعد مخرجی حالت بعض اوقات جلد پیدا ہو جاتی ہے۔ شدید ترین اصابات میں ہیضہ کی طرح کی اجابتیں ہوتی ہیں اور مریض بالکل ابتدا سے مرض ہی میں جہوٹ کے علامات سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ چونکہ عصبیات زحیر رودہ کے صرف سطحی استری ہی حملہ آور ہوتے ہیں اس لئے تشتب اور تضیق کی طرح کی مقامی پیچیدگیاں نہیں پائی جاتیں۔ عفونت الدم شاذ و نادر ہی واقع ہوتی ہے، اور موی کاشت منفی ہوتی ہے۔ سخی التهاب مفصل جس سے بڑے جوڑ مثلاً گھٹنے، گھٹنے، کہلیاں، کندھے اور پہچے ماؤف ہو جاتے ہیں قلیل الوقوع نہیں، یہ جوڑوں میں انفصالیات اور گرد مفصلی التهاب کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے اور شیکائی مرایوں کے بعد کے زمانہ نقیہیت کے دوران میں پیدا ہوتا ہے۔ اسکی ابتدا جو عموماً پہلے تین یا چار مہنتوں میں ہو جاتی ہے بعض اوقات زیادہ دیر سے ہوتی ہے۔ جس مدت تک یہ جاری رہتا ہے وہ اختلا پذیر ہے، لیکن مستقل بدشکلی اس سے شاذ و نادر ہی پیدا ہوتی ہے۔ مصفوں سیال کاشت پر تقریباً ہمیشہ عقیم پایا جاتا ہے اگرچہ بہت ہی شاذ اصابات میں شیکائی عصبیات کی تغیر کی جا چکی ہے۔ عادۃً التهاب ملخص، التهاب مزید

جسم ہدنی اور التهاب قرحیہ بھی عموماً واقع ہو جاتے ہیں۔ ان کی اصل سبب ہوتی ہے اور یہ کوئی مستقل نقصان کرنے کے بغیر غائب ہو جاتے ہیں التهاب کفیفہ شعبتی ذات الریہ، التهاب اعصاب متعدد نادار الوقوع پیچیدگیاں ہیں اور نہائی (انغماد معوی) (terminal intussusception) کا اندراج بچوں میں کیا جا چکا ہے۔ مگر - خاطر اصابات میں موت تسم الدم اور ابیدگی سے واقع ہوتی ہے، لیکن اگر پیچیدگیاں واقع نہ ہوں اور مناسب طریقہ سے علاج کیا جائے تو معمولی اصابات میں تپ دو ہفتوں میں غائب ہو جاتی ہے۔ تاہم گاہے گاہے بعض اصابات میں متفرق یا متوقف تپ دو یا تین مہینہ تک بھی جاری رہتی ہے، اور اس کے ساتھ تفرق اور نمایاں قولونی تمدجی پایا جاتا ہے، اور محتاطی قسعی اجابتیں بار بار ہوتی ہیں۔ شدید کمزوری اور لاغری پیدا ہو جاتی ہے، اور موت تسم الدم اور کسی بن رومرض سے واقع ہو جاتی ہے۔ دوسری مثالوں میں مرض مزمن ہو جاتا ہے لیکن عام قاعدہ یہ ہے کہ عصیوی زحیر کے تمام اقسام میں، مناسب علاج کئے جانے پر، قولون میں کسی ساختی تغیر کے واقع ہونے کے بغیر مکمل شفا پائی کا رجحان پایا جاتا ہے۔ خراش پذیر قولون عصیوی زحیر کا قلیل الوقوع حاقبہ نہیں، اور اس مغالطہ کی کہ مزمن زحیر ایک عام مرض ہے بڑی وجہ یہ ہے۔

فہر من زحیر - عصیوی زحیر کے مزمن ہو جانے کی صورت میں 1012
مریض کی بے پرواہی یا مناسب علاج اختیار نہ کرنے کی روئداد تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ اس صورت حالات میں اجابتوں کی تعداد معمولی تعداد کی نسبت زیادہ ہوتی ہے، اور یہ بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں مخاط اور پیپ عموماً پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات خون بھی موجود ہوتا ہے بعض وقتا غیر عمومی وقفے پائے جاتے ہیں جن میں اجابتوں کی حالت طبعی ہوتی ہے لیکن عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ مخاط نما اجابتیں جاری رہتی ہیں، اور مریض کو مکمل طور پر شفا یاب ہو جانے کا احساس نہیں ہوتا۔ حموی اشتادات عود کرتے ہیں جن میں زحیری اجابتیں بکثرت ہوتی ہیں، اور بعد کے مدارج میں

لاغوی، عدم دمویت، اور جلد کے اندر پرورشی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، اور پاؤں میں تہج واقع ہو جاتا ہے، بشکم زورنی (سکیفائڈ) ہو جاتا ہے، اور قولون جس کرنے پر دبا زت یافتہ اور الیم پایا جاتا ہے۔ بستی قروح اور بن روبرایقوں مثلاً ذات الریه کے واقع ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ زحیری عصبیات کی تفریق شکل ہی سے کی جاسکتی ہے اور کنگکم (28) کو فر ۲۶۵۷ فیصدی ہندوستانی اصابت میں کامیابی ہوئی۔ متلفز قسم بہت سے اعتبارات سے معتدل مالک کے مزین تقریحی التهاب قولون سے مشابہت رکھتی ہے، لیکن موخر الذکر کے قسیمی تعلق کو عضویات کے فلیکسزائی (۷) گروہ سے ابھی تک بالکل ثابت شدہ تصور نہیں کیا جاسکتا، اور ان دونوں امراض کو متماثل سمجھنے سے پہلے بہت سی تحقیقات کی ضرورت ہے۔

تشخیص - شدید شکیانی اصابت کی تشخیص کرنے میں کوئی وقت پیش نہیں آتی اگرچہ ایک قسم بعض اوقات ہیضہ سے مشابہت رکھتی ہے۔ فلیکسزائی (۷) اور سون کی سرایتوں کے سلسلہ میں وقت پیش آسکتی ہے، اور ان کو معلی طریقوں سے ایمائی، بلہا زبائی اور ہر دار زحیر سے تفریق کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، اگرچہ تپہ کی حاد ابتدا، معوی علامات کی نمایاں شدہ اور مخاط نما اجابتوں کے بار بار آنے سے جن میں چکدار خون شامل ہوتا ہے عصبی زحیر ہی کی تائید ہوتی ہے۔ مزین اصابت میں حوضی قولون کیے سرطانی سلعہ کا مغالطہ ہو سکتا ہے، اور ان میں تفریقی تشخیص کے لئے بعض اوقات سینہ بینی کی یا بیرئیم کا حقنہ دیکر لاشعاعوں سے امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

حاد مدایج میں جن میں رودہ میں یکساں طور پر خشر سرخی اور پیش دموت پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی سفید یا سبزی مائل تتخزی غشا اور مخاطی دموی رشعہ بھی موجود ہوتا ہے سینہ بینی کی شاذ و نادر ہی ضرورت ہوتی ہے۔ بعد میں جب یہ غشا الگ ہو جاتی ہے تو سطحی دیمی قروح کا مشاہدہ کیا جاسکتا ہے جو مخاطیہ کے شکلوں پر کم و بیش متعوض واقع ہوتے ہیں اور حاد طور پر ملہب غشا مخاطی

سے معصوم ہوتے ہیں۔ مزمن زحیر میں، ان قروح کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ برقرار رہتے ہیں اور گہرے ہو جاتے ہیں اور مخاطیہ کے بیشتر حصہ کی جگہ اریجی بافت پیدا ہو جاتی ہے جس کی سطح سرخ اور بیش دمویتی ہوتی ہے اور آلات کے استعمال پر اس سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد رودہ کی دیوار استوار اور شنجی ہو جاتی ہے اور سینہ میں سے جو تصویر نظر آتی ہے وہ معتدل ممالک کے ذاتی تقرجی التهاب قولون کے مشابہ ہوتی ہے۔ وبا کے دوران میں مرض کے عارض ہونے سے تشخیص کی طرف رہنمائی ہو جاتی ہے، اور حادثہ اور متاخر مدایج میں مخاط نما اجابتوں سے زحیر کے عضویات کی تفرید کر لینے سے تشخیص متعین ہو جاتی ہے۔

انذار شینگائی زحیر بہت خطرناک مرض ہے، اور زندگی کو بچانے کے لئے یہ ضروری ہے کہ دافع زحیر مصل سے علاج کیا جائے اور نابیدگی کے اثر کو زائل کرنے کے لئے ذرائع اختیار کئے جائیں۔ اگر تندرست نوجوانوں کو فلیکس زحیر عارض ہو تو ان کو عموماً شفا ہو جاتی ہے، لیکن بچوں و زنانہ فصل التذیہ مریضوں اور بوڑھوں میں موت قلیل الوقوع نہیں۔

تحریر۔ چونکہ یہ مرض ہرابت زدہ اشخاص اور کھیلوں کے ذریعہ سے غذا اور پانی کے متلوٹ ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے اس لئے اسی قسم کے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں جس قسم کے معوی تپ کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں۔ بد قسمتی سے حفظ ماتقدم کے لئے جدیدین رسائی کا میاب ثابت نہیں ہوتی۔

علاج۔ علاج کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ رودہ کو ایسی غذا دینے سے آرام دیا جائے جس سے فضل کم بچے اور قسم الدم اور نابیدگی کے اثرات کا مقابلہ کیا جائے۔ عمدہ تیمارداری اور بستر میں آرام کرنا اور سرد ممالک میں مریض کو گرم رکھنا لازمی امور میں سے ہیں۔ ابتدا میں اولیم رسائی نانائی (۱/۲ اونس) شنگورا اویائی (۵ قطرے) سے ملا کر دینا چاہئے، اور اسکے بعد سوڈیم سلفیٹ (۱ ڈرام) اول اول دود و گھنڈہ کے بعد اور پھر تین تین

گھٹہ کے بعد دینا چاہئے اور انجام کار چار چار گھنٹہ کے بعد دینا چاہئے حتیٰ کہ اجاتوں میں اصلاح ہو جائے اور یہ برائی ہو جائیں۔ پہلے چوبیس گھنٹہ سے لیکر اڑتالیس گھنٹہ تک کے عرصہ میں صرف اہلا ہوا پانی دینا چاہئے۔ اس کے بعد لیکٹوس، گلوکوس اور البیومن واٹر اور آتش جو دیا جاسکتی ہے۔ بعد میں عصارہ لحم (meat juice)، صاف شوربہ، فالوور اور سپرو لیک (sprulac) دیا جاسکتا ہے۔ اراروٹ اور ساگودان دیر بعد دئے جاتے ہیں، لیکن دودھ کبھی موافق نہیں آتا اور اس لئے اس کا استعمال ممنوع ہے۔ نوعی دافع زحیر مصل بالخصوص شینگائی سرایتوں میں ۸۰ تا ۱۲۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار میں فوراً دینا چاہئے، اور اس کا فیصلہ اصابع کے سریری اعتبارات اور اجاتوں کے ان خصائص سے کر لینا چاہئے جو خالی آنکھ اور خردین سے نظر آتے ہیں۔ جب صورت حالات اجازت دے تو مریض میں گھوڑے کے مصل کے لئے بیش حساسیت کے موجود ہونے کا امتحان کر لینا چاہئے، اور اگر یہ موجود ہو تو طویل التعداد ابتدائی مقادرات سے حساسیت ربائی عمل میں لے آنا چاہئے۔ سمی اصابت میں ۲ تا ۵ پائنٹ ملٹی محلول (۰.۸۵ فیصدی) اور ربائی کاربونیٹ (۵ تا ۱ فیصدی) سے قولونی تفیل نرمی سے کرنی چاہئے تاکہ اس سے منوی تسم الدم کو رفع کرنے میں سوڈیم سلفیٹ کے فعل کو مدد ملے۔ سیال کے نقصان کی اتفاقی محلوکوس (۵ فیصدی) یا بیش تنشی ملٹی محلول کے دروں ویدی اثرات سے کرنا چاہئے جیسا کہ ہیفہ میں کی جاتی ہے۔ علاماتی علاج شکم پر تارپین کے کمادات (stupes) اور گرم تنکدات لگانے، مروڑ کے لئے مارفین (۱/۴ گرین) اور ٹیکچرا اپونی آئی (۵ قطرے) کا استعمال کرنے اور زحیر (tenesmus) کے لئے افیون اور نشاستہ کے حقنہ کرنے پر مشتمل ہے شکم کے کسی تمد کو حیوانی کوئلہ اور کیولین (kaolin) کی طرح کے جاذبات کا براستہ ذہن استعمال کرنے سے رفع کیا جاسکتا ہے۔

1013

ہنرمین زحیر۔ ایسی غذا دینی چاہئے جس کی دھاری قیمت اور جس میں حیاتین کی مقدار زیادہ ہو اور جس کا فضلہ کم بچے۔ معاشی تنظیم کی

تغییل کئے لئے مندرجہ ذیل محلولات کی آزمائش کی جاسکتی ہے۔ ملعی محلول (۸۵ فیصدی) 'بائی کاربونیٹ' (۵۵ فیصدی) 'یاٹرن' (yatron) (۴۰ میں ۱) ٹینک ایسڈ (۱ فیصدی) 'پوٹاشیم پرینگینیٹ' (۵۰۰ میں ۱) وغیرہ وغیرہ۔ بہت سے سبب گیلیٹ کی روغن زیتون میں ۵ فیصدی تعلیق کی ۴ تا ۸ اونس مقدار کے اثرات روزانہ کرنے سے بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے بشرطیکہ یہ برداشت کئے جاسکیں۔ دافع زحیر مصل کی شکل میں نوعی علاج آنا موثر ثابت نہیں ہوتا جتنا کہ یہ حادثہ زحیر میں ثابت ہوتا ہے۔ زائد ہی تقویہ (appendicostomy) کے ذریعہ سے اعور میں سے قولونی تغیل کی جاسکتی ہے اور اعوری تقویہ (cecostomy) یا لفائفی تقویہ (ileostomy) سے روده کبیر کو آرام دیا جاسکتا ہے۔ عملیہ صرف دشوار علاج مریضوں ہی میں انجام دینا چاہئے۔ جن میں تمام دیگر ذرائع ناکام ثابت ہوئے ہوں۔ اگر عدم دمویہ موجود ہو تو لوہے کا استعمال مناسب مقدار میں کرنے اور نقل الدم سے بہت فائدہ ہوتا ہے، اور جب ترشہ کا افراز ناقص ہو تو ایسڈ یا ایڈرکٹوئل بی۔ پی (اڈام) غذا کے بعد تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔

ہیضہ

(CHOLERA)

ہیضہ معائے صغیر کا ایک مادہ نوعی مرض ہے جو کالج کے کوماناٹار (Koch's comma vibrio) سے پیدا ہوتا ہے۔

سمت اسباب - ہیضہ کئی صدیوں سے ہندوستان میں مقامی مرض کے طور پر ملا آتا ہے موسم بہار اور گرما میں اس کی وبا پھیلتی ہے جسکی سبب سے بڑی وجہ جاتیوں کی نقل و حرکت ہے۔ ایشیا، یورپ و امریکہ میں سالانہ کے بعد گاہے گاہے اس مرض کے حملے ہوئے ہیں کوماٹا (Vibrio cholerae) یا ریشہ ہیضہ (Vibrio comma) جس کا کالج نے سال ۱۸۱۷ء میں مصر میں انکشاف کیا تھا (24) 'حالمین کی اجابتوں

میں خارج ہوتا ہے اور اس طرح اس سے غذا اور پانی سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ کھمیاں بھی مٹھائی اور دودھ کی طرح کی غذا کو سرایت زدہ براز سے متلوٹ کر دینے سے اس مرض کو پھیلاتی ہیں۔ تمام نسلیں، دونوں صنفیں اور ہر عمر کے افراد اس سے متاثر ہوتے ہیں۔ نقیبہ، مریضوں کی اجابتوں سے ریشہ ہیضہ عموماً پانچ دن میں غائب ہو جاتا ہے، اور گلے کے بعد صرف ۷ فیصدی مریض دس دن سے زیادہ عرصہ تک حامل مرض رہتے ہیں۔ دائمی حامل بہت نادر ہیں، لیکن کبھی کبھی تندہرست متماکین کسی اختلال رودہ سے مریض ٹھننے کے بغیر حامل بن جاتے ہیں۔ اگرچہ ریشات امعاء صغیر میں بہت بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں، لیکن خون کی کاشتوں میں ان کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا یہ پھیپھڑوں کے منہج رقبہ جات اور دوسرے اندرونی اعضا میں محدود تعداد میں پائے جاسکتے ہیں، اور مرارہ کے لئے یہ خاص میلان رکھتے ہیں جس میں بعض اوقات التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ ریشات حل پذیر داخلی سم اور خارجی سم پیدا کرتے ہیں لیکن حیوانی تطبیعات سے اب تک صرف کم حیار کے ضد صلا (low titre anti-sera) ہی پیدا کئے جاسکے ہیں۔

امراضیات - صلابت موت (rigor mortis) جلد ہی پیدا ہو جاتی ہے بیشک کو کھولنے پر امعاء صغیر سکڑی ہوئی اور ہبوط یافتہ پائی جاتی ہیں، غشاء مخاطی شدت سے متلی ہوتی ہے، اور بعض اوقات اس میں نمشی زفات پائے جاتے ہیں۔ لفافہ میں لف کساجرات میں بعض اوقات کلائی پائی جاتی ہے۔ جگر متلی ہوتا ہے اور مرارہ لزج اور غلیظ صفرا سے متہمد پایا جاتا ہے۔ طحال سکڑی ہوئی ہوتی ہے اور پھیپھڑے ہبوط یافتہ اور خشک ہوتے ہیں۔ گردے متورم اور متلی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ان میں بہت چھوٹے چھوٹے زفات پائے جاتے ہیں، اور خون لزج اور قیری ہو جاتا ہے۔ اجابتیں جلد ہی پیچہ کی طرح کی ہو جاتی ہیں اور چند گھنٹوں میں ان کی مقدار کسی کواڑوں تک پہنچ جاتی ہے۔ پیچہ کی طرح کے اس سیال کا تعامل تبدیلی یا خفیف سا قلوئی ہوتا ہے، اس کی کثافت تو ۱۰۰۶ تا ۱۰۱۳ ہوتی ہے، اور اس میں

سورنیکلورائیڈ، البیومن اور میوگن ہوتی ہے۔ ٹھہرا رہنے پر ایک بار ایک دانہ دار آغا کستری مائل سفید ثقل مطروح ہو جاتا ہے جو سرطنت، خلیات اجیف، یا فتوں کے چھینچھروں، ایمونیم میگنیشیم فاسفیٹ کی قلموں، خون کے جسامات اور ریشیات پر مشتمل ہوتا ہے۔ اجا ہونے کی رجحت کے غائب ہو جانے کی وجہ ایک تو ترقیق ہے اور دوسری وجہ یہ ہے کہ صفرا شہرہ کی طرح لزج ہو جاتا ہے اور یہ مرادہ سے خارج نہیں ہو سکتا۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ صفرا دی لون اثنا عشری میں نہیں پہنچتا، اور طبعی رازی لون یعنی سرخ کو بالکلن معامیں پیدا نہیں ہوتا۔ خون کی لزوجت بڑھ جاتی ہے اور اس کی کثافت نوعی میں جو طبعی حالت میں ۱۰۵ تا ۱۰۸ ہوتی ہے، ۶۳-۱۰۸ تک یا اس سے زیادہ اضافہ ہو جاتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تجزیہ سے دموی کلورائیڈ میں کمی، پلازما کی CO_2 میں تخفیف اور یوریا اور فاسفیٹ کا احتباس پایا جاتا ہے۔ غارق المدم (haematocrit) سے تحقیقات کرنے پر خفیف اصابات میں پلازما کا ۳۵ فیصد سے زیادہ نقصان، اور شدید اصابات میں ۶۳ فیصدی نقصان پایا جاتا ہے اور اس کا نتیجہ کثرت خلیات احمر ہوتی ہے جو قی کمب ملی میٹر ۶ تا ۸ ملین تک ہوتی ہے۔ نمایاں کثرت خلیات اجیف بھی عام طور پر پائی جاتی ہے اور شمارات فی کمب ملی میٹر ۵۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ پیشاب کی مقدار نمایاں طور پر کم ہو جاتی ہے، اور اس میں البیومن اور سبائک ہوتے ہیں۔ انقطاع البول کے جلد پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے لیونکہ خون کے حجم میں کمی پیدا ہو جانے اور اس کی لزوجت کے بڑھ جانے کی وجہ سے قلب کلوی دوران خون کو بقرار نہیں رکھ سکتا۔

علامات - ابتدا اندماہ حضانت عموماً دو سے بیکر پانچ دن تک ہوتا ہے۔ وبا کے دوران میں انفرادی اصابات میں مرض کی شدت اور سریری مظاہر کے اعتبار سے معتد بہ اختلاف پایا جاتا ہے، اگرچہ انکی اکثریت ۹۵ فیصدی اس قسم کے مشابہ ہوتی ہے جو ہیضہ، مفل و ش (cholera gravis) کہلاتی ہے۔ اس حالت میں ابتدا عموماً قوری ہوتی ہے اور جابج

کا برازی خاصہ چند گھنٹوں ہی میں زائل ہو جاتا ہے اور یہ پیچھے کی طرح کی ہو جاتی ہیں۔ بعض ارباب سند نے ایک ابتدائی حالت کا ذکر کیا ہے جو چوبیس گھنٹہ رہتی ہے اور جس میں اجابتیں تیلی ہوتی ہیں اور قولنج 'در دس' تھے اور ذہنی انخفاض موجود ہوتا ہے، لیکن ہندوستان میں جو دہاپانی جاتی ہے اس کا یہ اقبیازی خاصہ نہیں۔

ہبوط یا حالت بارد (Algid Stage) - ابتدائی رکتوں کے بعد جن کے ساتھ قراقریایا جاتا ہے اور درد قولنج کم ہوتا ہے، تھے شروع ہو جاتی ہے جو پہلے غذائی مادہ پر مشتمل ہوتی ہے اور پھر جوسیال نکلتا ہے وہ ماء الجبن کے مشابہ ہوتا ہے۔ مریض کو شدت کی پیاس محسوس ہوتی ہے اور زبان جس پر پہلے میل کی تہ جمی ہوتی ہے خشک ہو جاتی ہے اور بر معیدہ الیم ہو جاتا ہے۔ ٹانگوں کے عضلات میں درد کے ساتھ اینٹھن محسوس ہوتی ہے، پیش نمایاں طور پر زیر طبعی ہوتی ہے اور ہبوط یا حالت بارد طاری ہو جاتی ہے جوسیال اور کلورائیڈ کے نقصان اور بافتوں کی نابیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔ چہرہ پچک جاتا ہے، جلد سرد اور نیلی ہو کر سکر جاتی ہے، آنکھیں اندر دھس جاتی ہیں اور سانس سرد ہو جاتی ہے۔ بغل کی پیش طبعی کی نسبت ۴ یا ۵° ف نیچے گر جاتی ہے۔ نبض کی رفتار فی منٹ ۹۰ سے لیکر ۱۰۰ تک ہوتی ہے اور یہ صغیر، خیطی اور تقریباً غیر محسوس ہوتی ہے۔ تنفس قصیر اور سریع ہوتا ہے اور اس کی رفتار فی منٹ ۳۵ سے لیکر ۴۰ تک ہوتی ہے۔ شدید عضلی انبطاح (muscular prostration) موجود ہوتا ہے، اور مریض بے چین ہوتا ہے اور بے فائدہ ادھر ادھر ہاتھ پاؤں مارتا ہے۔ آواز میٹھ جاتی ہے اور زیا یہ دب کر سرگوشی تک پہنچ جاتی ہے (صوتیہ: vox cholericæ) یا بولنے کی کوشش میں صرف لب ہی جلتے ہیں۔ خون کا انجماشی دباؤ ۵۰ تا ۷۰ ملی میٹر تک گر جاتا ہے، اطراف فی وریڈیں ہبوط ہو جاتی ہیں اور افرازیول چھتیس سے لے کر اڑتالیس گھنٹہ تک کے لئے یا تو کم ہو جاتا ہے یا بالکل بند ہو جاتا ہے۔ مریض کے ہوش و حواس عموماً مکمل طور پر قائم رہتے ہیں

اگرچہ ذہن غافل اور بے پروا پڑا رہتا ہے سوائے اس حالت کے جبکہ عضلات میں ایٹھن کے درد کے احساس سے وہ بیدار ہو جاتا ہے۔ مرض کا یہ درجہ جو ابتدائی علامات کے چھ یا سات گھنٹہ بعد شروع ہوتا ہے عموماً بارہ سے لیکر چوبیس گھنٹہ تک جاری رہتا ہے، اور اس کے بعد اگر مریض بغیر سنبھلنے کے ہلاک نہ ہو جائے تو رد عمل کا درجہ شروع ہوتا ہے۔

رد عمل کا درجہ (Stage of Reaction) - جلد اور دہن کی تپشوں میں بتدریج اضافہ ہو جاتا ہے، اور دوران خون میں عمومی اصلاح ہوتی ہے اور اس کے ساتھ خون کا دباؤ اور بولی اخراج بڑھ جاتا ہے۔ بے چینی اور ایٹھن غائب ہو جاتی ہے، جلد کی قدرتی رنگت پھر واپس آ جاتی ہے اور اب یہ سکڑی ہوئی نہیں رہتی۔ ملتحات مشروب دکھائی دیتے ہیں اور دھندلی سی مفرخی کے متعلی نشانات چہرہ پر ظاہر ہو جاتے ہیں۔ اگر دوران خون از سر نو قائم ہو جائے تو اس سے صرف ایک ہی خطرہ ہوتا ہے اور وہ یہ ہے کہ سم ہیضہ کے انجذاب سے تپ مفرط اور موت واقع ہو سکتی ہے۔ بخلاف اس کے اگر دوران خون کلوئی فعل کو دوبارہ قائم کرنے کے لئے ناکافی ہو تو انقطاع البول برقرار رہتا ہے اور یوریا دموت (uræmia) پیدا ہو جاتی ہے۔ رد عمل کے درجہ کے بعد شفا حاصل ہونے کی صورت میں نقیبہیت کی رفتار سست ہوتی ہے اور پیچیدگیوں سے اس میں اکثر رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔

سریری اقسام - بعض اوقات خفیفاً انفائی (ambulatory) اعصاب دیکھنے میں آتے ہیں جن میں مرض اسہال کے درجہ سے آگے نہیں بڑھتا لیکن رعیشات (vibrios) ضرور موجود ہوتے ہیں اور اس قسم کے مریض وبا کے دوران میں حاطین مرض کا کام دیتے ہیں۔ ایک زیادہ شدید قسم ہیضی اسہال (choleraic diarrhoea) ہے جس کی ابتدا ندوی مائل بھوری میال اور کثیر المقدار جاتوں سے دفعہ ہوتی ہے۔ اجابتوں میں سرطمان ہوتا ہے اور ساتھ ہی امعاء میں قراقر اور پنڈلیوں میں ایٹھن پائی جاتی ہے۔ یہ اسہال

چند دن سے لیکر ایک یا دو ہفتہ تک جاری رہتے ہیں۔ **ہیضہ** (cholerae) ہیضہء مخدوش (cholera gravis) سے زیادہ قریب ہے۔ اسکی ابتدا دفعۃً ہوتی ہے۔ رستوں کے ساتھ قے بھی ہوتی ہے، اور برازی جابقیں بتدریج بے رنگ ہو جاتی ہیں۔ عضلات میں انیمین محسوس ہوتی ہے اور اس میں جوارح سرد ہو جاتے ہیں۔ پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے اور اس میں البیومن اور سبائٹک پائے جاتے ہیں۔ شفا دیر سے حاصل ہوتی ہے۔ ہیضہ یا بس (cholera sicca) میں ہیضہ کا درجہ فوراً نمودار ہو جاتا ہے اور مریض دست آنے سے پہلے ہی ہلاک ہو جاتا ہے، اگرچہ امتحان نعل پر غذائی کنال میں بہت مایاں پایا جاتا ہے۔

پینجیدگیاں اور عواقب۔ نفیہیت کے دوران میں تھوڑی سی جدوجہد سے قلبی قنشل قلب (cardiac failure) واقع ہو سکتا ہے، اور الہتاپ تکفیه (parotitis) 'الہتاپ کلیہ' (nephritis) شعبتی ذات الاریہ (broncho-pneumonia) اور الہتاپ امعاء (enteritis) کے لئے خاص علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ دروں وریدی اثرات کے رواج سے پہلے جو نابیدگی کے لئے کئے جاتے ہیں، قزنیہ کا اغاث اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں اور اعضائے تناسل کی نگہین کافی کثرت سے دیکھنے میں آتی تھی۔ شدید اصابت میں اسقاط اور قبل از وقت وضع حمل قلیل الوقوع نہیں۔

تشخیص۔ وبا کے دوران میں کوئی دقت پیش نہیں آتی، لیکن غیر تمیزی یا منتشر اصابت میں رعیشہ، ہیضہ کی تفرید لازمی ہے۔ تفریقی تشخیص میں ضررۃ الحرات، طیرا، اور عیسوی زحیر کے مہنی اقام، ملکی ہیضہ (cholera nostras) 'لومین'، سم الفار، اور پرکلورائیڈ آف مرکری سے سمومیت، موئی ابتلا (trichiniasis infestation) کے ابتدائی مارج اور بعض عہوں نما فطرات (mushroom-like fungi) سے سمومیت شامل ہیں۔ ہیضہ یا بس الہتاپ سہایا سے بعض اوقات ناقابل تمیز ہوتا ہے۔

جب تک کہ قطعی کچھ کا عمل میں نہ لایا جائے۔ عضلی استواری، شکم کی بازگشتی اور زکرت (Kernig) کی مثبت امارت بعض اوقات دونوں امراض میں موجود ہوتی ہے۔

انذار۔ بہت کم عمر کے بچوں، بوڑھوں، حامد عورتوں، کمزور یا انکمل کے حامی مریضوں میں ہیضہ نہایت جھلک ثابت ہوتا ہے۔ تا موافق خصائص یہ ہیں، طویل المدت ہبوط جس میں پسینہ کثرت سے آنا ہو، انبطاح (prostration) 'زراق' (cyanosis) سادہ ریض کی عدم موجودگی اور نکالنا طور پر تحت لمبی تپش۔ قلبی و عرقی قفل، یوریا، دمویت (یورینا) اور نپ مغرط خطرناک ہوتے ہیں۔ ہبوط کے درجہ کے بعد قلت بول (oliguria) غیر متا ہوتا ہے، خاص کر جب کہ اس کے ساتھ البیومین کی کثرت، سبائک اور یوریا کے افراز کی کمی پائی جائے، لہذا بولی تخمینہً احتیاط سے کرنی چاہئے۔ جن حالتوں میں جدید علاج نہیں کیا جاسکتا ان میں شرح اموات ۶۰ تا ۹۰ فیصدی ہے، اور یہ وبا کی ابتدا میں اس کے اختتام کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے اگر مریض کا علاج شفا خانہ میں جدید طریقوں سے کیا جائے تو شرح اموات کم ہو کر تقریباً ۱۱ فیصدی رہ جاتی ہے۔ (25)۔

تحریر۔ وبا کے دوران میں جدیدین ہیضہ (cholera vaccine) کے اشرب دینے چاہئیں، کیونکہ ان سے تقریباً چھ ماہ کے عرصہ کے لئے عارضی مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ کچے دودھ، کچی غذا، سلا دوں، کچے پھلوں اور نہ ابلے ہوئے پانی کے استعمال سے سختی سے احتراز کرنا چاہئے۔ گھر ایسا ہونا چاہئے کہ اس میں کھیلوں کا دخل نہ ہو سکے، اور تمام غذا کو ڈھک کر رکھنا چاہئے۔ کھانے اور پینے کے برتنوں کو کھولتے ہوئے پانی سے دھو کر انھیں گرم کر کے سکھانا چاہئے۔ وبا کے دوران میں مسہلات کے استعمال سے پرہیز کرنا چاہئے کیونکہ اس سے برایت کے لئے محرک پید ہوتی ہے اور خواہ کوئی معدی معوی اختلال کتنا ہی خفیف کیوں نہ ہو اسکی طرف

اعتیاد سے توجہ کرنا چاہئے۔

علاج۔ مریض کو پہلے چند دن تقریباً فاقہ کرایا جاتا ہے، اور اسے بستر پر لازمی طور پر آرام سے رکھا جاتا ہے، اور جو شیدہ پانی آشیش جو اور ٹکڑوں کو اس کے علاوہ کچھ نہیں دیا جاتا۔ کیولن (kaolin) ۳ حصہ پانی میں اچھ کی طاقت میں سم ہیفہ کو جذب کرنے کے لئے تقریباً غیر محدود مقداروں میں دی جاتی تھی۔ اس سم کو تباہ کرنے کے لئے کیلسیم پریٹیکینیٹ کی گولیاں ۲ گرین، ہر پندرہ منٹ کے بعد آٹھ خوراکوں تک دی جاسکتی ہیں اور پھر ۲۵ گھنٹہ کے وقفہ سے دی جاتی ہیں۔ بلند عیار کے ہیفی ضد مصلحت کی عدم موجودگی میں علاج کا دار و مدار اس امر پر ہے کہ جسم سے جو سیال اور املاح شدید اسہال اور قے سے خارج ہو جاتے ہیں انکی تلافی کی جائے۔ جب خون کی کثافت نفوکی ۱۰۶۳ یا اس سے زیادہ ہو جائے تو درجہ ریدی اثرات کرنے چاہئیں۔ خون کا ۷۰ ملی میٹر انکماش دباؤ خاص کر جبکہ اسکے ساتھ اینٹھن، برد اطراف بے چینی اور زراق بھی موجود ہو نقل سیال پر دلالت کرتا ہے۔ راجرس (Rogers) (25) نے دو محلولات کے استعمال کرنے کا مشورہ دیا ہے۔ پہلا بیش تنشی لمبی محلول ہے جو ایک پائٹ کشیدہ عقیق اور کشیدہ کئے ہوئے پانی میں سوڈیم کلورائیڈ ۲۰ گرین، اور کیلسیم کلورائیڈ ۴۰ گرین پر مشتمل ہے، اور اس سے سیال اور کلورائیڈ کے نقصان کی تلافی ہو جاتی ہے۔ دوسرا ایک قلو محلول ہے جو ایک پائٹ کشیدہ کئے ہوئے پانی میں سوڈیم کلورائیڈ ۹۰ گرین اور سوڈیم بائی کاربونیٹ ۱۶۰ گرین پر مشتمل ہے۔ اس محلول کا میلان ترشہ سمیت اور یوریا دموبیت (یوریا) کو زائل کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ بائی کاربونیٹ کے سمی کاربونیٹ میں تبدیل ہونے کو روکنے کے لئے اس محلول کی سیٹز (Seitz) کے اسبٹاس کے مقطار میں سے تقطیر کرنے سے، تعقیب کر لی جاتی ہے یا عقیق طبعی لمبی محلول میں اس کو استعمال کرنے سے عین پہلے خاص طور پر خالص بنائے ہوئے بائی کاربونیٹ کا اضافہ کر دیا جاتا ہے۔ مرض کے جس درجہ میں دست بکثرت آتے ہیں اس میں جب کبھی مریض کو ضرورت ہوتی

ہے اسے قلووی محلول یا پائنٹ کا شراب دیا جاتا ہے اور اس کے بعد ہی بیش تنشی طبعی محلول اتنا ۳ پائنٹ کا شراب کیا جاتا ہے۔ اگر کثافتہ صفائی ۱۰۶۲ ہو تو ۲ پائنٹ کی ضرورت ہوتی ہے، اور اگر یہ ۱۰۶۳ ہو تو ۳ پائنٹ کی اور اگر یہ ۱۰۶۴ ہو تو ۴ پائنٹ کی۔ اور شراب کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ کثافتہ نوعی کو ۱۰۶۰ سے نیچے رکھا جائے۔ اثرات کا تکرار کرنے کی بھی بعض اوقات ضرورت ہوتی ہے۔ مستقیمی پیش اور خون کی کثافتہ صفائی کا ضرور خیال رکھنا چاہئے کیونکہ جب کسی بیہوش مریض کو جس کی پیش بلند ہو گرم اثرات دئے جاتے ہیں تو ہلک تپ مفرط پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ ہلک پیچیدگی اس حالت میں واقع ہوتی ہے جبکہ مستقیمی پیش ۱۰۲ ف یا اس سے بلند ہو۔ اگر یہ ۱۰۱ ف ہو تو دروں وریڈی شراب کا محلول ۸۰ ف سے زیادہ گرم نہ ہونا چاہئے اور یہ پیش وہی ہے جو مابین میں کمرہ کی ہوتی ہے۔ بدخل کے درجہ میں جبکہ پیش بڑھ جاتی ہے اور دوران خون از سر نو قائم ہوتا ہے، تپ مفرط کے لئے مریض کی بخوبی نگہداشت کرنا چاہئے اور جوئی پیش ۱۰۳۵ ف تک پہنچے، سرد اسفنج کا استعمال شروع کر دینا چاہئے۔ مخطور یوریا دمویٹ (یوریمیا) کا علاج صلب پر گرم الساقات اور خشک پیاسے لگانے سے، اور قلووی محلولات براستہ معائے مستقیم اور دروں وریڈی طور پر دینے سے بہترین طور پر کیا جاتا ہے۔ ان کا تکرار حسب ضرورت ہر چند گھنٹہ کے بعد کیا جاتا ہے حتیٰ کہ چوبیس گھنٹہ میں پیشاب کی مقدار ہم اونس تک پہنچ جائے۔ ۵ فیصدی محلول کو س کے دروں وریڈی اثرات بھی مفید ثابت ہوتے ہیں۔ مریضوں کو ضرور بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے تاکہ فضل قلب دفعہ واقع نہ ہو جائے اور جب تک گردے اپنا فعل بخوبی نہ کرنے لگیں صرفہ راشب (جنکٹ) اور نشاستی غذائیں مثلاً کارن فلاورا اور اروٹ دیجائیں مبادام میں خود کر آئے۔ جیفہ کی تحریز اور اس کے علاج کے لئے جراثیم خوار (bacteriophage) کا استعمال کیا جا چکا ہے، لیکن ابھی تک اس کا فائدہ یقینی ثابت نہیں ہوا۔

جذام

(LEPROSY)

(Elephantiasis Græcorum) داء الفیل یونانی (Leprosy) لیبڑا

یہ ادنیٰ ساریت کا ایک مزمن مرض ہے جو انسان کے لئے مخصوص ہے اور فطر جراثیمہ (Mycobacterium lepræ) یا عصیبہ جذام (Bacillus lepræ) سے پیدا ہوتا ہے اور جلد اور غشاء مخاطی کے کئی بھی ضرات (کریجی قسم) اور اعصاب کے موقوف ہونے (علیم قسم) سے متمیز ہے۔

بحث اسباب - جذام کی جغرافیائی تقسیم بہت وسیع ہے اور یہ مرض دوسرے مقامات کے علاوہ ہندوستان، برا، سیام، چین، جاپان، افریقہ کے بعض حصوں، جنوبی امریکہ، جزائر غرب الہند، میکسیکو اور اوشیلینیا میں پایا جاتا ہے۔ یورپ میں یہ صرف ناروے ہی میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ ہر صنف، ہرسل اور ہر عمر کے اشخاص اس سے ساریت زدہ ہو سکتے ہیں۔ بچے سب سے زیادہ اثر پذیر ہوتے ہیں، لیکن یہ مرض نادر ہے کسی سن طفولیت میں عارض ہوتا ہے اور یہ یقیناً موروثی نہیں۔ فطر جراثیمہ جذامی (مائیکوبیکٹیریئم لپری) کا انکشاف، ہینسن (Hansen) نے ۱۸۷۴ء میں کیا تھا (28)۔ یہ غیر متحرک اور ترشہ قائم ہوتا ہے، لیکن نہ تو طبعی ویٹولور اس کی کبھی کاشت کی گئی ہے اور نہ حیوانات میں اسکی کامیابی سے تطہیر کی جاسکتی ہے۔ جلدی جذامی سلعات (skin lepromata)، عفونی قروح اور انفی غشاء مخاطی میں یہ عصیات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں اور موقوف اعصاب میں ان کی تعداد اتنی زیادہ نہیں ہوتی۔ مرض کے انتشار کا طریقہ معلوم نہیں، لیکن ساریت زدہ اصابات کے ساتھ قریبی علاء ضروری معلوم ہوتا ہے۔

امراضیات - عصیات جذام ادمہ (corium) اور زیر جلدی بافت

کے لمبی عروق کے ذریعہ سے منتشر ہوتے ہیں اور ان سے جلدی ارکی سلطاً پیدا ہوتے ہیں اور غدد لمفہ ماؤف ہو جاتے ہیں۔ بین درجے بیان کئے گئے ہیں۔ (۱) حالت سکون (quiescent phase) جس میں طبیعی لمفی فضاؤں میں عصیات کی افزائش ہوتی ہے اور ان سے ایک گلوٹینی شے خارج ہوتی ہے جس سے لون جلد غائب ہو جاتا ہے۔ (۲) رد عمل کی حالت (reactionary phase) جس کے میمز خواص یہ ہیں کہ جلد میں الہتاسا اور دم نمودار ہو جاتا ہے، گلوٹینی قالب غائب ہو جاتا ہے اور عصیات اور سموم جوئے خون کے ذریعہ سے منتشر ہو جاتے ہیں جس سے ادمہ اور نیز اعصاب بھی زیادہ عمومی طور پر ماؤف ہو جاتے ہیں۔ خرو بین سے بڑے بڑے کثیر لونی جذامی خلیات دیکھنے میں آتے ہیں۔ (۳) درجہ انحلال (stage of resolution) جس میں احمہ اور غائب ہو جاتا ہے، لیتیت واقع ہو جاتی ہے اور جلد پتلی اور شکن دار نظر آتی ہے۔ ترقی یافتہ اعصاب میں ناک، منہ اور منجھو کی عکاسی مغالطی، آنکھ، اندرونی اعضا مثلاً جگر، پھیپھڑے اور خبیثہ ماؤف ہو جاتے ہیں، اور احشایں بے شمار عصیات پائے جاتے ہیں اور ان میں چربشی انحطاط (lardaceous degeneration) واقع ہو جاتا ہے۔ جب اعصاب پر حملہ ہوتا ہے تو یہ خلاف میں خلیات کے متکاثر ہو جانے سے متورم ہو جاتے ہیں، انکی رنگت سرخی مائل رمادی ہو جاتی ہے اور ان میں ایک محوریتی انحطاط واقع ہو جاتا ہے جس کے ساتھ مقدم قرفی خلیات بھی بعض اوقات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ دروں عصبہ (endoneurium) اور گرد عصبہ (perineurium) میں عصیات کی قلیل تعداد کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ بعد میں عدم حیثیت، استرقاء، شلل، عضلی لاغری، بدشکلی اور پرورشی قروح واقع ہو جاتے ہیں۔

علامات - زمانہ حضانت چھ ماہ سے لیکر پانچ سال تک ہے، اور عصیات اکثر طویل زمانہ تک مخفی رہتے ہیں حتیٰ کہ کسی سبب مثلاً بین رو مرض سے بری مظاہرہ نمودار ہونے میں تعیل ہو جاتی ہے۔ مرض کے تین اہم قسم ہیں۔ (۱) کرتبی جذام (nodular leprosy) (۲) عدیم الحسن اعصابی جذام

(۳) مخلوط جدام -

(۱) کربچی جدام - علامات مندرجہ ذیل تپ، تفرق، کپکپی، مضمحل ضعف، معدنی معوی اختلالات خاصکر اسہال، انفی مخاط کی قبائل خشکی اور مفرط افزا اور رعا ف پرستل ہیں۔ پہلے جلدی ضررات خفیف سے مرتفع احمراری لطفات (erythematous macules) کی شکل میں نمودار ہوتے ہیں (جدام لطفی: lepra maculosa) جن میں بعد میں حس مفترق ہوتی ہے اور ان پر سینہ نہیں آتا۔ چہرہ، سر، ٹانگیں اور بازو خاص طور پر ماؤف ہو جاتے ہیں، اور ادھی ٹوران کے غائب ہو جانے کے بعد جلد کی رنگت بدل کر بھوری ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد ایک تازہ طغ نمودار ہوتا ہے اور عصیات خون میں پائے جا سکتے ہیں۔ ٹوران کے ساتھ ہی اور اکثر اس کے ایک یا دو متوالی خملوں کے بعد سرخی مائل بھورے لچکدار کر سبچے پیدا ہو جاتے ہیں (درنی جدام: lepra tuberculosa) جن کا رجحان زیادہ عمومی ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ ہاتھ اور پاؤں کی ظہری سطحیں ماؤف ہو جاتی ہیں لیکن راحی سطحیں ماؤف نہیں ہوتیں۔ ان کے بچوں کی جسامت ایک چھوٹے مرز سے لیکر فندق (hazel nut) تک ہوتی ہے۔ ان کی وجہ چہرہ پر پیشانی اور ناک کی بافتوں میں اور رخساروں اور کانوں کی لوؤں میں بہت دبارت پیدا ہو جاتی ہے، اور اس سے چہرہ شیر ہر کے چہرہ کے مشابہ ہو جاتا ہے (شیر چہرگی: Leontiasis)۔ بال گرنے شروع ہو جاتے ہیں اور یہ خاصکر ابروؤں کے بیرونی ایک تہائی حصہ پر غائب ہو جاتے ہیں۔ بھشیاں بیش پروردہ ہو جاتی ہیں، اور منہ، مسوڑوں، ناک، بلعوم اور خنجرہ کی غشائے مخاطی بھی کر بچوں سے ماؤف ہو جاتی ہے جو کبھی غائب ہو جاتے ہیں، کبھی ساکن رہتے ہیں اور کبھی متفرح ہو جاتے ہیں۔ کوری، عمر البلیع (dysphagia) اور صوتی تغیرات نتیجہ پیدا ہو سکتے ہیں، اور اوتار اور ہڈیاں بھی بعض اوقات متاثر ہو جاتی ہیں اور جوڑ بھی کھل جاتے ہیں۔ مترقی اصابت میں ثانوی عدم دمویہ اور لاغری بھی پائی جاتی ہے۔

(۲) علیم الحس جلد ام - علامات مندر ذہنی انخفاض، سردی کے احساس، کسلندی، وجع العصبی درد، اور فساد حیثیت مثلاً جلن یا جھنجھٹا ہٹ پر مشتمل ہیں، اور ان سے خاصکر وجہی، زندگی اور شغلی اعصاب ہی مآؤف ہوتے ہیں۔ ہاتھوں اور پاؤں کا سن پن، زندگی قسم کی عدم حیثیت، اور علیم الحس قطعات جو کینقدرداد کے مشابہ ہوتے ہیں ابتدائی خصائص میں سے ہیں۔ یہ علیم الحس قطعات جن کی ابتدا حراری یا ملون یا غیر ملون رقبہ جات کے طور پر ہوتی ہے اکثر ہموار خشک اور علیم الشعر ہو جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد زندگی، شغلی اور عظیم ذاتی اعصاب استقدر دبیز ہو جاتے ہیں کہ ان کا جس کیا جاسکتا ہے، اور فساد خضر (hypothenar eminence) لاغر ہو جاتا ہے، اور ساتھ ہی تیسری اور چوتھی انگلیوں میں انقباض واقع ہو جاتا ہے۔ عضلات میں خلل اور ذبول پیدا ہو جاتا ہے اور یہ خاصکر ہاتھوں اور پاؤں کے بین العظام عضلات اور پیش بازو کے عضلات میں واقع ہوتا ہے جس کا نتیجہ منبلی ہاتھ (claw hand) اور سقوط الید اور سقوط القدم ہوتا ہے۔ شائبہ قروح عموماً پیدا ہو جاتے ہیں اور چھوٹی ہڈیوں میں تخر واقع ہو جاتا ہے اور یہ جذب ہو جاتی ہیں اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیاں غائب ہو جاتی ہیں اور زخم حیرت ناک طریقہ سے مکمل طور پر مندمل ہو جاتے ہیں (جذام جادع lepra mutilans)۔ بعض اوقات پانچویں اور ساتویں مجموعی اعصاب مآؤف ہو جاتے ہیں اور نچلے پوٹے کا شمرہ خارجی پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ قریمتی تقرح بھی بطور پیچیدگی کے موجود ہوتا ہے۔

(۳) مخلوط جلد ام (Mixed Leprosy) - ایسے اسباب عام طور پر پائے جاتے ہیں جن میں عصبی اور جلدی ضررات اکٹھے موجود ہوتے ہیں، لیکن عصبی ضررات میں اسوقت ظاہر ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے جبکہ جلدی ضررات غائب ہو رہے ہوں، اور اسی طرح جلدی ضررات میں بھی اسوقت نمودار ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے جبکہ عصبی ضررات غائب

ہو رہے ہوں۔

علامات کا انحصار درجہ مرض پر ہے۔ ساکن درجہ میں مریض کو مکمل صحت کا احساس ہوتا ہے اور اپنے مشاغل کو تشفی بخش طریقہ سے انجام دیتا ہے۔ رد عمل کے درجہ میں کلمندی اور تپ ہوتی ہے اور درجہ انحلال میں اندمال واقع ہو جاتا ہے جس کے یہ معنی ہیں کہ کسی قدر ممانعت پیدا ہو گئی ہے۔ ممر اور پیچیدگیاں۔ مرض کا ممر بالعموم مزمن ہوتا ہے اور اس میں اشتدادات (exacerbations) اور فترات (remissions) پائے جاتے ہیں، اور یہ حالت سالہا سال تک جاری رہتی ہے، مگر جن مریضوں میں قوت مزاحمت کم ہوتی ہے ان میں کربھی جدام کا ممر سریع اور حوی ہوتا ہے اور جلدی ضررات بہت وسیع ہوتے ہیں۔ امصابات کی اکثریت میں موت بڑی سریعتوں سے واقع ہوتی ہے جن کی مثالیں یہ ہیں، ریوی تدرن، ٹکلوئی التهاب، زحیر، ذات الریہ، عفونت مع قیق الدم وگلنگرن، یا حنجرہ کا مقامی تفر جس کے ساتھ اس کا تدد اور ریوی پیچیدگیاں پائی جاتی ہیں۔

تشخیص۔ کربھی جدام میں تفریقی تشخیص معمولی ذنبہ (lupus vulgaris)، جلدی تدرن، آشکاب، یاز (yaws)، جلدی لیثمانیت (dermal leishmaniasis)، یعنی رخوت (molluscum fibrosum) اور لحمی سلیت (sarcomatosis) پر مشتمل ہے۔ عصبی جلاوم میں جس میں عصبی باؤف ہونٹھائی جو فیت (syringomyelia)، مرض موروین (Morvan's disease) (فاقد الحس داحس)، مترقی عضلی ذبول، اطرافی التهاب اعصاب، اور عتقی پسلی پر غور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ بعض امصابات میں برص (leucoderma)، صدفیہ (psoriasis)، صلابت جلد (scleroderma)، ریت ساڈ کے مرض (Raynaud's disease) حتیٰ کہ انہم (ainhum) سے بھی مغالطہ پیدا ہو جاتا ہے۔ کربھی جدام میں ترشہ قائم عصیا کے گچھے النی غشائے مخاطی میں اور النی قروح کی کھرچنیوں میں جو منظار کی مدد سے راست مشاہدہ سے حاصل کی جائیں پائے جاتے ہیں، اور یہ ان معلی

رشحات میں بھی موجود ہوتے ہیں جو کہ بچوں اور جلد کے اریکی سلعات کو نشتر سے کھرچنے سے حاصل ہوتے ہیں۔ کان کی لو سے خمیدہ کلاب کے ذریعہ سے جلد کا ایک بکڑا کاٹ کر اس کی زیریں سطح سے جو آلود (snears) ٹہیا نزلے جاتے ہیں وہ تشخیص کے لئے کارآمد ہوتے ہیں اور غدی کچھ کے سے بھی عصیات کا انکشاف ہوتا ہے۔

عصبی جذام میں اولین جلدی ضررات برص کے قطعات سے ان لحاظات سے مختلف ہوتے ہیں کہ یہ بچے لس کے لئے عیدم الحس ہوتے ہیں اور کم وسیع اور کم متشاکل طور پر منقسم ہوتے ہیں (27)۔ ہم پہلو اعصاب میں بعض اوقات دبا زت پائی جاتی ہے اور جب تک ماؤف عصب کو قطع کر کے اس کا امتحان نہ کیا جائے عصیات جذام کا عام طور پر مظاہرہ نہیں کیا جاتا۔ انہی لحاظات میں عصیات موجود نہیں ہوتے، اور ایسی حالتوں میں تشخیص عموماً سریری بنا پر کی جاتی ہے۔

انذار۔ اس کا انحصار بیشتر مرض کی قسم پر اور اس کے اس درجہ پر ہے جس میں مریض اس وقت ہو جبکہ علاج شروع کیا جائے۔ کہ بھی جذام عموماً عیدم الحس جذام سے زیادہ خطرناک ہوتا ہے، اور ایسے عمومی اسباب میں جن میں وسیع اور سرخ الامتثار ضررات موجود ہوں، یا کہ بچوں کی فصلیں یکے بعد دیگرے پیدا ہوتی ہوں، علاج کے باوجود مرض بڑھتا جاتا ہے اور موت جلد واقع ہو جاتی ہے۔ نکسات عام طور پر واقع ہوتے ہیں اور شفا حقیقی ہونے کی نسبت اکثر ظاہری ہوتی ہے۔ لہذا مرض کی ابتدائی حالتوں میں بھی انذار کے متعلق بہت احتیاط کرنا چاہئے۔ ان تمام مریضوں کو جن میں عصیات غائب ہو گئے ہوں اور فعال علامات موجود نہ ہوں کم سے کم دو سال کے لئے زیر مشاہدہ رکھنا بہت ضروری ہے۔

تجربہ۔ جبری طبعیت کی ایک بڑی حد تک ناکام ثابت ہوئی ہے کیونکہ ابتدائی اسباب پوشیدہ رہتے ہیں، اور یہ ایک خاص قسم کی جلدی جدید علاج سے اسی درجہ میں بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ راجرکس یہ

مشورہ دیتا ہے کہ ان ابتدائی اذیات کا علاج جن میں عصبیات کا اخراج ابھی شروع نہ ہوا ہو شفا خانوں اور دوا خانوں میں خارجی مریشوں کے طور پر کرنا چاہئے، اور ترقی یافتہ سرایتی مریشوں کو انجی رضا مندی سے جلد دور ممکن ہو علاحدہ کر دینا چاہئے، اور اس کے لئے یہ ضروری ہے کہ مجذومین کے مستمرات کو دلکش اور موثر بنایا جائے۔ جب مریش عصبیات سے مبرا ہو جائیں تو ان کو واپس بھیج دینا چاہئے اور کچھ عرصہ کے بعد ان کا امتحان بھی کرتے رہنا چاہئے تاکہ یہ معلوم ہو کہ یہ عصبیات سے ابھی تک مبرا ہیں۔ جذامیوں کے بچوں کو والدین سے پیدائش کے وقت ہی سے علاحدہ کر لینا چاہئے اور انکی الگ پرورش کرنا چاہئے، اور جو متما سین انہی گھروں میں رہے ہوں جس میں جذامی رہتے ہوں ان کا جرثومیاتی امتحان ہر چند ماہ کے بعد پانچ سال تک کرتے رہنا چاہئے۔

علاج۔ عمومی قوت مزاحمت کو مغزی غذا، تازہ ہوا، باقاعدہ ورزش اور فرحت افزا ماحول سے ضرور بڑھانا چاہئے۔ اگر کوئی مین رومش عارض ہو جائے تو اس کا علاج ضرور کرنا چاہئے یعنی (sedimentation test) کو علاج کے رہنما کے طور پر عموماً استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر تشقل آہستہ ہو تو یہ مساعد ہوتا ہے لیکن تشقل کی بلند شرح فعال سرایت پر دلالت کرتی ہے اور علاج بالا دور کے موانع میں سے ہے۔ خاص دواؤں کا استعمال صرف اسی صورت میں کرنا چاہئے جبکہ عام صحت الطہینان بخش ہو اور قوت مزاحمت زیادہ ہو، ورنہ جذامی تعاملات کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے جن میں مقامی ضررات میں اضافہ ہو جاتا ہے، اور یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ کبھی اسباب میں عصبیہ دمویت اور عذیم انس جذام میں جانچا درد پیدا ہو جاتا ہے۔ مختلف دوائیں استعمال کی جائیں ہیں جن میں (chaulmoogra)

اور ہڈ نوکارپس (hydnocarpus) کے روغنوں کی تجہیزات اور ان کے تشقل ایٹرس اور سوڈیم کے املاح شامل ہیں۔ مرض کے فعال دوئم درجہ میں جیسے در ریختہ اور دبازت یافتہ باقی عصبیات جذام سے پڑھتی ہیں انکا استعمال

نہ کرنا چاہئے۔ اوائل مرض میں تین یا چار ماہ میں بہتری کی امید کی جاسکتی ہے، اور تقریباً چھ سے نیکر بارہ ماہ تک عرصہ میں رفع ہوتے ہیں، مگر ترقی یافتہ اصابت میں ایک یا دو سال کی مدت درکار ہوتی ہے (27)۔

چال موگرا کا روغن ۲۰ قطرہ کی مقدار میں دن میں تین مرتبہ کھلایا جاتا ہے اور یہ مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے حتیٰ کہ چوبیس گھنٹہ میں ۱ تا ۲ ڈرام مقدار دی جاتی ہے۔ ہڈنوکا رپس کا نامہ روغن براستہ دہن معدی غلافی کیسوں (enteric-coated capsules) میں دیا جاتا ہے تاکہ تسلی واقع نہ ہو اور اگر یہ بندریہ اثراب دیا جائے تو درد کو روکنے کے لئے اس کے ساتھ ۴ فیصدی کریٹوزوٹ (cresosote) ملا لیا جاتا ہے۔ اینٹی لیپال (antileprol) جو پال کے روغن کے امیر شدہ ترشوں کے ایٹھل ایٹرولن کا آمیزہ ہے کھانے کے بعد آرام کے کیسوں میں دیا جاتا ہے، اور اس کی مقدار خوراک ۱ تا ۳ گرام روزانہ ہے۔ موگرا (moogrol) (ایٹھل چال موگراٹ: ethyl chaulmoograte) کا اثراب عضلات میں ہر ہفتہ کیا جاتا ہے، اور اس کی ابتدا اکعب سمر سے کی جاتی ہے اور مقدار کو ہر تیسرے ہفتہ بڑھایا جاتا ہے حتیٰ کہ یہ ۶ مکعب سمر کی اعظم مقدار تک پہنچ جاتا ہے۔

سوڈیم گائینو کارڈیٹ (sodium gynocardate) براستہ دہن دیا جاتا ہے (۱۲ گرام تین مرتبہ روزانہ) یا اس کے دروں عضلی یا دروں وریدی اثرات بھی کئے جاسکتے ہیں۔ سوڈیم ہڈنوکا رپس (sodium hydnoicarpate) (ایلیپال: alepol) زیادہ فعال تجزیہ ہے۔ "ایلیپال" کے ۳ فیصدی محلول کی ۱ تا ۵ مکعب سمر مقدار سے درد تقریباً نہیں ہوتا، اور یہ آسانی سے جذب ہو جاتی ہے اور اس کے زیر جلدی یا دروں عضلی اثرات موثر ثابت ہوتے ہیں۔ دروں وریدی اثرات کے لئے ۱ فیصدی محلول کا استعمال کیا جاتا ہے۔

حال ہی میں میور (Muir) نے ہڈنوکا رپس کے ایٹھل ایٹرولن کی ایک خاص تجزیہ کا استعمال کیا ہے جس کے ساتھ ۴ فیصدی کریٹوزوٹ بھی

شامل ہے، اور اس کے دروں جلدی اثرات کئے جاتے ہیں۔ ہر کچھ کے پر
 ۵. ۳۔ مکعب سمر سے لیکر ۶. ۵۔ مکعب سمر تک اثراب کیا جاتا ہے، اور
 ۵ مکعب سمر کا اثراب کرنے کے لئے تقریباً ۱۰۰ کچھ کے دسکار ہوتے ہیں۔ یہ
 عمل درد خیز ہے، اور اس میں وقت بہت صرف ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ
 تمام سرایت زدہ جلد کو درختیہ کرنے کے لئے چھ ماہ کا عرصہ درکار ہو۔
 جب تعاملات جذام واقع ہوں تو گرم مشروبات، ایسپیرین، فیناسٹین
 کیفین، نائٹریٹ کے آمیزہ، قلبیوں اور کیلیم کے اطلاق کے بڑے بڑے
 مقادرات کا استعمال کرنا چاہئے۔ پرومین کے صدمہ اور نارٹار ایمیکسپ
 (tartar emetic) کے چھوٹے چھوٹے مقادرات (۰.۲-۰.۴ گرام روزانہ)
 سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔ عصبی جذام میں نہایت تکلیف دہ درد ایفڈرین
 سلفیٹ (ephedrine sulphate) (۱/۲ گرام) کھلانے سے رفع کیا جاسکتا
 ہے یا ایڈرینالین کے اثرات کئے جاسکتے ہیں۔

عصبی اصابات میں برقی حرارت رسائی (diathermy) یا اعصاب
 کا جراحی الطباب (surgical stretching) بھی مفید ثابت ہوتا ہے، اور
 پاؤں کے پرورشی قروح کے اندام میں گردش رسانی مشارکہ برآری
 (periarterial sympathectomy) سے مدد مل سکتی ہے۔ جلدی ضررات
 کا علاج کرنے کے لئے مختلف ادویہ استعمال ہیں جن میں اکٹھیال، پائیروگلیک
 ایسڈ، ریسارسین، اور کرائی سیروین شامل ہیں، اور عمومی مزاحمت کو بڑھانے
 کے لئے وائے بنفشی روشنی مفید ہوتی ہے۔

سراجمانا مرض (Meliodosis) - یہ بہت ہی ہلکے مرض
 فائیفیرلا ونمورائی (Pfeifferella whitmori) سے پیدا ہوتا ہے اور
 برا، برطانوی طایا، لٹکا اور کوچن چینی میں پایا جاتا ہے۔ یہ ستراجہ
 (glanders) کے مشابہ ہے اور آدمی میں اس مرض کے واقع ہونے کا ذکر
 اول اول ونمور (Whitmore) نے سلسلہ میں کیا تھا (28) اور سٹینٹن
 (Stanton) اور فلیچر (Fletcher) نے سلسلہ میں اس مرض کا نام ملیکیڈوس

(melioidosis) یعنی سراجہ نما مرض رکھا (29)۔ سراجہ نما مرض قشر (rodents) کا مرض ہے لیکن جس طریقہ سے یہ انسان کو عارض ہوتا ہے وہ ابھی تک مجھ میں نہیں آیا۔ وٹموئر کے عصیمہ (B. whitmore) کی جو دو قطبی تلویخی عضویہ ہے خون اور کربیموں سے باسانی کاشت کی جاسکتی ہے، لیکن پیپ میں اس کا مظاہرہ کرنا مشکل ہے۔

امراضیات۔ داخلی اعضا میں، جن میں جگر، لہمال، شش، روده اور گردے شامل ہیں، چھوٹے چھوٹے جینی کرتیجے پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات متضام ہو کر شہد کے چھتے کی طرح کے بڑے بڑے خراجات پیدا کر دیتے ہیں۔ قاحے (pustules) اور آلیے بھی بعض اوقات جلد پر پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ سریری تصویر میں معتدبہ اختلافات پائے جاتے ہیں، عفونت الدم کے حادث ترین اسباب میں تپ کا ایک قصیر المدت حمل ہوتا ہے جس کے ساتھ شدید تپ، اسہال اور مہوط ہوتا ہے جو اپنی شدت کے اعتبار سے بعض اوقات ہیضہ کے مشابہ ہوتا ہے اور چند ہی دن میں ہلکے ثابت ہوتا ہے۔ بعض اسباب میں موت واقع ہونے سے پہلے متفتر یا متفتر تپ ہفتوں یا مہینوں تک جاری رہتی ہے۔

تشخیص۔ سریری اقسام بعض اوقات طاعون، شیمی ذات الریہ (برانکو نمونیا)، محرق، ملیریا، کبدی خراج، سراجہ دروں قلبی التهاب، عمومی مدین اور التهاب حوضی گردہ (pyelitis) کے مشابہ ہوتے ہیں (30)۔ اگر سریری اعتبار سے سراجہ نما مرض (melioidosis) کا شبہ پیدا ہو جائے تو خون، پیشاب، دماغی نخاعی سیال اور لہمال یا جگر سے متص پیپ میں عضویات کی تلاش کرنی چاہئے۔

علاج۔ یہ مرض انسان میں تقریباً ہمیشہ ہلکے ثابت ہوتا ہے، لیکن خود زاد جدیدینوں (autogenous vaccines) کی آزمائش کرنی چاہئے۔

طاعون

(PLAGUE)

طاعون شرقی (Oriental Plague) سیاح موت

(Black Death) پیسٹس (Pestis) -

ازمنہ وسطیٰ میں طاعون کی اصطلاح کسی شدید یا مہلک وبا کو نام کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، لیکن اب اس کا مفہوم ایک خاص مرض تک محدود ہے جو عصیہ طاعون (Bacillus pestis) سے پیدا ہوتا ہے اور اول اول تو ارض کو عارض ہوتا ہے (81) اور آدمیوں کو چوہوں کے پسوؤں کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔

بحث اسباب - یورپ میں سب سے پہلی بڑی وبا چھٹی صدی مسوی میں پہلی جو جیٹن کے عہد کا طاعون (plague of Justinian) کہلاتی ہے، لیکن مطلقاً اس سے جبکہ لندن تباہ ہوا یہ وبائیں یورپ میں بندرج کم ہوتی تھیں۔ یہ مرض مشرقی ایشیا کا تگ اور جنوب مشرقی چین میں رونما ہوا۔ چینی اور ہندوستان کے دورے حصوں میں یہ ۶۹۰ء میں پھیلا اور بعد کے پندرہ سال کے عرصہ میں اس سے ۷۰ لاکھ اموات واقع ہوئیں۔ اس وقت تک یہ مرض گاہے گاہے یورپ کے مختلف حصوں، جنوبی افریقہ اور وسطی اور جنوبی امریکہ میں نمودار ہوا ہے۔ اب یہ مرض ہندوستان، تبت، یوگنڈا اور عراق عرب میں نہایت کثیر الوقوع ہے۔ سائیریا، کیلی فورنیا، جنوبی اور ملائیشیا افریقہ اس مرض کے کم اہم مراکز ہیں۔ جب ہوا خشک ہو اور تپش بلند ہو، یعنی بندیری کی قلت کی حالت موجود ہو، تو برندہ سیو ہلاک ہو جاتا ہے، اور اسی لئے ہندوستان کی طرح کے ممالک میں موسم گرما میں صرف چند اصابت ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔ ہر شخص پر اس مرض کا حملہ ہو سکتا ہے۔

طاعون کے عصیہ (Bacillus pestis) یا باکٹیریہ طاعونی

(*Pasteurella pestis*) کی تفریدی طاعون کے ایک کب (گھٹی) سے ۱۸۹۲ء میں ہانگ کانگ میں کی گئی تھی۔ یہ ایک چھوٹا سا سوط دار نکرام منہی ڈنڈا ہے جس کی تلویں دو قطبی ہوتی ہے۔ اس کا طول ۱.۵ مل سے لیکر ۵.۱ مل تک ہوتا ہے اور مصنوعی وسیطوں پر آسانی سے اس کی کاشت کی جاسکتی ہے۔ گئی بیگ اور محل کے دوسرے حیوانات اثر پذیر ہیں۔ چوہوں میں حاد اور مزمن دونوں قسم کا طاعون پایا جاتا ہے اور بڑا خکستری یا گھبراہٹ موریوں کا چوا (ریٹس نارویجیکس: *Rattus norvegicus*) یا چھٹی اور زیادہ گھبراہٹ موریوں کا چوا (فار الفاس: *Rattus rattus*) اس سے متاثر ہو سکتا ہے۔ میدانی چوہوں اور دوسرے قوارض، مثلاً زمینی گلہریوں، کرم خوار چھچھریوں (shrews)، جربیلوں (gerbilles) اور چوہیوں سے بھی بعض اوقات اس مرض کی ابتدا ہوتی ہے۔ منچوریا میں ذات الریوی طاعون کی جو وبا ۱۹۱۰ء اور ۱۹۱۱ء کے موسم سرما میں پھیلی تھی اس کا سبب مارمٹ (*marmot*) کی ایک نوع "مارا باگن" ("tarabagan") (آرکٹومس بومبیکٹ *Arctomys bobac*) تھی۔

چوہے کا پسوزینوپسلا چولیس (*Xenopsylla cheopis*) طاعون کے عصیات کے لئے بہت عمدہ محضن کا کام دیتا ہے اور جب یہ سرایت زدہ خون چوس لیتا ہے تو عصیات میں بہت سرعت سے تکاثر شروع ہو جاتا ہے اور یہ عین آگے کی طرف کو بڑھتے چلے جاتے ہیں پیش الیسن (*proventriculus*) کو میکافی طور پر مدد کر دیتے ہیں جس کی وجہ سے خون معدہ میں نہیں پہنچ سکتا۔ بیکٹ (*Bacot*) اور مارٹن (82) (*Martin*) نے یہ دریافت کیا ہے کہ چھوٹا متصل پایہ دوسرے میزبان کو کاٹتے وقت عصیات کو اس زخم میں جو اس کے جبروں سے بنتے ہیں، استفرغ سے داخل کر دیتا ہے اور اس طرح یہ سرایت کو وسیلہ بنا ہے۔ ذات الریوی طاعون کبھی قسم کے خلاف نہایت ساری ہوتا ہے اور یہ ایک آدمی سے دوسرے کو فیزیکی رشتہ سے متعلق ہوتا ہے منچوریا کی وبا میں ترسوں اور کاکردن کو یہ مرض اکثر مراض ہوا۔

مرضی شیعہ - جس مقام پر عصیات طاعون داخل ہوتے ہیں وہاں
 اقلی آبلہ صرف گا ہے گا ہے پایا جاتا ہے اور غدولف کا ہم پہلو سلسلہ حادثوں
 پر مہذب ہو جاتا ہے (اقلی کتبہ: primary bubo) - قریب کے غدوں میں شدید
 امسلا اور نزف پایا جاتا ہے اور ساتھ ہی گردغدی جلائی پینج موجود ہوتا ہے
 اور یہ شبک ہو جاتے ہیں۔ جو غدو زیادہ دور واقع ہوتے ہیں انکی رنگت
 خاکستری سرخ ہوتی ہے اور یہ متلی پائے جاتے ہیں۔ شدید امسالات میں
 عفونت الدم تقریباً ہمیشہ پائی جاتی ہے اور نہایت ہی خاطف قسم میں
 اقلی کتبہ کی شہادت بعض اوقات غائب ہوتی ہے۔ عصیات طاعون
 کے سموم شہری درملہ کو نقصان پہنچاتے ہیں اور مخاطی اور مصلی غشاؤں اور
 جلد میں امسلا اور نزفات پیدا کر دیتے ہیں۔ عفولہ قلب، جگر اور گردے متلی
 ہوتے ہیں اور ان میں سحابی ورم اور بھی تغیر پایا جاتا ہے اور طحال کھلانی
 یافتہ، بیشیموی اور نزیفی ہوتی ہے۔ دماغ اور اسیمہ میں امسلا اور
 نشات پائے جاتے ہیں۔

ذات الریوی طاعون کے متعلق یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ شعبتی ذات الریوی
 کے طور پر شروع ہوتا ہے، لیکن بعد میں سالم لختہ موقوف ہو جاتا ہے۔ شعبتی
 مخاطیہ کا امسلا پورائی کدمات (pleural ecchymoses) اور شعبتی غدود کا التهاب
 عام اکتشافات ہیں۔

علامات - زمانہ حضانت عموماً دو سے لیکر پانچ دن تک ہوتا ہے
 لیکن بعض اوقات یہ بڑھ کر دس دن بھی ہو جاتا ہے۔ سریری طور پر مختلف
 قسمیں پائی جاتی ہیں۔ (۱) کتبہ طاعون (Bubonic Plague) - یہ مرض
 کسل، درد سر، درد کمر، دورانہ اور لرزہ سے شروع ہوتا ہے، اور بعد میں
 تپش جلد ہی بڑھ جاتی ہے۔ مریض پر عموماً ایک ناقابل توضیح خوف کی حالت
 طاری ہو جاتی ہے اور وہ گویا سا دکھائی دیتا ہے، چلنے پر لڑکھڑاتا ہے
 اور بھلہ میں ارتعاش پایا جاتا ہے۔ علاوہ ان میں متلی، قے اور اسہال بھی موجود
 ہوتا ہے۔ نبض کی رفتار ۱۰۰ سے لیکر ۱۲۰ تک اور تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ فہنک
 1021

بڑھ جاتی ہے۔ موزالذکر شدید اسباب میں گاہے گاہے ۱۰۴ ف تک پہنچ جاتی ہے۔
 زبان جو پہلے تر اور سفید ہوتی ہے جلد ہی خشک اور بھوری ہو جاتی ہے اور
 ایک محرقی حالت پیدا ہو جاتی ہے جس میں ہڈیاں اور کومایا جاتا ہے۔
 لبوں اور دانتوں پر سیل جم جاتا ہے، نبض ڈوبنے لگتی ہے اور جوارح سرد ہو جاتے
 ہیں، پیشاب قلیل المقدار، ترش، اور گہرے رنگ کا ہوتا ہے اور اس میں
 البیومن ہوتی ہے۔ مہلک اسباب میں قلت بول کی جگہ انقطاع بول پیدا
 ہو جاتا ہے۔ دوسرے یا تیسرے دن اقلی کتبہ کے علامات ان غد میں نمودار
 ہو جاتے ہیں جو سرایت زدہ گزیدگی کی مسببیت کرتے ہیں۔ فحذی اور ابی فحذی
 ۷۰ فیصدی اسباب میں، بغلی گروہ کے غد ۲۰ فیصدی میں اور تحت الفکی
 اور غنقی ۱۰ فیصدی میں ماؤف پائے جاتے ہیں۔ یہ غد جلد ہی متورم ہو کر مرغی
 کے اندے کے برابر یا اس سے بھی بڑے ہو جاتے ہیں۔ یہ نہایت الیم اور
 درد خیز ہوتے ہیں اور اگر مریض پہلے ہفتہ تک زندہ رہے تو ان میں تفتیح بھی
 واقع ہو جاتا ہے۔ موت عموماً تین سے لیکر چھ دن میں واقع ہو جاتی ہے، اور
 اس سے پہلے بعض اوقات منشی یا تحت جلدی نزفات، رعاف، نفث لدا
 قے الدم اور براز دم الاسود (melæna) بھی پائے جاتے ہیں۔ دوسرے
 ہفتہ میں نقیہیت بخونی شروع ہو جاتی ہے، لیکن بعض اوقات نقیہیت التہابغہ
 یا سرینوں، جوارح اسفل اور گردن کے دلوں اور شب چراخوں سے اس میں
 تاخیر ہو جاتی ہے۔ گاہے گاہے تپ ہفتوں بلکہ مہینوں تک جاری رہتی
 ہے۔ (۲) عفونت الدمی الحما عون (Septicæmic Plague)۔ مریض
 نہایت سرعت سے مرض میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ جیسی درد، تپ، قے، ہڈیاں
 کھسکا پائے جاتے ہیں اور ساتھ ہی کبر لحوال اور غد دلف کی خفیف سی
 عمومی کلافی بھی موجود ہوتی ہے۔ ارتفاع پیش بعض اوقات صرف خفیف سا
 ہوتا ہے، اور جلد اور اغشیہ مخاطی میں جریان خون واقع ہو جاتا ہے اور موت
 جلد واقع ہو جاتی ہے، یعنی ابتدائے مرض سے چوبیس گھنٹہ سے لیکر اڑتیس
 گھنٹہ میں تشخیص مثبت بخونی کاشت سے کی جاتی ہے۔ غافل اسباب

(طاعون مستی (Pestis siderans) اسی قسم میں شامل ہیں۔ (۳) ذات الرئی
طاعون (Pneumonic Plague) - اس قسم کی قناعت سب سے پہلے بھی
میں تشویشیہ کی گئی۔ یہ مرض قشریہ سے شروع ہوتا ہے اور اس کے
علامات کبھی طاعون کے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن ایک یا دو دن میں تنفسی
خصائص شدید ہو جاتے ہیں اور سب سے زیادہ اہمیت اختیار کر لیتے ہیں۔ سینہ
میں درد اور تنگی کا احساس پایا جاتا ہے۔ مہم (dyspnoea) 'تڑا' (cyanosis)
اور کھانسی موجود ہوتی ہے۔ خون آلود آبی بساق کا بافراط نفث ہوتا ہے
جس میں لاتعداد عصیات طاعون ہوتے ہیں۔ لغطات (râles) اور سسکتے
(crepitations) موجود ہوتے ہیں، اور خاتمہ کے قریب شاید تخفیف یافتہ
کیسکی خیر اور رنائیت کے نقب جاتے بھی پائے جاتے ہیں۔ فیشل قلب عموماً واقع
ہو جاتا ہے، اور موت عموماً تشدد کے معین امارات کے نمودار ہونے سے پہلے
تقریباً آٹھ یا نو دن میں واقع ہو جاتی ہے۔ (۴) معوی طاعون (Intestinal Plague) -
قسم کے نام (Wilm) نے تشویشیہ میں ہانگ کا رنگ کی وبا میں دریافت کیا بہت القوم
ہے۔ پس کے جہیز خاص یہ ہیں۔ غشیان، تھے اور کسل دست جن میں اجائیں
بدبودار اور صفرا آلود ہوتی ہیں اور ان میں اکثر خون ہوتا ہے۔ اعضاء میں
امراضیاتی ضرارت موجود ہوتے ہیں۔ (۵) دماغی طاعون (Cerebral
Plague) - معمولی کبھی طاعون میں جو ذہنی خصائص موجود ہوتے ہیں وہ زیادہ
شدید حالت میں پائے جاتے ہیں، اور ہڈیان، دوروں اور کونکوں
جلد اضافہ ہو جاتا ہے۔ بعض اعتبارات سے یہ حالت دماغی فیریا کے مشابہ
ہوتی ہے۔ جملک طاعونی التهاب سحایہ بھی واقع ہو سکتا ہے جس میں دماغی
سیال میں خلویاتی رشو اور عصیات طاعون بھی پائے جاتے ہیں۔ (۶) خلوی
جلدی طاعون (Cellulo-cutaneous Plague) - اس قسم میں تشویشیہ
(carbuncles) پیدا ہو جاتے ہیں جن کا مرکزی حصہ قنجر اور متفرج ہوتا ہے۔
ان کی کوثر متعلب ہوتی ہے، اور ان کے گرد احمرار پایا جاتا ہے جس میں شمار
آہلے ہوتے ہیں۔ کاشتوں سے عصیات طاعون کی موجودگی کی

ہوتا ہے (۷) ناقام یا (انقالی طاعون) (Abortive or Ambulatory Plague) (طاعون منیر: Pestis minor) - اس حالت میں تب انتہی کم ہوتی ہے اور عمومی خصائص اتنے خفیف ہوتے ہیں کہ مریض بستر پر نہیں لیٹتا۔ لمبی قدم صرف متورم ہو کر الیم ہو جاتے ہیں اور اگر ان میں کفج واقع ہو تو بغیر کسی شدید طالت کے ان میں انحلال واقع ہو جاتا ہے۔

پچھید گئیاں - معمولی شدید کبھی اصابع میں پہلے چند دنوں میں مملک عفونت الدم اور ذات الریہ پیدا ہو سکتا ہے اور دوسرے ہفتہ میں نقیہیت میں عفونتی پچھید گئیاں پیدا ہو سکتی ہیں جن میں التهاب کفیہ دل شب چراغ، خلوی التهاب اور شعبتی ذات الریہ شامل ہیں۔ بعض اوقات کتبہ عیس الاندامل ہو جاتے ہیں اور کئی ہفتوں تک مندمل نہیں ہوتے۔

کے علاوہ جو سری خصائص خاص طور پر اہم ہیں وہ ذہنی پستی، بولنے میں کاوٹ اور روکڑا آتی چال ہیں جن سے الکلی سم کا کچھ نیاک پیدا ہوتا ہے۔ طاعونی کتبوں کو مداریخی کتبہ، شکر نیا آتشکی کتبہ، عفونی التهاب غدہ، تب موش گردی کے التهاب غدہ اور شاید ٹولاریا سے بھی تیز کرنا چاہئے۔ غدہ کے کچھ سے آلودوں اور کاشت میں دو قطبی عصیات کا انکشاف ہوتا ہے۔ کاشت کے لئے ہیزین طریقہ یہ ہے کہ کتبہ یا دودھیز رقبہ میں تمور سے عقیقہ لحمی معلول کا اثراب کر دیا جائے اور بعد میں اس کا امتصاص کر لیا جائے اور پچھید گئی کے مشمولات کی ایکو کے میلانات پر کاشت کی جائے۔ قطعی کاشت یہ ہے کہ سفید چوہے کی جلد پر برایت زرد مادہ مل کر اس میں طاعون منتقل کیا جائے۔ عفونت الدمی طاعون کی تشخیص مثبت کاشت خون سے کی جاتی ہے۔ ۲۵۔ مکعب سرخون اگر کے ہر میلان پر ڈال دیا جاتا ہے اور مدارین میں کمزوری کی تپش پر اس کی حضانت کی جاتی ہے۔

ذات الریوی طاعون میں نملہ (herpes) موجود نہیں ہوتا اور باقی جو آبئی ہوتا ہے اور جس میں پکلیلا خون ہوتا ہے ذات الریہ کے باقی کی طرح لہج

اور رنگ نہا نہیں ہوتا۔ خرد میں سے استخوان کرنے پر فوراً عصبیات طاعون کا انکشاف ہو جاتا ہے جو کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ کبھی طاعون کی شرح اموات یورپیوں میں دسیوں کی نسبت بہت کم ہے۔ قبل الذکر میں یہ ۲۵ تا ۳۰ فیصدی ہے اور مورخ الذکر میں ۷۵ تا ۸۰ فیصدی۔ بغلی کہتے اربنی کیتوں کی نسبت کم مساعد ہوتے ہیں اور غنقی کہتے تمام طور پر خطرناک ہوتے ہیں کیونکہ ان سے اعتناق کا خطرہ ہوتا ہے۔ خون کی مثبت کاشتیں خطرہ کو ظاہر کرتی ہیں اور عفونت الدم کے صرف خفیف ترین امیابات شفا یاب ہوتے ہیں لیسن (Liston) نے دریافت کیا ہے کہ جن امیابات میں فی مکعب ملی میٹر ۲۰ سے زیادہ عضویات پائے گئے ان میں تقریباً ہمیشہ موت واقع ہوتی۔ ذات الریوی طاعون ہمیشہ جہلک ثابت ہوتا ہے۔

تحریر۔ جہاں ممکن ہو چوہوں اور سپوؤں کو تباہ کر دینا چاہئے اور ایسے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں جن سے یہ آدمی تک پہنچ نہ سکیں۔ طاعون کو پھیلنے سے روکنے کے لئے جو مفید تدبیریں اختیار کی جاسکتی ہیں وہ یہ ہیں۔ غلے کے ذخیروں اور مکاناتوں کو اس طرح تعمیر کیا جائے کہ ان میں چوہوں کا داخل ممکن نہ ہو، وبا کے دوران میں سرایت زدہ دیہات اور جوڑیاں خالی کر دی جائیں، چوہوں کو زہر دیکر اور پنجروں سے پکڑ کر منظم طور پر تباہ کیا جائے اور جہازوں کی تدفین کی جائے اور بندرگاہوں میں ان کو چوہوں کے حملہ سے محفوظ رکھا جائے۔ ہافکن کی جدرین (Haffkine's Vaccine) سے حفظ ماتقدمی تطعیم فائدہ مند ہے۔ ہم مکعب سنٹی میٹر مقدار کا زیر جلدی اثراب کیا جاتا ہے اور اگرچہ بعد میں شدید تعاطلات نمودار ہوتے ہیں، لیکن ایک ہی بڑے اثراب سے جو مناعت پیدا ہوتی ہے وہ نصف سال سے لیکر ایک سال تک ہوتی ہے یورپیوں کے لئے ایک مناسب متبادل طریقہ یہ ہے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں کے متعدد اثرابات کئے جائیں۔

علاج۔ مریض کے لئے عمدتاً رمداری بستر میں کل آرام اور بال غذا ضروری ہیں۔ اگر ضد طاعون مصل ممکن الحصول ہو تو یہ پورے معتدلیہ میں

دروں وریدی طور پر حتی الامکان جلد از جلد دینا چاہئے (38)۔ مقویات قلب اور گلوکوس کے دروں وریدی محلول (د فیصدی) کا استعمال ابتدائی سے کرانا چاہئے۔ منظر تب کے لئے فوری علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ کبتوں پر گرم تنکیدات، اینٹی فلو جینس یا بیلادونا اور گلیسرین لگائے جاسکتے ہیں اور جب تقیج واقع ہو جائے تو خشک جلد سے دینا چاہئے۔ درد کو رفع کرنے کے لئے بعض اوقات مارفیا کی ضرورت پیش آتی ہے۔

تب متوج

(UNDULANT FEVER)

مالٹائی تب (Malta Fever) حمی بحر روم

(Mediterranean Fever) تب اسقالی (Abortus

Fever) وغیرہ۔

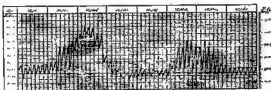
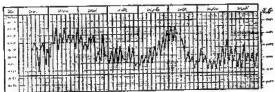
یہ ایک طویل المدت تب ہے جس میں بہت سے وقفے پائے جاتے ہیں اور کس کا رجحان موجود ہوتا ہے، اور اس کے خصائص کبرطحال، تعرق، عدم دمومیت، مفاصل کا درد خیز ورم اور عصبی التهاب ہیں۔ یہ مرض بروسیلا میلٹی ٹنسس (*Brucella melitensis*) سے پیدا ہو سکتا ہے جو بکری کے دودھ کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے، یا یہ بروسیلا (ابورٹس *Brucella abortus*) سے بھی عارض ہو سکتا ہے جس کی بقری اور خنزیری نسلیں پائی جاتی ہیں۔

بحث اسباب۔ مالٹائی تب جو ابتداؤ بکریوں کا مرض ہے بحر روم کے طاس میں خطی مرض کے طور پر پایا جاتا ہے، اور انسانی اصابت کے اندراجات بحر احمر کے سوا مل، جنوبی افریقہ، ہندوستان، چین، جزائر غرب الہند، جنوبی افریقہ کی بندرگاہوں اور وادی مسپی اور دوسرے مقامات میں کئے جاتے ہیں۔ ہر عمر اور ہر صنف کے افراد اثر پذیر ہیں مالٹا میں یہ مرض دوسرے اور تیسرے درجوں میں نہایت عام تھا اور موسم گرمیوں کے

جولائی اور اگست کے خشک مہینوں میں یہ خاص طور پر پایا جاتا تھا۔ مالٹا کے باشندے محافظ افواج کے مقابلہ میں کم اثر پذیر معلوم ہوتے تھے۔ بروکس (Bruce) (84) نے ۱۸۵۷ء میں اس مرض سے ہلاک شدہ مریضوں کی لھال میں عضویہ بروسیلا میلٹی ٹنسس (*Brucella melitensis*) کا انکشاف کیا اور کامیابی سے اس کی کاشت کی اور تجربات سے یہ مرض بندروں میں پیدا کیا۔ یہ ایک چھوٹا ساقی عصیہ (*cocco-bacillus*) ہے جو عمومی طور پر پیدا کرتا ہے اور یہ خون، صفرا، براز، دودھ اور پشاب سے حمل کیا جاتا ہے۔ زیمٹ (Zammit) نے ۱۹۰۹ء میں بکریوں کے خون میں بروسیلا میلٹی ٹنسس کا انکشاف کیا اور یہ ثابت کیا کہ ان کے امعاء سے اس عضویہ کا التراق ہو جاتا ہے۔ مزید برآں دودھ میں نوعی امگولینس پائے جاتے ہیں اور یہ کثیر التعداد عضویات کے موجود ہونے کے باوجود عمدہ قسم کا ہونگتا ہے۔ دوسرے اقسام میں سے ایک قسم ڈینگ کا بروسیلا ابورٹس (*Brucella abortus of Bang*) ہے جس کا انکشاف ۱۸۹۷ء میں ہوا تھا (85) اور جس سے مویشیوں اور سوروں کا متعدی اسقاط پیدا ہوتا ہے۔ انسان میں بھی اس سے ایک مرض پیدا ہوتا ہے جو مالٹائی تب سے ناقابل تیسر ہے۔ اس عضویہ کا اخراج گھائیوں کے باکھ میں ہوتا ہے اور انسان سرایت زدہ دودھ، مسک یا پنر کے استعمال سے، یا سرایت زدہ سوروں یا مویشی کی لاشوں کو ہاتھ لگانے یا ان کے براز کو چھونے سے سرایت زدہ ہو سکتا ہے۔ جنوبی روڈیشیا سے ایسے امبابات کے اندراج کی اطلاع ملی ہے، جہاں بیون (Bevan) نے اول اول اسقاط میں اس مرض کے مویشی کے حیوانی دبائی اسقاط سے تعلق رکھنے کا خیال ظاہر کیا تھا، اور جنوبی افریقہ، ریاستہائے متحدہ امریکہ اور یورپ وغیرہ سے بھی ایسے امبابات کی اطلاع ملی ہے۔ انگلستان میں بھی یہ مرض شناخت کیا گیا ہے اور اس کی شرح وقوع بڑھ رہی ہے۔ امراضیات - جگر کلانی یافتہ اور متلی ہوتا ہے، لھال میں نمایاں

بیش پرورش پانی جاتی ہے، گرد قلبی سیال بڑھ جاتا ہے، معاو کے مخاطیہ اور تحت مخاطیہ میں امتلاء کے چکیتی نہ رقبہ جات نمودار ہو جاتے ہیں اور ماسارٹیکل غلغلہ کلائی یافتہ ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات شکستہ ہو جاتے ہیں اور ان میں نیم قسبی قالب موجود ہوتا ہے۔

علامات - زمانہ حضانت تقریباً چودہ دن ہوتا ہے اور ابتداً



شکل ۹۷۔ متوج قسم کی کلائی تپ کے ایک مریض کی تپش۔

غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ علامات ارتقاع تپش، درد سر، درد مفاصل، بخواری، تشنگی، قیودار زبان، اشتہا اور وزن کے نقصان، غشیان اور بر معدنی خط کی اہمیت پرستہل ہیں قبض عموماً موجود ہوتا ہے، اور طحال عام طور پر کلائی یافتہ اور اکثر اہلیم اور درد خیز ہوتی ہے۔ بعض اوقات کبہ الکبد (hepatomegaly) موجود ہوتا ہے اور پسینہ بہت کثرت سے آتا ہے اور اس کے ساتھ شدید عرق دانے بھی نکل آتے ہیں۔ عدم دمویت اکثراً نمایاں ہوتی ہے۔ (برسج

جیہات کی تعداد بعض اوقات ۳۰۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر سے بھی کم ہو جاتی ہے۔
 اعصاب کی تقریباً نصف تعداد میں جوڑ سرخ، متورم اور درد خیز ہو جاتے
 ہیں اور بروسیلا عضویات کی تفریق منسوب سیال سے کی جاسکتی ہے۔
 عصبی التهاب عموماً پایا جاتا ہے، اور عصب نسانی یا عصب وچہی اس سے
 متاثر ہو سکتے ہیں۔ اس کی ابتدا عادی ہوتی ہے لیکن یہ کم شدید شکل میں ایک
 طویل مدت تک موجود رہتا ہے۔ حادثہ راج میں البیومن بولیت پائی جاسکتی
 ہے۔ درد سراور شدید علامات دو یا تین ہفتوں میں دور ہو جاتے ہیں، اور
 ارتفاع پیش اکثر چھ یا نو ہفتوں تک جاری رہتا ہے اور صرف آہستہ
 آہستہ ہی غائب ہوتا ہے۔ اس زمانہ میں پیش میں مسلسل بلندی لازمی طور پر نہیں
 پائی جاتی، بلکہ اس میں دو یا تین تین ہفتوں کے لئے موج نما اشتدادات پائے
 جاتے ہیں جن کے بعد کم یا طبیعی پیش کا چودہ دن یا اس سے زیادہ کا وقفہ
 ہوتا ہے (متوج قسم، شکل ۹۷) لیکن اور کئی ایک سریری اقسام بھی ہیں۔
 (۱) انفالی قسم۔ اس میں علامات استغفر حقیقہ ہوتے ہیں کہ مریض اپنے
 معمولی مشاغل کو جاری رکھتا ہے۔ بعض غیر اہم علامات بعض اوقات نمودار
 ہو جاتے ہیں جن کے ساتھ عارضی تپ بھی ہوتی ہے جو بہت جلد غائب
 ہو جاتی ہے، اور صرف صلی کا شفا سے ہی سے سرایت کا انکشاف ہو سکتا ہے
 شقا (Shaw) نے مالٹا میں یہ دریافت کیا کہ گودی کے ۵۲۵ مردوروں میں سے
 ۷۹ میں التراقی تعاملات ثابت تھے، اور ان میں سے ۲۲ حاملین مرض ثابت
 ہوئے کیونکہ ان کے خون یا پیشاب یا دونوں میں بروسیلا عضویات شناخت
 کئے گئے۔ (۲) خبیث قسم۔ مریض کو دفعہ شدید تپ عارض ہو جاتی ہے
 جوڑوں میں درد ہونے لگتا ہے، اور تپ اور اسہال شروع ہو جاتے ہیں اکثر
 اوقات ضعف قلب طاری ہو جاتا ہے اور مرضی حالت پیدا ہو جاتی ہے
 اور شعبتی ذات الریہ بھی بعض اوقات رونما ہوتا ہے۔ موت عموماً بیسوی دن
 سے لیکر تیسویں دن تک کے عرصہ میں تپ مفرط سے واقع ہو جاتی ہے اور
 ۱۰۶ سے لیکر ۱۰۸ ف تک کے درجہ ہائے پیش کا اندراج کیا جاسکتا ہے۔

(۳) متبغتر قسم - دوپہر کے بعد تپ فوراً ۵۰-۱۰۰ تک یا اس سے زیادہ بلند ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی سردی کا بھی احساس ہوتا ہے یا واضح قشعرہ بھی نمودار ہوتا ہے۔ ارتفاع پیش کا خاتمہ نہایت کثرت سے پسینہ آنے کے ساتھ ہوتا ہے اور یہ حالت طبریانی تپ سے صرف طفیلیات کی عدم موجودگی ہی سے تمیز کی جاسکتی ہے۔ (۴) مسلسل قسم - تپ چار ہفتہ سے بارہ ہفتہ تک یکساں رہتی ہے۔ سرری نقطہ و نظر سے تپ انتفاہی کے بہت سے امصابات متموج قسم کی پیشی امصابات ہوتے ہیں، لیکن مسلسل اور متفرق قسمیں شاید زیادہ عام ہیں۔

پیچیدگیاں - زیادہ اہم پیچیدگیاں شعبتی التهاب، شعبتی ذات الریه، عصبی التهاب، مفصلی التهاب، معد انصباب، التهاب کفیف، التهاب خصیہ، ریور اور لیمفی غلطی، التهاب پیشگی ہیں۔ حوزوں میں کثرت ٹمٹ، اسقاط، قبل از ميعاد وضع حمل اور التهاب پستان واقع ہو سکتے ہیں، اور بچوں میں سحائی التهاب دماغ کے واقع ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔

تشخیص - جو امراض متموج تپ سے غلط ملط کئے جاسکتے ہیں وہ یہ ہیں - معوی تپ، عا در شیت، سندرن، عفونت الدم، تحت الحاد جرثومی دروں قلبی التهاب، طبریانی، کالا آزار، جگر کا ایبائی خراج، حاد ریم زائریٹس، اور ریوی خدی سلہ جس کے سانچیل ایبیشائین (Pel - Ebstein) کا علامہ موجود ہو۔ اوائل مرض میں دموی کاشت تشخیص کا سب سے زیادہ اطمینان بخش طریقہ ہے اور عفونت الدم بعض اوقات کئی ہیمینوں تک جاری رہتی ہے جس کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ جگر کے خیساندہ کی بخنی کاشت کے لئے عمدہ وسیط ہے، لیکن بر و سیلا ابورٹس کے لئے یہ ضروری ہے کہ اس کی کاشت ۱۰ فیصد کاربن ڈائی آکسائیڈ کے کرہ ہوائی میں کی جائے، یا اس سے بہتر یہ ہے کہ مشتبہ خون کی ۱۰ گھنٹہ سنٹی میٹر مقدار کی تطعیم گنی جپ کے کہفہ باریطون میں کر دی جائے اور کاشت تقریباً ایک ہفتہ بعد کہفہ باریطون سے یا اس مدت کے بعد طحال سے طیار کی جائیں۔ بر و سیلا میبلی ٹنس اور

ہر وسیلہ (ابورئیس کی کاشت کے لئے بخنی کا استعمال کرنے کی حالت میں یہ ضروری ہے کہ منفی نتیجہ کی اطلاع دینے سے پہلے کم از کم چودہ دن تک حفاظت کی جائے۔ مجرد نظر التزاتی تعلقات کی تخصیص اہمیت بہت ہے۔ بروسیلا میلٹی ٹنس اور بروسیلا (ابورئیس کے مردہ مستعلیات کا استعمال ضد آفرینات (antigens) کے طور پر کرنا چاہئے۔ دونوں سرایتوں میں تمیز کرنے کے لئے الزاقین (ایگلوٹینین) کا انجذاب ضروری ہے۔ الزاقین تقریباً بارہویں دن کے بعد ظاہر ہوتی ہے اور ۵۰ میں ۱ سے لیکر ۱۰۰۰ میں ۱ تک کی ترقیقات کے ایک صعودی سلسلہ کا استعمال کرنا چاہئے۔ جہاں کم عیار الزاقات (۱۰۰ میں ۱) حاصل ہوں، وہاں تعامل کا ایک ہفتہ کے اندر اندر تکرار کرنا چاہئے تاکہ اگر عیار بڑھ رہا ہو تو یقینی طور پر معلوم ہو جائے۔ متمم تثبیتی کاشفہ بھی قابل قدر ہے اور متاخر مدایج میں جبکہ الزاقی تعامل منفی ہو چکا ہو، بعض اوقات مثبت ثابت ہوتا ہے۔ برنٹ (Burnett) کا لدوں آدمی کاشفہ میں دن کی بخنی کی کاشت کے قطر کی ۵۰ تا ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار کا بازو کی جلد میں اثر اب کرنے سے کیا جاتا ہے۔ تعامل جو چھ گھنٹے میں مثبت ہو جاتا ہے اور ایک دن تک باقی رہتا ہے، درریش کے تقریباً ۵۰ سنٹی میٹر قطر کے گول یا بیضوی رقبہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کے متعلق یہ بتایا گیا ہے کہ یہ تپ کی ابتدا کے ساتویں دن سے لے کر دسویں دن تک مثبت ہوتا ہے اور شفا یابی کے دس ماہ بعد تک برقرار رہتا ہے۔

انذار - شرح اموات ۶ تا ۲ فیصدی ہے، لیکن ثانوی سرایت کی وجہ سے یہ کم عم بچوں اور چالیس سال سے زائد عمر کے اشخاص میں زیادہ ہے (36)۔ انجیٹ اقام میں موت تپ کے پہلے تین ہفتوں میں تپ مفرط سے عموماً واقع ہو جاتی ہے، لیکن ہلکے کم عم بھی واقع ہو سکتا ہے جس کے ساتھ فٹل قلب شعبتی ذات الریہ یا تسمم الدمی محرقی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ تحریر - بکری کے دودھ اور اس سے لہیا ر شدہ بالائی اور چنیر کا

استعمال روک دینا مناسب ہے، یا اگر ایسا ممکن نہ ہو تو دودھ جوش دینے سے بچے ضرر ہو جاتا ہے۔ سرایت زدہ حیوانات کو ہلاک کر دینا چاہئے اور صرف تندرست نسل ہی کی بکریوں کی پرورش کرنا چاہئے۔ بس وسیلا (بورٹس) کی سرایت کی حالتوں میں یہ مناسب ہے کہ گائے کے سرایت زدہ دودھ کے استعمال کی ممانعت کر دی جائے اور سرایت زدہ گائیوں اور سوروں کی لائش یا ان کے براز کو چھونے سے احتراز کیا جائے۔ عمل میں کام کرنے والوں کے لئے یہ ضروری ہے کہ بروسیلا کی کاشتوں کو ہاتھ سے اٹھاتے وقت نہایت احتیاط سے کام لیں، کیونکہ سرایت ایسے طریقے سے واقع ہو جاتی ہے جس کا ابھی تک مکمل طور پر علم نہیں ہوا۔ بس وسیلا (بورٹس) گنی گھوں کی سالم جلد پر اس سے سرایت کر جاتا ہے۔

علاج - اتنی طویل المدت تیب میں محتاط تیمارداری اور مغذی غذا کی ضرورت ہوتی ہے جس میں حیاتی دار اشیائے خوردنی مناسب مقدار میں شامل ہوں، روہ یہ ہیں۔ دودھ کی کافی مقدار، انڈے، مچھلی، دودھ کے بڑے، رنگتے کارس، ٹماٹر، کارس، اور لہسن (سیسٹ)۔ جدریوں کا فائدہ ہشتہ ہے اور نوعی فصل کے استعمال کے نتائج اگرچہ امید افزا ہیں لیکن ابھی تک یقینی نہیں۔ نوعی پر مبنی علاج سے بعض اوقات شفا ہو جاتی ہے اور ۱۰ فی۔ لے۔ بی ویکسین کے دروں ویریدی اثرات سے کیا جاتا ہے، جسکی ابتدا ۵۰ لین سے کی جاتی ہے اور تین تین دن کے وقفہ پر اثرات کرنے سے یہ تعداد ۲۵۰ لین تک پہنچا دی جاتی ہے۔ جو علامات اور پیچیدگیاں پیدا ہوں ان کا علاج کیا جائے، اور جب پیش ۲-۱۰ ف سے زیادہ ہو جائے تو سرد اسفنج پھیرنا چاہئے۔

طولارد مویت

(TULAREMIA)

(Deer-fly Fever: تپ ہرن مکی تپ)

(Pahvant Valley Fever: تپ وادی پہوانت)

(Rabbit Fever: خجروشی تپ)

یہ ایک قسم الدمی مرض ہے جو کبھی طاعون کے مشابہ ہے اور برٹسیلا ٹولارنس (Brucella tularensis) (جو ٹومیا طولار (Bacterium tularense سے پیدا ہوتا ہے اور خاص کر قوارض میں پایا جاتا ہے۔ انسان بظاہر مرض زدہ حیوانات کو ہاتھ لگانے یا عضویات کے سلسلہ میں کام کرنے سے عموماً سرایت زدہ ہوتا ہے۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ، جاپان، کسائیریا اور ناروے سے اصابات کی اطلاع مل چکی ہے۔

سمت اسباب - مکائے (McCoy) نے سلسلہ میں (37)

زمینی گلہریوں میں ایک مرض (سٹیلیس بیشیا فی (Citellus beecheyi)

دریافت کیا، اور بعد کے سال میں چین (Chapin) کی رفاقت میں (38)

اس نے اس کے مسبب عضویہ برٹسیلا ٹولارنس (Br. tularensis) کی

تفریق کی جو چھوٹا سا اور گرم منفی عضویہ تھا (۵۳ x ۵۲)۔ یہ مرض امریکہ

کی مغربی ریاستوں میں قوارض پر اور خاص کر زمینی گلہریوں اور جیک خرگوشوں

(jack-rabbits) پر حملہ آور ہوتا ہے اور یہ قوارض (ticks) سے پھیلتا ہے۔

برٹسیلا ٹولارنس سالم جلد میں سے گذر سکتا ہے، اور قصاص اور

مرغیاں پالنے والے مرض کی خدی قسم سے سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ عمل میں

کام کرنے والوں کو یہ مرض سرایت زدہ حیوانات کو معدم جس کے زیر اثر لانے

کے دوران میں قطری رشاشی سرایت سے یا کاشتوں کو ہاتھ لگانے سے

عارض ہو سکتا ہے۔

احراضیات - آدمی میں مقامی خدیلف میں تقیی خدی التهاب واقع

ہو جاتا ہے اور یہ شکستہ اور متفرج ہو جاتے ہیں، یا عفونت الدم کے عمومی امارات پیدا ہو جاتے ہیں جن کے ساتھ طحال، جیسے پٹھے اور جگر بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔

علامات - سرایت کی دو قسمیں ہیں - (۱) کبچی قسم (bubonic type) جو عام طور پر قصابلوں اور مرغیاں پالنے والوں میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا عادی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ درد سر، لرزہ یا تشعیرے بھی ہوتے ہیں، اور دردِ جوارح اور تپ بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابات میں ایک بشرہ عموماً پایا جاتا ہے جو خاصکراً تھوں کی پشت پر ہوتا ہے، اور اس کے شکستہ ہو جانے سے ایک قرح پیدا ہو جاتا ہے جس کے کنارے پھٹے ہوتے ہیں۔ اس کے بعد حادثی غدی التهاب پیدا ہو جاتا ہے جو برکری اور بنگلی غد پر اثر انداز ہوتا ہے۔ یہ غد متورم اور درخیز ہو جاتے ہیں اور بعد میں بعض اوقات جلد سے ختم ہو جاتے ہیں اور ان سے پیپ بہتی رہتی ہے۔ تپ کی اوسط مدت چھبیس دن ہے، اور مرض کی اوسط مدت سوا پانچ ماہ ہے (فوشے: Fushay)۔ مزمن اصابات میں علامات ایک سال تک برقرار رہتے ہیں۔ بعض اوقات عضویات کا حوصلہ کم ہو جاتا ہے، پیوٹوں کی اندرونی جانب پر قروح بن جاتے ہیں، اور پیش اذنی اور عنقی غد میں ورم اور لمبیت پیدا ہو جاتی ہے۔ (۲) مخراتی قسم (typhoidal type) خاصکراً محل میں کام کرنے والوں کو عارض ہوتی ہے اور اس کے میز خواص تپ، سردی کا احساس، پسینے، درد سر، دردِ مفاصل اور کلمندی ہیں، اور مختصراً المقام نصائص موجود نہیں ہوتے تپیش بعض اوقات تین ہفتہ کے اندر کم ہو جاتی ہے، لیکن کبھی کبھی بے قاعدہ تپ کئی ہفتوں تک جاری رہتی ہے (39)۔ وریہ حالت تپ متوج یا تپ مخرق کے مشابہ ہوتی ہے۔

تشخیص - پیش کی روئداد سے خاصکراً ان لوگوں میں جو مرض کے مقامی رقبہ جات میں گرگشتوں کو ہاتھ لگاتے ہوں اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے، لیکن آخری فیصلہ عمل ہی میں ہو سکتا ہے۔ التزاتی تعامل یقیناً بہت

کار آمد ہے کیونکہ پہلے ہفتہ کے دوران میں مصل ۲۰ میں اس کی ترقیات سے اس میں وسیلہ ڈیلازنس کا ارتقا بنیاد کرتا، لیکن دوسرے ہفتہ میں عیار بلند ہو جاتا ہے اور چوتھے سے لیکر ساتویں ہفتہ کی مدت میں یہ ۶۰۰ میں اسے لیکر ۱۰۰۰ میں اس تک کے اعظم درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ بعد کے مہینوں میں یہ جدید کرم ہوتا جاتا ہے اور اس کے اختتام پر یہ عموماً ۱۰۰ میں اسے لیکر ۵۰ میں اس تک پایا جاتا ہے۔ اگر گنی بکوں میں اس عضو کے قحی مواد کا اخراج کیا جائے تو ان میں مزید ضررات پیدا ہو جاتے ہیں۔ فوٹے (۱۹۰۱) نے حال ہی میں شخص کے لئے ایک خاص جلدی کا شدہ کورولج دیا ہے جس سے مرنے کے پہلے ہفتہ میں شخصیں ہو سکتی ہے۔

انذار مہل میں کام کرنے والوں میں یہ مرض عام طور پر ہلکے ثابت نہیں ہوتا۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو کئی قسم کی شرح اموات تقریباً ۲۰ تا ۳۰ فی صدی ہے۔ علاج۔ ایک مضبوط جو بکریوں اور گھوڑوں سے حال ہی میں کاسیانی سے طیار کیا گیا ہے عموماً ۱۵ کعبہ ٹی میٹر کی مقداروں میں دروں دریدی طور پر دروں متواتر دیا جاتا ہے (۱۹۱۱)۔ اس کے استعمال سے مرض کی مدت میں ۵۰ فی صدی تخفیف کی جا چکی ہے۔

تپ اور ویا

(OROYA FEVER)

(مرض گیر یائیں : Carrion's Disease)

اس مرض کی جو باریٹونیلہ بایلی فار (Bartonella bacilliformis)

سے پیدا ہوتا ہے، ایک خاص جغرافیائی تقسیم ہے یعنی یہ پرومیں کوہ انڈیز کے مغربی میلانوں پر کی ان وادیوں تک محدود ہے جنکی بلندی ۳۰۰۰ تا ۹۰۰۰ فٹ ہے۔ کیرٹن (Carrion) نے ۱۹۰۵ء میں بروقی کریمچہ (verruca nodula) کے مواد سے خود میں تقسیم کی اور ایک مہینہ بعد وہ تپ اور ویا سے ہلاک ہو گیا۔ ان ہر دو امراض میں سے کئی ایک کا حلا ہونے سے دونوں کے لئے مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ بارتن (Barton) نے ۱۹۰۹ء میں تپ اور ویا میں طلیات احر میں ڈنڈے کی طرح کے چوٹے چوٹے عضو سے دریا فٹ کے نیگوشی (Noguchi)

اور بائسٹینی (Battistini) نے لائلہ میں مصنوعی وسائط پر اس عضو کی کاشت کی، اور بندروں میں کامیابی سے اس کی سرایت پیدا کی (۱۹۲)۔ ان بندروں میں سے جو بند کم مزاحم تھے ان میں تپ اور ویا کے مشابہ مرض پیدا ہوا اور جو زیادہ مزاحم تھے ان میں صرف بروقہ نما کر بیچے پیدا ہوئے۔ نوکوٹھی لے پرو کی ریت کھینوں کے مستقلب سے ریس بندروں کو سرایت زدہ کیا اور بعد میں ان کے خون میں بار ٹونیلا بیسلی فارمس کا مظاہرہ کیا۔ دروانا وغلیبو ٹومس (Phlebotomus verrucosus) اور فلیبو ٹومس نوگوشی (Phlebotomus noguchi) مرض کے مکنہ بردے تصور کئے جاتے ہیں۔

امراضیات - جلد پر نشات پائے جاتے ہیں اور اس کی دنگت زردیائل عمومی ہوتی ہے۔ قلب پھیلا ہوتا ہے، اور اس میں شحمی انحطاط کے خدائیں موجود ہوتے ہیں۔ مگر کلانی یافتہ ہوتا ہے اور اس میں متطقی تنخر کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ غدود لطف متورم اور متہیج ہوتے ہیں۔ کلانی یافتہ طحال میں خدائیں متعدد (multiple infarcts) موجود ہوتے ہیں، اور درملی اور طحالی غلیات میں ایک زرد اور دانہ دار لون پایا جاتا ہے جو پروشیا نیلہ آغاش نہیں دیتا۔ مٹی بدیوں میں سرخ کیرناہضی مغربہ ہوتا ہے اور معمولی تاجوں میں اکثر کدما (ecchymoses) پائے جاتے ہیں۔ بار ٹونیلا بیسلی فارمس شبکی درملی غلیات اور سرخ جیسات میں پایا جاتا ہے۔

علامات - مقامی مرض کے خط میں جانے کے تقریباً تین ہفتہ بعد کسلندی اور درد بر شروع ہو جاتا ہے اور بے قاعدہ متغیر تپ آنے لگتی ہے، اور ساتھ ہی جوڑوں میں درد محسوس ہوتا ہے اور لمبی ہڈیوں اور موص پر ایسیت پائی جاتی ہے۔ طحال کلانی یافتہ اور جس پذیر ہو جاتی ہے، اور غدود لطف متورم ہو جاتے ہیں اور خون پاش کیرخلوی عدم دمویت (hæmolytic megalocytic anemia) جلد ہی پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ بیش بائیلی روبین دمویت ہوتی ہے۔ شدید اسباب میں سرخ خیلوں کا شمار کم ہو کر ۱۰۰۰۰ سے لیکر ۲۰۰۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر تک آ جاتا ہے۔ لون نما اکثر ۵۰ سے زیادہ ہوتا ہے، اور ایسی کثرت غلیات اسفین عموماً دیکھنے

میں آتی ہے جس میں ناچنٹہ تبدیل پسند غلیات اور برزخی لیتی غلیات (meta-myelocytes) پائے جاتے ہیں۔ سانس پھولنے لگتی ہے، اختلاج قلب اور قلبی خیریات پیدا ہو جاتے ہیں، 'ٹانگوں میں تہیج'، شبکیہ میں نزفات اور جلد میں نیشات نمودار ہو جاتے ہیں اور مسوڑوں سے خون رسنے لگتا ہے۔ شدید اصابات میں اکثر کوما (coma) کی حالت طاری ہو جاتی ہے اور زیر طبیعتش سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ دوران نقیہیت میں بعض اوقات بروقی کر تھکے پیدا ہو جاتے ہیں۔ تشخص - کبیر غلوی قسم کی عموئی خوں یا ش عدم دمویت سے جس کے ساتھ ہڈیوں میں ایبیت اور کود آئیز میں جانے کی روئداد موجود ہو اس مرض کا خیال پیدا ہونا چاہئے۔ تصویر خوں بلند کثرت غلیات ایبیس سے جس میں برزخی لیتی غلیات موجود ہوں شلف عدم دمویت سے تمیز کیا جاسکتی ہے جس میں قلت غلیات ایبیس اور کثرت غلیات لف موجود ہوتی ہے اور تبدیل پسند غلیات کی حرکت دائیں جانب کی طرف ہوتی ہے۔ بارٹونیلا بیسیلی فارمس کا مظاہرہ صرف شدید اصابات ہی میں خون کے آلودوں میں کیا جاسکتا ہے۔

انذار - شرح اموات ۲۰ تا ۴۰ فی صدی ہے۔

علاج - شدید عدم دمویت کے لئے شکر نقل الدم کی ضرورت ہوتی ہے اور کہا جاتا ہے کہ بعض اصابات میں سالورسین (salvarsan) کے استعمال سے فائدہ ہوا ہے۔ خلاصہ مگر نظر ہر موثر ثابت نہیں ہوتا۔

بسر وقت پیر و (Verruga Peruana) - یہ مرض ان مریضوں

1027

میں بوبارٹونیلا بیسیلی فارمس کی سرایت کے لئے بہت مزاحم ہوں اب تپ اور دیا کا بخورانی درج خیال کیا جاتا ہے۔ گرگوشی نے مقامی طبعیات سے بروقی کر بچوں کو ایک بندر سے دوسرے میں کامیابی سے منتقل کیا ہے اور بعد میں مقامی ضررات سے اس نے بارٹونیلا بیسیلی فارمس کی کاشت کی ہے۔ لھال ربودہ یا خاص طور پر اثر پذیر بندروں میں ایسے نظامی مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں جو تپ اور دیا کے مشابہ ہوتے ہیں۔

امراضیات - بروقی کر تھکے عروق دار ایک بافت پر مشتمل ہوتے ہیں

اور ان میں تفریح اور زلف کی طرف ایک نمایاں رجحان پایا جاتا ہے۔ خرد بینی
ایستحسان پر شغریات اور عروق لطف کے درملی استسز میں شکاثر پایا جاتا ہے
اور مصلی نکلیات اور لیبی ناہضات ایک نازک عرقی شبکہ میں دکھائی دیتے
ہیں۔

علامات۔ مرض کے معرض اثر میں کسے کے دو یا تین مہینے بعد تپ
شروع ہو جاتی ہے، اور گھٹنوں، گھٹنوں، اور پہنچوں میں شدید درد پیدا ہو جاتا
ہے، لیکن ثوران نمودار ہونے کے چند دن بعد پیش طبعی حد تک آ جاتی ہے دو قسم
کے جلدی ضررات دیکھنے میں آتے ہیں۔ (۱) دخی قسم (miliary type)
چہرہ اور جوارح کی خارجی سطح کو متاثر کرتی ہے اور بعض اوقات لطخات اور ناک
اور بلجوم کی محافظی غشائیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں۔ گلابی لطخات نمودار ہو جاتے ہیں
جسکی رنگت گہری ہو جاتی ہے اور یہ کریمجی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ کریمجی پیپے
ہموار اور سطح یا سا تھ دار ہوتے ہیں، اور ان سے آسانی سے خون بہنے لگتا ہے
اور ان کا اندمال ندبہ بننے کے بغیر ہو جاتا ہے۔ (۲) ثوران کی کو بھی قسم
زیادہ آہستہ نمودار ہوتی ہے لیکن اس میں کریمجی کے ابعاد بڑھ جاتے ہیں
اور متفرق متفرق ایک کی سلعات بن جاتے ہیں جن کی جسامت انروٹ کے برابر
ہوتی ہے اور جن سے خون بکثرت بہتا ہے۔ ثوران فصلوں کی شکل میں نمودار ہوتا
ہے اور یہ متوسط جسامت کے مفصل کی تعریجات (flexures) کو متاثر کرتا ہے
اور دو یا تین مہینوں تک رہتا ہے۔

تشخیص۔ یہ عموماً بالکل آسان ہوتی ہے خاص کر جب کہ مرض کی جغرافیائی
تقسیم کو مد نظر رکھا جائے۔ بعض اوقات اس مرض کو ثنائی یا زہر، رنوخہ ساری
(molluscum contagiosum) 'ڈرگم کے مرض' (Dercum's disease)
عرقی سلعہ متعدد، اور لیبی سلعات لحمیہ سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔
انذار۔ انذار عمدہ ہوتا ہے۔ سب سے بڑا خطرہ کریمجی قسم میں زلف کا
اور دخی قسم میں جس سے اعشیہ محافظی موقوف ہو جاتے ہیں، تنفسی مرابت کا
ہونا ہے۔ بچوں میں مرض کا مرخیف ہوتا ہے۔

علاج۔ ضربات جلد کا عقیقہ کرنا چاہئے، اور زخموں کو روکنے کے لئے متقطع کر۔ بچوں کا مقامی معدوم جس کے زیر اثر استیصال کر دینا چاہئے۔ جن حالتوں میں نقصان خون شدید ہوتا ہے ان میں نقل الدم اور لوہے کے تجزیات کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔

مداریخی عضلی التهاب

(TROPICAL MYOSITIS)

(Tropical pyomyositis، التهاب عضلی عضلی التهاب)

Myositis purulenta tropica :

یہ مرض عضلات کے درد خیز اور ام سے ممیز ہے جن میں کبھی پیپ بن جاتی ہے۔ درجہ نہیں نہیں بنتی، اور اس کی جغرافیائی تقسیم بہت وسیع ہے۔ ہر صنف اور نسل کے افراد اس سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ زمانہ حالی تک بہت سے محققین کا یہ خیال تھا کہ اس کا تعلق فلا (یا بانکروفتائی) (Filaria bancrofti) یا لوالوا (Loa Loa) کی سرایت سے ہے، لیکن ابھی تک یہ نظریہ ترک نہیں کیا گیا۔ میٹرس (Seyers) نے جزائر سلیمان میں یہ ثابت کیا ہے کہ مریضوں سے فلاریت (filariasis) کے لئے مثبت دروں جلدی کاشتات حاصل نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ اس مرض کے ساتھ مختلف عضویوں کا تعلق ہو جن میں ذہبی بیکات عفیبہ (Staphylococcus aureus) اور بیکات (Streptococci) شامل ہیں اور ان کے علاوہ ایک اور چھوٹا سا عصیہ بیسلس سیرو فیشینس (B. Serofaciens) بھی ہے جس کی تفرید سکاٹ (Scott) نے ہیکامیا کی تھی۔ بعض اوقات یہ مرض وبا کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور اس کا انتشار تقریباً فریسا ہی وسیع ہوتا ہے۔ سینٹ رکش کے جزیرہ میں اس مرض کے نمودار ہونے کے زمانہ میں ایسا ہی ہوا تھا۔

امراضیات۔ امراضیاتی اکتشافات عضلہ کی حادثی سرایت پر مشتمل ہیں جس کے ساتھ معطلی انصباب یا ریم کا حقیقی تھکون ہوتا ہے، مہلک مایا

میں قلعج الدمی خراجات یا عفونت الدم کے میاسم (stigmata) پائے جاتے ہیں۔ علامات - مقامی اور نظامی دونوں قسم کے مظاہر بہت اختلاف پذیر ہیں۔ جو علامات عموماً دیکھنے میں آتے ہیں وہ تپ، مٹوف عضلات کا درد اور ان کی ایٹھن اور متعدد متضرب کریمچی اور ام ہیں جو کبھی شکستہ ہو کر متعرج ہو جاتے ہیں اور کبھی نہیں بھی ہوتے۔ ایک تعدیل پسند کثرت غلیات ایض جو ۱۵۰۰۰ غلیات سے لیکر ۲۵۰۰۰ غلیات فی مکعب ملی میٹر تک ہوتی ہے عموماً موجود ہوتی ہے۔ مقامی پیچیدگیاں زلالی التهاب (synovitis) ہنفسلی التهاب اور گرد عظمی التهاب پر مشتمل ہیں، اور شدید اسباب میں بعض اوقات قلعجی الدمی مظاہر پائے جاتے ہیں جو ریوی خراج یا عفونت الدم پر مشتمل ہیں اور جن کے نتائج جھلک ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اس مرض کا مہر طویل ہوتا ہے اور اس میں کئی ایک نکسات ہوتے ہیں۔

1028

تشخیص - اس مرض کو سراجہ (glanders) سراجہ نام (melioidosis) فلاریائی خراج اور دروں عضلی ممفی سلعات سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے (ایٹھن - باہرا)۔

علاج - آرام، تازہ ہوا اور مغذی غذا جس میں حیاتیاتوں کی مقدار زیادہ ہو ضروری ہیں۔ خراجات میں شکاف دیکر ان کی سیلیت کر دینا چاہئے۔ انکس اسباب میں خود زاد جدرینوں کی، اور دشوار علاج اسباب میں غیر نوعی پروٹینی علاج (ٹی - اے - بی وکسین) کی آزمائش کرنا چاہئے۔ بین وام (مثلاً آنشک یا کج دہنی مرض (ankylostomiasis) کے مناسب علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔

فطرات سے پیدا شدہ امراض

(فطری امراض : Mycoses)

بعض فطری سرائیتیں صرف مداریں ہی میں پائی جاتی ہیں مثلاً فطری

(mycetoma) دھوبی کھجلی اور اٹک کا ٹک پ (Hong-Kong foot) جو

پیرا دمی فطرہ آبئی (Epidermophyton inguinale) سے پیدا ہوتے ہیں،
 ٹوکیلائی داد (Tokelau ringworm) جو سفوفہ مکتبا (Tinea imbricata)
 سے پیدا ہوتا ہے، جلد کی وہ خاص لون دار حالت جو پینٹا (pinta) کے نام سے
 موسوم ہے، بالوں کی فطری سرایتیں (شعری بذریت : trichosporosis یا
 پیدرا : piedra اور شعری فطرت : trichomycosis) اور ناخنوں کا داد
 (ظفر فطرت : onychomycosis)۔

بذر شعریت (Sporotrichosis) 'نہرونی فطرت (blastomycosis)'
 شعاع فطرت (actinomycosis) اور ٹورولائی مرض (torulosis) اور اسفر
 جلوسیت (aspergillosis) گرم آب و ہوا سے مخصوص نہیں ہیں اور ان کا ذکر
 دوسرے مقامات پر کیا گیا ہے۔

سببھی مرض (Moniliasis) - اس میں کچھ شبہ نہیں کہ بعض لہن نا
 فطرات جلد کی سرایتیں، سمیٹلی التهاب جلد (intertrigenous dermatitis)
 ناخنوں کی بیماریاں یعنی داحس (paronychia) اور ناخن کی گدی کا التهاب
 (onychia)، دہنی قلاع (mouth thrush) اور ہسل کے غشائی ضررات
 پیدا کر سکتے ہیں، لیکن یہ امر نہایت مشتبہ ہے کہ ان سے کبھی بھی خطہ ہضم کا
 ابتدائی سببی مرض (primary moniliasis) پیدا ہوتا ہے۔ اس پر وکا مونیلیا
 ایش فورڈائی (Monilia ashfordi) سے یقیناً کوئی ابتدائی تبیہی تعلق نہیں
 قصبی ریوی نظام کی سببی سرایتوں (monilia infections) کا ذکر کئی دفعہ
 کیا جا چکا ہے۔

انفی حوینی بذریت (Rhinosporidiosis) - یہ ایک مزمن
 مرض ہے جو رائیٹنوسپورائیڈ میٹم سیدی رائی (Rhinosporidium
 seeberi) سے پیدا ہوتا ہے، اور اس میں انفی سعدانے اور خسار، قلعہ،
 تاجہ و معنی، قذیب اور فرج کے حلیمی سلعات پائے جاتے ہیں۔

کث اسباب - اس مرض کا اندراج ہندوستان، لٹکا،
 کورچین چینی، ارمینان اور قسمانی امریکہ میں کیا جا چکا ہے، لیکن حال ہی میں ایش وری

(Ashworth) نے یہ ثابت کیا ہے کہ یہ مرض ایک لہن نما فطرانینو سپورڈیئم (Phycomycetes) سے پیدا ہوتا ہے جس کا تعلق سواری فطرات (O'Kinealy) نے اس کو سنگھدو عریں ہندوستان میں انفی سعدانوں میں دریافت کیا۔ سعدانوں میں گول خلیوں کی درریش، سرطی ٹیکٹر اور لینی تاہضات پائے جاتے ہیں جن میں بڑے بڑے دویسے موجود ہوتے ہیں جن کے اندر ایک سیلولوس کے طبقہ کے اندر دوسری دویسے ہوتے ہیں۔ علامات۔ چونکہ اس سے ناک ہی بالعموم ماؤف ہوتی ہے اس لئے انفی علامات ہی غالب ہوتے ہیں، اور ناک سے مواد بہنے اور متغیر نزقات کی روکڑا بھی حاصل کی جاسکتی ہے جو کئی سال سے جاری ہوتی ہے۔ انفی سعدانے نرم اور عروق دار ہوتے ہیں، ان سے خون بآسانی بہنے لگتا ہے اور ان کا رجحان خود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔

علاج۔ مدراس ہسپتال (Wright) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ نارٹار ایٹیک (tartar emetic) کا ایک دروں وریدی نصاب دینے کے بعد انفی سعدانے غائب ہو جاتے ہیں۔ سعدانوں کو عموماً تار کے ایک پھندے کے ذریعہ سے جراحی عمل سے نکال دینا ضروری ہوتا ہے۔

مدورافطرییت

(MADURAMYCOSIS)

(مدوراپا : Madura foot) کاذب شناع فطرییت

'pseudo-actinomycosis' فطرپائی : 'fungus foot'

فطری سلعہ (mycetoma)

مدورافطرییت یا فطری سلعہ ایک مزمن ایکی سلعی مرض ہے جو عموماً جوارح اسفل میں پایا جاتا ہے اور فطرات کے مختلف انواع سے پیدا ہوتا ہے۔
سبب اسباب۔ یہ مرض خاص کر ہندوستان (مدور) میں پایا جاتا ہے اور مصر، سوڈان، الجزائر، مدغاسکر، لنگا، کوچین، جینی، جزائر عرب، ہند

جنوبی امریکہ اور ریاستہائے متحدہ امریکہ میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ عام طور پر دیکھائی انضام تک ہی محدود ہے اور ان ایسی آدمیوں میں جو ننگے پاؤں پھرتے ہیں اکثر ضربی خراشیدگیوں، کٹنے سے زخم آنے، یا کانٹا پیچنے کی روئداد موجود ہوتی ہے۔ جو بچہ اور ہر صنف کے افراد متاثر ہو سکتے ہیں۔

مختلف انواع اور جنس انسانانی بافتوں میں ذرات پیدا کر سکتی ہیں اور ان میں سے دو بڑے گروہ شمر فطرتی (Actinomycotic) اور فطری سلفی (Mycetomatous) ہیں۔ جو فوں سے جو مواد بہتا ہے اس میں جو ذرات موجود ہوتے ہیں وہ نیسجات (hyphae) سے مرکب ہوتے ہیں جن کے ساتھ کبھی قباوش ہڈی سے (chlamydospores) اور دوسری قسم کے ہڈی سے موجود ہوتے ہیں اور کبھی نہیں، اور ان ذرات کا قطر اتنا ہی میٹر ہوتا ہے۔ یہ کبھی سخت ہوتے ہیں اور کبھی ان کی بستگی نرم یا پتھر کی طرح کی ہوتی ہے۔ ان کی رنگت سفید، خاکستری، زرد، بھوری، سیاہ یا سرخ ہوتی ہے۔

امراضیات۔ بافتیں نرم ہوتی ہیں، اور ان کی بستگی فالودہ کی طرح کی ہوتی ہے اور ان میں جوف ہوتے ہیں جن میں دوری اتساعات پائے جاتے ہیں جو خارجی کر بچوں اور داخلی ایریکی سلفی دریریشوں سے ربط رکھتے ہیں اور یہ عضا رست اور ہڈیوں میں پائے جاتے ہیں اور ان سے شہد کے چھتے کی طرح کا ایک۔ جب بنی تو وہ بن جاتا ہے۔ تقبیضی مقاصد کے لئے ذرات کا ۱۰ فیصدی ٹوٹا شیم ہائیڈرو آکسائیڈ میں شیشہ کے ایک شہد پر تراکب کیا جاتا ہے اور اس کو شیشہ محفوظ سے چٹا کر لیا جاتا ہے۔ سینبوراڈ (Sabouraud) کے مائوسس وسیہ یران کی کاشت بہترین طریقہ سے کی جاسکتی ہے، اور ۳۷ درجہ پر یہ چار لیکر سات دن کی بایڈگی کے بعد نہایت نمایاں ہو جاتے ہیں۔

علاجات۔ ابتدا عموماً غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ اکثر مریضوں میں ننگے پاؤں کے ضربہ کی روئداد حاصل کی جاسکتی ہے۔ اس کے بعد درد، ایسیت، ورم اور جلد کی رنگت کا تغیر واقع ہو جاتا ہے (اور بعض اوقات ایک ایسا زائہ بھی گذر جاتا ہے جس میں کوئی علامات نمودار نہیں ہوتے اور

جس کے بعد ایک سرخ کریمچہ پیدا ہو جاتا ہے جس میں درد نہیں محض تیکار (Carter) کے مطابق ابتدائی ضرر جتنی دیر بڑھ گیا گہرے مثبت کریمچہ، یا تورم آبلہ، یا ایک خراج پرشکل ہوتا ہے جو ایک ناسور سے ربط رکھتا ہے۔ اگرچہ پاؤں ہی عموماً لٹوف ہوتے ہیں لیکن ناک، چہرہ اور دیوار شکم بھی گھا ہے گھا ہے تاثر ایسے لگتے ہیں اس مرض میں شعاع فطرت کے خلاف نظامی اثرات پیدا نہیں ہوتے۔ اگر زندگی التهاب موجود ہو تو یہ ثانوی جرثومی سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ کئی مہینوں کے بعد ضررات کی جسامت اور تعداد بڑھ جاتی ہے، کریمچہ متفرق ہو جاتے ہیں اور جوف بن جاتے ہیں جن سے ایک بدبودار نیم فیعی سیال بہتا ہے جس میں میز ذرات موجود ہوتے ہیں۔ مرتقی اصابات میں بھی درد اور زخف عموماً موجود ہوتا ہے، لیکن پاؤں کی جسامت بتدریج بڑھتی جاتی ہے اور اس کے انفعارات معدوم ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ثانوی سرایت واقع ہو جاتی ہے جس کے نتائج خطرناک ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ایسے اورام، کریمچوں، ناسورات اور اجواف کی موجودگی سے جن سے سب دار ذرات مرتفع ہو رہے ہوں اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔ اگر معمولی رشحہ میں ذرات کا مظاہرہ نہ کیا جائے تو ناسور کا شک کے جوف اور ان کی آبیاری کی کوشش کرنا چاہئے۔ تفریقی تشخیص یزاکا (تک) تمدن، کا کسی ڈی آئیڈی اریکی سلحہ (coccidioid granuloma) اور بدر ضرریت (sporo trichosis) پر مشتمل ہے۔

انذار۔ مرض کا عمل لازمی طور پر مزمن ہوتا ہے اور یہ کئی سال تک جاری رہتا ہے۔ مریض کے خود بخود شفایاب ہونے کا کوئی رجحان نہیں پایا جاتا، اور اگر مناسب علاج نہ کیا جائے تو موت انجام کارضعفہ (cachexia) یا ثانوی سرایت سے واقع ہو جاتی ہے۔

تھرمیز۔ مناسب جوتے کا استعمال کرنا چاہئے اور ننگے پاؤں نہ پہرنا چاہئے۔ جب خراشید گیاں اور زخم پیدا ہو جائیں تو ان کا آیوڈین سے علاج کرنا چاہئے اور مناسب تمکیہ اسے ان کی حفاظت کرنا چاہئے۔

علاج - ابتدائے مرض میں کربچوں کے استیصال اور جرف کی ضرورت ہوتی ہے اور بعد میں لاشعاعوں سے تشعبع کرنا چاہئے۔ جب فٹوں میں بے شمار جوف موجود ہوں تو صرف ہتر ہی سے شفا کی توقع کی جاسکتی ہے۔ اگر علیہ مناسب طور پر تجویز کیا جائے تو یہ تقریباً ہمیشہ کامیاب رہتا ہے۔ ادویہ کا فائدہ جن میں پوٹاشیم آیوڈائیڈ، بستمہ سوڈیم ٹارٹریٹ و نیو رالورین شامل ہیں، مشتبہ ہے۔

کاکسی ڈی آئیڈیس (Coccidioides) - (مرض کیلی فورینا، کاکسی ڈی آئیڈیس اریکنی سلعنا: Coccidioidal granuloma) - یہ ایک ساری اریکنی سلعی مرض ہے جو کاکسی ڈی آئیڈیس امینس (Coccidioides immitis) سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ کبھی متغصن المقام جلدی ضرا کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے، اور کبھی نظامی سرایت کی شکل میں مؤخر الذکر جلدی ہلک ثابت ہوتی ہے۔

بحث اسباب - شمالی امریکہ (43) کینیڈا، برازیل اور ارضنا میں یہ مرض مقامی ہے۔ مردوں کو یہ خاص طور پر عارض ہوتا ہے اور مردوروں اور کاشتکاروں کی جماعتوں میں یہ بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ کاکسی ڈی آئیڈیس امینس پیپ میں دکھائی دیتا ہے اور یہ ایک کے وی شکل کے فطر کی طرح کا ہوتا ہے جس کا مخزماہ ذرات دار اور جس کے کیسہ کا حاشیہ دھرا ہوتا ہے۔ اس کا قطر ۶ تا ۷ مل میٹر ہوتا ہے اور اس کی تولید دروں بندری تکون (endospore) سے ہوتی ہے۔ مصلی ایگریجیم کی پیش پر اس کی کاشت آسانی سے کی جاسکتی ہے اور یہ ایک فطری جال کی طرح کا ہوتا ہے جس کے سیجاست لیے اور مفصول (septate) ہوتے ہیں۔ قباہن بدور اور عدیم الجنس بدور ساقطہ (conidia) پرانی کاشتوں میں بنتے ہیں۔ امراضیات - ضرات کی ماہیت اریکنی سلعی ہوتی ہے اور یہ چھوٹے چھوٹے کربچوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں جن میں بعد میں مخزماہ تکون خراج نکلف، لیفیت اور نکلس تک بھی واقع ہو جاتا ہے۔ سیجیاتی تصویر بعض اوقات

دماغ سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔

علامات - یہ مرض مقامی ادھی ضررات کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جس میں کبھی نظامی اثرات پائے جاتے ہیں اور کبھی نہیں۔ جلدی اور زیر جلدی ضررات ادھر کے کرتے بھی قروح یا گہرے خراجات، صمغی سلعات یا بلیجے سلعات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ گردن کے اور فوق تریقوی خطہ کے سطحی غدیر لطف بعض اوقات کلانی یافتہ ہو کر جلد سے منضم ہو جاتے ہیں اور شکستہ ہو کر متقروح ہو جاتے ہیں۔ پیچھے پھڑپھڑے مسمی اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ماد اولی اقسام کی ابتدا سردی کے احساس، تپ، درد سرا اور پھول بخوروں اور سینے کے درد سے ہوتی ہے۔ کھانسی بھی پیدا ہو جاتی ہے، لیکن صادق نفث الدم اولی اصابت میں شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ طبعی امارات وہی ہوتے ہیں جو ریوی مرض کے ہوتے ہیں اور تشخیص عموماً تمدن کی جاتی ہے۔ یہ مرض عام طور پر چھ سے بیکر نو ہفتوں میں جملگ ثابت ہوتا ہے، لیکن اس قسم میں جو عظمی اور جلدی ضررات سے ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہے مرض زیادہ مزمن ہوتا ہے۔ نظامی سرایت میں کا کسی ڈی آئیڈیس دماغی نخاعی التهاب سمیا یا (eoccidoides cerebro-spinal meningitis) بعض اوقات اختتامی حادثہ ہوتا ہے اور ان کے اولی طور پر ماؤف ہونے کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے مگر یہ زیادہ شاذ ہے۔ دماغی نخاعی سیال کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، اور اس میں گلوبولن، بہت سے کثیر الاشکال نوات خلیات ابھیں اور کا کسی ڈی آئیڈیس امینس موجود ہوتے ہیں۔ عمومی سرایت میں کا کسی ڈی آئیڈیس سے ہڈیاں اور جوڑ عموماً ماؤف ہو جاتے ہیں اور اس کے ساتھ جلدی ضررات عموماً پائے جاتے ہیں۔ جوڑوں میں موج پیدا کیا جا سکتا ہے، اور خشکاف دینے پر بالائی کی طرح کی دموی پیپ پانی جاتی ہے جس میں کا کسی ڈی آئیڈیس امینس ہوتا ہے۔ بعض اوقات نتیجہ ایک مستقل نامیر پیدا ہو جاتا ہے۔ علاوہ ان میں نظامی کا کسی آئیڈیس میں بعض اوقات شاردما سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ خون میں ایک متوسط یا نمایاں تعدیل پسند کنزرت غلیظ ابھیں پانی جاتی ہے اور اکثر ثانوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

تشخیص۔ یہ مرض اپنے مظاہر کے لحاظ سے مختلف اشکال میں پایا جاتا ہے، اور یہ تدریجاً، آتشک، یاز، نہوضی فطریت (blastomycosis) بُدری شمریت (sporothricosis) فطری سلد اور سرطانی سلد سے خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ تشخیص بافتی تراشوں، پیپ کے آلودوں یا دماغی نخاعی سیال میں کسی ڈی آئیڈیس امینس کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے۔ تطعیم کردہ گنی پگ نظامی کا کسی ڈی آئیڈیس سے ہلاک ہو جاتے ہیں۔

اقتدار۔ یہ ایک لازمی طور پر مہتری مرض ہے اور چند ہفتوں سے لیکر کئی سال تک جاری رہتا ہے۔ اگر جدید علاج اوائل مرض ہی میں شروع کر دیا جائے تو تحت الحاد اور مزمن اعصابات رو بہ اصلاح ہو جاتے ہیں، لیکن مادامعابت میں موت چار سے لیکر چوبیس ہفتہ تک کے عرصہ میں ہمیشہ واقع ہو جاتی ہے۔ علاج۔ کولائیڈی تاجبے کے دروں عضلی اثرات بہترین علاج معلوم ہوتے ہیں، اور یہ چار سے لیکر سات دن تک کے وقفوں پر کئے جاتے ہیں اور ان کے ساتھ کا کسی ڈی آئیڈین (coecidioidin) (جو کا کسی ڈی آئیڈیرامینس کے دروں سموم اور بروں سموم کا آمیزہ ہے) کے جلدی اثرات بھی مریض کے مقامی اور بنیعی تعامل کے لحاظ سے آٹھ سے لیکر چودہ دن کے وقفوں پر کئے جاتے ہیں (جیکبسن)۔ مقامی ضررات کے لئے کاربن ڈائی آکسائیڈ کی برف (carbon dioxide snow) جو بغیر دباؤ کے لگائی جاتی ہے بعض اوقات مفید ثابت ہوتی ہے، اور علاج کی عمومی تدابیر میں مغذی غذا، آرام، تازہ ہوا اور کاڈ لور آئل (جو بکھلایا جاتا ہے) اور گلوکوس کا استعمال شامل ہیں، اور اگر ضرورت ہو تو ہر گرام شکر کے لئے اکائی انسولین کے اثرات کئے جاسکتے ہیں۔ جراحی، لاشماعوں، آئیوڈائیڈس اور ٹارٹار ایمیک کا بھی استعمال کیا جا چکا ہے لیکن ان کے نتائج مشتبہ ہیں۔

پیچ موئی امراض

(Spirochaetal Diseases)

پیچ موئے (spirochaets) خرد عضویوں کا ایک اہم گروہ ہیں جن کی بنانا قی یا حیوانی ماہیت ابھی تک معلوم نہیں ہوئی۔ یہ ستطول اور اچھکدار عضویئے ہیں جن میں مرغولی حرکت دکھائی دیتی ہے اور اس کے علاوہ ان میں تمام جسم کی لہر دار حرکت بھی پائی جاتی ہے۔ اور ان کے مظاہرہ کے لئے خاص تو ششہ یا تار یک زمینی تنویر کی ضرورت ہوتی ہے۔ جو قسمیں بافتوں میں رہتی ہیں مثلاً پیچ سلکیہ، شنجوپی (Treponema pallidum) ان کو بالیدگی کے لئے ناہوا با صورت حالات کی ضرورت ہوتی ہے، اور دموی پیچ موئے مثلاً پیچ سلکیہ، متوالی (Treponema recurrentis) ہوا باش ہیں۔ تو گوشہ نے تین جنسیں تسلیم کی ہیں، لیغے پیچ موید (Spirochaeta) پیچ سلکیہ (Treponema) اور خفیف مرغولہ (Leptospira)۔ پیچ موئے آشک، یاز، حنی نا کہ اور خفیف مرغولی مرض (leptospirosis) کے قبیسی عوامل ہیں، اور یہ دلفسٹ کے زبحہ (Vincent's angina)، شعبتی پیچ موئی مرض (bronchial spirochaeta) (toxis) اور مداریخی قرحہ میں ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ مرغولے (spirilla) غیر چھکدار عضویئے ہیں، اور یہ صادق پیچ موئے نہیں اور اس لئے تپ عوش گرمی کو جو مرغولچہ صغیر (Spirillum minus) سے پیدا ہوتی ہے، صحیح معنوں میں اس باب میں شامل نہیں کیا جاسکتا۔

یا ز

(Yaws)

(فرامبسیا: Framboesia، فرامبسیا ملدا، فرامبسیا)

(Tropica: بیان Plant)

بکشت اسباب۔ یاز کا صکر ایک مداریخی مرض ہے، اور یہ مداریخی

اور تحت داریخی افریقہ، لٹکا، برما، جنوبی آسام، لایا، ہندوچینی، جنوبی چین، فلپائن، اوشینیا اور جنوبی امریکہ کے شمالی حصے میں (جس میں برازیل اور جزائر غرب الہند بھی شامل ہیں) پایا جاتا ہے۔ ہندوستان میں بھی بعض منفرد ماسکات موجود ہیں۔ یہ مرض تقریباً بلا استثنا، تاریک جلد کی نسلوں کو عارض ہوتا ہے اور یہ سن طفولیت کا مرض ہے ہر دو اصناف اثر پذیر ہیں۔ سبب ہیج موہی ناکہ پیچہ مسکلیا (Treponema pertenue) (44) جو بافتوں پر جلد کی خراشیدگیوں میں سے حملہ آور ہوتا ہے پیچہ مسکلیا (T. pallidum) سے جو آشک پیدا کرتا ہے ناقابل تمیز ہے لیکن بافتی پھیلاؤ کے لحاظ سے یہ تمیز کیا جاسکتا ہے بعض ارباب سند دونوں امراض کو متماثل قرار دیتے ہیں اور یا زکوہ وری نسلوں کا آشک تصور کرتے ہیں، لیکن یا ز بلحاظ اصل غیر زہراوی ہے، کبھی خلقتی نہیں ہوتا، اور نہ تو اس سے استفاہ پیدا ہوتا ہے اور نہ اس سے اشتاء اور مرکزی عصبی نظام ہی مآوف ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ اولی ضرر اور ثانوی، ثوریچ موہیل سے پیدا ہوتے ہیں جو برادمی طبقہ میں سکونت پذیر ہوتے ہیں یہ بیماری اعتبار سے ادمسہ (corium) میں ادمی سرطمان کی زیر بالیدگی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ غلیات بعض معصلی غلیات، یعنی نامضات (fibroblasts) موجود ہوتے ہیں۔ ہیج موہی ادم میں موجود نہیں ہوتے جیسا کہ یہ آشک میں موجود ہوتے ہیں، اور عروق خون بھی ان سے مآوف نہیں ہوتے۔

علامات۔ زمانہ حضانت دوسے چار ہفتہ تک ہے، اور اس دوران میں خفیف سی تپ، عمومی سہی درد اور معدی معوی خصاص موجود ہوتے ہیں۔ ابتدائی ضرر بڑا عفا گناہلی ہوتا ہے اور عموماً تنہا ہوتا ہے، اور قناظر غدی لطف بعض اوقات سخت اور الیم ہوتے ہیں۔ ثانوی مدارج میں متفرق تپ، درد سر، درد عظام، جورات کو زیادہ شریک ہو جاتا ہے اور وضع مفاسل (arthralgia) پایا جاتا ہے، طبع سرایت کے آٹھ سے لیکر سولہ ہفتہ بعد نمودار ہوتا ہے، اور اولی ضرر اس وقت بھی بعض اوقات موجود ہوتا ہے۔ پہلے جلد پر سے چھلکے (ترتے ہیں)

اور پھر ابتدائی ضرر کے شاہ چھوٹے چھوٹے شور پیدا ہو جاتے ہیں جن کا قطر بڑھ کر اسکی میٹر ہو جاتا ہے اور بعض اوقات یہ آپس میں مل جاتے ہیں اور اس طرح زیادہ بڑے توڑے بن جاتے ہیں۔ بشرہ کے اوپر سے آذیمہ (cuticle) کے متعلقہ شور جو جانے سے ایک خام اور رس بھری کی طرح کی سطح رہ جاتی ہے جس سے زردی مائل مصل کا ارتشاح ہوتا ہے اور اس کے خشک ہو جانے سے پیڑیاں بن جاتی ہیں جو آتشکی روپیا کے شاہ ہوتی ہیں۔ انجام کار شور خشک ہو کر مندل ہو جاتے ہیں اور ان کی موجودگی کے نشانات بیش ملون یا کم ملون رقبہ جات کی شکل میں باقی رہ جاتے ہیں۔ شور کی تقسیم تشاغل ہوتی ہے اور یہ چہرہ، گردن، بازوؤں، سر پہا اور اعضائے تناسل پر نمودار ہوتے ہیں اور ان سے تکلیف دہ بھلی پیدا ہوتی ہے۔ ان کی فصلیں تین ماہ سے یکتر تین سال تک کے عرصہ میں یکے بعد دیگرے پیدا ہوتی رہتی ہیں جو ضررات شلاقی یا ذکے طویل المدت اصدا بات میں دیکھنے میں آتے ہیں وہ گرد عظمیٰ التهاب، عظمیٰ التهاب، وتری زلزلانی التهاب، مفصلی التهاب، خشک کے تقریح اور عظمیٰ پوسیدگی پر مشتمل ہیں۔ عظمیٰ ضررات بعض اوقات لمبی ہڈیوں، چہرہ، ہاتھ اور پاؤں پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی نوج العظم (exostoses) اور گرد عظمیٰ کریب بھی بن جاتے ہیں جو صمغی سلعات کے شاہ ہوتے ہیں اور عظمیٰ التهاب (rarefying osteitis) سے گاہے گاہے خود رو کس واقع ہو جاتا ہے۔ آسٹریلیا کے اصلی باشندوں میں سیف نما قصبہ (sabre tibia) اور "بومیرانگ" "بومیرانگ" (boomerang) leg کی حالت اکثر پیدا ہو جاتی ہے۔ سابقہ ضررات کے مقامات پر زیر جلدی ایکی سلعات کے شکستہ ہو جانے سے اکثر مزمن قروح پیدا ہو جاتے ہیں، اور جو یا نیٹا کر بیچے پاؤں کے تلووں پر ہوتے ہیں ان سے ایک درد خیز حالت پیدا ہو جاتی ہے جو مریض کو اپنا بیج بنا دیتی ہے، اور عین (clavus) یا کیکرا یا باز (crab yaws) کے ناموں سے موسوم ہے۔

گنگوسا (gangosa)، گونڈو (goundou) اور زرد مفصلی کریب عموماً یاز کے عواقب تصور کئے جاتے ہیں، اور یہاں ان کا ذکر کر دینا بھی مناسب ہو گا۔ گونڈو (Goundou)۔ یہ عارضہ افریقہ کے مغربی ساحل اور

وسلی افریقہ اور سراوٹک اور جنوبی امریکہ میں پایا جاتا ہے۔ یہ اصلی باشندوں میں بچوں اور بالغوں دونوں پر حملہ آور ہوتا ہے اور کتب فوقانی کے انفی زوائڈ کے شبیہ پر ورشی عظمی التہاب کی شکل میں پیدا ہوتا ہے۔ ابتدا میں جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ یہ ہیں۔ مستمر درد سر، درد عظام جو رات کو شدید ہو جاتا ہے اور تھکی انفی مواد جو اکثر خفیف سا خون آلود ہوتا ہے۔ بعد ازاں یہ خصائص غائب ہو جاتے ہیں اور بقیوں، دو جاتی، انفی اور ام پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات مرغی کے انڈے کے برابر بڑے ہو جاتے ہیں۔ ناک میں مسدودی اور بیکار میں خلل بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ کھوپڑی، فوقانی اور تحتانی ناک، قرقہ اور دوسری ہڈیاں بھی اسی طرح ماؤف ہو سکتی ہیں۔ اس عارضہ کو آتشکی عظمی التہاب، عظمی شیرچہرگی (leontiasis ossea) اور کبرا الجوارح (acromegaly) سے تمیز کرنا چاہئے۔ سالورسین کے اثرات دینے چاہئیں اور متاخر مدارج میں منبوج ہڈی (exostosed bone) کو جراحی سے الگ کر دینا چاہئے۔

گنگوسیا (Gangosa)۔ یہ ایک متفرج انفی بلعوی التہاب ہے جس سے منک، انفی فاصل، اور ناک تباہ ہو جاتی ہے اور اوپر کالبل علیٰ ما باقی رہتا ہے۔ یہ مرض جزائر غرب الہند، فجی، برطانوی گائنا، اور وسلی اور مغربی اور مشرقی افریقہ میں پایا جاتا ہے اور اصلی باشندوں میں یہ بچوں اور بالغوں دونوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ شدید درد پیدا ہو جاتا ہے، ناک سے مواد بہنے لگتا ہے اور سانس بدبودار ہو جاتی ہے اور شدید اسباب میں آواز بھی متاثر ہو جاتی ہے۔ اسخام کار آنکھیں اور دمی قناتیں بھی ماؤف ہو سکتی ہیں اور چہرہ کا بہت سا حصہ تباہ ہو جاتا ہے۔ آتشک، جذام اور امریکی جلدی لیشمانیت پر بعض اوقات گنگوسا کا مغالطہ ہو سکتا ہے۔ اس کا مرہبہ مزمن ہے اور اس سے موت عفونت یا نفوخی ذات الریہ (insufflation pneumonia) سے واقع ہوتی ہے۔ ابتدائی مدارج میں سالورسین کے اثرات دینے چاہئیں اور بعد کے مدارج میں ٹیکوینی علیہ جات اسخام دے جائیں لیکن مدارج میں جو درستہ حالات پائی جاتی ہے اس میں مشافہ و نا درہی ایسا

کیا جاسکتا ہے۔

فرد مفصلی گریب (Juxta-Articular Nodes) - یہ پتہ بیضوی گرد مفصلی کریمچے ہیں جو افریقہ کے استوائی حصہ اور مغربی ساحل، جاوا اور سیام میں اصلی باشندوں کے بچوں میں پائے جاتے ہیں۔ خوردبینی تراشوں پر عظیم العروق لیفیت دار بافت دکھائی دیتی ہے جس میں ایسے رقبہ جات موجود ہیں جن میں کثیر الاشکال نوائی و دریزش اور تخریب پایا جاتا ہے۔ یہ سلعات جڑوں کے اور خفا صکر گھٹنے اور کہنی کے قرب و جوار میں واقع ہوتے ہیں اور جس کرنے پر یہ سخت محسوس ہوتے ہیں اور ان میں درد نہیں ہوتا۔ کبھی یہ خود بخود غائب ہو جاتے ہیں، اور کبھی ان کی جسامت میں کوئی کمی بیشی نہیں ہوتی، اور کبھی یہ بتدریج بڑھتے ہوئے مرغی کے انڈے کے برابر بڑے ہو جاتے ہیں۔ اول اول جلد ان پر آزادی سے حرکت پذیر ہوتی ہے اور بعد میں یہ منضم ہو جاتی ہیں لیکن اس میں کسکی یا تفرج یا تفرج کبھی پیدا نہیں ہوتا۔ آتشک میں اسی قسم کے ضرات پیدا ہو سکتے ہیں اور تفریقی تشخیص رفتی اور آتشکی کریمچوں اور خار و نمیتی سلعات (onchocerca tumours) سے کی جاتی ہے۔ آخر الذکر نرم اور نیم متحرک ہوتے ہیں اور سوئی سے ایسے سیال کا امتصاص کیا جاسکتا ہے جس میں غلار یا آبی مٹھے موجود ہوتے ہیں۔ حیوی معائنہ (biopsy) سے بھی تشخیص کی توثیق ہوتی ہے۔

تشخیص - فاسرین کے تعامل سے یا زکو آتشک سے تمیز کرنے میں مدد نہیں ملتی کیونکہ یہ ان دونوں امراض میں مثبت ہوتا ہے، لیکن یاز کے کریمچوں سے نازک بیج سلکیہ (T. pertenua) کی آسانی سے تفریق کی جاسکتی ہے۔ اول تناسلی اکولہ کی عدم موجودگی سے بھی کوئی قطعی فیصلہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ آتشک زدہ عورتوں میں اکولے (chancres) اکثر نہیں پائے جاتے اور غلٹی آتشک میں یہ ہمیشہ غائب ہوتے ہیں۔ غلٹی یاز کو آتشک سے تمیز کرنے میں، احشاء عروق اور اعصاب کے مائل نہ ہونے اور سالورسین کے علاج سے جلد فائدہ ہونے سے

مدد ملتی ہے۔ جذام، درنہ، ادمی نہوضی فطرت (dermal blastomycosis) اور جلدی لیشمانیت سے بعض اوقات ایسے ضرات پیدا ہوتے ہیں جن کو یاز کے

ضرورت سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

انداز۔ یازشاذ و نادر ہی ہلکے ثابت ہوتا ہے، اور اگر اس کا علاج نہ کیا جائے تو اس کا مہلک و مہلک ہوتا ہے، لیکن جدید نوعی علاج سے جلد فائدہ ہو جاتا ہے۔

تحریر۔ تفریق ناقابل عمل ہے، اور حفظ یا تقدم کے جو طریقے سب سے زیادہ قابل عمل ہیں وہ یہ ہیں کہ زخموں اور خراشیدگیوں کو محفوظ رکھا جائے اور نوعی علاج بڑے پیمانے پر کیا جائے۔

علاج۔ سم الفار (arsenic) اور سمیتھ کے بعض نامیاتی املاح اس مرض کے لئے شافی اثر رکھتے ہیں۔ پوٹاشیم آیوڈائیڈ سے بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے، لیکن پارے کا استعمال بے سود ہے۔ نووآرسینوبیلان (novarsenobillon) سے جو بالنگوں کو ۱۰ تا ۱۰۰ گرام مقادرات میں اور بچوں کو عمر کے لحاظ سے کم مقادرات میں دروں و ریدی طریقہ سے دیا جاتا ہے نہایت عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ یہ دو دروں عضلی طریقہ سے بھی دیا جاسکتی ہے۔ ایک ہی اثراب سے تمام مرینی علامات غائب ہو جاتے ہیں لیکن چھ یا زائد اثرابات کا نصاب مناسب ہوتا ہے تاکہ مرض خود نہ کرے۔ سمیتھ کے املاح بہت موثر ہیں اور اصلی باشندوں کا بڑے پیمانے پر علاج کرنے کے لئے بہت ارزاء بھی ہیں۔ سوڈیم پوٹاشیم سمیتھ مارٹریٹ تازہ طیار کئے ہوئے اور جوش دئے ہوئے محلول میں ایک بالغ کو دروں عضلی طریقے سے ۱۰۰ گرام سے لیکر ۳۰۰ گرام تک کے مقادرات میں ہر منٹ دیا جاسکتا ہے۔ بچے اس کو بالنگوں کی نسبت زیادہ اچھی طرح سے برداشت کرتے ہیں لیکن التهاب دہن ایک بہت ناگوار پیچیدگی ہے۔ سمیتھ کی دوسری تجویزات جن میں سوڈیم سمیتھ مارٹریٹ سمیتھ سیلی سیلیٹ، ڈرمیٹال (dermatol) اور ہیلسال (halsol) شامل ہیں استعمال کی جاسکتی ہیں اور ان کے نتائج اطمینان بخش ثابت ہوئے ہیں لیکن ان کے مستقل شفا حاصل ہونے کے متعلق جو معلومات ابھی تک حاصل ہوئی ہیں وہ کم ہیں۔

حمی ناکسہ (Relapsing Fever) - اس مرض کے دو اہم اقسام ہیں انیس سے ایک جسم اور سر کی جوں سے قتل ہوتا ہے اور دوسرا آرگسین ٹراکڈ (argentine ticks) سے۔ اس تپ کی جو انواع جوں سے قتل ہوتی ہیں وہ ہیں - فرنگستانی حمی ناکسہ جو پیچہ سلکیہ راجحہ (Treponema recurrentis) سے پیدا ہوتا ہے جس کا انکشاف اوبر مائر (Obermeier) نے برلن میں مشہور میں کیا تھا، شمالی افریقی حمی ناکسہ جو پیچہ سلکیہ بربرہ (T. berberum) سے پیدا ہوتا ہے، ہندوستانی یا ایشیائی حمی ناکسہ جو پیچہ سلکیہ کارڈیائی (T. carteri) سے پیدا ہوتا ہے، اور شمالی امریکی حمی ناکسہ جو پیچہ سلکیہ نووی (T. novyi) سے مسبب کیا جاتا ہے۔ جو انواع آرگسین ٹراکڈ سے قتل ہوتی ہیں ان میں جو تپیں شامل ہیں وہ یہ ہیں وسطی افریقی حمی قرادیہ (tick fever) جو ڈن کے پیچہ سلکیہ (T. Duttoni) سے پیدا ہوتا ہے اور قراد الطیور (Ornithodoros moubata) سے قتل ہوتا ہے، شمالی لینڈ کا حمی قرادیہ جو قراد وحشی (Ornithodoros savignyi) سے قتل ہوتا ہے، ایرانی اور شمال مغربی ہندوستانی حمی ناکسہ جو پیچہ سلکیہ ایرانی (T. persicum) سے پیدا ہوتا ہے، اور قراد تولوزینائی (O. tholozani) یا قراد لاہوری (O. lahorensis) سے قتل ہوتا ہے، سپینی حمی ناکسہ جو پیچہ سلکیہ ہسپانیوی (T. hispanicum) سے مسبب کیا جاتا ہے اور قراد مراکش (O. moroccanus) سے قتل ہوتا ہے وسطی امریکی حمی ناکسہ جو پیچہ سلکیہ ونزویلائی (T. venezuelense) اور قراد ونزویلائی (O. venezuelensis) سے قتل ہوتا ہے، اور پاناما کا حمی ناکسہ جو پیچہ سلکیہ جدیدہ ملائیشیائی (T. neotropicæ) سے پیدا ہوتا ہے اور قراد تلاجی (O. talaje) سے قتل ہوتا ہے۔

حمی ناکسہ قملی

(LOUSE RELAPSING FEVER)

امراض پیچہ موئی: 'Spirochaetosis' تب راجعہ
'Febris Recurrens' تب غولچی: 'Spirellum Fever'

تب قحط سالی: 'Famine Fever'

یہ ایک حوی مرض ہے جو تب کے ایک یا دو حملوں سے میز ہے اور پیچہ موئی پیچہ مسلکیہ راجعہ (Treponema recurrentis) سے پیدا ہوتا ہے اور جوڑوں سے منتقل ہوتا ہے۔

بموجب اسباب۔ یہ مرض بعض علاقوں میں مقامی ہے، لیکن کبھی کبھی یہ ٹائیفس کی طرح وسیع رقعات میں وبا کی شکل میں بھی نمودار ہوتا ہے اور قحط اور جنگ کے دوران میں یہ خاص طور پر کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بالغ مردوں پر یہ اکثر حملہ آور ہوتا ہے لیکن عورتیں اور بچے بھی اس سے بیمار ہو جاتے ہیں۔ میکی (Mackie) (45) نے یہ نیپال پیش کیا تھا کہ اس کا بڑا ہبسم کی جوں ہے، اور بعد میں نو جنٹ (Nugent) 'فولی (Foley) اور کولی (Nicolle) نے اس کے منتقل ہونے کی تفصیلات دریافت کیں۔ جب جوں سرایت زدہ خون سے غذا حاصل کرتی ہے تو ماخوذ پیچہ موئی جلد فانی ہو جاتے ہیں اور چند دنوں کے بعد سیلومی سیال میں پھر ظاہر ہو جاتے ہیں، اور اس کے بعد جوں میں تمام عمر کے لئے سرایت پہنچانے کی قوت باقی رہتی ہے۔ اس قسم کی جوڑوں کو مسل کر مار دینے سے پیچہ موئی آزاد ہو جاتے ہیں اور یہ کھر و پھولیں سے یا ان مقامات میں سے جہاں جوڑوں نے کانا، ہودا، داخل ہو جاتے ہیں۔

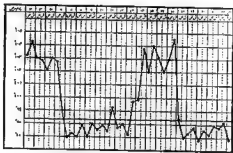
امراضیات۔ یہ قحط قلیل الوقوع نہیں، اور جلد میں بعض اوقات خمشی زخفات بھی پائے جاتے ہیں۔ طحال کلائی یافتہ، نرم اور متلی ہوتی ہے، اور اس میں اکثر افحام (infarction) موجود ہوتا ہے۔ جگر بھی کلائی یافتہ اور جیش دموی ہوتا ہے اور گردوں اور قلب میں ورم سحابی اور خمشی غلط طہا یا جاتا

ہے۔ جگر، طحال اور دوسرے اعضا کے درجہ حرارت میں خردبین سے بیچ مویوں کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔

علامات - زمانہ حضانہ پانچ سے لیکر سات دن تک ہے اور اس کے حدود درجہ لیکر بارہ دن تک ہیں۔ ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ قشریہ، جیہی درد اور جوارح اور کمر میں شدید درد پایا جاتا ہے اور تپش جلد ۱۰۴ ف سے لیکر ۱۰۵ ف تک بلند ہو جاتی ہے۔ عدم اشتہا، متلی، قے اور قبض پایا جاتا ہے اور نور ترسی بھی عموماً موجود ہوتی ہے۔ بچوں میں تشنات بھی پیدا ہو جاتی ہے اور بعض دباؤں کا خاصہ رما ف ہوتا ہے۔ چہرہ سرخ ہوتا ہے اور لمحات متلی اور حدقات منقبض ہوتے ہیں۔ زبان خشک ہوتی ہے، اس کی نیل کی تہ ہوتی ہے اور گاہ گاہ یہ سترج بھی پائی جاتی ہے۔ طحال طانی پتہ اور الیم ہوتی ہے اور جگر کی بھی عموماً ایسی حالت ہوتی ہے۔ شعبۂ التہا س اور اتساع قلب نیل الوقوع نہیں۔ تقریباً دس فی صدی اصابات میں خاکسگر گردن اور کندھوں پر ایک عضلی خلع نمودار ہوتا ہے اور بعض اوقات تشات تک بھی فوبت پہنچ جاتی ہے۔

بیچ خیطیہ (spironema) جو رومانوسکی (Romanowsky) کے توشہات سے باسانی لون ہو جاتے ہیں تپ کی ابتدا پر خون کے آلودوں میں کم تعداد میں پائے جاتے ہیں، لیکن بحران سے چوبیس گھنٹہ پہلے تک ان کی تعداد بڑھتی جاتی ہے اور اس کے بعد یہ پھر غائب ہو جاتے ہیں اگر حلوں کے دوران میں خون لیا جائے اور اس کا اشراپ سفید چوبیوں اور مٹی لگوں میں کیا جائے تو بیچ خیطیہ چوبیس گھنٹوں میں نمودار ہو جاتے ہیں۔ ارتفاح پیش میں تبدیل پسند کثرت خلیات ابیض موجود ہوتی ہے اور غیر حوی زمانہ میں قلت خلیات ابیض پائی جاتی ہے "انضمامی" کا شہد ("adhesion" test) بعض اوقات مثبت ہوتا ہے اور اس کا انحصار اس امر پر ہے کہ مصل مصل میں بیچ خیطیوں اور عیموں کے جھنڈ بن جاتے ہیں اور طبی مصل میں ایسا نہیں ہوتا۔ پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے اور اس میں ابیض و قات

پہنچ نیلے موجود ہوتے ہیں۔ اس میں البیومن بھی موجود ہوتی ہے، اور شدید صاف
میں ذرات دار اور زجاجی سببانک بھی پائے جاتے ہیں۔ اولیٰ تپ عام طور پر تقریباً
ایک ہفتہ تک رہتی ہے، لیکن بعض اوقات یہ صرف تین دن تک ہی رہتی ہے
اور بعض اوقات اس کی مدت بڑھ کر بارہ دن بھی ہو جاتی ہے۔ اس کا اختتام
بحر ان سے ہوتا ہے جس کے ساتھ پسینہ آتا ہے، پیش تحت الطبعی ہو جاتی ہے
اور کبھی کبھی ہبوط مع فشل قلب و عروق بھی واقع ہو جاتا ہے۔ نکسات ہمیشہ
واقع نہیں ہوتے، لیکن تپ کا دوسرا حملہ عموماً تیرہویں یا چودھویں دن واقع
ہوتا ہے اور قاعدہً اتنا طویل نہیں ہوتا جتنا کہ ابتدائی تپ کا ہوتا ہے
(دیکھو شکل ۹۸، صفحہ ۱۰۳۴)۔ تیسرا کس عموماً واقع نہیں ہوتا اور چوتھا نارالوقع ہے



شکل ۹۸ - حلی ناکسہ میں تپ۔

پچیدگیاں الہتاب مکفیہ، یرقان، شعبتی الہتاب، شعبتی ریوی الہتاب،
کلوی الہتاب، فشل قلب اور طحال کے انشقاق پر مشتمل ہیں۔ جن وبائل یرقان
کثیر الوقوع ہوتا ہے ان میں قے الدم اور بولہ الدم بھی پائے جاتے ہیں۔
طریقہ ابتداء، نغمۂ پیش کی نوعیت اور کبر طحال سے تشخیص کی

اشارہ ملتا ہے اور اس کی توثیق خون کے آلودوں میں پیچ خیمیلیوں کا مظاہرہ کرنے سے پاسبانی کی جاسکتی ہے۔ جن اسباب میں نکست واقع نہیں ہوتے ان میں اس مرض کو انفلوئنزا، ڈیٹنگ، طبریا، مائیسس اور محرقہ تپ سے تیز کرشمی ضرورت ہوتی ہے اور جن میں یرقان کا بھی اضافہ ہو گیا ہو ان میں یہ مرض تپ زرد اور مرض وائیل (Weil's disease) سے الگ کیا جاتا ہے۔

انذار - مختلف وباؤں کی شرح اموات میں معتد بہ اختلاف پایا جاتا ہے اور یہ اوسطاً ۱۰ تا ۱۵ فیصدی ہے۔ معمر اور کمزور اشخاص میں یہ مرض خاصاً مہلک ثابت ہوتا ہے اور قحط کے زمانوں میں اس کی تباہ کاری نہایت شدید ہوتی ہے۔
تحریر - اس کے اصول وہی ہیں جن کی طرف مائیسس میں اشارہ کیا گیا ہے اور یہ جوڑوں کی تباہی اور مریضوں کی علقہ کی وغیرہ پر مشتمل ہیں۔

علاج - یہ ضروری ہے کہ بستر میں مکمل آرام کیا جائے، احتیاط سے تیمارداری کی جائے، غذائی توازن اور سیالات باقراط دئے جائیں۔ نووآرسینو بنیزال (novarsenobenzol) (۰.۶ گرام) اور نووآلو برین (neosalvarsan) (۰.۳ گرام) کے دروں دریدی اثرات سے جو اکٹبا سنخی میکرشید کئے ہوئے پانی میں بنائے ہوئے ہوں شفا ہو جاتی ہے۔

حمی ناکسہ قراوی

(TICK RELAPSING FEVER)

یہ ایک مرض ہے جس میں تپ کے حملے بار بار ہوتے ہیں در یہ ڈن کے پیچ مسلکیا (Treponema duttoni) سے پیدا ہوتا ہے اور یہ پیچ موسے بعض آگسی قراوات اور خا صکر قراوا الطیو (Ornithodoros moubata) سے منتقل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - اس مرض کا ذکر سب سے پہلے کرسٹی (Christy) نے مشرقی افریقہ میں کیا تھا۔ بعد میں روس (Ross) اور ملنے (Milne) (46) نے خون میں پیچ مویوں کا مظاہرہ کیا اور بعد کے سال میں ڈن (Dutton) اور

ٹاڈ (Todd) نے یہ ثابت کیا کہ یہ مرض قراد الطیور سے منتقل ہوتا ہے استوائی افریقہ میں یہ مرض بعض گھروں اور کیمپوں کے مقامات تک محدود ہے جن میں قرادات پائے جاتے ہیں اور جب یہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہو جاتے ہیں تو عمر بھر ایسے رہتے ہیں اور اپنی نسل کو بھی سرایت منتقل کر دیتے ہیں۔ مرگرت زدہ مفصل پائے جو زمین پر اور دیواروں اور فرش کی درزوں میں رہتے ہیں عام طور پر رات کو باہر نکلتے ہیں اور سوتے ہوئے شخص کو کاٹتے ہیں۔ پیچ خیلے ریختی غدود نوزی سیال (coxal fluid) اور بزرگی براری مادہ میں موجود ہوتے ہیں اور آدمی کو مرض انہی ماتخذ سے عارض ہوتا ہے۔

امراضیات۔ مرضی تشریح حمی ناکسہ قمل کے مشابہ ہے لیکن قمل دماغ اور قرحیہ کے انتلائی تغیرات ذائقہ کے پیچ سلگیمہ کے زیادہ مینز خواص ہیں۔ علامات۔ سریری تصویر وہی ہے جو حمی ناکسہ قمل کی ہے مگر تب کے حلقہ زیادہ شدید اور قلیل المدت ہوتے ہیں۔ نکسات کی اوسط تعداد پانچ یا چھ ہے لیکن یہ بار تک بھی ہو سکتے ہیں۔ علاوہ ازیں خیر حموی زمانہ بھی زیادہ طویل ہوتا ہے۔ جوؤں سے پیدا شدہ حمی ناکسہ کی نسبت اس تب میں اسہال التهاب قرحیہ اشخی شکل و جہی عصبی التهاب اور دوسرے شلاکت اعصاب زیادہ کثرت سے دیکھنے میں آتے ہیں۔

تشخیص۔ اس میں کوئی وقت پیش نہیں آتی اگرچہ پیچ مویوں کی تعداد کم ہوتی ہے اور اس لئے خون کے آلودوں میں ان کا مظاہرہ کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ محل کے حیوانات خون کی تطعیم سے آسانی سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔

انذار۔ شرح اموات تقریباً ۵ فی صدی ہے۔

تقریر۔ کیمپ گاہوں کا اور سرایت زدہ گھروں کا انزالہ سرایت کیا جائے اور سرایت زدہ مقامات سے احتراز کیا جائے۔ قرادات کو مٹی کے یا تارین کے تیل کے مقامی استعمال سے الگ کیا جاتا ہے اور کاٹنے کے مقام پر نعلین کا بالک کا ایک قطرہ لگا دیا جاتا ہے۔

علاج - یہ اسی علاج کا متماثل ہے جس کا خاکہ حملی ناکسہ قلمی میں کیجیے گیا ہے۔

نخیف ہرغولی مرض (Leptospirosis) تپ کی مختلف قسموں کا نام ہے جو نخیف ہرغولہ جات (leptospirae) سے پیدا ہوتی ہیں اور یہ ہرغولہ جات قوارض کے گردوں میں رہتے ہیں اور پیشاب میں خارج ہوتے ہیں۔ اس طرح یہ پانی اور فطری مخاط (fungal slime) کو ملوث کر دیتے ہیں اور انسان عموماً انہی مآخذ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں۔ ان عضویوں میں سے سب سے زیادہ مشہور نرف یوقانی نخیف ہرغولہ (Leptospira icterohaemorrhagiae) ہے جس سے وائیل (Weil) کا معروف مرض پیدا ہوتا ہے لیکن بہت سے ممالک میں ایک سے زیادہ مصلیاتی قسموں کی تفریق کی گئی ہے جو لمحاظ التزاق معروف "وائیلی" نسل سے مختلف ہیں (47)۔ چنانچہ تین یا چار نسلوں کی تفریق جاپان اور سماٹرا دونوں ممالک میں کی گئی ہے اور پانچ نسلیں لایا میں اور دو جزائر انڈیمان میں ہندوستانی قیدیوں میں مرض وائیل کے پھیلنے کے دوران میں ملحدہ کی گئی ہیں۔ جزائر انڈیمان میں جو نسل سب سے زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے وہ ولندی جزائر شرق الہند کی "ریشمیٹ" ("Rachmat") اور "ڈیلی" اسے ("Deli") کے متماثل معلوم ہوتی ہے۔

نخیف ہرغولہ تپ ہفت روزہ (L. hebdomadis) سے جو میدانی چوہیوں میں پایا جاتا ہے جاپان میں سات روز کی تپ پیدا ہوتی ہے اور سماٹرا، پاناما اور جاپان سے بھی ایک پیچ مویہ کی اطلاع آئی ہے جو باعتبار مصلیات اس کا متماثل ہے۔ یورپ میں تین قسمیں پائی جاتی ہیں، نرف یوقانی نخیف ہرغولہ (Leptospira icterohaemorrhagiae) (معروف "وائیلی" نسل) جس سے انسان اور کتوں میں پیچ مویہ یرقان پیدا ہوتا ہے، انفلوئنزائی محرقی نخیف ہرغولہ (L. grippotyphosa) جس سے تپ لدی پیدا ہوتا ہے اور جس کے میز خاص سات دن کی تپ اور ایک اختلاف پذیر طغ ہے، لیکن یرقان نہیں ہوتا، اور کلبی نخیف ہرغولہ

(*L. canicola*) جو کلبی حیوانات کا ایک نوعی مرض ہے اور انسان کو مرہوتہ کر سکتا ہے۔

مرض وائیل

(WEIL'S DISEASE)

پیچہ موئی یرقان (*Spirochaetal Jaundice*) 'نفر
یرقانی پیچہ موئی مرض (*Spirochaetosis Ictero-
haemorrhagica*) خیفہ مرغولی مرض (*Leptospirosis*)

سرایقی یرقان (*Infective Jaundice*) -

یہ ایک عمومی مرض ہے جس کی ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس میں بخش اور قات
یرقان پایا جاتا ہے جو چوتھے دن سے لیکر چھٹے دن تک کے عرصہ میں نمودار ہوتا ہے۔



شکل ۹۹ - ا - نفر یرقانی خیفہ مرغولی (*L. icterohaemorrhagiae*)
تعلیم کردہ گنی بگ کے خون سے۔

ب - نفر یرقانی خیفہ مرغولی انسان خون سے مرض کے
دومرے دن یرقان کے نمودار ہونے سے پہلے۔

د - شعلوئی پیچہ سلکیس (*Treponema Pallidum*) (ادویکی)

شکل اور انعطافی پیچہ سلکیس (*Treponema refringens*)

(نیچے کی شکل) اولی آنکلی قوسے - جتا - ۲۵۰۰ - (آٹھویں گنی)

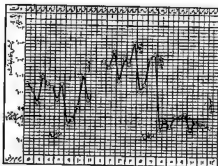
(A. C. Coles) کے مطابق۔

مبہد عضویہ نرفت قانی نجیف مرغولہ (L. icterohaemorrhagica) جس کا انکشاف اینیدو (Inado) اور ایڈو (Ido) نے جاپان میں ۱۹۱۵ء میں کیا تھا (شکل ۹۹)، ان تمام ممالک میں جن میں باقاعدہ تحقیقات کی گئی ہے جو ہوں کے گردوں میں پایا جاتا ہے، اور سرایت اسی ماخذ سے پیدا ہوتی ہے۔ نجیف مرغولے ان نہروں اور دریائوں میں داخل ہو جاتے ہیں جن پر چوہے رہتے ہیں اور یہ یا تو نہانے کے دوران میں یا غولے کھانے کے حادثات میں غشائے مخاطی میں سے داخل ہو جاتے ہیں یا خراشیدہ جلد میں سے گھس جاتے ہیں۔ نہروں میں کام کرنے والوں یا ملاحوں میں یہ مرض قلیل الوقوع نہیں۔ یہ مرض مہر اور ہینڈ کی طرح کے ممالک میں عام ہے جہاں نہریں کثرت سے ہیں، اور جاپان میں بھی یہ ان خطوں میں پایا جاتا ہے جہاں دریا اور دلدلیں ہیں، لیکن یہ ان مقامات میں نہیں پایا جاتا جو بلند اور خشک ہیں۔ علاوہ ازیں نجیف مرغولے اس فطری مخاط (fungal slime) پر پرورش پاتے ہیں جو کھلے گی کانوں کی دیواروں، گندموریوں، بدرروؤں اور کیلیوں اور پھلی کی دوکانوں کے فرشوں پایا جاتا ہے، جہاں چوہے میلا کھانے کے لئے جمع ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ وائیل کا مرض پیشہ وروں میں مثلاً کوئلے کی کان کھودنے والوں (48)، گندموریاں بنانے والوں (49)، بدرروں میں صاف کرنے والوں، پھلی کے سلسلہ میں کام کرنے والوں، بید کاٹنے والوں اور اسی قسم کے دوسرے پیشہ وروں میں پایا جاتا ہے، اور نجیف مرغولے خراشیدہ جلد میں سے داخل ہوتے ہیں۔ جنگ عظیم کے دوران میں ایسی کئی خندقیں جن میں چوہے رہتے تھے اس سرایت کا بہت بڑا ماخذ ثابت ہوئیں۔

امراضیات - یرقان کے مختلف مدارج موجود ہوتے ہیں، اور جلد مخاطی اور معلی غشاؤں اور احشاء میں نمشی نزقات دیکھنے میں آتے ہیں۔ مگر کلانی یافتہ اور صفرا سے طون ہوتا ہے، اور نسجیاتی امتحان کرنے پر کبد ہی عطیاست میں شعی انحطاط یا تخریب پایا جاتا ہے، اور انتہائی شالوں میں بعض اوقات ایک ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو حاد زرد ذبول کی متجانس ہے۔ کردے متورم اور

یرقان زدہ ہوتے ہیں، اور تلیفیف یافتہ انہونی سرحد میں ایک وسیع انحطاط پایا جاتا ہے، اور اس کے درونوں میں بعض اوقات صفرا اور دموی سبائیک موجود ہوتے ہیں۔ حمال متلی ہوتی ہے اگرچہ یہ لازمی طور پر کلائی یافتہ نہیں ہوتی عضلہ و قلب زردی مائل اور پیلہ ہوتا ہے اور دروں قلب صفرا سے ملون ہوتا ہے۔

علامات - زمانہ حضانت چھ سے بارہ دن تک ہے۔ ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ قشریہ، درد سر، تھکے، سوزشِ مقلی، جوڑوں کا درد



شکل ۱۰۰۔ نقشہ تیش گند موری میں کام کرنے والے لندن کے دو مزدوروں کے جس جن کی موت وائیل کے مرض سے واقع ہوئی تھی۔

اور عضلات میں شدید درد اور الیمیت پائی جاتی ہے۔ مریض پر مکمل انبطاح کی حالت طاری ہو جاتی ہے، خون کا دباؤ کم ہو جاتا ہے، زبان غرو دار ہو جاتی ہے، چہرہ متور ہو جاتا ہے اور ملتحمات اور ملق متلی ہو جاتے ہیں تیش بڑھتی جاتی ہے، اور یہ عموماً چار یا پانچ دن تک ۱۰۲ ف اور ۴۰ ف کے درمیان کم و بیش رہتی رہتی ہے، اور اس کے بعد تحلیل (lysis) سے گرجاتی ہے اور شاذ و نادر

حوران (crisis) بھی واقع ہوتا ہے۔ تپش عام طور پر رات سے لیکر چودہ دن تک سے عرصہ میں طبعی ہو جاتی ہے۔ یرقان جو بعض اوقات بہت شدید ہوتا ہے تقریباً پانچویں دن نمودار ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ جلد ہی یعنی دوسرے دن ہی اور کبھی تیسرے یعنی ساتویں دن بھی رونما ہوتا ہے۔ جس حالت میں تسدو مکمل ہوتا ہے اس میں اجابتوں کی رنگت، ہلکی بھوری ہوتی ہے اور گاہے گاہے یہ چمکنی منی کے رنگ کی بھی ہوتی ہیں۔ تپش بائیلی روبن دمویت موجود ہوتی ہے، اور وائن ڈنبرگ کے کاشفہ سے دوہینتی (biphasic) یا آجل بلا واسطہ تفاعل (delayed direct reaction) حاصل ہوتا ہے۔ پیشاب قلیل المقدار ہوتا ہے اور اس میں البیومن اور الوان منفرد موجود ہوتے ہیں اور کبھی کبھی سرخ دموئی جیسا کہ بھی پائے جاتے ہیں۔ کثرت خلیات ابیض نمایاں ہوتی ہے، اور اس کا شمار فی مکعب ملی میٹر ۱۲,۰۰۰ سے لیکر ۳۰,۰۰۰ تک ہوتا ہے۔ تعدیل پسند کثیر الاشکال نواتی خلیات کی تعداد میں نمایاں اضافہ پایا جاتا ہے، اور اوسطاً یہ جملہ سفید خلیات کا تقریباً ۸۰ فی صدی ہوتے ہیں۔ جلدی منشاءات تیسرے دن سے لیکر پانچویں دن تک کے عرصہ میں نمودار ہو سکتے ہیں، اور ان کے علاوہ مخالمی غشاءوں سے بعض اوقات نزفات بھی واقع ہو جاتے ہیں جن میں سے رفاف اور برازالدم نہایت کثیر الوقوع ہیں۔ بعض وبائوں میں نملہ عموماً پایا جاتا ہے اور مغربی محاذ پر برطانوی افواج میں اس کی شرح وقوع ۴۰ فی صدی تھی۔

ملتحمی امتلا اور یرقان کی ابتدا سے پہلے طبیعی امتحان کرنے پر خاص کر پنڈلی، گردن اور شکمی عضلات میں انتہائی الیمیت کا انکشاف کیا جاسکتا ہے اور جب مریض کو بستر پر حرکت دی جاتی ہے تو وہ بعض اوقات درد سے جلا اٹھتا ہے۔ بعض مثالوں میں شکمی استواری اس قدر نمایاں ہوتی ہے کہ شکم ماد کا شبہ ہوتا ہے، اور بعض اوقات مریض پر غلطی سے عمل بھی کر دیا جاتا ہے آغا مگر جب کہ نفی الدم کی شکایت بھی ساتھ ہی موجود ہو۔ کبیر الطحالی (splenomegaly) کبھی موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں بھی ہوتا، لیکن جگر کی الیمیت اور کلانی قاعدہ پائی جاتی ہے۔ شدید اصابت میں بعض اوقات بے خوابی

شبانہ ہدیان، محرقی حالت یا عضلی جھٹکے اور شخوات پیدا ہو جاتے ہیں اور ریش انقطاع البول سے ہلاک ہو جاتے ہیں جس کے ساتھ نمایاں نائٹروجنی احتباس پایا جاتا ہے اور خون کا یوریا فی صد مکعب سنٹی میٹر ۰.۰۴ سے لیکر ۰.۰۵ ملی گرام تک پہنچ جاتا ہے بعض اصابات میں صفرا دمویت (cholema) پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ غنودگی، ہچکچی، جھین سٹوکس کے تنفسات اور کوما (coma) کی حالت پائی جاتی ہے اور انجام کار موت واقع ہو جاتی ہے۔ تقریباً ۵۰ فی صدی اصابات میں یرقان موجود نہیں ہوتا اور گردے اقل حد تک متاثر ہوتے ہیں۔ اس صورت حالات میں ایک مختصر ماحولی حل ہوتا ہے جو مشابہ دو سے لیکر چار دن تک کے عرصہ میں بحران سے ختم ہو جاتا ہے اور جس کی عیاضی درود، الیمیت اور عارضی البیومن بولیت پائی جاتی ہے۔ جن اصابات میں صحت ہو جاتی ہے ان میں علوانا پیش کا ثانوی ارتقاع نہیں پایا جاتا، لیکن گاہے گاہے تیسرے ہفتہ میں نپ عود کر آتی ہے اور خون کے الزاقینی عیار (agglutinin titre) میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

پھیپھ گیاں فلپی و عانی ہبوط، صفرا دمویت، انقطاع البول، التہاب حید، التہاب قرحیہ و جسم بدنی (iritidocyclitis)، صلحہ (alopecia) پر شتمل ہیں۔ نقیہیت تدریجی ہوتی ہے لیکن ریش کسل اور پر شتفا یا ب ہو جاتا ہے۔ پہلے ہفتہ میں نحیف مرغولوں (leptospires) کی کاشت، قلیچہ یا ٹوکوشی کے عضلی و سبب پر ریش کے ۵۰ مکعب سنٹی میٹر خون کی تطہیر کرنے اور ۲۴ گھنٹہ پر اس کی حضانت کرنے سے کی جاسکتی ہے۔ ایک ہر یا وہ معتبر کا شفعہ یہ ہے کہ ۲ تا ۴ مکعب سنٹی میٹر خون کا اشراب گنی چک میں دروں باریطونی طور پر کیا جاتا ہے جس سے تپ عارض ہو جاتی ہے، نزقات واقع ہو جاتے ہیں، البیومن بولیت پیدا ہو جاتی ہے اور انجام کار یرقان نمودار ہو جاتا ہے۔ نحیف مرغولے جگر اور گردہ سے حاصل کردہ آلودوں اور بعض اوقات قلب کے خون میں پائے جاتے ہیں۔ ذیلی قطعیمات کرنے چاہئیں۔ آدمی میں نحیف مرغولے آٹھویں دن کے بعد خون سے غائب ہو جاتے ہیں لیکن اس کے بعد ان کا مظاہرہ پیشانی

تاریک درمینی امتحان یا حیوانی تطہیم سے کئی ہفتوں تک کیا جاسکتا ہے۔ شو فز (Schlüffner) کا الزا قی کا شفعہ (47) اور براؤن اور ڈیویس (50) کا انضمامی کا شفعہ (adhesion test) بھی عمل میں لایا جاسکتا ہے، اور پہلے ہفتہ کے بعد ان کی تشخیصی اہمیت معتد بہ ہوتی ہے۔

تشخیص۔ تپ کی فوری ابتدا سے جس کے میز خواص لرزہ، منفط، انبطاح، شدید عضلی درد اور الیمیت، شدید یرقان جو چوتھے دن سے لیکر چھٹے دن تک کے عرصہ میں پیدا ہوتا ہے، نزقات، الیومن بولیت اور کثرت خلیات ابیض ہوتے ہیں کوئی شبہ باقی نہ رہنا چاہئے، خاص کر جبکہ مریض کے پیشہ یا اس کی روئاد سے ایسے پانی یا نخط (slime) سے اس کا تماس ثابت ہو جس میں چوہے رہتے ہوں۔ نازلتی یرقان سے بعض اوقات دقتیں پیدا ہو جاتی ہیں، لیکن تنبیہی معدی علامات، نزقات کی عدم موجودگی، اور گردوں کے متاثر ہونے، اور کثرت خلیات ابیض کی موجودگی سے جس کے ساتھ سفید شمار یا تو طبعی ہو سکے یا قلت خلیات ابیض موجود ہوتی ہے، نازلتی یرقا کی تائید ہوتی ہے۔ زرد تپ بھی بعض اوقات مرض وائیل سے بہت قریبی شا بہت رکھتی ہے اور تشخیص کی توثیق صرف خون یا پیشاب میں نحیف مرغولوں کا مظاہرہ کرنے یا نوعی الزا قی کا شفعات ہی سے ہو سکتی ہے۔ یرقان سے پیچیدہ عملی ناگہ سے بھی بعض اوقات خلط مبعوث پیدا ہو سکتا ہے۔

نحیف مرغولی مرض کے غیر مثیلی اور نحیف اقسام کو الہتہاب لوزہ، انفلوئنزا، ڈیفٹری اور تپوں کے ریگ کسی گروہ سے تیز کرنا ضروری ہوتا ہے، اور اس مقصد کے لئے عملی مقدمات لازم ہوتے ہیں۔

انذار۔ شرح اموات ۱۰ اور ۵۰ فی صدی کے درمیان ہے۔ قلبی و دما ئی ہبوط، شدید نزقات، انقطاع البول اور منفرد موربت بدشگون خصائص ہیں۔

تحریر۔ یہ چوہوں کو تباہ کرنے، سرایت زدہ نہروں میں نہانے سے احتراز کرنے، اور ایسے مزدوروں میں جلد کی خراشیدگیوں کو محفوظ رکھنے،

مشتمل ہے جن کے اپنے پیش کی وجہ سے متاثرہ مخاط سے متناس ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ گند موریوں کی تعمیر کرنے والوں میں حفظ ماتقدم کے لئے جدیدی علاج اور اسی قسم کے دوسرے ذرائع سے مدد لی جاسکتی ہے۔

علاج - عام علاج باہمی اصولوں پر کرنا چاہئے جن کا ذکر تب زرد کے بیان میں کیا جا چکا ہے۔ گلوکوس کا دروں وریڈی محلول (۵ فی صدی) خاص طور پر مفید ثابت ہوتا ہے۔ مزید برآں ضد خفیف مرغولی مصل (anti-leptospiroserum) جو مناعت یافتہ گوٹروں سے تیار کیا ہوا ہو، حتی الامکان جلد از جلد دروں وریڈی راہ سے دینا چاہئے۔ چوبیس گھنٹوں میں یہ ۲۰ کعبہ سنٹی میٹر مقدار میں دیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ نہ مل سکے تو اس کی جگہ نصف دستی انسانی مصل (convalescent human serum) روزانہ ۳۰ کعبہ سنٹی میٹر کی مقداروں میں دیا جاسکتا ہے۔

جاپانی تب ہفت روزہ (Japanese Seven-day Fever)

1038

(Nanukayami Fever) (نانوکیڈامی) - یہ ایک عمومی مرض ہے جو تقریباً ایک ہفتہ تک جاری رہتا ہے اور سرری لفاظ سے یہ مرض وائیل کے خفیف سے حملہ کے مشابہ ہوتا ہے۔ اس کا سبب خفیف مرغولہ تب ہفت روزہ (L. hebdomadis) ہے جو کیمینوں کی چوہیوں کے گردوں میں سرایت پیدا کر دیتا ہے، اور یہی چوہیاں اس کی سرایت کا قدرتی سرچشمہ ہیں۔ خفیف مرغولہ تب ہفت روزہ مصلیاتی لحاظ سے نیرف یزقانی خفیف مرغولہ (L. ichterohaemorrhagiae) سے مختلف ہے۔ یہ پہلے ہفتہ میں خون کے اندر پایا جاتا ہے اور خون کی کاشت سے یا گنی پگ میں تعظیم کرنے سے اس کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ خفیف مرغولے بالآخر گردوں میں سکونت پذیر ہو جاتے ہیں اور ۸ سے لیکر ۲۰ دن تک کے عرصہ میں پیشاب میں نمودار ہوتے ہیں۔ ان کا قدرتی سرچشمہ کیمینوں کی چوہیاں، مائیکروٹس مانٹیلو آئی (Microtus montibelloi) ہی سرایت کے مقامی خطوں میں تقریباً ۲ فیصدی میں خفیف مرغولے پیشاب میں پائے جاتے ہیں۔ زراعتی مزدوروں اور جنگل میں

کام کرنے والے اشخاص میں یہ مرض غالباً سرایت زدہ مٹی کو ہاتھ لگانے سے پیدائ ہو جاتا ہے۔

علامات - علاء مرض ناگہانی ہوتا ہے، جس کے ساتھ تپ ہوتی ہے جو سات دن تک جاری رہتی ہے۔ انبطاح اور عضلی درد نمایاں ہوتا ہے معدی معوی اختلالات تکلیف دہ ہوتے ہیں۔ زبان فرودار، ملتحات متلی، اور افی خند کلائی یافتہ ہوتے ہیں، البیومن بولیت اور کثرت خلیات ابیض بھی موجود ہوتی ہے، یرقان کمتر ہوتا ہے۔

علاج - معمل کے ذریعہ سے نوعی علاج غیر ضروری ہے، کیونکہ مرین معیش شفا یاب ہو جاتے ہیں۔

تپ موش گزیدگی

(RAT-BITE FEVER)

سودو وکو (Sodoku) مرض موش گزیدگی (Rat-bite disease)۔

یہ ایک مزمن قسم کی تپ ناکہ ہے، جو ایسے چوہوں اور دوسرے قوارض (rodents) کے کاٹنے سے پیدا ہوتی ہے، جن میں مرغولچہ قصیر (Spirillum minus) موجود ہوتا ہے۔ مندل گزیدگی میں التهاب اور تفرج پایا جاتا ہے۔ التهاب عروق لیمف، غدی التهاب، تپ، قشعریرے اور لکھی یا بشوری ارغوانی فغ موجود ہوتے ہیں۔

حکمت اسباب - یہ مرض جاپان، چین اور بھٹی میں نہایت عام ہے، مگر انگلستان اور دوسرے یورپی ممالک، مشرقی افریقہ، جزائر غرب الہند اور آسٹریلیا میں بھی اس کی موجودگی کی اطلاع ملی ہے۔ مغربی عالم مرغولچہ قصیر (51) ایک کم طول کا عضو ہے، جس کے خم دو سے چھ تک ہوتے ہیں، جو قلیت و قصر حیات کی وجہ سے انسانی یا حیوانی دموی آلودوں میں مشکل سے شناخت ہوتے ہیں۔ جاپان میں گھروں کے تقریباً ۳ فیصدی چوہے حامل مرض ہوتے ہیں۔ امراضیات - تطعیم کردہ حیوانات میں لمفی غدد اور لٹال میں املا اور

ورم پایا جاتا ہے اور ان اعضا میں پیچ موٹے (spirochaetes) معتد بہ تعداد میں پائے جاتے ہیں اور انسانی اسباب ت میں جگر اور گردوں میں انحطاطی تغیرات پائے جاتے ہیں۔

علامات - رخم کے اندمال کے تقریباً ۲ سے لیکر ۶ ہفتوں کے بعد کانٹے کے مقام پر شدید درد اور ورم پیدا ہو جاتا ہے اور یہ مقام ملتب ہونے کے بعد شکستہ ہو کر متحرک ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد التهاب عروق لطف اور غدی التهاب پیدا ہو جاتا ہے اور بعض اوقات مقامی ضرر کے گرد چھوٹے چھوٹے آبلوں کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اب قشریہ ہو کر پیش بڑھ جاتی ہے اور اس کے ساتھ ہی درد سر لرزہ اور انبساط بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعد ازیں مکی قے درد مفاصل اور اسہال بھی پیدا ہو جائے۔ بعض مریضوں میں جوارح دھڑاؤ چہرے پر احمرار بالطنی اور غوانی طیف نمودار ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے جلدی نشانات (skin petechiae) اور شری (urticaria) بھی دیکھنے میں آتا ہے تین سے لیکر آٹھ دن کے عرصہ کے بعد پیش اکثر بحران سے گرجاتی ہے اور علامات کم یا قات ہو جاتے ہیں۔ بہر حال یہ اصلاح محض عارضی ہوتی ہے کیونکہ دوسرے علامات چند روز میں پھر نمودار ہو جاتے ہیں۔ مکرر نکسات واقع ہوتے ہیں اور تپ کے متوالی حلوں کے درمیان تقریباً چھ دن کا وقفہ حاصل ہوتا ہے۔ یہ صورت حالات بعض اوقات کئی ماہ تک جاری رہتی ہے اور اس سے نمایاں کمزوری پیدا ہو جاتی ہے۔ پیچیدگیاں کا وی التهاب استرخاؤ اور جھوٹا العین (exophthalmos) پر مشتمل ہیں۔ تپ کے دوران میں کثرت خلیات ابیض پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی ایوسین پسند خلیات کی تعداد میں بھی زیادتی ہو جاتی ہے۔

تشخیص - موش گزیدگی کی روئداد اور مقامی ضرر کی شکستگی سے جس کے ساتھ التهاب عروقی لطف غدی التهاب اور ایسی تپ ہو جس میں ہر پانچویں یا چھ دن تک واقع ہوتا ہو اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔ بچوں کے آلودوں میں مرغولیوں کا مظاہرہ کرنا مشکل ہوتا ہے اور بہتر یہ ہے کہ مفید چوبوں یا چوبیوں

میں اس مقصد کے لئے تطہیم کی جائے۔

اخذار۔ چا پانی مریضوں میں تقریباً دس فیصدی میں یہ مرض ہلکے ثابت ہوتا ہے۔ لیکن جدید علاج سے موت واقع نہ ہونی چاہئے۔

علاج۔ معام گزیدگی کے فوری ٹکویہ (cauterisation) سے ممکن ہے کہ سرایت واقع نہ ہو۔ سالورسان یا سنکبیا کی متجانس تجہیزات میں سے کوئی ایک شافی ثابت ہوئی ہے۔ اس کے اثرات دوران تب میں کسی وقت بھی کئے جاسکتے ہیں، مگر بحران سے عین پہلے یا بحران کے دوران میں نہ کرنے چاہئیں۔

نخن حیوانی امراض

(Protozoal Diseases)

نخن حیوانات (Protozoa) ایک خلوی عضویات ہیں، جو خلیہ مایہ ایک نوات، نواتی غشا اور کرومیٹین پر مشتمل ہوتے ہیں، اور یہ تیار شدہ پروٹیکٹری مادہ کو معمول صورت میں یا ٹھوس ذروں کی حالت میں اخذ کرتے ہیں (وینی آون Wenyon: (53)۔ یہ آزاد آبی زندگی بسر کرتے ہیں، یا یہ حیوانات کے ساتھ ہم سفر یا ہم باش عضویوں اور طفیلیوں کے طور پر قریبی وابستگی رکھتے ہیں۔ ممرض نخن حیوانات اگرچہ معتدل آب و ہوا کے خطوں میں بہت کم اہمیت رکھتے ہیں، لیکن مدارینی یا زیر مدارینی خطوں میں یہ عضویوں کا ایک اہم ترین گروہ ہیں جس سے انسان سرایت زدہ ہوتا ہے۔

ملیریا

(MALARIA)

(صفحہ ۶۷، ۵ تا ۶۱ صفحہ 1053)

اجامیت (Paludism)، نوبیہ (Ague)، دل دلی

یا جنگلی تب (Marsh or Jungle Fever)۔

ملیریا یا موسمی تب جو مدین کا سب سے زیادہ تکلیف دہ عارضہ ہے ایک

مقامی اور وبائی مرض ہے جو پلازموڈیئم (Plasmodium) کے کم از کم چار انواع سے پیدا ہوتا ہے جو سرخ جسامت کو متاثر کرتی ہیں اور ان سے فوجی تپ، عدم دمویت اور لحمال کی کلائی پیدا ہوتی ہے۔ نقل مرض سرایت زدہ ایسی فلائن (anepheline) مادہ مچھروں سے ہوتا ہے۔

تاریخی بحث - ازمنہ وسطیٰ میں یورپ میں فوجیہ کے شدید حملے ہو چکے ہیں اور سنگوٹا کا چھلکا جسے یسوعی پادری سترھویں صدی کے نصف اول میں پیروسے لائے تھے اس مرض کو رفع کرنے کے لئے نہایت مفید ثابت ہوا اور سڈنہیم (Sydenham) اور دوسرے اطبا کو طیریا کو دوسری تپوں سے الگ کرنے میں اس امر سے بے حد مدد ملی۔ کونین کا رواج سترھویں تک نہیں ہوا تھا۔ انیسویں صدی کے نصف اول میں طیریائی اعضا کی تاریک نگہت اور بعض خلیات میں لونی مطروحات کا مشاہدہ کیا گیا۔ سب سے پہلے لیورین (Laveran) نے سوط زنی (flagellation) کے منظر کا مطالعہ کرتے ہوئے ۱۸۸۰ء میں لون دار طیریائی طفیلیہ کو شناخت کیا۔ مینسن (Manson) نے ۱۸۹۲ء میں پیرے ہوئے خون میں نر و اجہ (male gamet) میں سوط زنی کے منظر کا مطالعہ کرنے کے بعد یہ دھمے قائم کیا کہ یہ عرض مچھروں سے منتقل ہوتا ہے، لیکن اس کا یہ خیال تھا کہ مرض سرایت زدہ مچھروں کے پانی میں چمے جانے سے منتقل ہوتا ہے اور آدمی کو مچھروں کے کاٹنے سے نہیں ہوتا۔ تین سال بعد میک کیلم (MacCallum) نے یہ دریافت کیا کہ سوط زن جسم باروری پیدا کرنے والا ایک حامل ہے۔ راس (Ross) نے ۱۸۹۷ء میں انسانی طیریا کے ناچنے بیضی دویروں (immature oöcyts) کا کبرہ پروں ملنے ("dapple winged") مچھروں (اینوفیلاینس: anophelines) میں مشاہدہ کر چکے کے بعد رندوں کے طیریا (پس و ٹیو سما: Proteosma) کے خاکستری مچھروں (کیولیسانس: culicines) میں منتقل ہونے اور ان میں اس کے دور نمو کا مظاہرہ کیا اور اس نے یہ پیش گوئی کی کہ انسانی طیریا کا دور حیات بھی پندوں کے طیریا کے دور حیات کے مشابہ ہے۔ بعد میں اسی سال میں گراسی (Grassi)

بگنیسی (Bignami) اور بیکسیا نیلی (Bastianelli) نے اینوفیلیس مکیولی پینس (Anopheles maculipennis) میں خبیث ثلاثی (malignant tertian) طیریا کا مکمل نمویان کیا اور ان پھروں سے آدمی کو کٹوانے سے اس میں طیریا کو قتل کیا۔

بحث اسباب - جو طیریا فیفیلیہ انسان میں مرض پیدا کرتے

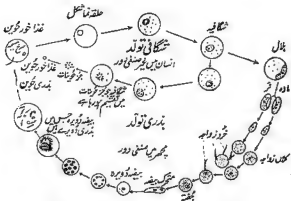
ہیں وہ پلازموڈیئم (Plasmodium) جس سے تغلن رکھتے ہیں۔ اس کے کم از کم چار انواع ہیں۔ (۱) پلازموڈیئم وائی ویکس (Plasmodium vivax) جس سے سلیم ثلاثی (benign tertian) طیریا پیدا ہوتا ہے۔ (۲) پلازموڈیئم میوری اسی (Plasmodium malarie) جو رابع طیریا (quartan malaria) کا سبب ہے۔ (۳) پلازموڈیئم فیلسی پیرم (Plasmodium falciparum) جو خبیث ثلاثی (malignant tertian) یا سخت ثلاثی (sub-tertian) طیریا پیدا کرتا ہے۔ (۴) پلازموڈیئم اوویل (Plasmodium ovale) جس کا ڈر سیفٹس (Stephens) نے مطالعہ کے قریب ہی کے زمانہ میں کیا ہے سیفٹس نے مطالعہ میں ایک اور طفیلیہ کا ذکر کیا تھا جس کا نام پلازموڈیئم ٹینو (Plasmodium tenue) ہے مگر اس کی حیثیت مشتبہ ہے۔ خبیث ثلاثی طیریا عام ترین قسم ہے اور اس کی جغرافیائی تقسیم وسیع ترین ہے۔ ماریں میں یہ سال کے تمام موسموں میں پایا جاتا ہے، لیکن سخت گذارینی مالک میں اس کا رجحان موسم گرما کے مآخض اور موسم خزاں کے ابتدائی حصہ میں وبائی شکل اختیار کرنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس لئے اس کا نام صیفی خریفی تپ (sestivo-autumnal fever) ہے سلیم ثلاثی طیریا ان منطوقوں میں زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے جن کی آب و ہوا زیادہ معتدل ہے۔ گذشتہ صدی کے وسط تک جو طیریا انگلستان میں پایا جاتا تھا وہ اسی قسم کا تھا۔ تینوں عام قسمیں سخت ماریں میں پائی جاتی ہیں لیکن افریقہ میں پلازموڈیئم اوویل کی جغرافیائی تقسیم بہت محدود ہے، اور ان ایام میں جن میں اسی طرح کی اطلاع آتی ہے وہ زیادہ تر انڈیا میں پائے جاتے ہیں۔ یہ مرض ہر عمر کے شخص

لاحق ہو سکتا ہے، لیکن جن مخلوق میں یہ مقامی رہتا ہے ان میں یہ بچوں میں نہایت عام ہوتا ہے، اور جب ان کی عمر بڑھتی ہے تو ان میں کسی قدر مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ کوئی نسل ایسی نہیں جو اس مرض کے عارض ہونے سے مستثنیٰ ہو۔ مناعت غالباً مخفی سرایت پر دلالت کرتی ہے، اور تجربی لیوری اور قرودی طیریا میں مناعت کا انحصار شبکی درملی نظام کی بیش پرورش پر ہے جس کے ساتھ اس کے خلوی اکالی افعال میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ ہندوستان اور افریقہ میں طیریا ۶۰۰۰ فٹ کے لیول سے اوپر اور یورپ میں ۳۰۰۰ فٹ کے لیول سے اوپر غائب ہو جاتا ہے۔ گزشتہ زمانہ میں جینی وباؤں کا مطالعہ کیا جا چکا ہے ان میں سے اکثر تحت بدارینی ممالک میں پھیلی ہیں اور ان کا تعلق بارش کی شدت اور نمبیت ثلاثی طیریا سے پایا گیا ہے۔ سیلون میں سنگالہ میں جو وبا پھیلی تھی وہ اس سے مختلف تھی۔ یہ خاص طور پر بدارینی تھی۔ جنوب مغربی مکی ہوائوں کے نہ چلنے کی وجہ سے خشک سالی پیدا ہو گئی اور قحط پھیل گیا اور سیلون کے ان رقبہ جات میں جہاں مناعت نسبت کم تھی جیسا کہ لمبائی شرح سے ظاہر ہوتا ہے خشک شدہ دریاؤں کی گندگا ہوں میں پانی کے چھوٹے چھوٹے گڑھوں میں زندہ پھر اینوفیلیس کیولی فیشینز (*Anopheles culicifacies*) کی افزائش ہونے لگی (گرل Gill)۔ ثلاثی طیریا کے دونوں انواع (پی۔ فیلسی پیرم *P. falciparum* پی۔ وائی ویکس *P. vivax*) مساوی طور پر موجود تھے۔ پورے کے پورے دہات تباہ ہو گئے، اور بہت سے زرعی قریبا میں کام بند ہو گیا، اور اس وبا سے سات ماہ کے عرصہ میں ۶۰۰۰ آدمی ہلاک ہو گئے۔

ملیریا کے طفیلیہ کی روائل ادحیات۔ اگرچہ طیریا سرایت زدہ مریض کے خون کے اثراب سے جو مخفی یا حموی ہیئت میں جمع کیا گیا ہو قتل کیا جاسکتا ہے لیکن قدرتی صورت حالات میں یہ سرایت زدہ اینوفیلائن مادہ پھر کے ذریعہ سے ایک آدمی سے دوسرے کو منتقل ہوتا ہے اور یہ پھر غذا حاصل کرتے وقت سرایت پیدا کرنے والے بذری توحیاست (*sporozoites*)

اپنے زیر بلعوم (hypopharynx) میں سے داخل کر دیتا ہے۔ اس طفیلیہ کے دو دور اُسے حیات ہیں جن میں ایک انسان میں عمل میں آتا ہے اور دوسرا مچھر میں۔ شکل ۱۰۱ میں خبیث ثلاثی طفیلیہ کا دور حیات ظاہر کیا گیا ہے۔

آدمی میں غیڑ صنفی ہیئت - جب مچھر بذریعہ خونیات کی تعلیم کر چکا ہے تو یہ جوئے خون میں چلے جاتے ہیں اور سرخ خلیات میں داخل ہو جاتے



شکل ۱۰۱ - طیریا کے طفیلیہ کے دور حیات کی ازسماں توضیح۔

ہیں جن میں خنزرایہ میں خالی بن جاتے ہیں اور یہ چھوٹے چھوٹے حلقوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں جن میں ایک سیاہی لون ہیروزوائن (hemozoin) ہوتا ہے۔ اس درجہ میں طفیلیہ میں فعال ایما فی حرکت موجود ہوتی ہے۔ خبیث ثلاثی طفیلیہ خون کے جسیم کی جسامت کو متاثر نہیں کرتا لیکن رابع قسم سرخ خلیہ کو بھر دیتی ہے اور نسیم ثلاثی طفیلیہ اسے درحقیقت پھیلا دیتا ہے۔ طفیلیہ کے دوران نمویں لون مرکز کی طرف جمع ہوتا ہے اور خنزرایہ اور کروشین بذروں میں

تقسیم ہو جاتے ہیں اور ایک بذراتہ و اجسم یا گلیچ (rosette) یا شنگ (schizont) بن جاتا ہے۔ یہ بندے جو جنز حینات (merozoites) کہلاتے ہیں بعد میں پلازما میں چلے جاتے ہیں اور جدید حییات میں داخل ہو کر پھر سے وہی دور شروع کر دیتے ہیں۔ اگر یہ کافی تعداد میں موجود ہوں تو ان سے طیر یا تپ پیدا ہو جاتی ہے اور اس کا درجہ بار و جز حینات کے مخلطے کے وقت کا قنطر ہوتا ہے۔

مجھڑ میں صنفی ہیئت - تکون بذور کے زمانے میں انسان میں غیر صنفی دور میں جو شکلیں پیدا ہوتی ہیں ان کے علاوہ بعض صنفی شکلیں بھی ظاہر ہوتی ہیں جو زواجی خلیات (gametocytes) ہیں۔ یہ اجسام سلیم شلائی سرایتوں میں بڑے بڑے گول یا بیضی ہوتے ہیں اور ان سے حییات پر اہوتے ہیں اور خبیث شلائی طیر میں یہ بڑے بڑے اور لال نما ہوتے ہیں۔ جب یہ کسی موزوں مجھڑ میں چلے جاتے ہیں تو یہ مجھڑ گول ہو جاتے ہیں۔ تر و اجول (gametes) سے سوٹ الگ ہو جاتے ہیں (سوٹ ریزی: exflagellation) اور یہ مادہ زواجی خلیات میں نفوذ کر کے ان کو بارور کر دیتے ہیں، یہ عمل جفتی (zygotism) کہلاتا ہے، اور اس سے جو جسم پیدا ہوتا ہے وہ تیار کر مک یا متحرک بیضہ (oökinete) کے ناموں سے موسوم ہے۔ یہ اب طویل ہو جاتا ہے اور مجھڑ کے معدہ کی دیوار میں نفوذ کر جاتا ہے۔ یہاں اس کا خاکہ گول ہو جاتا ہے اور یہ نوپا کر بیضہ دویہ (oöcyst) بن جاتا ہے جس میں انجام کار دوک نما بذری حینات (sporozoites) پیدا ہو جاتے ہیں جن سے یہ بالکل پڑ ہو جاتا ہے اور ان کی وجہ سے اس کی سطح پر فتق نما بروزات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اینجام کا پھٹ جاتے ہیں اور بذری حینات کہنے جسم میں آزاد ہو جاتے ہیں اور آخر میں ریفتی خد تک پہنچ جاتے ہیں۔ کاشتے وقت مجھڑ ان بندی حیناست کی تقسیم کر دیتا ہے اور یہ حییات میں داخل ہو جاتے ہیں اور سرایتہ از ہر نو شروع کر دیتے ہیں۔ مجھڑ میں نمو کی رفتار کا انحصار دو مرتبہ امور کے علاوہ خارجی قش پر بھی ہے اور انسب صورت حالات میں نمو تقریباً دس دن میں ہوتا ہے۔

اور انڈیون میں زمانہ حضانت پلانٹ موڈیٹم کے انواع کے لحاظ سے نو دن سے لیکر اکیس دن تک یا اس سے کچھ زیادہ ہے۔

اطرافی خون میں طیفیلے سلیم ثلاثی اور رابع طیفیلیوں کے تمام اقسام اور پلانٹ موڈیٹم اوویل اطرافی خون میں پائے جاتے ہیں، لیکن نصیب ثلاثی طیریا میں شگکائیے (schizonts) نہیں پائے جاتے کیونکہ بذریعہ تکون اعلیٰ اعضا میں واقع ہوتا ہے۔ صرف چھوٹے چھوٹے شعرتنا حلقے اور بڑے بڑے ہلال (crescents) (زواجی خلیے: gametocytes) ہی موجود ہوتے ہیں۔ ان طیفیلیوں کا مظاہرہ کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ان کی تکون رومہ تو سکی (Romanowsky) کے کسی توئیے مثلاً لیشمین یا جیمز کے تو شیبے کی جائے اور بعض خصائص پر مبنی (Wenyon) (52) نے ضرور دیا ہے جن سے مختلف انواع میں تفریق کرنے میں مدد ملتی ہے۔

حلقہ نما شکلیں۔ نصیب ثلاثی طیریا میں حلقہ خلیے کے صرف تقریباً چھٹے حصہ میں واقع ہوتے ہیں اور خلیے میں بعض اوقات لکے نقاط (Maurer's dots) دکھائی دیتے ہیں۔ یہ حلقے عموماً باریک اور بال کی طرح کے ہوتے ہیں، اور ان میں اکثر کروٹیلن کے دو نشان ہوتے ہیں۔ ایک ہی جسمہ کی متعدد سرا بھی قلیل الوقوع نہیں۔ یہ قاعدہ اور چھٹی حاشیہ کی قسمیں بھی پائی جاتی ہیں۔ پلازموڈیٹم وائی ویکس اور پلانٹ موڈیٹم میلیری ای زیادہ بڑے اور دبڑے ہوتے ہیں اور ان میں خلیہ مایہ بھی زیادہ ہوتا ہے، اور یہ جسمہ کے تقریباً ایک تہائی حصہ کو گھیرے ہوتے ہیں۔ گھسے گا ہے ایک ہی جسمہ میں پلازموڈیٹم وائی ویکس کی متعدد سرا بیت بھی دیکھنے میں آتی ہے اگرچہ یہ نادر الوقوع ہے۔ اگر صرف ایک ہی حلقہ پایا جائے تو ان انواع کا تعین نہیں کیا جاسکتا۔

جنوری طور پر غویا فتنہ شکلیں۔ پلازموڈیٹم وائی ویکس میں شو فنز کے نقاط (Schüffner's dots) جسمہ میں اکثر بکھرے ہوتے ہوتے ہیں، اور ان میں کلائی یافتہ ہو جانے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ ان میں طیفیلے

ہوتے ہیں جن کی شکل بے قاعدہ ہوتی ہے اور جن میں ہلکے بھورے رنگ کا لون پایا جاتا ہے۔ پلانزموڈیئم میلیری ای کی حالت میں سرخ خلیوں میں یں کی نقطہ کاری (Ziemann's stippling) کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے جو کلائی یافتہ نہیں ہوتے، غذا خوردین (trophozoite) انگوٹھی کی طرح کا ہوتا ہے، لون تاریک بھورا یا سیاہ ہوتا ہے، اور طفیلیہ کا رجحان جسم میں ایک جانب سے دوسری جانب تک پھیلنے کی طرف ہوتا ہے جس سے ایک بندنا شکل پیدا ہو جاتی ہے۔

بالغ شکلیں - پلانزموڈیئم وائی ویکس کے شگافوں (schizonts) میں سولہ جزوینات (merozoites) ہوتے ہیں اور پلانزموڈیئم میلیری ای کے شگافیوں میں آٹھ، اور زواجی خلیوں (gametocytes) میں ایک ہی نوات ہوتا ہے اور اس میں کروٹین اور لون کی تقسیم مختلف ہوتی ہے۔ میریائی طفیلیہ کی چوتھی نوع، یعنی پلانزموڈیئم اوویل لحاظ شکلیات پلانزموڈیئم میلیری ای کے مشابہ ہے، لیکن سرایت زدہ جسامت کی شکلیں اکثر بگڑی ہوئی ہوتی ہیں اور ان میں شوفر کے نقاط (Schüffner's dots) پائے جاتے ہیں۔

امراضیات - اوائل مرض میں لہال نرم ہوتی ہے اور اس کا رنگ تاریک سرخ ہوتا ہے، اور مزمن سرایتوں میں یہ کلائی یافتہ اور سخت ہوتی ہے اور اس کا رنگ لیریائی لون کی وجہ سے تاریک فولادی خاکستری ہوتا ہے۔ گرد لہالی التهاب (peri-splenitis) اکثر موجود ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات کلائی یافتہ اور آلوچہ کے رنگ کا ہوتا ہے۔ پھیپھڑے متلی اور سہج ہوتے ہیں اور معوی مخاطیہ اور باریطون کی رنگت سرنی ہوتی ہے۔ دماغ اور اس کے اغشیہ میں اسی قسم کی تبدیلی رنگت موجود ہو سکتی ہے اور اس کے علاوہ املا، سہج اور منقط نوافات پائے جاسکتے ہیں۔ تراشیں لیپے پر جگر کے شبکی درملی خلیات، لہال اور مغز استخوان وغیرہ میں لیریائی لون کا امتخاف ہوتا ہے، اور عروق میں لون دار یک نواتی خلیات اور علیات امین دکھائی دیتے ہیں۔ مگر لہال اور گردوں میں پرورش یافتہ نیلا تعال پایا جاتا ہے جو نئی خلیات

میں ایک باریک بھروسے آہن دار لون (ہیموسائیڈرین: haemosiderin) کے مطروح ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ جگر کے خلیات اور گردوں کے انہوبی سرحد میں سحابی ورم، شحمی اختلاط یا تنخر یا یا جاسکتا ہے، اور اندرونی اعضا مثلاً طحال، معا اور جگر اور دماغ تک کے شعریات بھی منضم سرخ خلیات کے سدا دات (emboli) سے سدو پائے جاسکتے ہیں۔ جہلک کیم ٹلائی اور رات فیریا میں شدید کج ذہنی سرایت (ankylostome infection) میں رو ذات الریہ، عفونت یا تدرن عام طود پر پائے جاتے ہیں۔

سرریا احرا اضیات - فیریا میں خون کی معتدبہ تباہی واقع ہوتی ہے اور ہیموگلوبین ایک آہن دار لون ہیموسائیڈرین میں تبدیل ہو جاتی ہے اور ہیموبائیلی روبین (hemo-bilirubin) کا مظاہرہ بالواسطہ وآن ڈن برگ (van den Berg) کے تعامل سے کیا جاسکتا ہے۔ بیش بائیلی روبین دومت (hyperbilirubinemia) - واسے لیکر ۶۰ اکائیوں تک تکی ہے اور خفیف خوں پاشش یرقان کی یہی ذمہ دار ہوتی ہے جو اس کثرت سے دیکھنے میں آتا ہے۔ جگر کے کثیر الاصلاح خلیات ہیموبائیلی روبین کو کوئی بائیلی روبین (chole-bilirubin) یا لون صفرا میں تبدیل کر دیتے ہیں اور اس طرح کثرت صفرا (pleocholia) پیدا ہو جاتی ہے۔ اس سے صفراوی تھے اور تار یک رنگ کی اجابتیں پیدا ہوتی ہیں جن میں سسکو بائیلین (stercobilin) باخراط موجود ہوتی ہے اور اس کے از سرفو منجذب ہونے سے یورو بائیلین بولیت (urobilinuria) پیدا ہوتی ہے جو مزمن طیریا کا ایک بہت اختیازی خاصہ ہے۔ شدید سراجیوں میں خون بعض اوقات آبی ہو جاتا ہے اور طبعی علوی (normocytic) قسم کی شدید خوں پاشش بے دومت پیدا ہو جاتی ہے۔ غیر چچیدہ طیریا میں ایسی ہیموگلوبین دومت اور ہیموگلوبین بولیت نہیں پائی جاتی جس کا مظاہرہ کیا جاسکے کیونکہ تباہ شدہ جیسے شبکی درحلی خلیات رتیکولو-اندوتھیال سیل (reticulo-endothelial cells) میں شکستہ ہو جاتے ہیں۔

علامات - طیریا کے بہت نمایاں سرریعی عناصر تپ، کبر طحال

اور عدم دمویت ہیں۔ ابتدائی حمل میں ارتفاع تپش مسلسل یا متفرق قسم کا ہوتا ہے (اولی اجامیت: primary paludism) اور میز نوبی خاصہ صرف بعدی میں پیدا ہوتا ہے۔

۱۔ سلیم ثلاثی ملیریا (Benign Tertian Malaria)۔
نوبہ (ague) کے حملے عموماً دوپہر سے پہلے یا دوپہر کے ابتدائی حصہ میں شروع ہوتے ہیں، اور یہ سرد، گرم اور تقریبی مدارج پر مشتمل ہوتے ہیں۔ سرد درجہ جزو حیثیت (merozoites) کے آزاد ہو کر دوران خون میں داخل ہونے کے وقت کا ملاحظہ ہوتا ہے، اور یہ تمام مظهر شائد پروٹین کے مدد کے اثرات کو ظاہر کرتا ہے۔

(۱) سرد درجہ (Cold Stage)۔ مریض ٹھنڈا سا ہو جاتا ہے، اور درد سر، درد کمر، اور درد جوارح کی شکایت کرتا ہے اور اسے سردی محسوس ہوتی ہے۔ پھر تشہیرہ (rigor) شروع ہو جاتا ہے اور مریض بستر میں اکٹھا ہو جاتا ہے، دانت بچنے لگتے ہیں، لرزہ اس زور سے ہوتا ہے کہ چار پائی تک ہلنے لگتی ہے۔ چہرہ پیک جاتا ہے، اور نیلا ہو جاتا ہے اور مریض کبل اور دھسے اوڑھ لیتا ہے مگر اس سے بھی اسکی سردی رفع نہیں ہوتی۔ اگرچہ ستیمی تپش لمبی سے کافی بلند ہوتی ہے لیکن جلد کی سطح سطحی طور پر کے انعکاس کی وجہ سے درحقیقت سرد ہوتی ہے۔ قے عموماً ہونے لگتی ہے اور تلی بھی عام طور پر موجود ہوتی ہے۔ اس درجہ کے بعد جو آدھ گھنٹہ سے لے کر دو گھنٹہ تک رہتا ہے بغلی تپش تیزی سے بڑھ جاتی ہے اور ۱۰۲-۱۰۳ ف سے لیکر ۱۰۶ ف تک پہنچ جاتی ہے۔

(۲) گرم درجہ (Hot Stage)۔ بسم اب نہایت گرم اور خشک ہو جاتا ہے اور مریض جو کچھ اوڑھے ہوتا ہے اسے اتار دیتا ہے۔ تپش بلند ہوتی ہے اور شریانات مرتجی ہو جاتے ہیں۔ نبض سریع، متلی اور سخت ہوتی ہے اور باقی شریانوں میں ضربان ہونے لگتا ہے۔ چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، سر میں درد ہوتا ہے اور شدید امیابات میں ذہول (stupor) اور ہڈیان (delirium)

تک بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ درجہ تین چار گھنٹہ تک رہتا ہے۔

(۳) تھری درجہ - جلد اب تبدیل مریض ہونے لگتی ہے۔ پسند چند گھنٹوں تک بکثرت آتا ہے، درد اور تکلیف غائب ہو جاتی ہے اور نبض کی رفتار بھی کم ہو جاتی ہے۔ زبان تر ہو جاتی ہے اور پیش پہلے آہستہ آہستہ کم ہوتی ہے اور تیزی کے ساتھ گر کر طبعی درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ جب حمل ختم ہو جاتا ہے تو مریض اپنے آپ کو عین تندرست محسوس کرتا ہے لیکن کچھ عرصہ کے بعد جو طفیلیات کی فروغ کے لحاظ سے متعین ہے پھر ایک حمل ہوتا ہے۔ یہ دورے عموماً آٹھ سے یکسارہ گھنٹہ تک رہتے ہیں اور تب کے ان حملوں کے درمیان اڑتالیس گھنٹہ کا وقفہ ہوتا ہے۔ دوروں کا روزانہ وقوع تب یومیس پر منتج ہو سکتا ہے۔

طحال طیریا کے پہلے حمل میں بھی عموماً جس پذیر ہوتی ہے اور یہ بائیں فعلی حاشیہ کے نیچے نرم اور الیم تودہ کی شکل میں محسوس کی جاسکتی ہے جو تنفس کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ زیادہ مزمن اسباب میں یہ نمایاں طور پر سخت اور کم الیم ہوتی ہے اور ترقی یافتہ اسباب میں اس کے ابعاد بہت بڑھ جاتے ہیں۔ غلہ (herpes) عموماً پایا جاتا ہے، اور متوسط درجہ کی یکٹائی عذم دمویت اکثر پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر کی جسامت بعض اوقات بڑھ جاتی ہے لیکن یہ کلانی اتنی عام نہیں ہے جتنی کہ یہ نصیب ثلاثی تب میں ہوتی ہے۔ اگر سلیم ثلاثی تب کا علاج نہ بھی کیا جائے تو یہ شاید ونا در ہی تین سال سے زیادہ رہتا ہے۔

۲۔ رابع ملیریا - تھریہ اور سریری تصویر سلیم ثلاثی طیریا کے

بہت مشابہ ہوتی ہے۔ تب ۱.۵° ف یا ۱.۶° ف تک بڑھ جاتی ہے لیکن اس کے دورہ کی مدت کم ہے اور یہ صرف چار یا پنج گھنٹہ تک رہتا ہے۔ واحد سرایت سے عام طور پر ہر چوتھے دن تب آتی ہے اور غیر حموی وقفہ بہتر گھنٹے کا ہوتا ہے۔ متوالی دوروں کی حالت میں تب دو دن متواتر آتی ہے اور تیسرے دن تک ٹھیک چوبیس گھنٹہ کا غیر حموی وقفہ ہوتا ہے اور تیسرے

دوروں سے تپ یومیہ پیدا ہو سکتی ہے۔

۳۔ پلازموڈیئم اوویل۔ اگرچہ خون کی فلموں میں یہ طفیلی زیادہ تر راج طیریا کی طرح کے دکھائی دیتے ہیں لیکن شگافی تولد کا دورا نہیں گھنٹے میں حل میں آتا ہے اور شگافی طیریا پیدا ہو جاتا ہے۔ عمومی سریری تصویر سلیم شگافی طیریا کے مشابہ ہوتی ہے۔

۴۔ خبیث شگافی ملیریا۔ تپ کی تین قسمیں پائی جاتی ہیں۔ (۱) عام شگافی قسم جس میں تپ ایک دن بیچ چھوڑ کر آتی ہے۔ (۲) تپ یومیہ جو دہرے دور سے پیدا ہوتی ہے۔ (۳) مسلسل بے قاعدہ یا متغیر تپ جو طفیلیوں کی کئی ایک نسلوں سے پیدا ہوتی ہے جن سے تھوڑے تھوڑے وقفوں کے بعد تپ کے قلیل المدت حملے ہوتے ہیں۔ اگرچہ سردی کا احساس پایا جاتا ہے لیکن قشریے معمولاً پیدا نہیں ہوتے، اور پیش زیادہ جلد بند نہیں ہوتی۔ گرم درجہ طویل المدت ہوتا ہے اور تقریبی درجہ کم شدید ہوتا ہے۔ تمام دورہ بارہ سے یکراٹھا گھنٹہ تک رہتا ہے۔ تپ میں اکثر مکمل وقفہ بالکل نہیں آتا اور اس سے متغیر قسم کی پیش پیدا ہوتی ہے۔ عمومی خصائص مثلاً درد کمر، درد سر، متلی، عدم اشتہا، اور تے میز ہونگے ہیں اور ایک شدید خوں پاش عدم دمویت جلد پیدا ہو جاتی ہے۔ اس درجہ پر طحال اگرچہ نرم ہوتی ہے مگر یہ کلانی یافتہ ہوتی ہے اور کبرکبد (hepatomegaly) عموماً پیدا ہو جاتا ہے۔

متلف ملیریا کے خاص اقسام۔ خبیث شگافی طیریا

اپنے مظاہر میں بہت اختلاف پذیر ہے اور تغیر پذیر سریری تصویر کا اختصار خون کی مفروط تباہی، اور اُن سمی اثرات پر ہوتا ہے جو کلوی اور کبدی سخی نطیات پر ہوتے ہیں، اور نیز یہ طفیلی زدہ عملیات کے مجتمع ہو جانے پر بھی ہوتا ہے جس سے انسان کے اندر دلی احشاء اور اس کے دماغ کے شعریات بند ہو جاتے ہیں۔ (۱) خوں پاش عدم دمویت۔ نہایت خطرناک اسباب سریری لحاظ سے متلف عدم دمویت کے مشابہ ہوتے ہیں۔ انتہائی

مثالوں میں شماریات ... ۱۰۰۰ سے لیکر ... ۲۰۰۰ شماریات فی کعب ملی میٹر تک پہنچ جاتے ہیں۔ گرونی اشاریہ (colour index) اکائی سے آگے نہیں بڑھتا، کبیر غلوطیت (megalocytosis) زیادہ نمایاں نہیں ہوتی اور جسیہ کی اوسط جامت طبعی ہوتی ہے۔ بُہر، اختلاج، شبکیہ کی نزف (retinal haemorrhage) دموی خیریات اور خوں پاش یرقان موجود ہوتا ہے، اجابتیں صفراوی ہوتی ہیں، اور پیشاب کی رنگت تاریک بھوری ہوتی ہے۔

(۲) ملیہ پائی میرقان۔ اس کے دو میزاقسام ہیں۔ خوں پاش اور سستی خوں پاش یرقان کے میزاق خاص ہیں۔ کبر کھال، صفراوی تھے، صفراوی بنایا جن کے ساتھ پیش بایلی روہن موتیت موجود ہوتی ہے کثرت صفرا (pleocholia) اور یورو بائیلن بولیت۔ بالواسطہ آآن ڈنبرگ ثبت ہوتا ہے، اور پیشاب میں صفراوی الوان اور صفراوی نمک موجود نہیں ہوتے اور اس میں یورو بائیلن کی مقدار میں معتد زیادتی پائی جاتی ہے۔ سخی طیریائی التهاب کبد میں بھی اس قسم کے سریری خصائص پائے جلتے ہیں لیکن اس میں جگر زیادہ کلانی یافتہ اور زیادہ الیم ہوتا ہے، بر معدہ میں تکلیف محسوس ہوتی ہے اور معدہ اور اسعاسے یا کسی دوسرے مقام سے نزف واقع ہو سکتا ہے۔ تپ کے حملہ کے بعد یرقان جلد پید ہوجاتا ہے، پیشاب میں صفراوی املاح اور صفراوی الوان موجود ہوتے ہیں، اور آآن ڈن برگ کا بلا واسطہ دوہکتی تعامل اکثر پایا جاتا ہے۔ اس حالت میں جگر کے سخی خلیات کے انحطاط کا اضافہ پایا جاتا ہے۔ متفرق وقفہ وار تپ ہر ایک قسم کے ساتھ پائی جاسکتی ہے، لیکن "صفراوی متفرق تپ" (bilious remittent fever) کی پرانی اصطلاح سے زمانہ سابق میں معتد بہ خلط معشہ پیدا ہو چکا ہے اور اس کا ترک کر دینا ہی بہتر ہے۔ (۳) دماغی ملیویا۔ دماغی لیریا میں ابتدا بالعموم تیزی سے ہوتی ہے۔ مریض شدید درجہ دوران سر اور غنومگی کی شکایت کرتا ہے، اور اس پر جلد ہی مکمل بے ہوشی کی حالت طاری ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ فالج نصفی، فالج، لاکلامی (aphasia)، تشنات یا ہدیان یا مانیہ بھی پیدا ہو جائے۔ تپش بعض اوقات

اپنا معمولی محر اختیار کرتی ہے اور بعض اوقات تب منفط پیدا ہو جاتی ہے جس میں زراق (cyanosis) 'شخیری تنفس' (stertorous breathing) اور کونسا پایا جاتا ہے اور یہ حالت ضربۃ الشمس کے مشابہ ہوتی ہے۔ (۴) شکلی ملیریا۔ طیریا کی معدی، ہیضی اور زجری قسمیں بھی دیکھنے میں آتی ہیں جن کے سریری خواص کا انحصار علی الترتیب معدہ، معائے صغیر اور معائے کبیر کے ماؤف ہونے پر ہے۔ بارو طیریا (algid malaria) میں پیش لمبی مد سے پیچھے گر جاتی ہے اور ہبوط پیدا ہو جاتا ہے۔ جلد سرد اور پیسنے سے تر ہوتی ہے۔ قے اور اہمال مسلسل آتے ہیں اور دشوار علاج ہوتے ہیں، اور گاہے گاہے خون کی قے بھی ہوتی ہے یا خون معائے مستقیم کے راستہ سے بھی آتا ہے۔ ان اصابات میں انداز خراب ہوتا ہے۔ جن حالتوں میں باریطون متاثر ہو جاتا ہے ان میں باریطونیت (peritonism) پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ درجہ شکم، قے اور ہبوط پایا جاتا ہے، اور ایسی صورت میں بعض اوقات غلظی سے عادی التهاب بلبیہ (acute pancreatitis) 'التهاب مرارہ' (cholecystitis) یا التهاب زائدہ (appendicitis) کی تشخیص کر دی جاتی ہے۔ محرقی قسم (محرقی طیریا) کا میز خامد مسلسل تب ہے جس میں خفیف سے فترات پائے جاتے ہیں اور یہ کبھی دن تک رہتی ہے۔ بعض اوقات نہاکت (asthenia) اور پست ہڈیان پیدا ہو جاتا ہے اور سریری تصویر تب معوی کے مشابہ ہوتی ہے۔ جب تک کہ اس حالت کی شناخت کرنے کے بعد اس کا مناسب علاج نہ کر لیا جائے مریض ہلاک ہو جاتا ہے۔ (۵) قلبی ملیریا۔ اس قسم میں غشیان (syncope) پیدا ہو جاتا ہے اور وریدی اتلا اور قلب کی دائیں جانب کا اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ انداز خطرناک ہوتا ہے۔ (۶) کلوی ملیریا۔ اس عارضہ کی طرف خاص مگر جب کبھیث ثلاثی طیریا کی ہمیش سرایتیں اپنستدا ہی میں محدود ہیں مناسب تو نہیں دی گئی۔ پیناب میں البیومن اور سائیک پائے جاتے ہیں۔ یوریا کا اعتبار واقع ہو جاتا ہے، اور جب تک کہ نوعی علاج نہ کیا جا یوریا دمویت کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ (۷) ملیریائی ضعف،

(Malarial Cachexia)۔ جن اشخاص پر لیریا کے بار بار حملے ہوئے ہوں ان کی 'اوران خلوں کے ویسی باشندوں' بچوں اور بالغوں کی 'جہاں شدید لیریا مقامی ہو' جسمانی صحت بہت خراب ہو جاتی ہے کس 'عدم وضویت' جلد کی زرد ٹیانی رنگت 'دوران مرض' عدم اشتہا 'اختلالات ہضم' کم نمک ثانی (hypochlorhydria) یا بے نمک ترشی (achlorhydria) اور متغافل اور عضلات کا درمستمر عام خصائص میں سے ہیں۔ شدید قسموں میں تپ کے ساتھ تہیج اور نزفات بھی پائے جاتے ہیں۔ لیریا سے پیدا شدہ کلانی حوال (تھاپ 'تکی' "ague cake") ایک میز خاصہ ہے اور یہ سخت ہوتی ہے اور اکثر ناف تک بڑھ آتی ہے۔ جگر میں بھی بعض اوقات نمایاں کلانی پانی جاتی ہے اور سوئے ہضم کی موجودگی کی وجہ سے کہبت جگر یا معدی سرطانی سلسلہ مع ثنائی مطروحات کا شبہ ہو سکتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ وجع العصب جس سے خاص کر فوق مجری عصب متاثر ہوتا ہے 'عصبی التھاب' قرنیہ کا تقرح 'التھاب قرنیہ' التھاب عصب بصری اور شبکیہ نزفات پیدا ہو جاتے ہیں 'اور گاہے گاہے التھاب عصب بھی واقع ہو جاتا ہے۔ شغری نمل (herpes labialis) خاص کر سلیم ثلاثی سرایتوں میں عام طور پر پایا جاتا ہے 'اور کلانی یافتہ طحال خفیف سے ضرب سے بھی مشق ہو سکتی ہے۔ رباغی لیریا میں کلوی التھاب مع تہیج خاص طور پر کثیر الوقوع ہے۔ مرارہ میں کثرت صغریٰ کی وجہ سے بعض اوقات نرم لونی سنگریزے بن جاتے ہیں لیکن لیریائی کہبت کبھی واقع نہیں ہوتی۔ لیریا سے پیدا شدہ اسقاط قلیل الوقوع نہیں 'اور دوران حمل میں کوئین یا ایڈمرن کے استعمال کو روکنے سے 'ان کا استعمال کرانے کی تبت' بہت زیادہ خطرہ ہوتا ہے

تشخیص۔ لیریا کے حملے اپنی نوعیت کی وجہ سے میز نہیں 'اور سلیم اور رباغی تپوں میں یہ خاصہ بالخصوص پایا جاتا ہے 'اور ان کی ابتدا اکثر دوسرے سے پہلے یا اس کے ابتدائی حصہ میں ہوتی ہے۔ روزانہ قشعریوں پر کم اعتبار کرنا

چاہئے کیونکہ یہ مختلف عفونی عوارض میں پیدا ہو سکتے ہیں جن میں تقيح الدم، التهاب قنوات صفرا (cholangitis) 'خراج کبد' التهاب حوض گردہ اور خبیث دروں قلبی التهاب شامل ہیں۔ دوسرے امور جو سریری لحاظ سے اہم ہیں کبر لہال، شانونی خوں پاش عدم دمویت اور معنی اکتشافات ہیں۔ نوعی ادویہ کا استعمال کرنے سے پہلے خوں کے آلودے لیا کر لینے چاہئیں۔ جب طغلیوں کی تعداد خون میں کم ہو تو ایک سے زیادہ امتحانات کی ضرورت ہوتی ہے۔ لون دار کثرتِ طلیات ابیض کا انکشاف اور غیر معمولی زمانہ میں تقریباً ۱۵ فیصدی یا اس سے زائد ایک نواقی خلویت (mononucleosis) اور یوروبائیلن بولیت کی موجودگی بہت معنی خیز ہیں۔ نوعی ادویہ کے معالجاتی اثر کی اہمیت کمبی ہوتی ہے اور کمبی نہیں۔

اخذار۔ مدارینی ممالک میں طیرا شرح اموات پر سب سے زیادہ اثر انداز ہوتا ہے اور قلیل التغذیہ مریضوں، کم عمر کے بچوں اور ایسے اشخاص میں جن کو کسی بین رومض شلاً مرض کج دہنہ (ankylostomiasis) کی شکایت ہو یہ خاص طور پر خطرناک ثابت ہوتا ہے۔ سلیم ثلاثی طیرا لاغر اور عذیم الدم مریضوں اور بہت کم عمر بچوں یا بہت بوڑھے اشخاص کے سوائے عموماً مہلک ثابت نہیں ہوتا، لیکن یہ یقینی طور پر کہا جاسکتا ہے کہ یہ بین رومریضوں کے لئے جو موت کا اہم سبب ہوتی ہیں تحریض پیدا کر دیتا ہے۔ اگر خبیث ثلاثی طیرا کا علاج نہ کیا جائے تو اس سے اکثر موت واقع ہو جاتی ہے، لیکن نوعی علاج کے بعد طغلیوں کی اس نوع کا مستقل استیصال سلیم ثلاثی یا رباعی طیرا کے مقابلہ میں زیادہ آسانی سے ہو جاتا ہے۔

تحریر۔ مچروں سے بچنے کے لئے شام کو خاص قسم کے بوٹ پہننے چاہئیں اور باشندوں کو مسہریوں میں سونا چاہئے، یا اگر ممکن ہو تو ایسے گھروں میں رہنا چاہئے جن میں چھر داخل نہ ہو سکیں۔ طیرا ان پندیر روغناات مثلاً سٹرونیلا کا تیل (oil of citronella) ٹنٹوں، پتھروں اور گردن پر

لگانا معتقد ثابت ہوتا ہے۔ مہارین کے باشندوں کو یہ چاہئے کہ وہ اپنے منگولیا اور بالٹوں کے قریب، ایسے مقامات کو بند کر دیں جن میں مچھروں کی نسل بڑھتی ہے اور مچھر کے سروں کی موجودگی کو معلوم کرنے کے لئے قریب و جوار سے رقبہ جات کا اکثر معائنہ کرتے رہیں۔ لیریا کے انسداد کے لئے یہ تدابیر بہت اہم ہیں کہ ایسا ظہری سروں (anopheline larvæ) اور ان کی تولید کے مقامات کو تیل ڈالنے، پیرس گرین چھڑکنے یا پانی کے نکاس کا انتظام کرنے سے تباہ کر دیا جائے۔ حفظ ماتقدم کے لیے کوئین کا استعمال کرنے سے زمانہ حضانت بڑھ جاتا ہے اور اس سے مرض تحت سریری (subclinical) رہتا ہے۔ اس سے بہر حال لیریا کی مرایت کا انسداد نہیں ہوتا۔ چونکہ زوگوس (gamets) پر پلازموکین کا نوعی اثر ہلکا ہوتا ہے اس لئے جہاں تک صحیح معنوں میں حفظ ماتقدم کا تعلق ہے اس کو کوئین پر ترجیح ہے۔

علاج - حمل کے دوران میں مریض کو بستر پر لیٹ جانا چاہئے اور تپش کے طبعی ہونے کے کم از کم تین دن بعد تک لیٹے رہنا چاہئے۔ تپ کی ابتدا پر ایک سرخ الاثر مہسل دیا جاتا ہے اور گرم مشروبات کے استعمال کی ترغیب دی جاتی ہے۔ سرد درجہ میں مریض گرم بوتلوں کا استعمال اور بہت سے کپل اور بخار پسند کرتا ہے اور گرم درجہ میں ایسپرن - کیفین - مٹائیٹ کا آمیزہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ تعرقی درجہ میں گرم مشروبات پانی کاربونیٹ آف سوڈا ملا کر دئے جاسکتے ہیں۔ مریض کو قبض نہ ہونے دینا چاہئے اور سوڈیم اور میگنیشیم سلفیٹ کا استعمال باقاعدہ کرانا چاہئے۔

نوعی ادویہ کوئین (quinine) پلازموکین (plasmoquine) اور اتربرین (atabrin) پیشکش ہیں۔ پلازموڈیم وائی - کیس کی سرایت کے مزاحم احباب میں نیو مالورسین کے استعمال سے فائدہ ہوتا ہے، لیکن پلازموڈیم فیلسی پیرم پر اس کا اثر بہت کم ہوتا ہے۔

کوئین - کوئین اب بھی لیریا کے علاج کا قابل اعتماد ذریعہ ظہرت ہے۔ حادثہ کے دوران میں عجیب شکاری لیریا پر اس کا اثر اتنا فوری نہیں

ہوتا جتنا کہ سلیم لٹائی یا ربا ئی پر ہوتا ہے، لیکن بحسب اتنا کثیر الوقوع نہیں ہوتا۔ یہ دوا تشنگا فیوں (schizonts) پر اثر کرتی ہے، اور سریری علامات کو دبا دیتی ہے اور دتویہ زوا جوں (gamets) کو ہلاک کرتی ہے اور نہ بذریعہ (sporozoites) کو۔ اس کی مختلف تجہیزات ممکن الحصول ہیں جن میں ہائیڈروکلورائیڈ، ہائیڈروکلورائیڈ، ہائیڈروکلورائیڈ اور سلفیٹ شامل ہیں۔ انب مقدار اور مدت علاج کے متعلق کوئی ایسی رائے قائم نہیں کی جاسکتی جس سے سب کو اتفاق ہو لیکن مناسب یہ ہے کہ پہلے ہفتہ میں ۱۰ گرین دن میں تین مرتبہ، بعد کے دو ہفتہ میں ۱۰ گرین دن میں دو مرتبہ اور بعد کے تین ہفتہ میں ۵ گرین رات اور صبح کو ۱۰ کے ہائیڈروکلورائیڈ کے علاوہ جس کے غیر متقد قرض کھلائے جاسکتے ہیں کو نین کو معمول کی شکل میں استعمال کرنا چاہئے۔ ہائیڈروکلورک ایسڈ کا اضافہ کرنے سے آسانی سے حل کیا جاسکتا ہے۔ کو نین کی زیادہ مقداروں کے استعمال کے بعد ہر اپن اور طنین الاذن (tinnitus) عارضی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ اس کے انجذاب کا ایک واضح ثبوت ہیں۔ چونکہ ہائیڈروکلورائیڈ حل پذیر ہوتا ہے اس لئے دروں عضلی اور دروں ویدی دونوں قسم کے اثرات کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، اس کا مقدار ۱۰ گرین ہے اور اس کا اثر کا زا گرین فی کعب منٹ میٹر ہے۔ دروں ویدی اثرات کو ترجیح حاصل ہے اور ان کے اثرات مابعد باقی نہیں رہتے بشرطیکہ کو نین کو مناسب طریقہ سے حل کیا جائے اور اثرات آہستہ کیا جائے۔ یہ طریقہ مندرجہ ذیل حالتوں میں خاص طور پر مفید ثابت ہوتا ہے۔ (۱) جب تھکے بکثرت ہو، (۲) دشوار علاج امیابی میں جن میں نقص انجذاب یا دیگر اسباب کی وجہ سے کو نین براستہ دہن غیر موثر ثابت ہو۔ (۳) دماغی طیریا یا بارد طیریا کی طرح کی خطرناک قسموں میں جبکہ مریض کی زندگی بچانے کے لئے کو نین جلد دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ کو نین کے لئے خاصہ ذاتی (idiosyncrasy) کے موجود ہونے کا اظہار احماری اور شری طغیات اور معمولی سمی اثرات شلاطین الاذن، بہر اپن، غطش (amblyopia) بصری اور معدی اختلالات کے پیدا ہونے سے ہوتا ہے، بچے کو نین کو اچھی طرح سے برداشت

کرتے ہیں، اور ان میں بالٹوں کی نسبت اس کو برداشت کرنے کی قوت زیادہ ہوتی ہے۔ ایک سال کے شیرخوار بچے کے لیے ۵ گرین مقدار کو بہت زیادہ تصور نہ کرنا چاہئے۔ میرٹھ زدہ ممالک میں زماؤ نفاس میں، علیہ سے، یا معدم جس کے استعمال سے پہلے کوئین دینے کا رواج مناسب ہے۔ عام قاعدہ یہ ہے کہ اگر کوئین مناسب مقدار میں دی جائے تو یہ تپ کو چھتیس گھنٹہ سے ایک چھپن گھنٹہ تک کے عرصہ میں زائل کر دیتی ہے، لیکن گناہے گا ہے ایسے اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جو کوئین کے دروں ویدی استعمال سے بھی غیر العلاج ثابت ہوتے ہیں۔

پلازموکین (Plasmoquine)۔ یہ دوا جو ایک میتھاکسی کواینولین (Methoxy-quinoline) مشتق ہے جھیت شلائی میرٹھ فیوں پر بظاہر کم اثر کرتی ہے اگرچہ یہ رواجوں کو تباہ کر دیتی ہے۔ سلیم شلائی میرٹھ میں یہ شائد صنفی اور غیر صنفی دونوں قسموں پر اثر کرتی ہے۔ اس دوا کے دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ یہ کوئین کے ساتھ ہر قرص کی شکل میں دی جائے جیسی کہ کوئینو پلازموکین ہے۔ اس دوا کا ہر قرص ۰.۵ گرام (پاؤ گین) پلازموکین اور ۳.۰ گرام (۳۰ گین) کوئین سلفیٹ پر مشتمل ہوتا ہے، اور غذا کے بعد دو قرص روزانہ چھ دن تک دن میں تین بار دئے جاتے ہیں۔ اس کے بعد چار دن کا ایک مکمل وقفہ دیا جاتا ہے اور اس کے بعد یہی نصاب پھر جاری کیا جاتا ہے۔ اس قسم کے جاریا پانچ نصاب دئے جاتے ہیں۔ سہی علامات مثل 'تھ' درد سر اور جلد کی تیلوں رنگت پر مشتمل ہیں، اور رنگت کی یہ تبدیلی میٹ ہیملوگلوبین دمویت سے پیدا ہوتی ہے۔

ایٹبرین (Atebrin)۔ یہ مرکب ایک تالین ایٹل اینو ایکریدین (alkylamino-acridin) مشتق ہے، جو ۰.۵ گرام کے قرص کی شکل میں غذا کے بعد دن میں تین مرتبہ پانچ سے لیکر سات دن تک دیا جاتا ہے۔ یہ دوا کوئین کی طرح شگافیوں پر اثر کرتی ہے اور جہاں تک فیلیوں سے خون کے مراعات، علامات کے زائل ہونے اور نجسات کے رک جانیکا تعلق ہے، یہ کوئین کے برابر ہے۔ اس کے استعمال کے بعد بعض اوقات معوی درد محسوس ہوتا ہے،

پریشان خواب آتے ہیں اور جلد کی رنگت عارضی طور پر زرد ہو جاتی ہے لیکن شدید سمی مظاہر طیل الوقوع ہیں۔ مریض اکثر اسے کونین پر ترجیح دیتے ہیں کیونکہ اس کے استعمال کوئے کی مدت کم ہے۔ جن اصابت میں خامہ ذاتی موجود ہو ان میں دریاہ بولی تب کی حالت میں یہ خاص طور پر مفید ہے کیونکہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ کونین اور پلازموکین کی طرح تیزی سے ہرگز ہیموگلوبین دمویت پیدا نہیں کرتی۔ ایٹبرین میڈی سیٹھ (atebriu mucinate) (۱۲۵ اور ۱ گرام = ۱۔۵ گرام ایٹبرین) کے استعمال کا رواج دروں عضلی اشراب کے لئے حال ہی میں ہوا ہے اور سیلون کی وبا میں اس کا استعمال کثرت سے کیا گیا تھا، لیکن عمومی نقطہ نظر سے آرا کا اتفاق اس امر پر ہے کہ یہ دوا خانہ کے کام کے لیے اطمینان بخش ثابت نہیں ہوا، اگرچہ شفا خانہ کے مریضوں کے لئے مؤثر ہے۔ زمانہ نقیہیت میں لوہا پورے مقادرات میں مل فرس کارب (Pil. Ferrous Carb) (۵ گرین غذا کے بعد دن میں تین مرتبہ) کی شکل میں یا فیرائی ایٹ ایونیم سٹراس (ferri et ammonium citras; ۳۰ گرین دن میں تین مرتبہ غذا کے بعد) کی شکل میں دیا جاسکتا ہے۔ طیریا کے مریضوں کو یہ تاکید کر دینی چاہئے کہ وہ مرد غسل اور نہانے سے پرہیز کریں، سردی اور زیادہ ٹھکان سے بچیں اور انھل کا زیادہ استعمال نہ کریں۔ لیکن ان اسباب سے مخفی اصابت میں کس جلد واقع ہوتا ہے۔

سیاہ بولی تب

(BLACK WATER FEVER)

ملیریا یا ہیموگلوبین بولیت (Malarial Hemoglobinuria)

urina) (Hemoglobinuria تب ہیموگلوبین بولیتی تب

Fever) یا سواد بولیتی تب (Malanuric Fever)

سیاہ بولی تب ہمیشہ ثلاثی طیریا کے دروان میں ایک یا زائد دروں دوائی خوں پاشیدگیوں کا نتیجہ ہوتی ہے اور اس سے قشریہ، تب، درد کرتے، یرقان، عدم دمویت، ہیموگلوبین دمویت اور ہیموگلوبین بولیت پیدا ہوتے ہیں اور شاید

انقطاع البول بھی واقع ہو جاتا ہے۔ اس کا سبب غالباً ایک پاشندہ شے ہے جو تھولی خشک سے پیدا ہوتی ہے۔

سبب اسباب۔ جن خلل میں سیاہ بولی تپ پائی جاتی ہے وہ یہ ہیں 'افریقہ کا مغربی اور شرقی ساحل' 'نیا سائینڈ' 'یوگنڈا' 'سودان' 'اورڈاریزی' 'افریقہ کے دوسرے حصے' 'ڈفا سکر' 'ہندوستان میں دوار (Duars)' 'ترانی' 'بھے پور' 'کا کوہستانی خطہ' 'فلسطین' 'مقدونیا' 'اٹلی' 'یونان' 'سریا سٹہائے مقدہ جنوبی' 'وسطی امریکہ' 'پاناما' 'فنزویلا' 'گائنا اور نیوگنی'۔ یہ مرض ہمیشہ غیبت ثلاثی طیریا کے بہتہ سرایت زدہ یا بیش سرایت زدہ مقامی منطقوں میں پیدا ہوتا ہے اور یہ ایک سے لیکر پانچ سال تک کی سکونت کے بعد عارض ہوتا ہے۔ شغایا بی کے بعد متوالی حملے قلیل الوقوع نہیں۔ بالغ اور بچے دونوں اثر پذیر ہیں، لیکن دیسی آبادی میں مناعت موجود ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے یورپین باشندوں اور درآمدہ دیسی باشندوں میں یہ مرض پیدا ہو جاتا ہے۔ مزن طیریا اور اس کے لئے کونین کے عموماً بے قاعدہ وقفوں پر استعمال کرنے کی روئےاد تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے جو محرک اسباب مرض کے حملے میں سرعت پیدا کرتے ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) کونین کا استعمال (۲) سردی لگ جانا (۳) مشقت کی زیادتی۔ کونین اور پلازموکین دونوں سے حملوں میں سرعت پیدا ہو سکتی ہے اور ان کا یہ اثر شاید کوئی نوٹین کے ملحقہ (quinoline ring) کی وجہ سے ہے جو دونوں مرکبات میں مشترک ہے۔ ہر کیف ایسے امصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جن میں کونین یا کسی دوسری دوا کے استعمال کی روئےاد موجود نہیں ہوتی، اور متعدد امصابات دوران حمل میں بھی دیکھنے میں آئے ہیں۔

مرضی تشریح۔ امتحان بعد الموت پر جو اکتشافات ہوتے ہیں وہ یہ ہیں کہ مریری طیریا پر شدید ہیپوگلوبین بولیت کا انصاف پایا جاتا ہے۔ جگر نرم اور کلائی یافتہ ہوتا ہے، صفرا غلیظ اور قیری ہوتا ہے، لحال کی جسامت میں کلائی پائی جاتی ہے اور اس کا گودا متھوہ (diffluent) ہوتا ہے، اور گردے متلی، تاریک اور متھوم ہوتے ہیں۔ ہیپوسائڈرین (hemosiderin) جو آزاد ہوسے کے لئے پوکشین بول

تعالیٰ دیتی ہے مگر گردوں اور ٹھال میں پائی جاتی ہے اور طیر پائی لون مختلف اشیا میں موجود ہوتا ہے گویہ اتنی زیادہ مقدار میں نہیں ہوتا جس کی توقع کی جاسکتی ہے۔ گردوں میں درم سمائی اور سمی انخطاط پایا جاتا ہے اور تغلیف یافتہ انیڈیات کے خلیات میں تکمر موجود ہوتا ہے اور انیڈیات کے درونے ایٹوسین پسند ذرات دار فواضل سے مسدود ہوتے ہیں۔ مگر کے ٹنگوں کے کبدی خلیات میں بھی درم سمائی اور مرکزی تخر پایا جاسکتا ہے اور کوٹیر (Kupffer) کے خلیات میں عموماً طیر پائی لون کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ یرقان تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

سریری امراضیات - سیاہ بولی تپ کے دورہ کی ابتدا میں طیر پائی طفیلیوں کا اکثر مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، لیکن دوسرے دن کے بعد ان کا برجان غائب ہو جانے کی طرف ہوجاتا ہے اور یہ امتحان نقش پر غائب پائے جاتے ہیں۔ پیشاب کی رنگت مختلف ہوتی ہے اور یہ پورٹ وائن سے لیکر پورٹ تک کی رنگت کا ہوتا ہے اور اس میں کسی ہیموگلوبین ہوتی ہے اور عموماً مسٹ ہیموگلوبین بھی پائی جاتی ہے اور یوروبائیلن بافراط موجود ہوتی ہے۔ البیومن پروٹین ہمیشہ پائی جاتی ہے لیکن صرف شدید امیابیات ہی میں موجود ہوتا ہے۔

(centrifuged) مطروح بخور سے فواضل اور ذرات دار سبائیک پر مشتمل ہوتا ہے اور خون کے نہج جیسات اس میں یا تو بہت کم ہوتے ہیں یا موجود ہی نہیں ہوتے۔ پلازما میں کسی ہیموگلوبین اور مسٹ ہیموگلوبین دونوں موجود ہوتی ہیں اور یہی اس کا نمایاں ترین لون ہے۔ حال ہی میں ایک جدید لون بھی پایا گیا ہے (53) جو مسٹ ہیموگلوبین کا متجانس ہے اور اس کی تحویل سٹوکس کے متعال سے نہیں ہوتی اور یہ پیشاب میں ظاہر نہیں ہوتا۔ ہیمو بائیلی روبن کے مقدار بہت بڑھ جاتی ہے اور بالواسطہ و آن ڈنبرگ ۵ سے لیکر ۸ اکائیوں کے درمیان ہوتا ہے لیکن بلا واسطہ فوری اور دوہشتی تعلات صرف انہی مریضوں میں پائے جاتے ہیں جو خطرناک طور پر بیمار ہوتے ہیں اور جن میں مگر کا سمی تخر پیدا ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات کثرت بول کی شکایت موجود ہوتی ہے یا گسٹروکسیٹھاؤف ہونے سے قلت بتول (oliguria) بھی پیدا ہو سکتی ہے اور بعض اوقات

میں انقطاع بول پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ یوریا کا احتباس پایا جاتا ہے اور اس حالت میں خون کا یوریا مثبت ہے۔ پہلے ۲۵ گرام فی گرام فی ۱۰۰ اکعب بنتی میٹر تک تیزی سے بڑھ جاتا ہے۔ خون کے یوریا کی مقدار میں ایک نمایاں اضافہ موجود ہوتا ہے اور یہ کسی حد تک تو تباہ شدہ جسیمات کی وجہ سے اور کسی حد تک یوریا کے احتباس کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ غیر ملک اصابات میں بھی یہ ۵۰ گرام فی ۱۰۰ اکعب بنتی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ بعض اوقات کلوی ترشہ سمیت پیدا ہو جاتی ہے اور اس صدمت حالات میں پلازما کی CO_2 سے ممتزج ہونے کی قوت میں ایک نمایاں کمی واقع ہو جاتی ہے۔ مصلی کیلیم کم ہو جاتا ہے اور خون کا فاسفورس بڑھ جاتا ہے۔ عدم دمیت طبعی خلوی (normocytic) قسم کی ہوتی ہے اور خون پاشیدگی کے پیدا ہونے کے بعد جس کے کئی نمایاں دورے ہوتے ہیں خون کے سرخ خلیات کی تعداد میں تیزی سے کمی واقع ہو جاتی ہے۔ شدید اصابات میں فی مکعب ملی میٹر ۱۰۰۰۰۰ سے لیکر ۲۰۰۰۰۰ سرخ جسیمات تک ایک رات میں نسلان ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۶۶)۔

سیاہ بولی تپ میں خون پاش عال کے متعلق ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ پہلے جسیمات کو پاشیدہ کرتا ہے اور اسکے بعد آزاد شدہ کسی ہیوگلوہین کو مٹا ہیوگلوہین میں تبدیل کر دیتا ہے اور یہ اس طرح ایک تکسیدی عال کے طور پر عمل کرتا ہے (۵۸)۔ یہ دونوں لون پلازما میں نمودار ہو جاتے ہیں اور جب ان کا ارتخاڑ ایک کافی حد تک پہنچ جاتا ہے تو کلوی دہلیز سے تجاوز ہو جاتا ہے اور یہ بحسب پیشاب میں خارج ہو جاتے ہیں۔ اگر پیشاب کا تعامل ترشی ہو تو جو کسی ہیوگلوہین قبلک (glomerulus) میں سے تغیر پاتی ہے اس کے مٹا ہیوگلوہین اور ایسڈ ہیمیشن میں تبدیل ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ انیمیا میں ترسیب واقع ہوجانے سے انسداد واقع ہو جاتا ہے۔ ایک اور اسرہی انقطاع البول (anuria) کے پیدا کرنے میں اتنا ہی اہم ہے اور وہ لفیضانیہ انیمیا کے افزای سرعہ کا سہی اخطا ہے۔ ان دونوں امور یعنی پاشیدہ

خون کی مقدار اور اس کی پاشیدگی کی سرعت کا گردہ کی قوت کے از سر نو بحال ہونے سے ایک اہم تعلق ہے اگر آدھے گنٹھ میں پاشیدہ خون کی مقدار ۴۰ مکعب سنٹی میٹر سے بڑھ جائے تو گردہ کو ناقابل تلافی نقصان پہنچ جاتا ہے اور اس کا نتیجہ جملک (انتطاع البول) ہوتا ہے۔ پیشاب میں دائر خون کے لون کا صرف ۱۰ فی صدی یا اس سے بھی کم حصہ نمودار ہوتا ہے اور بقیہ کا تدارک شکی در علمی غلوئی نظام کو کرنا پڑتا ہے جس کا نتیجہ ہیپوسائڈرن کا جساؤ (hemosiderosis) بیش بائیلی روبن دمویت اور کثرت صفر ہوتا ہے۔

علامات - مریض عموماً یہ خیال کرتے ہیں کہ طیر یا کا حملہ ہونے والا ہے اور اس لئے وہ کونین کھاتے ہیں۔ چند گنٹھ کے اندر اندر عام طور پر قشریہ ہوتا ہے اور قطن میں درد محسوس ہوتا ہے (بعض اوقات یہ علامات کئی دن تک نمودار نہیں ہوتے) لیکن کم شدید اصابت میں پہلی علامت سرخی مائل بھت کا پیشاب ہوتا ہے۔ قشریہ کے بعد پیش ہمیشہ بڑھ جاتی ہے اور اس کے بعد متلی، بر معدی تکلیف، تھ اور عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے اور کبھی یہ علامات بعد میں بھی نمودار ہوتے ہیں۔ پیشاب جلد ہی پورٹ وائٹ یا پورٹرکی رنگت کا ہو جاتا ہے اگرچہ یہ اول اول سرخی مائل ہوتا ہے۔ یرقان ابتدائے مرض کے چند گنٹھ بعد نمودار ہو جاتا ہے اور دوسرے دن بخوبی قائم ہو جاتا ہے ابتدا میں نبض تیز ہوتی ہے، خون کے دباؤ میں نمایاں کمی پائی جاتی ہے اور انکماش دباؤ ۷۰ سے لیکر ۹۰ فی میٹراہ تک ہوتا ہے، لیکن اس کے بعد جب پہلی دروں وعاتی خوں پاشیدگی کا صدرہ ترائل ہو جاتا ہے اور گردے ماؤف ہو جاتے ہیں تو خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ درد سرا اور نور ترسی (photophobia) بعض اوقات شدید ہوتی ہے۔ جوں جوں عدم دمویت میں ترقی ہوتی ہے مریض بہت بے چین اور مضطرب ہوتا جاتا ہے، جلد زردی مائل ہو جاتی ہے، جوارح سرد ہو جاتے ہیں اور نبض تیز اور خبطی ہو جاتی ہے۔ ہچکی جو شدید اصابت میں ہمیشہ پائی جاتی ہے شفایابی کے ساتھ متناقص نہیں، لیکن چھین بسٹوکس کے تنفس کی طرح یہ خطرناک ضرور ہے! امتحان شکم سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ محال اور جگر کلائی یافتہ ہیں اور

مرارہ کے اوپر جو صفرا سے متعدد ہو کر تنا ہوتا ہے، اکثر مختص المقام الیمیت پائی جاتی ہے۔ حملہ کے دوران میں لحال کی جسامت میں کمی واقع ہو جاتی ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ جو محفوظ خون اس میں جمع ہوتا ہے وہ کم آکسیجن دمویت (anoxemia) کے ازالہ کے لئے باہر چلا جاتا ہے۔ ابتدا میں تپش طیر یا کے دورہ کے مشابہ ہوتی ہے، اور یہ عموماً پہلے دن ہی اعظم ارتفاع تک پہنچ جاتی ہے۔ بعد میں یہ کبھی متفر (remittent) ہوتی ہے اور کبھی وقفہ دار (intermittent) اور اکثر تین یا چار دن کے عرصہ کے بعد طبعی حد تک پہنچ جاتی ہے اگرچہ کبھی کبھی یہ دو ہفتہ تک بھی جاری رہتی ہے۔ بعض اوقات موت سے پہلے تپ مفرط عارض ہو جاتی ہے جس میں تپش ۱۰۰ ف ہوتی ہے۔ ہیموگلوبین بولیت کے ختم ہو جانے کے بعد پس ہیموگلوبین بولیتی تپ (post-haemoglobinuric fever) پیدا ہو جاتی ہے اور کئی دن تک رہتی ہے۔ مذکورہ سابقہ اوسط امراض کے علاوہ مختلف سریری اقسام بھی بیان کئے جا چکے ہیں۔ (۱) خاطف قسم (fulminating type) جس میں مریض قسم الدم اور کم آکسیجنی ہو (anoxemia) کی وجہ سے چھتیس سے ایک سو بہتر گھنٹہ تک کے عرصہ میں ہلاک ہو جاتے ہیں۔ (۲) انقطاع البولی قسم (anuric type) جس کی ابتدا شدید علامات سے ہوتی ہے۔ قاسطیر گزارنے سے صرف تھوڑا سا پیشاب نکالا جاسکتا ہے جس میں البیومن کی بہت زیادہ مقدار ہوتی ہے اور جو کبھی صفرا آلود بھی ہوتا ہے۔ اس کے بعد مکمل انقطاع البول پیدا ہو جاتا ہے اور تپش طبعی یا زیر طبعی ہوتی ہے۔ موت واقع ہونے سے پہلے یہ حالت بعض اوقات ایک ہفتہ تک یا اس سے زائد عرصہ تک جاری رہتی ہے۔ (۳) ہیموگلوبین بولیت کی مسلسل (continuous) یا متفر (intermittent) قسم۔ تپش برقرار رہتی ہے اور ہیموگلوبین بولیت یا تو مسلسل ہوتی ہے یا متفر اور اس عرصہ میں خوں پاشیدگی کے کئی واضح حملے ہوتے ہیں۔ اس کے بعد بعض اوقات پس ہیموگلوبین بولیتی تپ عارض ہو جاتی ہے۔ (۴) نفری قسم۔ اس میں اصابت میں جلدی نزفات، قسم الدم یا برازا الدم پیدا ہو جاتے ہیں۔

صہر اور پیچیدہ گئیاں۔ پیچیدہ گئیاں خوں پاش عدم دمویت، انقطاع البول پس میوگلوکین بولیتی تپ، اور سفراوی توخ پرستش میں، اور کبھی کسی لونی حصیت (pigment calculi) اور التهاب مرارہ (cholecystitis) عواقب کے طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ راس (Ross) کے مطابق (54) حملہ کے دوران میں ۱۰ فیصدی امیبات میں کس واقعہ ہوتا ہے۔ ناموافق خصائص شدید یرقان، انقطاع البول، تپ منفرد اور شباب میں صفرا کا اخراج میں۔ بھر (dyspnoea)، چین سسٹو کس کا تنفس اور سرخ خلیوں کا شمار ۱۰۰۰۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر یا اس سے کم ہنگونی کے علامات ہیں، اور جب تک کہ کم آکسیجن دمویت کا ازالہ نقل الدم سے نہ کیا جا اں صورت حالات میں موت لازمی طور پر واقع ہو جاتی ہے۔ شرح اموات تقریباً ۳۰ فیصدی ہے۔

تحریر سیاہ بولی تپ کی تحریر وہی ہے جو غیث ثلاثی غیر یا کا حفظ ہے۔ اگر کوئین کا استعمال حفظاً ماتقدم کے طور پر کیا جا رہا ہو تو روزانہ ۵ گرین مسلسل کھائی جائے جب تک کہ سیاہ بولی تپ کے خطہ میں سکونت رہے۔ کوئین اور پلازکوٹرونوں سے حلوں میں تیزی پیدا ہو جاتی ہے، اور ایٹیرن کے استعمال میں بظاہر یہ خطرہ نہیں پایا جاتا، اس لئے ایسے مریضوں کو جن کو سیاہ بولی تپ عارض ہو چکی ہو طیریا کے حموی درجہ میں صرف ایٹیرن ہی دینی چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو کوئین بعد میں دیا جاسکتی ہے۔

علاج۔ چونکہ خوں پاشیدگی پر قابو حاصل نہیں کیا جاسکتا اس لئے علاج کا معقول ترین طریقہ عمل یہ ہے کہ جوں جوں پیچیدہ گئیاں پیدا ہوں ان کا علاج کیا جائے اور موت کے معروف اسباب کا ازالہ کیا جائے جو حسب ذیل ہیں:-
(۱) عدم دمویت، کم آکسیجن دمویت اور فشل قلب۔ (۲) قسم الدم (۳) انقطاع البول۔ مریض کو صرف اسی حالت میں کسی دوسرے مقام پر منتقل کرنا جائز ہے جب کہ علاج کا بہتر انتظام ہو سکے۔ مریض کو مسلسل بستر میں رکھنا چاہئے اور اقارہ وضع ہی میں اس کی تیمارداری کرنی چاہئے۔ اس کو کسی صورت میں بھی اٹھ کر بیٹھنے کی کوشش نہ کرنا چاہئے اور اپنے لئے خود کچھ نہ کرنا چاہئے جن مریضوں

کر دینا چاہئے خاص کر جب کہ اسراع قلب (tachycardia) 'بے چینی'، بھراؤ دھنک
شوکت کا تھنض موجود ہوں۔ کثرت بول کے اصابت میں نقل الدم کیا جاسکتا ہے
اور کسی قسم کا خطرہ مطلقاً نہیں ہوتا، لیکن جن اصابت میں قلت بقول نمایاں ہو
یا انقطاع البول پیدا ہو گیا ہو یہ صرف خطرناک عدم دمویت ہی کے لئے کرنا
چاہئے۔ جن مریضوں میں طغیانیہ موجود رہیں ان میں ایئر بین کے دینے میں کوئی
خطرہ نہیں ہوتا۔ دوران تعمیریت میں لوہے کا استعمال پورے معقادات میں
کرایا جاسکتا ہے اور اس کی ابتدا تقریباً چودھویں دن کی جاتی ہے۔

لیشمانیت (Leishmaniasis) جنس لیشمانیا کے طفیلیوں سے
پیدا شدہ امراض کے ایک گروہ پر مشتمل ہے، اور اس میں مندرجہ ذیل امراض
شامل ہیں۔ کالا آزار جو لیشمانیا ڈونوینائی (Leishmania donovani)
سے پیدا ہوتا ہے، بحر رومی یا صبیانی کالا آزار جو لیشمانیا انفینٹم
(Leishmania infantum) سے پیدا ہوتا ہے، مشرقی قرصہ (oriental sore)
جو لیشمانیا ٹراپیکا (L. tropica) سے پیدا ہوتا ہے، اور تقرجی ادھی لیشمانیت
(espunda) یا امریکی لیشمانیت جو لیشمانیا برازیلی ٹنسس (L. brasiliensis)
سے پیدا ہوتی ہے۔ جن مختلف لیشمانیا سے انسان میں مرایت پیدا ہوتی ہے وہ
شکلیاتی لحاظ سے ناقابل تیز ہیں (55) اور حیوانات میں تعلیم کرنے سے بہت کم
مدد ہوتی ہے۔ نوگوٹشی (56) نے تین معیاتی قسمیں دریافت کی ہیں، لیشمانیا
ڈونوینائی، لیشمانیا ٹراپیکا، اور لیشمانیا برازیلی ٹنسس۔ جو طرز قحط
لیشمانیا ڈونوینائی اور لیشمانیا انفینٹم کی کاشتوں کے ساتھ حاصل کئے گئے
وہ متماثل تھے۔ مال ہی میں پینا (Penna) (57) نے برازیل میں اخائی لیشمانیا
کے پائے جانے کے متعلق ذکر کیا ہے اور اس کا طغیانیہ جگر کی تراشوں میں پرمیوسوما
کروزائی (Trypanosoma cruzi) کی لیشمانیا کی شکل سے مختلف ہوتا ہے، لیکن
یہ ابھی تک معلوم نہیں ہوا کہ آیا یہ لیشمانیا ڈونوینائی کا متماثل ہے یا نہیں۔

کالا آزار

(KALA-AZAR)

(صفحہ ۶۷، صفحہ ۱۰۵۳)

تپ سیال (Black Fever)۔

یہ ایک نوعی مرض ہے جس میں کبر لخال، کبر کبد، لاغری، سبب قاعدہ تپ، اور عدم دمویت پائی جاتی ہے، اور یہ لیشما نیا ڈونوفانی (L. donovani) سے پیدا ہوتا ہے جس کا مظاہرہ اطرافی خون میں یا طحالی کچھ کے سے کیا جاسکتا ہے۔
 زندہ کیڑے کے متعلق یہ تقریباً یقین سے کہا جاسکتا ہے کہ یہ قلی بوٹومس رجنٹا ٹیپس (Phlebotomus argentipes) ہے۔

بکثرت اسباب۔ کالا آزار ہندوستان، آسام، شمالی چین اور سواحل بحر روم میں پایا جاتا ہے جہاں زیادہ تر بچے متاثر ہوتے ہیں۔ ہند چینی، سوڈان، حبشہ، عراق اور روسی ترکستان میں یہ نادرالوقوع ہے۔ یہ مرض چین اور دیسی باشندوں دونوں کو عارض ہو جاتا ہے۔ انسان کے جسم میں طفیلیہ ایک چھوٹی سی بیضوی ساخت کی شکل میں پایا جاتا ہے، جس کا طول تقریباً ۲ سے ۵ میل تک اور عرض ۱ سے ۲ میل تک ہوتا ہے، اور اس میں ایک کلاں نوات (macronucleus) یا غذائی نوات (trophonucleus) ہوتا ہے جس کی تلویں رومافوسکی کے توشیہ سے شوخ سرخ ہوتی ہے اور ایک خود نوات (micronucleus) یا جذرایہ (rhizoplast) ہوتا ہے جو ڈنڈے کی شکل کا ہوتا ہے اور اس کی تلویں ارغوائی سرخ ہوتی ہے۔ وریدی کو بچے سے حاصل کئے ہوئے خون اور لخال کے رس میں طفیلیہ عموماً موجود ہوتے ہیں۔ ان کی کاشت خرگوش خونی ایگر (rabbit blood agar) (این، این، این) وکیٹ (N. N. N. medium) پر اسے کربے کی تپش (۲۰ تا ۲۵ °C) پر چودہ دن تک رکھنے سے کی جاسکتی ہے بشرطیکہ جرثومی ٹوٹ سے اسے بچایا جا۔

اس سوسے میں طفیلبہ میں ایک سرے پر ایک سوطیہ (flagellum) اور مرکزی جسم (centrosome) پیدا ہو جاتا ہے اور ایک مرکزی کلاں نوات بھی نمودار ہو جاتا ہے اور یہ اس امر کی موثق شہادت ہے کہ قدرتی حالات میں کسی حشری ہندو میں اس کا نمونہ ہوتا ہے اور یہ برندہ تقریباً یقینی طور پر ریت کھی ہے۔ اگر ریت کھی کلاں آزار کے مریضوں سے غذا حاصل کرے تو لیپٹوموناد شکلیں (leptomonads) پیدا ہو جاتی ہیں جن کے اشراب سے ہمسٹروں (hamsters) میں مرض پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر حال میں ایسی کھیسوں کے کاٹنے سے جو تجرباتی طور پر سرایت زدہ کی گئی ہوں نقل مرض شاذ و نادر ہی عمل میں آیا ہے۔ کالا آزار کی بحورومی قسم سے بچے خاصکر متاثر ہوتے ہیں۔ قدرتی میزبان کتا ہے اور نقل مرض ریت کھیسوں سے ہوتا ہے۔

امراضیات - لیشمانیا ڈونوفیائی اجسام شبکی درملی غلیات میں پائے جاتے ہیں اور یہ ناما مکر جگر، طحال، غدولف، اور مغز استخوان کے ان غلیات میں موجود ہوتے ہیں جہاں ان کی تولید و افزائش ہوتی ہے اور یہ آخر کار منشیق ہو جاتے ہیں، اور آکل علیہ ان کو بعد میں امڈ کر لیتے ہیں۔ یہ گردوں اور معوی تحت مخاطیہ میں بھی پائے گئے ہیں۔ امتحان بعد الموت پر لاغوی نمایاں ہوتی ہے اور مصلی تاجوں میں انصباب قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ ابتداءً مرض میں طحال نرم اور لالہ ہو جاتا ہے اور بعد میں یہ سخت اور لینی ہو جاتی ہے۔ گرد طحالی التہا اور اس کے کیسے کی دہارت اور اس کا افعام (infarction) قلیل الوقوع نہیں جگر حکم ہوتا ہے، اس کے کیسے میں دہارت پائی جاتی ہے اور اس کا منظر جلدی ہوتا ہے اور اس میں بھی انحطاط عام طور پر پایا جاتا ہے۔ انجام کار کہبت پیدا ہو جاتی ہے۔ کوئی قدر کے غلیات میں طفیلبہ کثیر تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ لمبی مدتی کا مفر بیش نکون کی وجہ سے سرخ اور نرم ہوتا ہے اور ماساریقی خدر متورم ہوتا ہے جاتے ہیں اور ان میں مرکزی تنفر موجود ہوتا ہے۔ قلب لچلچا اور متسع ہوتا ہے اور معائے صغیر اور معائے کبیر میں بعض اوقات تقرح پایا جاتا ہے۔ علامات - معرر سرایت میں آنے کے ایک سال یا اس سے لائنہ عرصہ

مرض رونما ہوتا ہے، لیکن زمانہ حضانت عموماً ایک ماہ سے لیکر چار ماہ تک ہوتا ہے
ابتداءً غیر محسوس یا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ نپ ہوتی ہے جو غلطی سے
محرقہ یا طیر یا تصور کی جاسکتی ہے۔ پیش کبھی بے قاعدہ کبھی متعین اور کبھی وقفہ دار
ہوتی ہے۔ بعض اوقات دن میں نپ نہیں ہوتی لیکن بعد میں پیش میں ارتقاع واقع
ہو جاتا ہے۔ بعض اصابت میں پیش دوپہر کے بعد اور شام میں دو مرتبہ بڑھتی ہے۔
جلد کی رنگت گہری ہوتی جاتی ہے اور اس میں لون کی لیا دتی پانی جاتی ہے اور
بال گر جاتے ہیں۔ مگر تقریباً ۱۰ فیصدی اصابت میں جس پذیر ہوتا ہے اور اس کا
نیچے کا کنارہ واضح الحدود ہوتا ہے۔ کیرطال عموماً موجود ہوتا ہے، لیکن پہلے یا
دوسرے پینے میں یہ بعض اوقات جس پذیر نہیں ہوتی۔ اس درجہ میں یہ عموماً واضح
طور پر کلائی یافتہ ہوتی ہے اور نرم محسوس ہوتی ہے لیکن الیم نہیں ہوتی۔ اس کے
بعد اس کے ابعاد بے حد بڑھ جاتے ہیں اور جس کرلے والے ہاتھ کو سخت محسوس
ہوتی ہے۔ بھوک اچھی طرح سے لگتی ہے لیکن ہاضمہ خراب ہوتا ہے اور اس سے
اسہال پیدا ہو سکتا ہے۔ رات کو عموماً پینے آتے ہیں۔ متوسط درجہ کی عدم دمویت اکثر
پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ وزن تیزی سے کم ہو جاتا ہے اور ضعف پیدا ہو جاتا ہے
اختلاج، بہر اور وراج کا بیج پیدا ہو جاتا ہے اور گاہے گاہے چہرہ پھول بھی جاتا ہے
خون کے دباؤ میں کمی پائی جاتی ہے اور انکماش دباؤ اکثر ۱۰۰ ملی میٹر پارہ سے
جی کم ہوتا ہے۔ ایسے طبی اصابت بیان کئے جا چکے ہیں جن میں مرض مزیت زدہ
مال سے جنین میں بلا واسطہ منتقل ہو گیا تھا۔ لیشا نیا ڈونوینائی کا مظاہرہ خون
کی دبیز فلموں اور جگر سے یا طحال سے حاصل کردہ آلودوں میں یا خون کی کاشت
سے کیا جاسکتا ہے۔ طحالی کچوکا۔ مریض اقتادہ وضع میں ہوا اور جلد کی تعظیم
نکچر آف آیوڈین سے کر لی جائے۔ فعلی حاشیہ سے تقریباً ایک انچ نیچے اور طحال
کے مقدم اور موخر کناروں کے تقریباً درمیان ایک رقبہ کا انتخاب کر لیا جاتا ہے۔
اگر طحال کافی لمبی ہو تو ایک مدھکار اس کو پکڑ کر اپنی وضع پر قائم رکھتا ہے تاکہ یہ
ہٹنے نہ پائے اور جب سوئی داخل کی جاتی ہے تو مریض کو ماس روکنے کی ہدایت
کی جاتی ہے۔ جلد کی تعظیم مس کے بعد ایک سوئی ۱/۴ انچ لمبی طحال میں پیچھے کے

اور اوپر کے رُخ میں محکم گرفت سے داخل کر دی جاتی ہے اور جو پیکاری اس کے ساتھ لگی ہوتی ہے اس سے انتہا میں کر لیا جاتا ہے اگر لمبائی رس میں خون کی مقدار اقل ہو تو بہتر نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ لمبائی میں کچھ کا لگانے سے پہلے یہ ہمیشہ ضروری ہوتا ہے کہ خون کا امتحان سفید دمویت کے لئے کر لیا جائے ورنہ شدید زخف کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور کچھ کے کئے دو یا تین گھنٹہ بعد تک مریض کی نگہداشت بھی کرنی چاہئے۔ لمبائی کے رس کے ایک قطرہ سے صاف شربت کو آلودہ کرنے سے شریحات لیبار کئے جاتے ہیں اور اس کے خشک ہونے کے بعد جیسا یا لیشمین کے توشیہ سے ان کی تنوین کی جاتی ہے۔

ایلدیہائیڈ کا کاشفہ (Aldehyde Test) بہت مفید ثابت ہوا ہے اور کلکتہ سکول آف ٹراپیکل میڈیسن کے کالا آزار کلینیک میں لمبائی کچھ کے کی جگہ زیادہ تر یہی انجام دیا جاتا ہے۔ نیپیر (Napier) کی ترکیب عمل یہ ہے۔ تقریباً ۵ مکعب سنٹی میٹر خون وسطی قاعدی وید سے لئے لیا جاتا ہے اور اس کا تھکا بخنے دیا جاتا ہے۔ بعد میں ایک مکعب سنٹی میٹر بلائی مصلیٰ لالچہ کے ذریعہ سے الگ کر لیا جاتا ہے اور اسے ایک چھوٹی سی استھانی ملی میں ڈال کر اس میں کمرشل فارمیلین کے ۲ قطرے ملائے جاتے ہیں اور ملی کو ہلا کر روکی پیش پر چھوڑ دیا جاتا ہے۔ اگر تعامل مثبت ہو تو ایک یا دو منٹ میں ایک سفید تکرر پیدا ہو جاتا ہے جو آدھے گھنٹہ میں جیلی کی طرح بیٹھ جاتا ہے اور ملی کو مشمولات کے گرنے کے بغیر الٹایا جاسکتا ہے۔ صرف جیلی بننے کی کوئی اہمیت نہیں اور تشخیصی خاصہ انڈس کی سخت ابلی ہوتی سفیدی کی طرح کا غیر شفاف تھمد ہے۔ لمبائی کچھ کے کے مقابلہ میں جو ۹۰ فیصدی امابات میں مثبت تعامل دیتا ہے یہ تقریباً ۸ فیصدی امابات میں مثبت ثابت ہوتا ہے۔ ایلدیہائیڈ کا کاشفہ مرض کے پہلے میں جہنوں میں عموماً منفی ہوتا ہے۔

تصویر خون - خون کے تغیرات عدم دمویت، سفید دمویت اور صحیفات کے شمار کی کمی پر مشتمل ہیں۔ ہیموگلوبین میں بعض اوقات غلیات احمر کی کمی کے مناسب کمی پائی جاتی ہے جس کی وجہ سے لونی اشاریہ ۱ کے قریب قریب

ہوتا ہے۔ بعض اصابت میں یہ ۷، ۱۰ اور ۸ کے درمیان ہوتا ہے۔ عدم نمو عموماً متوسط شدت کی ہوتی ہے، لیکن شدید اصابت میں خون کی تصویریں خلوی لاتساوی (anisocytosis) 'بو قلموں خلویت (poikilocytosis) متعدد الوان پندیری (polychromasia) اور طبی نامہضات (normoblasts) پائے جاتے ہیں۔ یہ عدم دمویت متکاثر شبکی درطی علیات کے جو بہت لطیفہ زدہ ہوتے ہیں، احمری نامہضی مغز استخوان میں بکثرت مجتمع ہو جانے سے محسوب کی گئی ہے۔ قلت علیات اجفی (leucopenia) نہایت ہی میز خاصہ ہے اور عموماً ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر کے شماریات پائے جاتے ہیں۔ لمفی خلیوں اور یک نواقی خلیوں میں اضافی زیادتی پائی جاتی ہے، اور تعدیل پسند اور ایوسین پسند علیات میں کمی ہوتی ہے۔ زمانہ ترویج بعض اوقات بڑھ جاتا ہے، اور گلوبولن میں زیادتی اور مصلی البیومن، فکڑ اور کیلیسیم میں کمی پائی جاتی ہے۔ یوگلوبولن (euglobulin) کا ذب گلوبولن کسر (pseudo-globulin fraction) کے صرف پر بڑھ جاتی ہے۔

بیحد گیال اور عواقب - انفلونزا، ذات الریہ اور تدرن کی طرح کے امراض سے عموماً موت واقع ہوتی ہے۔ التهاب اذن وسطی اور آکلہ الفم (cancerum oris) خاص طور پر بچوں میں پائے جاتے ہیں۔ اینٹلمنی کے مرکبات سے علاج کرنے کے دوران میں بے ذراتی خلویت (agranulocytosis) پیدا ہو سکتی ہے، اور آکلہ الفم کے پیدا ہونے کے رجحان اور ثانوی سرایت کے لئے اثر پذیر ہونے کی استعداد کا تعلق شاید نامہضی الابیض مغز استخوان (leucoblastic marrow) کی انخفاضی حالت سے ہے جو سفید خلیات کے شماریات سے ظاہر ہوتی ہے۔ رفاف (epistaxis) 'سوروں سے جریان خون، براز الدیم، اور پر پیورا بھی بعض اوقات پیدا ہو جاتا ہے، اور اسپال جس میں اجابتیں کبھی مخافی دموی ہوتی ہیں اور کبھی تہیں، عموماً پایا جاتا ہے۔ موخر الذکر سے ہمیشہ زحیری سرایت کا خیال پیدا ہونا چاہئے (۱۵۸)۔ مرین کبر لھال جس کے ساتھ شدید عدم دمویت موجود ہوتی ہے اور کبدی کہبت

(hepatic cirrhosis) عواقب میں شامل ہیں۔ مورخ الذکر کے ساتھ کسی استسقاء اور منظر ہر پندرہ فیصد پائے جاتے ہیں اور کسی نہیں۔ علاج شروع کرنے کے تین ماہ کے عرصہ کے اندر اندر یرقان اکثر پیدا ہو جاتا ہے۔ بعد کا لا آزاری ادمی لیثمانیت (post kala-azar dermal leishmaniasis) بھی بعض اوقات واقع ہو جاتی ہے جو علاج شروع کرنے کے ایک سال کے عرصہ کے اندر لویٹ کے رقبوں کی شکل میں نمودار ہوتی ہے جس کے بعد بخوری سلسی کر پیچ پیدا ہو جاتے ہیں جن میں لیثمانیا ڈونو بینائی پائے جاتے ہیں۔ لیثلیے صرف جلد تک ہی محدود ہوتے ہیں اور کچھ کے سے ان کا انکشاف طحال یا جگر میں نہیں کیا جاسکتا۔ گاہے گاہے ایسے مریضوں میں ادمی ضررات نمودار ہو جاتے ہیں جن میں کالا آزار کی کوئی سابقہ روئداد موجود نہیں ہوتی۔

تشخیص۔ کالا آزار کو ان تینوں سے تیز کرنا ضروری ہے جن میں کبھی ل موجود ہوتا ہے اور اہمیت کے لحاظ سے ان کی ترتیب حسب ذیل ہے۔ ۱۔ مزمن طیر یا 'تپ متموج' مہرقہ اور مہرقہ ناپائیں۔ بچوں میں بحر زوی کالا آزار کو بعض دموی امراض مثلاً کوئی کی عدم دمویٹ (Cooley's anemia) جو عموماً یونان میں پائی جاتی ہے، قان جکیش کی عدم موت (von Jaksch's anemia) اور بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice) سے تیز کرنا ضروری ہوتا ہے اور یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس مرض میں ہندوستانی کالا آزار کے مقابلہ میں اطرائی خون میں کم فیصد پائے جاتے ہیں۔ ان دونوں اقسام میں مصلی انکشاف کی ضرورت ہوتی ہے۔

۱۔ انداز۔ جن مریضوں کا علاج نہیں کیا جاتا ان میں شرح اموات ۹۰ فیصد ہے۔ مزمن امیاریت میں مرض سال دو سال تک جاری رہتا ہے۔ جدید علاج سے مریض عموماً شفا یاب ہو جاتے ہیں، لیکن بے لٹی خلوت (agranulocytosis) کے لئے احتیاط سے مریض کی نگہداشت کرنی چاہئے اور اگر یہ پیدا ہو جائے تو نکلیر ٹائیڈ کے '۹۶ (nucleotide K. 96) کے اثرات فوراً دینے چاہئیں۔ تھریز۔ چونکہ اس مرض کا بزندہ غالباً ریت کمی ہی ہے اس لئے اسکو

تباہ کرنے کی تمہا میرا اختیار کرنی چاہئیں۔ ہندوستان میں سرایت زدہ گھروں کو چھوڑ دینا اور مرض سے متاثر لوگوں کو علیحدہ کر دینا اور ان کا علاج کرنا موثر ثابت ہوا ہے۔

علاج۔ عمومی علاج یہ ہے کہ عمومی درجہ میں مریض کو بستر پر لٹا دیا جائے اور ہلکی منفی دیکھا جائے جس میں حیاتیات کی مناسب مقدار چھوڑ دی جائے اور عدم دھوکے کے لئے لوہے کے مقویات دئے جائیں۔ جن امیابات میں مرض ترقی کر گیا ہو ان میں حیاتیات قلب مثلاً ڈیجیٹلس کی ضرورت ہوتی ہے۔ پرانے علاج کی جگہ جو اینٹی بیسی کے ساتھ مرکبات مثلاً مارمار ایسٹیک سے کیا جاتا تھا اب اینٹی بیسی کے پیچ گرفتہ مشتقات استعمال کئے جاتے ہیں جن میں نیوسٹیوسین (neostibosan) یا فان ہیڈن ۶۹۳ (von Heyden 693) یوریا سٹیبا مین (urea-stibamine) سٹیبا مین (neostam) اور سٹیبا مین فان ہیڈن ۴۷۱ (stibosan von Heyden 471) شامل ہیں۔ نیوسٹیوسین کا ابتدائی مستاد ۱۔۰ سے ۲۔۰ گرام تک ہو سکتا ہے اور بعد میں اس کو بڑھا کر ۳۔۰ و ۴۔۰ گرام کے اثرات روزانہ آٹھ سے پندرہ دن تک کئے جاتے ہیں۔ لاغر مریضوں کو کم مقادرات دئے جاتے ہیں۔ سمی خصائص مثلاً 'تھ' اسہال، دوران سر، سمی التھاپ کبد جمع یرقان پریشان ہیں اور گاہے گاہے ایک استہداف نما حالت رونما ہو جاتی ہے جس کے ساتھ قلبی دھانی ہبوط پایا جاتا ہے اور اس کے علاوہ شری اور چہرہ کی زیر جلدی بافتوں کا ہیج بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ جن امیابات کا کافی علاج نہ کیا جائے ان میں بحسب مرض واقع ہو جاتا ہے! اور گاہے گاہے مریضوں کو زیادہ بڑے مقادرات اور علاج کے زیادہ طویل فصا بات کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر بے ذراتی علویہ (agranulocytosis) جمع آکلہ انجم پیدا ہو جائے تو نیکلیوٹائیڈ کے (nucleotide K. 96) کے اثرات فوراً دینے چاہئیں۔ مساعدا خصائص یہ ہیں۔ طحال کی جسامت میں کمی واقع ہو جاتی ہے، تپتہ جاتی ہے، وزن بڑھ جاتا ہے، سفید خلیوں کا شمار پھر طبعی ہو جاتا ہے اور طحالی کچھ کے نتائج منفی ہو جاتے ہیں۔

بکھر روجی کا لا آزار سے مریض بچوں کی شفا یابی کے لئے زیادہ طویل علاج درکار ہوتا ہے اور نیوسٹیباوسین (neostibosan) یا یوریا سٹیبا مین (urea-stibamin) کے نسبت بڑے مقادرات کی ضرورت ہوتی ہے۔

قرۃ مشرقی

(ORIENTAL SORE)

مدارینی قرحہ (Tropical Sore) بغدادی دمل

(Bagdad Boil) دہلی دمل (Delhi Boil) وغیرہ۔

یہ ایک سرایتی اریکی سلعہ (infective granuloma) ہے جو مدارینی لیشمانیا سے پیدا ہوتا ہے اور جسم کے کھشکھشے حصوں پر کی جلد اور تحت جلدی بافتوں پر اثر انداز ہوتا ہے۔

محکم دلائل سے مزین و متنوع ومنفرد موضوعات پر مشتمل مفت آن لائن مکتبہ

بھارت اسباب - ہندوستان، شمالی مغربی سرحدی صوبہ، عراق، عرب، ایران، افریقہ کے بعض حصوں، اسپین، اٹلی اور یونان میں اس مرض کی تقسیم بہت وسیع ہے۔ چونکہ یہ مرض قصبوں میں پایا جاتا ہے اس لئے مقامی خطرات مرض کے لحاظ سے اس کے بہت سے مترادفات مشہور ہیں۔ اگرچہ اس امر کا کوئی قطعی ثبوت ابھی تک حاصل نہیں ہوا لیکن فلیبوٹومس پیپے ٹیسی آئی (Phlebotomus papatasi) اور فلیبوٹومس سرجنٹائی (P. sergenti) کی قسم کی ریت کھینچوں میں میاں رودہ (mid-gut) سے نیکر سوئڈ (proboscis) تک لیشمانیا ٹراپیکا کے قشبی سوطیہ دار قسم میں حیرت انگیز طریقہ سے نمونے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قرۃ مشرقی کا قدرتی بندہ بھی ہیں۔ وینیٹون (Wenyon) نے تجربی تطعیم کے بعد چھ ماہ تک انتظار کیا اور پھر قرۃ نمودار ہوا۔ کہتے، بلیاں اور گنی چک ان پر پیر ہیں۔

امراضیات - امراضیات وہی ہے جو ریت کی اریکی سلعہ کی ہے۔ برادرمہ بدل ہو جاتا ہے اور اور آگے طلیات، مہلی غلیا، لٹنی غلیا اور دہلی سلعات سے در ریختہ ہو جاتے ہیں جن میں طلیات ہوتے ہیں۔

علامات - زمانہ حضانت چند مہینوں سے لیکر چھ ماہ تک ہے۔ پہلے ایک قسم کا سرخ بثرہ نمودار ہوتا ہے جس پر کھلی ہوتی ہے اور بعد میں یہ ایک قسم کے منہ بند دل کی شکل اختیار کر لیتا ہے جس پر زرد کھنڈ ہوتے ہیں اور آخر کار یہ ایک مزین عمیر الاند مال قرعہ بنجاتا ہے۔ قرعہ کا قاعدہ اریکی بافت سے بنا ہوتا ہے جس میں سے رقیق پیپ کا ارتشاح ہوتا ہے اور اس کے کنارے واضح الحدود اور گول ہوتے ہیں۔ یہ قرعے چہرہ، ہاتھ، پہنچے پاؤں اور ٹانگ پر عموماً پائے جاتے ہیں اور کبھی یہ مجرد ہوتے ہیں اور کبھی مضاعف۔ اند مال کے بعد ایک کریمہ المنظر ندب باقی رہ جاتا ہے۔

تشخیص - تشخیص روئداد مریض کے قیام کے جغرافیائی تعین، میر تقی ضررات اور طفیلیہ کی تغذیہ سے کی جاتی ہے۔ لیشمانیا سرائیکا کا مظاہرہ کرنے کے لئے قرعہ کے کنارہ پر شیشہ کے ایک نوکدار ناچر سے کچو کا لگانا چاہئے اور اس طرح جو مادہ حاصل ہو اس کی تعلیم غرگوش غنی ایگر (این، این، این) وسیط پر کر دینی چاہئے۔ آلود سے بھی بنا لیجئے چاہئیں اور روئداد نوکی کے کسی ایک توشیہ سے ان کی تلویں کر لینی چاہئے، کیونکہ لیشمانیا سرائیکا کا مظاہرہ اکثر درملی طلیت میں کیا جاسکتا ہے۔

انذار - اگر علاج نہ کیا جائے تو یہ عارضہ چھ ماہ سے لیکر اٹھارہ ماہ تک جاری رہتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ بعد میں مریض آئندہ سرایتوں کے لئے مناعت یافتہ ہو جاتا ہے۔ یہ قرعے بعض اوقات جراثیم سے ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جاتے ہیں، لیکن شدید سرایت شاذ و نادر ہی واقع ہوتی ہے اور یہ عارضہ علامتی جہنگ ثابت نہیں ہوتا۔

تحریر - ریت کھیموں اور ان کی افزائش نسل کے مقامات کو تباہ کرنے کے لئے موثر تدابیر اختیار کرنی چاہئیں۔

علاج - مارٹار ایمیکس دروں وریدی طور پر اس طرح دینا چاہئے جس طرح یہ دار الفلیقہ (schistosomiasis) (مقرنہ 1070) کے لئے دیا جاتا ہے۔ ۲۰ سے لیکر ۳۰ گرین تک کا جملہ نصاب مناسب ہوتا ہے۔ نید شیبو سین

(neostibosan) کا استعمال کامیابی سے کیا جا چکا ہے۔ بربرین سلفیٹ (berberine sulphate) اکمب سنٹی میٹر (ایک مکعب سنٹی میٹر میں ۱۰ گرین) کے اثرا بات ہفتہ میں دو یا تین مرتبہ کرنے سے فائدہ ہوا ہے۔ طفیلیوں کی کشتوں سے تیار کردہ جدیدوں کے متعلق امید افزا اطلاعات وصول ہوئی ہیں۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ برف کا استعمال ہر سو میں دن ۵ تا ۳۰ سیکنڈ کے لئے اور لاشعاعی علاج خاص طور پر مفید ہے۔ پیٹھیلیں بلبو آئیوڈو فارم اور ٹارٹار ایمینک کے مرکبوں کا استعمال کیا گیا ہے۔ آخر الذکر مرہم اتنا ۲ فیصد طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے، لیکن بدقسمتی سے مقامی اغشاء اور بہت سارے پیدا ہونے والے - امریکی ادھی لیشمانیٹ - (American Dermal Leish -

maniasis) (اسپینڈیا: Espundia، جنگلی یار: Forest Yaws وغیرہ) - ایک رایتی اریکی سلعہ ہے جو لیشمانیا برازیلیٹنس (Leishmania brasiliensis) سے پیدا ہوتا ہے اور جو جلد پر اثر انداز ہوتا ہے اور بخدی اور انفی منطی غشاءوں لہنی غدد اور لہنی عروق کو بھی اکثر متاثر کرتا ہے۔

بحث اسباب - جغرافیائی تقسم برابری برطانوی اور ولندیزی کھانا، ونیزویلا، پیرو، پیراگوے اور بولیویا تک محدود ہے۔ یہ مرض اُن لوگوں میں پایا جاتا ہے جو جنگلوں میں رہتے ہیں، مثلاً لکڑاڑے، لیکن حشری بزد (insector vector) نامعلوم ہے۔

علامات - زمانہ حضانت ۴ تا ۱۰ ہفتہ تک ہے۔ ایسے شور پیدا ہو جاتے ہیں جن میں کھلی جوتی ہے اور یہ عموماً جلد پر اثر انداز ہوتے ہیں، اور ان سے یا تو منہ بند دل (blind boils) بن جاتے ہیں، یا یہ لوٹ کر متحرج ہو جاتے ہیں اور اس طرح فطرنا الیحات اور بڑے بڑے قرصے پیدا ہو جاتے ہیں بعض اوقات منہ اور ناک کے حاشیوں کی غشاءیں ماؤف ہو جاتی ہیں، اور بعد میں لہنی فاصل اور منجرہ بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ ارتفاع پیش، جوروں کا درد اور ریوی علامات کی طرح کے عمومی خصائص پیدا ہو جاتے ہیں، اور مرض ایک مہینہ اختیار کر کے کئی سال تک جاری رہتا ہے۔ جن مریضوں کا علاج نہ کیا جائے وہ اکثر کسی چیز

مرض سے ملاک ہو جاتے ہیں۔

تشخیص - اس عارضہ کو جذام، تمدن، آتشک، گینگوسا (gangosa) اور قرطہ قارصہ سے تمیز کرنا چاہئے۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ طفیلیوں کا مظاہرہ قروں کے کناروں کی کسر چنوں میں یا این۔ این۔ این وسیط پر کاشت کر کے کیا جائے، جیسا کہ مداریخی لیشمانیا کی سرایتوں میں کیا جاتا ہے۔

علاج - ٹارٹار ایمیک - مگرین کا ایک مکمل نصاب دروں و ریدی راہ سے دینا چاہئے۔ مزید براں وہ ذرائع بھی اختیار کئے جاسکتے ہیں جن کا ذکر قرطہ مشرقی اور کالا آزار کے بیان میں کیا گیا ہے۔

تسرفانیت (Trypanosomiasis) میں امراض کا ایک وسیع گروہ شامل ہے جو ٹریپنوسوما جنس کے سوطیہ دار طفیلیوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ طفیلی فقری حیوانات کے خون اور ان کی بافتوں میں پائے جاتے ہیں۔ افریقہ میں انسان ٹریپنوسوما گیامبیئنس (T. Gambiense) یا ٹریپنوسوما روڈیشینس (T. Rhodesiense) سے، اور جنوبی امریکہ میں ٹریپنوسوما کروڈائی (T. Cruzi) سے متاثر ہوتا ہے۔ ٹریپنوسوما بروسائی (T. Brucei) جسے ناگانا (Nagana) پیدا ہوتا ہے، جو مویشی جنگلی جانوروں، کتوں اور گھوڑوں کو عارض ہوتا ہے، عموماً ٹریپنوسوما روڈیشینس کا متماثل سمجھا جاتا ہے۔

افریقہ تر فانیت (صفحہ ۶۷، ۱، ۲)

مرض النوم (Sleeping Sickness)

افریقہ تر فانیت (African Trypanosomiasis) ٹریپنوسوما روڈیشینس یا ٹریپنوسوما گیامبیئنس سے سرایت زدہ شیشی کمیوں کے کاٹنے سے منتقل ہوتی ہے۔ سریری لحاظ سے اس کے میز خصلتیں یہ ہیں۔ بے قاعدہ تپ، لہریہ دار حماری طغیانات، لمفی غدود اور جھال کی کھانی، اور سریع نبض۔ بعد میں عصبی نظام ماؤشب جاتا ہے اور ذہنی اور جسمانی انحطاط ثبات، رعشہ، خلط ملط چال (shuffling gait) تشنجات، کوما، اور موت واقع ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب - مرض النوم کو عارضہ نوم (sleepy sickness)

کی اصطلاح کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے جو عوام میں سبانی سہاب دماغ (encephalitis lethargica) کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ مرض مدارینی استوائی افریقہ تک محدود ہے جس میں مغربی، وسطی اور مشرقی افریقہ شامل ہیں۔ جغرافیائی لحاظ سے یہ انہی خطوں میں پایا جاتا ہے جن میں سیسلی کسی بکثرت پائی جاتی ہے۔ کنگو، روڈیشیا، یوگنڈا، اور نیسالیٹنڈ اس مرض سے خاص طور پر متاثر ہیں۔ دونوں صغیر اور بزرگ اور ہر نسل کے افراد متاثر ہو سکتے ہیں۔ یورپیوں پر شدید حملہ ہوتا ہے اگرچہ اس مرض کا علم مدت دراز سے ہے، لیکن جب نسل بد میں یوگنڈا میں یہ مرض پھیلا اور وہاں کی آبادی بیکار ہو گئی تو اس کی طرف توجہ کی گئی۔ ٹرینوموس کی دو انواع تسلیم کی گئی ہیں۔ ٹرینوموس موما گیٹینس اور ٹرینوموس ماروڈیشینس، گوکہ انسانی خون میں ایک دوسری سے تمیز نہیں کی سکتی اور ان سے ایک ہی طرح کے سریری مظاہر رونما ہوتے ہیں۔ ٹرینوموس (دیکھو صفحہ ۶۷، شکل ۲۱) ایک مطلق سوطیہ ہے جس کا طول ۱۸ تا ۲۵ مائکرون اور عرض ۲ تا ۲.۸ مائکرون ہوتا ہے۔ اس کے وسط میں ایک بڑا بیضوی نوات (غذائی نوات: trophonucleus) ہوتا ہے اور اس کے گند موخر حصے پر ایک چھوٹا کروماتینی تودہ (نزد قاعدی جسم) موجود ہوتا ہے۔ اس سے متصل ہی ایک اور چھوٹی سی ساخت، سوط مایہ (blepharoplast) ہوتی ہے جس میں سے ایک سوط (flagellum) نکلتا ہے۔ یہ سوط ایک غشائے متموج کے آزاد کنارے کے ساتھ ساتھ عضویہ کے اگلے سرے تک جاتا ہے اور اس سے سیتدر آگے نکلا ہوا ہوتا ہے۔ طفیلی جموی درجہ میں خون میں اور لمفی غد کے اندر پائے جاتے ہیں اور بعد میں دماغی نخاعی سیال میں بھی موجود ہوتے ہیں اور اس سیال کی تقسیم سے یہ مرض بندروں میں پیدا کیا جاسکتا ہے۔ دونوں انواع میں تمیز کرنے کا صرف ایک طریقہ ہے اور وہ یہ ہے کہ سرایت زدہ خون کی تطہیم سفید چربی میں کی جائے۔ اگر ٹرینوموس ماروڈیشینس موجود ہو تو پس نواتی شکلیں پیدا ہوجاتی ہیں جب سیسلی کشیاں انسان کا خون چوستی ہیں تو ٹرینوموس ان میں داخل ہو جاتے ہیں۔ ان طفیلیوں کی اخلاش ان کی آنت میں ہوتی ہے اور یہ ریقی قناتوں کی طرف

چلے جاتے ہیں، جہاں ان کا لمبو جاری رہتا ہے۔ تین سے لیکر چھ ہفتوں تک کی مدت میں گلا سینا کھیاں سرایت زدہ ہو جاتی ہیں اور علم بھر سرایت زدہ رہتی ہیں۔ مشرقی افریقی قسم 'ٹریپو سوما گیملٹنس' گلا سینا پیلپلس (*Glossina palpalis*) کے ذریعہ سے منتقل ہوتی ہے، جس میں یہ سرایت ان جنگلی جانوروں سے پہنچ سکتی ہے جو ایسی جھیلوں اور دیاؤں کے قریب رہتے ہیں جہاں یہ کمی آمدورفت رکھتی ہے۔ ٹریپو سوما روڈیشینس ایک اور کمی گلا سینا مارٹنس (*G. Morsitans*) سے پھیلتا ہے، جو نجر علاقوں میں رہتی ہے اور یہ بھی غالباً جنگلی جانوروں سے سرایت حاصل کرتی ہے۔ بروٹس اس کو ٹریپو سوما بروسینا کی ہی کا متماثل تصور کرتا ہے۔ دونوں قسموں کی گلا سینا کھیاں دن میں کاٹتی ہیں، لیکن چونکہ ان دونوں کے مسکن مختلف ہیں اس لئے ان کے استیصال کے لئے جو حفاظتی تدابیر اختیار کی جاتی ہیں ان میں مستند اختلاف پایا جاتا ہے۔

امراضیات - جس رقبہ میں یہ کمی کاٹتی ہے اس کی مسیبت کرنے والے لمفی غدود ماؤف ہوتے ہیں اور یہ بالخصوص گردن اور بطن ران ہی کے غدود ہوتے ہیں۔ غدود متورم ہو کر غلغلبہ ہو جاتے ہیں اور ان میں شاید نوزف بھی واقع ہو جاتا ہے اور انخطاطی تغیرات اور مزمن لیفیت بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ مزید براں لہنا سا بیش تکون، درملی سکاثر، اور لیفیت سے کیرطحال (*splenomegaly*) بھی پیدا ہو جاتا ہے اور طحال کا کیسہ اکثر دباؤت یافتہ پایا جاتا ہے۔ متاخرہ پرجہ میں نیزہ عصبی نظام کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں اور سحائی التهاب دماغ اور سحائی التهاب نخاع کے مشابہ خردبینی تغیرات پیدا کر دیتے ہیں۔ گرد عروقی نظام کی لمفی غلوئی در نیزہ میتر ہوتی ہے (موٹ: *Mott*) اور ٹریپو سوما دماغ اور نخاع کی میان غلوئی فضائوں میں پائے جاتے ہیں (بارک: *York*)۔ عصبی سریشی غلیتوں کی بیش بالیدگی، نیزہ سریشی سکاثر اور عقدی غلیوں کے نواتات کی کرومیتین پاشیدگی بھی پائی جاسکتی ہے۔

علامات - زمانہ حضانت ایک سے لیکر تین ہفتہ تک ہے، لیکن بعض اوقات یہ کئی ماہ بھی ہوتا ہے۔ یہ مرض بہت سے اعتبارات سے

آتشک کے مشابہ ہے۔ اس کے تین مدارج شناخت پذیر ہیں، یعنی ایک مقامی ضرر، ایک عمومی درجہ اور ایک دماغی درجہ۔ (۱) مقامی خصائص - شراب زدہ گلا سینا (glossina) کے کاٹنے ہوئے مقام پر بعض اوقات التهابی ضرر پیدا ہوتا ہے جو کچھ دن تک رہتا ہے اور گاہے گاہے کاٹنے کے تقریباً سات دن سے لیکر دس دن بعد ایک آبل استہداف نما قسم کا مقامی ضرر پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ نمایاں احمرار اور جلد اور تحت جلدی بافتوں کا وسیع اور متصلب ورم پایا جاتا ہے۔ (۲) عمومی درجہ یا ٹریپانوسومی تپ (Trypanosome-Fever) مریض پر تپ کے حملے شروع ہو جاتے ہیں جو مختلف زمانہ تک جاری رہتے ہیں۔ ہمیشہ صبح کو کم اور رات کو زیادہ ہوتی ہے اور بے قاعدہ ہفتہ یا وقفہ دار قسم کی ہوتی ہے بعض اوقات ہفتوں تک تپ نہیں آتی۔ نبض تیز ہوتی ہے اور اس کا تالو کم ہوتا ہے اور یہ عموماً ۱۰۰ تا ۱۲۰ فی منٹ ہوتی ہے اور جس زمانہ میں تپ نہیں آتی اس زمانہ میں بھی یہ تیز رہتی ہے۔ نفس کی رفتار میں بھی فی منٹ میں تا بیس کا اضافہ ہو جاتا ہے۔ لہذا شکل کے احمراری طغٹ بھی پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ بیشتر دھڑپ پائے جاتے ہیں اور چہرے ٹانگوں اور پاؤں کی مختلف المقام پھولن یا ان کا تہیج بھی بعض اوقات پیدا ہو جاتا ہے۔ جلد اکثر خراش پذیر اور خشک ہوتی ہے۔ موخر عنقی خند کی کھلائی (وینو بلائم کی امارت Winterbottom's sign) ایک میز خاصہ ہے اور برکری 'بغلی' اور فوق تر قوی خند بھی بعض اوقات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ یہ کھلائی یافتہ 'پچکار اور نرم ہوتے ہیں لیکن چھوٹے پرالیم نہیں ہوتے۔ گرد خندی التهاب موجود نہیں ہوتا۔ طحال عموماً جس پذیر ہوتی ہے اور لمبی ٹہنیوں مثلاً قصبیہ پر عمیق بیش حیث پیدا ہو جاتی ہے اور یہ زمانہ خفی جو درد کے محسوس ہونے سے پہلے عاقل ہوتا ہے ایک اہم خصوصیت رکھتا ہے (کیرنڈل کی امارت Kerendel's sign)۔ مرکزی عصبی نظام کے ماؤف ہونے سے پہلے بعض اوقات کئی ماہ گزر جاتے ہیں اور گاہے گاہے اس سے پہلے ہی خود بخود صحت ہو جاتی ہے۔ جب ایک مرتبہ دماغی علامت پیدا ہو جاتے ہیں تو موت ہمیشہ ایک سال کے اندر واقع ہو جاتی ہے اور اگر

علاج نہ کیا جائے تو بھی ایسا ہی ہوتا ہے۔ مریض میں اول اول توجہ کی کمی پائی جاتی ہے اور کام کرنے کی طرف اس کا میلان نہیں ہوتا۔ وہ درد سر، دوران سر اور بے خوابی کی شکایت کرتا ہے، اور ان شکایتوں کے ساتھ ہی جسمانی کمزوری بھی پیدا ہو جاتی ہے، وزن کم ہو جاتا ہے اور لمبی غدوگلاں ہو جاتے ہیں۔ چہرہ بے نظما ہوتا ہے اور اوپر کے چوٹے نیچے گر جاتے ہیں اور نیچے کا لب لٹک جاتا ہے جس کی وجہ سے دانت دکھائی دینے لگتے ہیں، اور لب خشک ہو جاتے ہیں اور ان پر انشقاق پیدا ہو جاتے ہیں۔ درمیانی ہیئت میں کاہلی اور جذباتی عدم توازن میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ مریض منطقہ عارہ کی دھوپ تک میں بھی یا کھانے ہوئے بھی سو جاتا ہے۔ چہرہ پھولا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے بے پروائی اور غفلت ظاہر ہوتی ہے۔ بات کرنے میں مریض آہستگی سے بڑھتا ہے۔ اور چال خلط ملط ہوتی ہے۔ زبان لبوں اور باقوں میں ریشہ پیدا ہو جاتا ہے، میگوں سات بہت تیز ہو جاتے ہیں اور رتو برگ کی امارت موجود ہوتی ہے۔ مریض نکلوی کے ہمارے سے بڑی مشکل سے چلتا ہے۔ تپش میں شام میں کسی قدر اضافہ ہو جاتا ہے، اور نبض اکثر بہت سریع ہوتی ہے۔ آخری درجہ میں یہ علامات بہت شدید ہو جاتے ہیں عضلی کمزوری اتنا کو پہنچ جاتی ہے، منہ سے رال بہنے لگتی ہے، اور مریض بہت عرصہ تک ایک ہی حالت میں اوندھا یا ایک کرپٹ پر اکٹھا ہو کر لیٹا رہتا ہے یا آگے کی طرف کو گھٹنوں کے بل گرا رہتا ہے۔ اگر اسے کچھ دے دیا جائے تو وہ کھالیتا ہے اور منہ میں نوالہ ہونے کی حالت میں بھی کھانا بند کر دیتا ہے۔ بستی قروح اور عوجی انقباضات (flexure contractions) پیدا ہو جاتے ہیں۔ کوریا کی طرح کے تشجات اور جھپکے بھی بعض اوقات پیدا ہو جاتے ہیں اور لاغری بہت جلد برہمتی جاتی ہے اور اسہال پیدا ہو جاتا ہے۔ جس حالت میں مریض بستر پر پڑا رہتا ہے اس میں بخوری آجے اور قیہی ثورات قلیل الوقوع نہیں۔ موت سے پہلے تشجات، کوما یا مایا پیدا ہو سکتے ہیں۔ خاتمسہ پر جو صورت حالات ہوتی ہے وہ مجاہدین کے عمومی تشلل کی اختتامی حالت سے مختلف نہیں۔

پیدہ گئیاں۔ استقامت اور مردہ زائی (still-birth) قلیل الوقوع نہیں اور زچہ اور ذات المیہ کی طرح کے بین تدوامراض اکثر جملک ثابت ہوتے ہیں۔ التهاب قرنیہ اور قرچی ہدنی التهاب پیدا ہو سکتے ہیں (اور ٹراپسائیڈ (trypan) samide) اور ایٹاکسل (atoxyl) دونوں سے بصری ذہول پیدا ہو سکتا ہے جبکہ یہ پورے مقامات میں دسے جائیں۔

تشخیص۔ مرض کے مقامی خطے میں رہائش کی روئداد بہت اہم ہے اور اس صورت میں ایسی بے قاعدہ تپ جس کے ساتھ عشقی غد کی کلائی موجود ہو اس مرض کا مشبہ پیدا ہونا چاہئے۔ گردن کی موخر شلت کے غد کے کچھ کے سے حاصل کردہ سیال میں ٹرینوسوس کا نہایت آسانی سے مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ جس غد کا انتخاب کیا جائے اس کا امتصاص خشک پچکاری میں کرنا چاہئے اور بورڈن (Borden) کے مطابق ۸ فیصدی اصابت میں ٹرینوسوم موجود ہوتے ہیں۔ یہ خون کی دبیز فلموں یا مخوض سیال کے آلودوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ خون یا جرم غد کے مستحب کی سفید چوہوں میں تقسیم کرنا بہت مفید طریقہ عمل ہے کیونکہ اس سے دونوں انواع میں تمیز کی جاسکتی ہے۔ متاخر مدارج میں قطنی کو چاہیہ عمل میں لانا چاہئے۔ دماغی نخاعی سیال کا دباؤ زیادہ ہوتا ہے اور اس میں گلوبولین اور لمفی خلیے بافراط موجود ہوتے ہیں اور کبھی متوسط جسامت کے یک نواتی خلیات کی بھی زیادتی پائی جاتی ہے۔ اس کا خلوی شمار ۱۵ تا ۳۰۰۰ خلیات فی مکعب ملی میٹر ہوتا ہے، لیکن دماغی نخاعی سیال کے امخاض اور حیوانی تقسیم کے بعد بھی ٹرینوسوس کا اکثر مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا۔

انذار۔ مرض کو ماہ سے پندرہ ماہ تک جاری رہتا ہے اور جب ایک مرتبہ مرکزی عصبی نظام موقوف ہو جاتا ہے تو یہ ہمیشہ جملک ثابت ہوتا ہے تاوقتیکہ علاج نہ کیا جائے۔ ٹرینوسومو ایگجیشن میں انذار بہت امید افزا ہوتا ہے بشرطیکہ علاج مرکزی عصبی نظام کے متاثر ہونے سے پہلے شروع کر دیا جائے۔ اس کے بعد یہ زیادہ مشتبہ ہو جاتا ہے اور اگر مریض میں عصبی علامات کا نفس واقع ہو جائے تو انذار خراب ہوتا ہے۔ ٹرینوسومو ماروڈیشیشن سے بہت فشی مریت

واقع ہوتی ہے۔ یورومینوں کی شرح اموات دیسی باشندوں کی شرح اموات کے مقابلہ میں کم ہے جس کی وجہ شاید یہ ہے کہ قبل الذکر کا علاج اوائل مرض ہی میں بہتر صورت حالات کے تحت شروع ہو جاتا ہے اور ان میں بین زو سرایتوں کے وقوع کا احتمال کم ہوتا ہے۔

تھیرپی - بڑے جنگلی جانوروں کو تباہ کرنے اور مقامی مرض کے خطوں سے آبادی اٹھالینے سے اطمینان بخش نتائج حاصل نہیں ہوئے۔ گلاسینا کھیلوں کے استعمال اور ان کے کاٹنے سے بچنے کے لئے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں۔ گلاسینا پینڈیس کی حالت میں جھیلوں اور دریاؤں کے کناروں سے ۱۵ فٹ کے فاصلہ تک تمام پودوں اور جھاڑیوں کو صاف کر دینا مفید ہوتا ہے۔ اور کھیلوں کے پکڑنے کے لئے جو مناسب چھندے حال ہی میں تجویز کئے گئے ہیں وہ موثر ثابت ہوتے ہیں۔ سیٹھی کمی کے رقبہ جات میں ادچھے کپڑے ہرگز نہ پہننے چاہئیں۔ لباس سفید ہونا چاہئے اور اگر ممکن ہو نو دستاں اور نقاب استعمال کرنے چاہئیں۔ سفر حتی الامکان رات کو کرنا چاہئے۔

علاج - مریض کی عمومی صحت کو ہر لحاظ سے بہتر بنانا چاہئے۔ بین زو سرایتوں کا ازالہ کر دینا چاہئے اور غذائی تغذیہ کرنی چاہئے جس میں حیاتینوں کی مناسب مقدار موجود ہو۔ ایسی متعدد دوائیں ہیں جو مفید ثابت ہوتی ہیں اور بعض اصابت میں ان سے شفا بھی ہو جاتی ہے۔ (۱) ٹارٹار ایمینک۔ یہ دوا دروں و ریدی راستہ سے ہفتہ میں تین مرتبہ دی جاتی ہے۔ اس کا استعمال ۴ گرین سے شروع کیا جاتا ہے اور ۲ گرین تک پہنچا دیا جاتا ہے اور یہ مقدار ۱ مکعب سنٹی میٹر کشید کئے ہوئے پانی میں مل کر لی جاتی ہے۔ پھر ۲۰ گرین تک کل مقدار کے استعمال کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ (۲) سو آکسین (soamin) یا (ایٹاکسل) (atoxyl) (سوڈیم آرسینیٹ) (sodium arsenilate)۔ ہفتہ میں دو مرتبہ ۳ گرین متواضع یا ہفتہ میں ایک مرتبہ ۷ گرین مقدار کے دروں عضلی اثرات کئے جاتے ہیں۔ (۳) جرمنین (germanin) یا ہیر ۲۰۵ (Bayer 205) یوریا کا ایک پیچیدہ نامیاتی مرکب ہے۔ اس کا اگر اہم مقدار بند نہ

اشراب ہفتہ میں ایک مرتبہ کیا جاتا ہے اور دس اشراب کئے جاتے ہیں۔ یہ دوا
 اوائل مرض میں مرکزی عصبی نظام کے مائوف ہونے سے پہلے خون کی تعقیب کے
 لئے خاص طور پر مفید ہے لیکن قیمتی ہے اس سے التهاب گردہ پیدا ہو جاتا ہے جس کے
 ساتھ البیومن بولیت پائی جاتی ہے اور سبب تک موجود ہوتے ہیں۔ لہذا دوران علاج
 میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو بستر میں رکھا جائے اور غذا دودھ دی جائے۔
 (۴) ٹریپارسمائیڈ (trypanamide) (این-فینل محلائی سین ایسڈ و-پی-آرینائیڈ
 N-phenylglycineamido-p-arsenate) کا خاص طور پر ان امیبات میں
 استعمال کیا جاتا ہے جن میں مرکزی عصبی نظام مائوف ہوا اور یہ ہر ہفتہ دروہی
 راستہ سے دس یا بارہ ہفتہ تک دیا جاتا ہے۔ پہلے ہفتہ میں ابتدا اگر امیبات کی بجائی
 ہے۔ دوسرے ہفتہ میں ۲ گرام اور بقیہ ہفتوں میں فی ہفتہ ۳ گرام دیا جاتا ہے۔
 بچوں کو نسبت بڑے مقادرات دئے جاتے ہیں۔ یہ دوا سچی ہے اور اس سے
 التهاب کبد مع یرقان، سم الفاری، التهاب ادمہ یا بصری ذبول پیدا ہو سکتا ہے۔
 مومنوالذکر پر دروہ چشم، تندہ نور ترسی اور نسل بصارت دلالت کرتے ہیں اور بدستی
 سے مکمل کوری کے پیدا ہونے کے کئی امیبات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ علاج کے
 دوران میں بصری ذبول کی ابتدائی شہادتوں کے لئے قصول کا باعیاظ امتحان
 کرتے رہنا چاہئے۔

1050

جنوبی امریکی ترفانیت

(SOUTH AMERICAN TRYPANOSOMIASIS)

(صحفہ ۶، ۳ صفحہ 1053)

شداگاس کا مرض (Chagas' Disease) برازیلی ترفا

نیت (Brazilian Trypanosomiasis)

یہ مرض برازیل اور جنوبی امریکہ کے دوسرے حصوں میں پایا جاتا ہے اور
 دونوں اصناف کے بچوں اور بالوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ ٹریپانوسوما کروڈائی

(Trypanosoma cruzi) پیدا ہوتا ہے جو ایک چھوٹا سا اور چوڑا ٹریپانوسوم ہے جس کا طول 20μ ہوتا ہے۔ اس کا ایک مرکزی نوات اور ایک بڑا سیفیہ حرکتی مایہ (kinetoplast) ہوتا ہے۔ میوزال ذکر، کچھلے حصے میں واقع ہوتا ہے (صفحہ ۶۷، شکل ۲)۔ یہ مرض ریڈ وونڈ گنسل (reduviid bug) مٹرایا ٹوما میچٹا (triatoma megista) کے کاٹنے سے آدمی میں منتقل ہوتا ہے۔ ٹریپانوسوم سرایت پیدا ہونے کے ۲ یا ۳ ہفتے بعد اطرافی خون میں پائے جاتے ہیں۔ بعد میں یہ احشاء میں لیشمانیا کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، جہاں ان کا انقسام واقع ہوتا ہے اور یہ وقتاً فوقتاً میٹلی دوران خون میں واپس چلے جاتے ہیں۔

امراضیات - لیشمانیا کی شکلیں انسان میں ارادی عضلات، عضلہ قلب انسان کے دماغ، خصیوں، بیضوں، مغز، استخوان اور سرگردوں کی بافتی تراشوں میں پائی جاتی ہیں۔ ان مقامات میں ان کی افزائش ہوتی ہے، جس سے خلیہ تباہ ہو جاتے ہیں اور عصبی نظام میں ایسے ضررات پیدا ہو جاتے ہیں جو سمجائی دماغی التهاب (meningo-encephalitis) اور سمجائی نخاعی التهاب (meningo-myelitis) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ طحال، جگر، اور لیمفی غد میں کلانی واقع ہو جاتی ہے اور شاکس کا خیال ہے کہ درقیہ متورم اور متسلی ہو جاتا ہے یہاں تک کہ یہ بعض اوقات غوطری پایا جاتا ہے۔

علامات - زمانہ حضانہ ۱۰ دن ہے۔ حادثہ عموماً ایک سال سے کم عمر کے بچوں میں پائی جاتی ہے۔ اور یہ تپ، کبر طحال، کثیر غدی التهاب، چہرے کی پھولن اور اس کے نتیجے سے میتر ہوتی ہے۔ بعض اوقات دماغی سمجائی التهاب کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں جن کا نتیجہ جھک ہوتا ہے۔ مزمن دماغی قلبی اور عصبی قسموں پر مشتمل ہے، جس میں نوازن قلب میں اختلال پیدا ہو جاتا ہے اور عصبیاتی خصائص رونما ہو جاتے ہیں جن میں وہ علامات شامل ہیں جو ٹریپانوسوما کروڈائی کی لیشمانیا کی شکل کے دروں خلوی سطح سے پیدا ہوتے ہیں۔ جدید تحقیقات کی روش سے اس مرض کے سلسلہ میں درقیہ باوقیت، براعمر، افسردہ کیا گیا ہے۔ کراؤس (Kraus) نے قنات (cretinism) اور مخاکی اُزیما جیسے

علامات کو مقامی غوطہ سے منسوب کیا ہے اور وہ لیشمانیا کو اس کی وجہ قرار نہیں دیتا۔
تشخیص - یہ عموماً مہل میں کی جاتی ہے۔ پہلے ۲ یا ۳ ہفتوں میں مگن ہے کہ
نرمینوسوم محیطی خون میں پائے جائیں، اور ان کا مظاہرہ گا ہے گا ہے عضلی کچھ کے سے
حاصل کردہ بافتی رس میں کیا جاسکتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ متم تشبہتی تعامل سے
۹۰ فیصدی قلبی اصابت میں مثبت تعامل حاصل ہوتا ہے۔

علاج - مشری برزہ ٹرایا ٹوہا میٹھنا کے استیصال کے لئے ذریعہ
اختیار کرنے چاہئیں۔ جو دو اہل افریقی ترقانیت میں موثر پائی جاتی ہیں ان میں
سے کوئی بھی اس مرض میں کارگر ثابت نہیں ہوتی، لہذا علاج زیادہ تر علاماتی
ہے اور جو نظام خاص طور پر موقوف ہوتا ہے اسی کی طرف توجہ کرنی چاہئے۔

ایمبائی زحیر

(AMOEBAIC DYSENTERY)

ایمبائی زحیر بڑی آنت پر نیسیج پاش دروں (Entamoeba histolytica) کا حملہ ہونے سے پیدا ہوتی ہے اور اس سے مقامی تفرج واقع
ہو جاتا ہے اور روزانہ کئی اجابتیں ہونے لگتی ہیں جن میں بھولا مخاط اور تارک
سرخ خون موجود ہوتا ہے۔ قولون اکثر دبازت یافتہ اور الیم ہوتا ہے اور پیرامیڈیا
جن میں ایمبائی التهاب کبد اور خراج کبد شامل ہیں، قلیل الوقوع نہیں۔

بحث اسباب - ایمبائی زحیر جو نیسیج پاش دروں ایمبا سے
پیدا ہوتی ہے زیادہ تر مدارینی اور زیر مدارینی خٹوں میں پائی جاتی ہے، گو اس کے
منتشر اصابت معتدل خٹوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ واکر (Walker) اور سلرڈس
(Sellards) (۱۹۱۳ء) نے جزائر فلپائن میں ایسے قیدیوں میں جن کے لئے سزا موت
کا حکم ہو چکا تھا سبجری سزایوں کے مطالعہ کے دوران میں یہ ثابت کیا کہ نیسیج پاش
دروں ایمبا انسان کے لئے ممرض ہے اور دروں ایمبا قولونی ایک بے ضرر
ہم باش (commensal) ہے۔ دونوں اصناف اور ہر عمر کے لوگ اس مرض سے
متاثر ہو سکتے ہیں، گو کم عمر بچوں میں یہ نسبت قلیل الوقوع ہے۔ آدمی ایسے پانی

یا غذا میں جو حاملوں کے ذریعہ یا سرایت زدہ برازی مادہ کیمیوں کے ذریعہ طوٹ ہو چکی ہو سبچ پاش دروں ایسا کو بچھلنے سے سرایت زدہ ہوتا ہے۔ اثنا عشری اور معائے صغیر میں بلبلہ کے رس سے دویری دیواریں مل ہو جاتی ہیں اور ایسیبجے (amcebullae) آزاد ہو کر معائے کبیر کی غشائے مخاطی پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ فنتوں پر حملہ کرنے والے ایسا جو برازی مخاط میں پائے جاتے ہیں بڑے ہوتے ہیں اور ان کا قطر ۲۰ تا ۳۰ μ ہوتا ہے۔ یہ فعال طور پر متحرک ہوتے ہیں اور ان میں ماکھوز غلیات احمر موجود ہوتے ہیں۔ جب ضررات میں اندام شروع ہوتا ہے تو بڑی قسموں کی جگہ پیش دویری ایسیبجے لے لیتے ہیں اور جو قسمیں پانتوں پر حملہ کرنے والی ہوتی ہیں وہ رودہ کی دیوار تک ہی محدود رہتی ہیں۔ ان پیش دویری ایساؤں کا قطر صرف ۱۸ μ ہوتا ہے۔ اور ان میں اتنی فعال حرکت نہیں پائی جاتی اور یہ اس لحاظ سے دروں ایسا قولونی کے مشابہ ہوتے ہیں کہ ان میں سرخ غلیات نہیں ہوتے۔ فیسیبچ پاش دروں ایسیبا کے دویرے حاملوں اور مرض کے مزمن مریضوں کے برازیں پائے جاتے ہیں۔ ان میں ایک دیا چارنوات ہوتے ہیں اور ان کے علاوہ حمیز کرومیڈی اجسام (ehromidial bodies) بھی پائے جاتے ہیں۔ معمولی رسوں کے اثر سے چارنوات والا ایسیبا ایک چھوٹے سے مسام پر سے جو دویرہ کی دیواریں ہوتا ہے پھٹ جاتا ہے اور بعد میں منقسم ہو جاتا ہے اور آٹھ چھوٹے چھوٹے ایسیبجے پیدا ہو جاتے ہیں جن میں سے ہر ایک نموپا کر انجام کار بالغ نسیبجو پاش دروں ایسیبا (E. histolytica) بن جاتا ہے۔

امراضیات۔ برازی مخاط میں پانتوں پر حملہ کرنے والے جوا ایسا موجود ہوتے ہیں وہ غدی طاقات کے درمیان کے سطحی سرحد پر حملہ آور ہوتے ہیں اور سطحی تانکلات پیدا کر دیتے ہیں۔ بعد میں یہ اتصالی پانتوں میں نقب لگا کر گہرے چلے جاتے ہیں اور جلائی تخی تخر پیدا کر دیتے ہیں اور بعض اوقات متصل وریکوں میں حلیت پیدا ہو جاتی ہے۔ جوں جوں یہ عمل پھیلتا ہے چھوٹے چھوٹے خراجات بنتے جاتے ہیں جن کے پھٹ جانے سے سطحی قروح بن جاتے ہیں جن کی کوریں زیر کا ویدہ ہوتی ہیں۔ انجام کار تحت مخاطیہ میں بڑے بڑے قروح بن جاتے

ہیں جن کی گردن بوتل کی طرح کی ہوتی ہے اور جن کا قطر ایک انچ یا اس سے زائد ہوتا ہے اور جو علوی فواصل، مخاط نامادہ، اور امیبوں سے پُر ہوتے ہیں۔
 قرح کے عام مقامات اعور، قولون معودی، قولون سینی اور معائے مستقیم ہیں اور پھیل کر شاخ و نادر ہی لفافہ کی اعوری معراع کے اوپر تک جاتا ہے۔ قرح کے درمیان جو مخاطیہ حائل ہوتا ہے وہ تندرست نظر آتا ہے، اور یہ صورت حال عامیہ زحیر (bacillary dysentery) میں نہیں پائی جاتی۔ بعض مثالوں میں شروع عضلی طبقہ یا باریٹون تک چلے جاتے ہیں۔ بعض اوقات انضمام بجاتے ہیں اور گاہے گاہے وسیع اغناث اور شغب سے التهاب باریٹون پیدا ہو جاتا ہے۔ جب قرح مندل ہو جاتے ہیں تو مخاطیہ میں لون دار ندبہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اعداد اگر یہ کافی گہرا ہو تو رودہ کی سطح پر دبازت اور اندر (scarring) کا مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔

علامات - زمانہ حضانت تین ہفتہ سے لیکر تین ماہ تک ہوتا ہے۔ ابتدا کم سے کم ۹ فیصدی اصابات میں غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ اول اہل اجابتیں سیال اور معوی اسہال سے ناقابل تمیز ہوتی ہیں۔ جب مرض میں ترقی ہو جاتی ہے تو برازی مادہ بھورے مخاط سے اور انحطاط یافتہ خون سے ملا ہوا پایا جاتا ہے، اور اس قسم کی تین سے لیکر چھ تک اجابتیں دن بھر میں ہوتی ہیں۔ ۱۰ فیصدی اصابات میں عارضہ عصیوی زحیر کے مشابہ ہوتا ہے، ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ تپ ہوتی ہے، ششکی قولنج اور اسہال پیدا ہو جاتا ہے اور دموی مخاط نما بھوری اجابتیں آنے لگتی ہیں۔ بہر حال وسط اصابت میں بنیتی اختلالات خفیف ہوتے ہیں۔ ارتفاع تپش کبھی موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں اور درجہ سراسر متلی اور قے موجود نہیں ہوتی۔ قولنج ناشکی دردمیز خصائص میں سے ہے، اور جن حالتوں میں معائے مستقیم متاثر ہوتی ہے ان میں تانسیم (tenesmus) موجود ہوتی ہے۔ ان صورت حالات میں عمر البول اور تبول کا نوا تر بھی پایا جاتا ہے جب مرض ترقی کو کرتا ہے تو وزن میں معتد بہ کمی واقع ہو جاتی ہے، جلد خشک اور مٹی کے رنگ کی بھوری ہو جاتی ہے۔

اور بعد میں فقدان اشتہا، سوجھ بھم، اور خفیف سی یا متوسط درجہ کی تھانوی قسم کی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے جس کرنے پر حوضی قولون اور بعض اوقات احوار بھی دہارت یافتہ اور الیم پائی جاتی ہے سینہ بینی (sigmoidoscopy) بہت کا آزمائش ثابت ہوتی ہے۔ پہلے ضررات چھوٹے چھوٹے سطحی زردی مائل کریمچوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں اور مخاطیہ میں منتشر منشی نزفات پائے جاتے ہیں۔ بعد میں زرد قروح پیدا ہو جاتے ہیں جن کے گرد احمر کا ایک منطقہ ہوتا ہے اور جن میں درد نہیں ہوتا۔ اور اگر ان کے قاعدہ پر کی کھرنچوں کا امتحان کیا جائے تو نسیمچہ پاش دروں امیبیا کی ثابت قسموں کا آسانی سے مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ قروح کے درمیان کا مخاطیہ طبعی دکھائی دیتا ہے۔ گاہے گاہے زیادہ عمومی التهاب معائے مستقیم اور التهاب قولون پایا جاتا ہے جیسا کہ بلی کے پچوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔ مخاطیہ کے فاضل شکلوں میں ہیج اور ورم موجود ہوتا ہے اور ان میں سے ضرر سے ہسانی خون بہنے لگتا ہے اور کھرنچوں میں کت پیریسیمچہ پاش روں امیبیا کی بہت بڑی تعداد پائی جاتی ہے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ معائے مستقیم اور قولون میں ایمائی اریبکی سلعہ پیدا ہو جاتا ہے جو سرطان سلعہ کے مشابہ ہوتا ہے، اور مورخاند کر سے اس کی تمیز اس بات کی تراش کا خود بینی امتحان کرنے سے، جو سینہ بینی کے دوران میں انگ کی گئی ہو، اور ایسٹین سے علاج کرنے پر اس کے بہت جلد فائز ہو جانے سے کی جاتی ہے۔ خون سے کسی قدر ثانوی عدم دمویت ظاہر ہوتی ہے۔ صرف خفیف سی قلت خلیات ایض دیکھنے میں آتی ہے جو ۱۰۰۰۰ سے لیکر ۵۰۰۰۰ خلیات فی مکعب ملی میٹر تک ہوتی ہے اور تعدیل خلیات میں عموماً ۵ فیصدی سے زیادہ اضافہ نہیں پایا جاتا، و قتیکہ التهاب کبد یا خراج کی طرح کی کوئی پیچیدگی پیدا نہ ہو جائے۔

ممر اور پیچیدگیوں - مقامی پیچیدگیاں، موی زنف، تشقبات، خراج مقامی یا التهاب باریطون، پس زحیری انضمامات اور ایمائی التهاب پر مشتمل ہیں۔ ایمائی التهاب کبد اور خراج کبد عام ترین پیچیدگیاں ہیں اور

جھال، دیوار شکم، منوی کیسکوں، خصیوں اور دماغ کی لمبائیت (sarcobiasis) کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے۔ موخر الذکر حالت سریری لحاظ سے دماغ کے سلعہ کے مشابہ ہوتی ہے۔

ایمبائی زحیر کا محرک لازمی طور پر مزمن ہوتا ہے، اور از خود شفا یابی اور فکس دونوں کی طرف ایک نمایاں میلان پایا جاتا ہے۔ ایک عجیب خاصہ یہ ہے کہ بعض مریضوں میں سرایت بغیر معمولی طور پر مغنی رہتی ہے۔ تمامی حالوں میں بعض اوقات زحیر کی کوئی روئداد نہیں پائی جاتی، اور نمایاں التهاب کبد اور ایمبائی خراج کے مریضوں کو یہ یاد بھی نہیں ہوتا کہ ان کو رودہ کا کبھی کوئی شدید مرض لاحق ہوا تھا۔

تشخیص - تفریقی تشخیص میں مزمن عصبی زحیر، تقریحی التهاب کون،

بلہارزیا کی زحیر، ہڈی زحیر، بیلنڈی ڈیٹم کولائی (Balantidium coli) سے

پیدا ہوتی ہے، سرطان سلعہ، اور التهاب عطفہ شامل ہیں۔ سینہ بینی، براز کی

معمولی تحقیقات، اور لاشعاعی امتحان بعض اوقات ناگزیر ہوتے ہیں۔ تشخیص

ابتدائی مدہج میں برازی مخاط میں متحرک ایمباؤں کا، جن میں خون کے سرخ

جسامت پائے جاتے ہیں اور مزمن امیباؤں اور حائلوں میں اجاہتوں میں پیش

دویری ایمباؤں اور دو یروں کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے۔ انسان کے

براز میں کئی ایک غیر مرض ایمبا پائے جاسکتے ہیں جن میں دروں امیبا قولونی

(E. coli) اینڈولائی میکس نانا (Endolitoax nana)، آئوڈا امیبا

بشلی آئی (Iodamoeba butschlii) اور ڈائی اینٹ امیبا فریچلیس

(Dientamoeba fragilis) شامل ہیں۔ ان کی شناخت کے لئے معتد بہ تجربہ

کی ضرورت ہوتی ہے۔ مشتبہ امیباؤں میں سینہ بینی کے دوران میں قروح

حاصل کی ہوئی گھرچنوں کا امتحان کرنے سے اکثر تسبیح پاش دروں امیبا کا

بآسانی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ امراضیاتی ارتشاح کے حاملہ اور شاکر کوٹ

لیڈن کی قلموں کی موجودگی سے اس مرض کا خیال پیدا ہو سکتا ہے لیکن ان سے

تسبیح پاش دروں امیبا کی سرایت کا کوئی ثبوت ہمیں نہیں ہوتا۔ بریم کے

حققتہ کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے کا سب سے بڑا فائدہ یہ ہے کہ اس سے روہ کبیر کے دوسرے امراض کو مستثنیٰ سمجھا جاسکتا ہے جن میں مخاط نما اجابتیں ہوتی ہیں۔

اتذار۔ اگر پیچیدگیاں موجود نہ ہوں تو جدید علاج سے مریض ہمیشہ شفا یاب ہو جاتے ہیں اور ان میں سے اکثر کو مستقل شفا ہو جاتی ہے۔ گاہے گاہے ایسے دشوار علاج اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جن میں دواؤں سے سرایت کا استیصال نہیں ہوتا۔ لیکن اس حالت میں بھی علاج سے علامات میں بہت سی تخفیف ہو جاتی ہے اور پیچیدگیوں کی پیدائش کے انسداد کے لئے بہت سی مدد ملتی ہے۔ قولونی تشننات اکثر ہلکا ثابت ہوتے ہیں۔
تجربہ۔ غذا اور پانی کی تولیہ کے سب سے بڑے تاخذ کمیاں انسانی حامل ہیں اور یہ امراض خاص طور پر اہم ہے کہ مطبخ کے لازین مثلاً باورچیوں اور خدمتگاروں کے متعلق یہ یقین کر لیا جائے کہ ان میں یہ سرایت موجود نہیں۔ بیت الخلا باورچی خانوں سے کافی دور ہونے چاہئیں اور تمام غذا کو جالی کے سرپوشوں سے احتیاط سے ڈھک کر رکھنا چاہئے۔ اگر ممکن ہو تو مکان میں کھبوں کے داخلہ کا انسداد کر دینا چاہئے۔ کچی ہزیوں اور پھلوں کو کھانے سے پہلے پر بیگینیٹ کے محلول سے دھو لینا چاہئے اور پینے کے پانی کو جوش دے لینا چاہئے یا اسے کلورین زدہ بنا لینا چاہئے۔ عارضی قیام گاہوں میں بیت الخلا اس طرح بنانے چاہئیں کہ اجابت ایسے برتنوں میں ہو جن میں دافع عفونت موجود ہو اور بعد میں براز کو مرمد (incinerator) سے جلا کر تباہ کر دیا جائے یا اسے دبا دیا جائے۔

علاج۔ جن مریضوں کو خون اور مخاط آ رہا ہو ان کو بستر پر لٹا دینا چاہئے اور ایسی غذا دینی چاہئے جس سے فضلہ بہت کم بچے اور نوعی دواؤں کا استعمال کرنا چاہئے۔ آئی پی کا کوانہا (ipecacuanha) کے شافی خواص دیر کی مختلف قسموں کے دریافت ہونے سے پہلے ہی معلوم تھے۔ راجر (Rogers) نے ۱۹۱۲ء میں ایمبائیت کے علاج میں اس کے اہم الکلائد

ایمیتین (emetine) (59) کے نوعی فعل کا مظاہرہ کیا۔ ایمیتین ایک سہی دوا ہے جس سے عضلہ قلب مسموم ہو سکتا ہے۔ اس لئے جب ایمیتین دی جا رہی ہو مریض کو لازمی طور پر بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔ یہ انکلائڈ متوسط جسامت کے بالغ کو زیر جلدی یا دروں عضلی راستہ سے روزانہ اگرین کی مقدار میں دس لیکر بارہ دن تک دیا جاتا ہے، لیکن ایسے مریضوں میں جو کمزور ہوں یا جن کا وزن کم ہو مقدار کو کم کر دینا مناسب ہوتا ہے۔ بچوں کو جو مقدار دی جاتی ہے وہ ان کی عمر کی مناسبت کے لحاظ سے دی جاتی ہے۔ تین سال سے کم عمر کے بچوں کو روزانہ پاگین سے زیادہ اور چھ سال سے کم عمر کے بچوں کو پاگین سے زیادہ مقدار نہیں دی جاتی۔ اس دوا کا فعل اجتماعی ہوتا ہے، اور اس لئے اثرات کا تکرار تین چھتے گزرنے سے پہلے نہ کرنا چاہئے۔ سہی علامات اسپال، نہاکت (asthenia)، انتہائی عضلی ضعف اور جوارح کے اثر خارج پر مشتمل ہیں۔ ایمیتین اول اول قلب کو ست کر دیتی ہے، لیکن جن حالات میں مسمومیت پیدا ہو جاتی ہے ان میں اسراع القلب (tachycardia) اور قلبی بے قاعدگیاں نمودار ہو جاتی ہیں جو بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں ایمیتین کا اثر اب کرنے کی سب سے زیادہ ضرورت التهاب کبد یا ایجابی خراج میں ہوتی ہے، اور اس محل میں بافتوں پر حملہ کرنے والے جو ایسا موجود ہوتے ہیں ان کا استیصال کسی دوسرے معلوم علاج کی بجائے اس انکلائڈ سے زیادہ موثر طور پر ہو سکتا ہے۔ ایمیتین - بسمتھ - (ایوڈائیڈ Emetine-Iodide) (ای، بی، آئی: E.B.I.) کو مزین اصابت میں اور ان اصابت میں جن میں دیرے خارج ہو رہے ہیں ترجیح دینی چاہئے۔ چونکہ اس سے متلی اور تھ پیدا ہو سکتی ہے اس لئے اس کو کافی رات گزرنے پر جلائین کے کیسوں میں آخری کھانے کے کم سے کم چار گھنٹے بعد دینا چاہئے جب کہ معدہ خالی ہو۔ کیسوں کے استعمال سے پاؤ گھنٹہ پہلے شکر آف اوپیم (۲۰ تا ۲۵ قطرہ) یا یو مینال (luminal) (اگرین) کی طرح کا مسکن دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اس کا نصاب یہ ہے کہ ۳ گرین مقدار روزانہ دس سے لیکر

بارہ دن تک رات کو دیجائے، اور اس زمانہ میں غذا بالکل ہونی چاہئے جس کا فضلہ کم نیچے۔ اس علاج سے مریضوں کا وزن کم ہو جاتا ہے، بلقوہ القلب (bradycardia) پیدا ہو جاتا ہے، اور خون کا دباؤ ۱۰ تا ۲۰ ملی میٹر پارہ تک گر جاتا ہے۔ بعض ارباب سسند ایمنٹین۔ پر آئیوڈائسڈ (Emetine-Periodide) (ای، پی، آئی) کی تعریف کرتے ہیں کیونکہ اس سے اتنی تھ پیدا نہیں ہوتی۔ یہ جلائین کے کیسوں میں ۶ گرین کی مقدار میں روزانہ دس دن تک دیا جاتا ہے۔

سم الفار کے مرکبات۔ ایمبائیت میں سم الفار کے بعض تالیفی مرکبات کا استعمال کرنے سے معتد بہ فائدہ ہوا ہے اور ایمبائش ہونے کے علاوہ ان کا جسم پر مقوی اثر بھی ہوتا ہے۔ سٹووارسال (stovarsol) قرص کی شکل میں، آٹھ گرین روزانہ دو مرتبہ سات سے لیکر دس دن تک دیا جاتا ہے لیکن اس کے استعمال سے سیمی احمرار اور تسلیاتی التهاب (exfoliative dermatitis) تک بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ کاربارسول (carbarsone) جو سم الفار کا ایک پیچ گرفتہ مرکب ہے یقیناً اس دوا سے بہتر ہے۔ (اور یہ معاد کے اندر کی نابت قسموں اور ان کے دویروں کے لئے بہت موثر ایمبائش ہے۔ مگر التهاب کبد اور ایمبائی خراج میں اس کے استعمال کے نتائج مایوس کن ثابت ہوئے ہیں۔ کاربارسول ۲۵۔۵ گرام مقدار میں ناشتہ اور رات کے کھانے کے بعد دس دن تک دیا جاتا ہے، اور انقبالی اصابات میں یہ اس حالت میں بھی بغیر کسی خطرہ کے دیا جاسکتا ہے جبکہ مریض کامل غذا کھاتا ہو۔ ان اعتبارات سے اس کو ایمینٹین کی زیادہ سیمی تجہیزات پر بہت فوقیت حاصل ہے اور جن مریضوں میں مریض بستر پر آرام نہ کر سکتے ہوں ان میں اس سے علاج کرنا دوسرے سب علاجوں سے بہتر ہے۔ یمنٹین نمبر ۱۰۵ (yatren No. 105) آئیوڈین آکسی۔ کوئینولین۔ سلفونک ایسڈ (iodine-oxy-quinolin-sulphonic acid) تجویز ہے۔ اس کا استعمال براستہ دہن یا معائے مستقیم کیا جاسکتا ہے۔ بالغ معاد ۱/۲ تا ۱ گرام سفوف ہے جو جلائین کے کیسوں میں

روزانہ دو مرتبہ دس دن تک دیا جاتا ہے۔ احتیاسی حقنہ کی شکل میں دینے کے لئے پہلے صبح میں رودہ کو ایک پائنٹ سوڈیم بائی کاربونیٹ کے محلول سے صاف کر لیا جاتا ہے اور پھر ایک گھنٹہ بعد میٹرن کا ۵ و ۲ فیصدی محلول ۲۰۰ کعب سنٹی میٹر کی مقدار میں ایک نلی اور قیف کے ذریعہ معائے مستقیم نزل فل کر دیا جاتا ہے۔ اکثر مریض اس کو آٹھ گھنٹہ تک بغیر زیادہ تکلیف کے رات کے رکھتے ہیں۔ اینا یوڈین (anayodin) میں میٹرن اور سوڈیم کاربونیٹ کا ۲۲ فیصدی محلول ہوتا ہے تاکہ اس کی حل پذیری بڑھ جائے۔ یہ دوا ۴ گرین کی کیرائین غلافی گولیوں کی شکل میں دی جاتی ہے، بالغ مسند چار گولیاں روزانہ تین مرتبہ ہے جو کھانے کے بعد آٹھ دن تک دی جاتی ہیں۔ مزمن امیبات کے لئے ایک بہت موثر علاج یہ ہے کہ رات کو ایمیڈین - بسمتھ - اینٹی امیڈ دیا جائے اور صبح کو میٹرن کے احتیاسی حقنہ دے جائیں۔ اس علاج سے کم از کم ۹۰ فیصدی مریض شفا یاب ہو جاتے ہیں۔

امیبائی الٹیمایب کبد (Amoebic Hepatitis) اور خراج کبد (Liver Abscess) - ایمبائی الٹیمایب کبد اور خراج کبد کی جغرافیائی تقسیم وہی ہے جو ایمبائی زحیر کی ہے، لیکن چونکہ رودہ میں سرایت واقع ہونے اور الٹیمایب کبد یا خراج کبد کے رونما ہونے کے درمیان بعض اوقات ایک طویل عرصہ کا فاصلہ ہوتا ہے اس لئے یہ ہمیشہ نمایاں نہیں ہوتی۔ مزید برآں خراج کبد کے صرف ۸۰ فیصدی امیبات ہی میں ایسے اسہال کی رونما و حال کی جاسکتی ہے جن کے ساتھ معائے مستقیم کے راستہ سے خون و زخماط (slime) آیا ہو، اور بعض اوقات اجابتوں کے اور سینہ بینی کے دوران میں حاصل کی ہوئی کھرجنوں کے متعدد استقانات سے بھی تسبیح پاش دروں امیبیا یا اس کے دویروں کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا۔

امراضیات - جگر کی سرایت کا پہلا درجہ نام نہاد ایمبائی الٹیمایب پر مشتمل ہے، اور اس تک دروں امیبیا بوائی و رید کے راستہ سے پہنچتے ہیں اور جگر میں یہ سدا دیوں (emboli) کی شکل میں تقسیم ہو جاتے ہیں جو ان

علفیت زدہ عروق سے آتے ہیں جو روہ کبیر کے تحت مخاطی قروح کی سیلیت کرتے ہیں۔ بافتوں میں مقامی تنخر واقع ہو جاتا ہے اور متصلہ ماسکوں کے اتحاد سے بتدریج ایک خراج بن جاتا ہے جس کا عام ترین محل جگر کی فوقانی سطح ہے اور خاص کر اس کی دائیں جانب ہے۔ جگر کے دائیں نصف حصہ میں تقریباً ۸۰ فیصدی خراج پائے جاتے ہیں اور ۱۰ فیصدی بائیں نصف حصہ میں اور بقیہ ۱۰ فیصدی دونوں میں واقع ہوتے ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس عجیب و غریب تقسیم کا انحصار بوائی و رید کے دھارے کے اثرات پر ہے جب کوئی بڑا سا تباہ کن خراج جگر کے نصف حصہ کو آؤف کرتا ہے تو بائیں جانب پر دوسرے حصہ کی تعویضی پیش پرورش واقع ہو جاتی ہے۔ جگر کے خراج کے ڈایا فرام میں سے براہ راست پھیل جانے سے پھیپھڑے کا ایمانی خراج پیدا ہو جاتا ہے لیکن بائیں قاعدہ پر جو امراضیاتی صورت حالات اکثر پائی جاتی ہے وہ ہبوط یافتہ پھیپھڑے یا شعبتی ذات الریہ کے رقبہ جات پر مشتمل ہوتی ہے جو مندرجہ ذیل طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ متعلقہ کبدی خراج کی وجہ سے ڈایا فرام حرکت ناپذیر ہو جاتا ہے جس سے ترویج ناقص ہو جاتی ہے، اوجانب ہو جاتی ہے اور ریوی ہبوط واقع ہو جاتا ہے۔ انجام کار نانوی پرائیمی سرایت واقع ہو جاتی ہے۔ ایمانی خراج بعض اوقات بہت بڑے ہو جاتے ہیں اور ان میں چاکولیٹ یا سنورہ چاشنی (anchovy sauce) کی طرح کی ۳ تا ۶ پائنٹ پیپ موجود ہوتی ہے۔ جو خراجات مشق ہو بٹے ہیں ان میں سے ۵۰ فیصدی پھیپھڑے اور پورا میں پھٹتے ہیں اور ۲۵ فی صدی باریک بینی کہنے میں۔ دوسری متصلہ ساختیں مثلاً گرد قلب، معدہ، امعاء و رید اوجوب یا گردے بھی آؤف ہو جاتے ہیں اور گاہے گاہے صفراوی تنات بھی متاثر ہو جاتی ہے۔ پیپ جراثیمیاتی لحاظ سے ۸۰ تا ۹۰ فی صدی سٹاپٹوکوک (streptococci) قولونی عصیہ، ذہبی نبتہ (staphylococcus aureus) عصیہ، ریم ازرق (B. pyocaneus) اور ناہوا باش غنویہ

شامل ہیں۔ جگر کے خراج کی دیواریں عموماً نامہوار تنخری بافت سے بنی ہوتی ہیں اور لیفی بافت کی سدا تنی نمویافتہ نہیں ہوتی، جتنی کر کیسیتی دیوروں میں ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایباٹیت میں ثانوی سراپت حیرت انگیز سرعت سے واقع ہو جاتی ہے۔ خراج کی دیوار کی تراش کا خود بینی امتحان کرنے سے ثابت ایبا صرف گہرے منطوقوں اور خراج کے گرد کے بیش دموی رقبہ جات میں پائے جاتے ہیں۔ تنخری استریں یہ موجود نہیں ہوتے اور یہی وجہ ہے کہ کھنڈ خراج کی میلیت یا اس کا امتصاص کر نیکی بعد دو سے یکر پانچ دن بعد تک ایبا فلکا پیپ میں مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا۔

علامات - ایبائی زحیر اور اسہال اور مدارین یا تحت مدارین میں سکون کی روئے عام عموماً حاصل کی جاسکتی ہے، لیکن زمانہ حضانت کے متعلق یقین سے کچھ نہیں کہا جاسکتا۔ چنانچہ بعض اصابات میں کبدی علامات زحیر کے حملہ کے چند ہفتہ بعد ہی نمودار ہو جاتے ہیں اور بعض میں مریض کے مدارین کو چھوڑنے کے بیس سال بعد تک بھی یہ ملتوی رہتے ہیں۔ راجرس (Rogers) (80) نے کبدی ضررات کی دو قسمیں تسلیم کی ہیں - (۱) وہ نام نہاد ایبائی التهاب کبد جو دشمنی ایبائی خراجات پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ خراجات سدا دانت سے پیدا ہوتے ہیں، جن میں سیج پاش دروں ایبا ہوتا ہے اور جو نہائی بوابی ویدیکوں میں سکونت پذیر ہوتے ہیں۔ (۲) واضح ایبائی خراج (frank amoebic abscess) جو بالعموم مجرد ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی یہ متعدد بھی ہوتے ہیں۔

امیبائی التهاب کبد (Amoebic Hepatitis) - یہ عارضہ غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے، اور بے قاعدہ متفرق تپ اور تعرق پیدا ہو جاتا ہے، اور صرف یہی سرری علامات ہیں جو بعض اوقات ہفتوں نمایاں رہتے ہیں۔ جگر عموماً کلائی یافتہ ہوتا ہے، لیکن درد اور الیمیت ہمیشہ نہیں پائے جاتے۔ متوسط درجہ کی کثرت غلیات ایض موجود ہوتی ہے جس میں تعدیل پسند کثیر الاشکال نواتی غلیات کی کسی قدر زیادتی پائی جاتی ہے، اور براہ کا امتحان کرنے سے سیج پاش دروں ایبا کے دیوروں کا انکشاف ہوتا ہے

جگر کی کارکردگی کے متعلق وظیفی کاشفات انجام دینے کی کوئی اہمیت نہیں کہ یہ عارضہ حقیقی التهاب کبد نہیں ہے اور ذہنی ایمبائی ماسکول کے درمیان تشدد کبدی نسخ حاصل ہوتا ہے۔

ایمبائی خراج - ابتدائی علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کرایمبائی التهاب کبد کے اور ان کا ذکر کیا جا چکا ہے اور جوں جوں خراج بڑھتا ہے جگر کی جسامت درد اور الیمیت میں بھی اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ اگر خراج جگر کے اوپر کے دائیں نصف حصے میں واقع ہوا اور ڈایا فرام سے لگ رہا ہو تو اس سے دائیں کندھے میں محولہ درد پیدا ہوتا ہے اور دائیں قاعدہ میں ہوا کم داخل ہوتی ہے جس کے طبیسی امارت تخفیف یافتہ کیسی خیر اور نکٹکے ہیں اور ساتھ ہی خشک کھانسی بھی موجود ہوتی ہے (سعال کبدی (tussis hepatica)۔ بعد میں ممکن ہے کہ یہ ڈایا فرام میں سے گذر کر پھٹ جائے اور شائوی ریوی خراج پیدا ہو جائے۔ بائیں نختہ کے خراجات معدی عوارض کی طرح کے علامات پیدا کرتے ہیں اور یہ اکثر و بیشتر بر معدہ میں پائے جاتے ہیں۔ بائیں عضلہ مستقیم الیمیت اور استواری پائی جاتی ہے اور دیوار شکم کے تہج سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ خراج کا منہ بن رہا ہے اور بعض اصابات میں حقیقی توج کا مظاہرہ بھی کیا جاسکتا ہے۔ بائیں پھیپھڑے کے قاعدہ معدہ یا گرد قلب میں خراج کا انشقاق واقع ہو سکتا ہے۔ جب خراجات جگر کے دائیں نصف حصہ کی تحتانی جانب پر واقع ہوتے ہیں تو اس عضو میں نمایاں کلانی پائی جاتی ہے جو نیچے کی طرف کو ہوتی ہے اور دائیں عضلہ مستقیم اور متصلہ عضلات میں الیمیت اور استواری موجود ہوتی ہے۔ درد بعض اوقات زائد ری رقبہ میں محول ہوتا ہے یا خراج دائیں صلبی فضا میں ابھر آتا ہے۔ چلتے وقت اکثر گرانی کا احساس پایا جاتا ہے اور مریض اپنے دائیں بازو اور پیش بازو کو جگر کو سہارا دینے کے لئے پہلو پر رکھے رہتا ہے اور اسی وجہ سے وہ اکثر دائیں کروٹ پر سوتا ہے۔ بڑے خراجات کی حالت میں خاص کر جبکہ وہ دائیں جانب پر ہوں کلانی نمایاں ہوتی ہے جس کے ساتھ اُبھار بھی ہوتا ہے اور شبہ اصابات میں

۱۵۰۰ سے لیکر ۲۵۰۰ تک ہوتی ہے اور کثیر الاشکال نواتی حلیات ۵ تا ۱۰ فیصدی ہوتے ہیں۔ یورو بائیلن بولیت عموماً پانی جاتی ہے۔ گھٹا رسی چاکولیٹ یا سمورہ چاشنی (anchovy sauce) کی طرح کی پیپ جس میں انحطاط یافتہ کثیر الاشکال نواتی حلیات ابیض اور کولیئرین اور تھیمے ٹوائید (haematoidin) کی ٹھکیں موجود ہوں تقریباً ہمیشہ دالہ مرض ہوتی ہے اور اجابتوں میں بعض اوقات نیسجے پاش دروں امیبا پایا جاتا ہے اور بعض اوقات متعدد برازی امتحانات کے نتائج بھی منفی ہوتے ہیں۔

پیچیدگیاں۔ ہلک ترین پیچیدگیاں شائوی سہجینی بنفی سرایتیں یا انشقاق خراج ہیں جو پھیپھڑے، پلورا، باریکون یا متصلہ احشاء میں ہوتا ہے ریوی ضرات جن میں ہبوط، شعبتی ذات الریہ اور پلورائی انصباب شامل ہیں قلیل الوقوع نہیں خاص کر جبکہ خراج ڈایا فساد کو دبا رہا ہو۔ یرقان اور قے الیم بھی شاذ و نادر دیکھنے میں آتے ہیں اور یہ دونوں واقع ہو سکتے ہیں۔ تشخیص۔ جگر کا خراج کئی ایک عوارض سے مشابہت رکھتا ہے جن میں زیر ڈایا فرامی خراج، گرد کلوی خراج، اور متقیج کیسے شامل ہیں اور یہ سب کے سب دائیں پھیپھڑے کے قاعدہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔ علاوہ ان متقیج التهاب ورید الباب (suppurating pylephlebitis)، التهاب ارہ (cholecystitis)، عفونی التهاب قنات صفرا (septic cholangitis) [خاص کر وہ جو کلون آرکس (clonorchis) کی سرایت میں پیچیدگی کے طور پر موجود ہوتا ہے]، بلہار زبانی کہبت، صمغیہ (gumma) جگر کے ابتدائی سرطانی سلعہ اور پیریٹائی التهاب کبد سے بھی دقت پیدا ہو سکتی ہے۔ اسہال اور زحیر کی رونما د، اجابتوں میں نیسجے پاش دروں امیبا کے دویروں کی موجودگی، عادی قسم کی تپ جس کے ساتھ جگر میں اور پر کی طرف کلانی پانی جاتی ہے اور ریوی خصائص موجود ہوتے ہیں، کثرت حلیات ابیض اور لاشعاعی انکشافات اہم خصائص میں سے ہیں۔ خراج میں سے سمورہ چاشنی (anchovy sauce) کی طرح کی پیپ کے امتصاص سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے اور اگر تھین

نہ ہو تو ایمینین کا علاج شروع کرنے کے بعد اڑتالیس گھنٹہ سے لیکر بہتر گھنٹہ تک کی مدت کے اندر تیش کے دفعہ کم ہو جانے سے مرض کی ایبائی اصل کی تائید ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۲)۔

انذار - انذار کا انحصار طریقہ علاج، پیچیدگیوں کی موجودگی مثلاً ثانوی جراثیمی سرایت یا متصلہ احشاء میں انشقاق کا وقوع، اور خسران کے مجرّد ہونے یا متعدد خراجات کے موجود ہونے پر ہے۔ التھاپ کبد میں ایمینین کے اثرات سے خاص طور پر فائدہ ہوتا ہے۔ عقیم صورت حالات میں امتصاص کرنے اور ایمینین کے اثرات کرنے سے (اگرین روزانہ دس دن تک) خراج امداد میں بہت تخفیف ہو گئی ہے اور اب یہ ۱۶ و ۱۷ سے ۴ و ۱۴ تک ہے۔ شگاف اور سیلیت کے ساتھ کھلا عملیہ کرنے کی شرح اموا بہت زیادہ ہے کیونکہ ثانوی جراثیمی سرایت واقع ہو جاتی ہے خاص کر جب کہ جبر طورانی راستہ سے پہنچنا مقصود ہو۔

علاج - ایمینین (Emetine)۔ ایبائی التھاپ کبد اور جگر کے چھوٹے چھوٹے خراجات کی حالت میں صرف ایمینین کے اثرات ہی سے شفا ہو جاتی ہے اگرین مقدار روزانہ دس سے لیکر بارہ دن تک دی جاتی ہے۔ زیادہ وزن کے مریضوں میں بھی کل نصاب ۱۶ اگرین سے زیادہ نہیں ہونا چاہیے اور بن مریضوں کا وزن ۸ کلوں سے کم ہو ان کو ایک نصاب میں ۸ اگرین سے زیادہ مقدار نہ دینی چاہئے۔ اثرات کا کٹا کر حسب ضرورت دوسرے یا تیسرے ہفتہ کیا جاسکتا ہے۔ بڑے بڑے خراجات کے موجود ہونے کی حالت میں بھی جن کے امتصاص کی بعد میں ضرورت ہوتی ہے تیش تقریباً تین دن کے بعد طبعی ہو جاتی ہے اور سفید علیا کا شمار زیادہ تدریجی طور پر کم ہوتا ہے۔ اگر کچھ عدم دمویت موجود ہو تو ساتویں یا آٹھویں دن شکی علویت (reticulocytosis) کا شاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ التھاپ کبد یا چھوٹے خراجات کی موجودگی کی حالت میں ایمینین سے دردا اور تکلیف عموماً کم ہو جاتی ہے لیکن جن حالتوں میں خراج نشق ہونے کے قریب ہوتا ہے وہ یہ علاماتیں مشہد

ہو جاتی ہیں اور اس صورت میں فوری امتصاص ضروری ہوتا ہے۔

(امتصاص (Aspiration)۔ اگر خراج کا محل مقامی خصائص مثلاً آئینہ بافتوں کے تسبیح، اعضاء یا لاشعاعوں سے حاصل شدہ انکشافات سے ظاہر ہو تو جگر کا ایک کافی قطرہ کی سوئی سے جس کا طول $\frac{1}{2}$ انچ سے زیادہ نہ ہو تاکہ وریڈ متشبہ نہ ہو جائے، مکمل استقصاء کرنا چاہئے۔ اگر دائیں نختہ کی بالائی جانب پر خراج کے موجود ہونے کا شبہ ہو تو سوئی یا قنالیجہ (cannula) کو دائیں مقدم بغلی خطرہ آٹھویں یا نویں بین فضا میں داخل کرنا چاہئے، اور اسے اندر کی پیچھے کی اور کسی قدر اوپر کی طرف کو دھکیلنا چاہئے اور اس اثناء میں امتصاص ایک بڑی پمپکاری سے جو سوئی سے لگی ہوئی ہو یا پوٹین کے معصام (Potain's aspirator) سے جاری رکھنا چاہئے۔ پہلی کوشش خراج کا مقام معلوم کرنے میں اکثر ناکام رہتی ہے، اور قبل اس کے کہ پیپ لے مختلف رقبہ جات میں آنے کو یکے تک بھی لگانے پڑتے ہیں۔ امتصاص عموماً مقامی معدم جس کے زیر اثر کیا جاسکتا ہے، لیکن بعض اصابات میں عمومی معدم جس کی ضرورت ہوتی ہے۔ عموماً ایک مکمل امتصاص کافی ہوتا ہے لیکن بعض اوقات تپ اور کثرت غلیات ایضاً برقرار رہتی ہے یا عود کر آتی ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کہف پھر رہا ہو جاتا ہے اور اس حالت میں بار بار امتصاص کی ضرورت ہوتی ہے۔

خراجات کے دائیں نختہ کی تحتانی سطح پر واقع ہونے یا بائیں نختہ کے چھوٹے خراجات کی صورت میں استقصائی کچھ کا بعض اوقات نامناسب تصور کیا جاتا ہے کیونکہ اس سے الزہاب یا ریلٹون کے پیدا ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ ایسی صورت حالات میں شکم کی مقدم دیوار میں شگاف دیکر خراج کا امتصاص یا تو پوٹین کے معصام سے یا آبی پیپ سے بڑھکی لگی کر کر دینا چاہئے۔ بعد میں جگر میں ٹانگے لگا دینے چاہئیں اور زخم کو بغیر سیلیت کے بند کر دینا چاہئے بشرطیکہ پیپ عقیم ہو۔

شگاف اور سیلیت۔ اس عمل کے لئے صرف ایک ہی داعیہ ہے اور وہ ثانوی سرایت کا وقوع ہے۔ اس صورت میں کہف کی سیلیت ضرور کر دینی

چاہئے اور کھنڈہ خراج کی مسلسل آبیاری ڈکین کے محلول یا یوسال سے کرنی چاہئے جیسی کہ کلنر (Kilner) (61) کی رائے ہے۔ جب کبدی خراج پھیلنے میں بھٹ جاتا ہے تو اس کے مشمولات کبدی شعبتی ماسور میں سے گذر کر کھانسی کے ذریعہ باہر نکل جاتے ہیں اور ایمینین کے اثرات سے شفا ہو جاتی ہے۔ جگر کے خراج کے اند مال کے بعد مریض کا علاج قولونی سرایت کے لئے ضرور کرنا چاہئے اور اس مقصد کے لئے ایمینین۔ سمیتھ۔ آئیوڈائیڈ یا کاربار سون مناسب ہیں ایمینین کے اثرات اگرچہ ان ایماؤں کے لئے جملگ ہیں جو جگر اور پیچیدہ میں ہوتے ہیں لیکن ان اثرات سے اکثر رودی سرایت کا استیصال نہیں ہوتا۔

ہدائی زحیر (Ciliate dysentery) معائے کبیر کی ایک تقری حالت ہے جو ہیلنٹی ڈیٹیم کولائی (Balantidium coli) سے پیدا ہوتی ہے۔

سمت اسباب - اس ہندب (ciliate) کی جغرافیائی تقسیم بہت وسیع ہے اور یہ یورپ کے مختلف حصوں، ایشیا، افریقہ اور امریکہ میں پایا جاتا ہے۔ سرایت مرض ان اشخاص میں واقع ہوتی ہے جن کا سعودوں سے پیشہ کے لحاظ سے قریبی تعلق ہوتا ہے اور اس سرایت کا سب سے بڑا مانعہ ہی ہیں۔ ہیلنٹی ڈیٹیم کولائی ناشپاتی نما ہوتا ہے اور اس کا طول ۵۰ تا ۸۰ ماکران اور عرض ۲۰ تا ۵۵ ماکران ہوتا ہے۔ گردہ بن (peristome) اس کے مقدم سرے پر واقع ہوتا ہے اور اند کی طرف ایک گلہ ناکلاں نوات، ایک خرووات اور خالیے ہوتے ہیں۔ باہر کی تمام سطح پر اہاب کی ٹولی قطاریں ہوتی ہیں۔ دینہ شکلیں براز میں پائی جاتی ہیں اور تولید سے عرض اشفاق (transverse fission) سے واقع ہوتی ہے۔

امراضیات - قروح ایہائی زحیر کے قروح کے بہت مشابہ ہوتے ہیں اور ان کی کوریں کتھف ہوتی ہیں۔ ہندبات (ciliates) قرح کے قاعدہ اور اس کے ارد گرد کی بافتوں اور سرایت زدہ رقبہ کی لمبی فضاؤں اور اس کے عروقی خون اور لمبی غد میں پائے جاتے ہیں۔ گاہے گاہے ہندبات معائے صغیر کے نچلے حصہ میں پائے جاتے ہیں لیکن یہاں یہ شاذ و نادر ہی تفرج

پیدا کرتے ہیں۔

علامات - بہت سے اصابت مخفی رہتے ہیں، مریضوں میں کسی قسم کا کوئی معوی اختلال نہیں پایا جاتا اور مہدبات کا انکشاف اتفاقی طور پر ہو جاتا ہے۔ بعض اصابت میں اسہال اور زہیر پائے جاتے ہیں اور براز مخاطی، موی ہوتا ہے، عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، مریض فاقہ سے کمزور ہو جاتا ہے اور اختلال ہضم واقع ہو جاتا ہے۔ معانی شغب یا نرف بھی واقع ہو سکتا ہے لیکن جگر کا خراج بھی نہیں بنتا۔

تشخیص - مبینہ بینی سے رووہ کیر میں قروح کا انکشاف کیا جاسکتا ہے، جو نیچے پاش دروں (میدیا سے پیدا شدہ قروح کے مشابہ ہوتے ہیں، اور تشخیص کا انحصار قروح کے قاعدوں سے حاصل کردہ کھرجیوں یا براز میں مہدبات کا مظاہرہ کرنے پر ہے۔ بیلنٹی ڈیٹم کو کافی اکثر سرایت زدہ افراد کے براز سے غائب ہو جاتا ہے اور معتد زمانہ تک نہیں پایا جاتا، لیکن بعد میں یہ پھر موجود ہو جاتا ہے۔ معنی زمانوں میں تشخیص نامکن ہوتی ہے۔

انذار - اگر مخفی اصابت کو بھی مد نظر رکھا جائے تو شرح اموات تقریباً فیصدی ہے اور جن مریضوں میں مرض کے مزمن مظاہر پائے جاتے ہیں ان میں یہ ۲۹ فیصدی ہے۔

علاج - جو غذا دی جائے اس میں کاربوہائیڈریٹ کم ہوں اور پروٹین زیادہ ہوں اور تازہ میزیاں موجود ہوں، اور سم الفار کی تجویزات قابل آزمائش ہیں، شلاکسٹو اور سال ۲۰ گرام دن میں دو مرتبہ کھانے کے بعد ایک ہفتہ تک دیا جائے اور کاربا رسون ۲۵ گرام دن میں دو مرتبہ کھانے کے بعد دس دن تک دیا جائے۔ مختلف معمولات سے قہولوں کی بلند آبیاری مفید بتائی گئی ہے اور معمولات کوئین، سلورنائیٹرٹ اور آئیوڈین کے ہونے چاہئیں۔ مزید براں مٹھیلین بلو (methylene-blue) کی براسنڈ دہن یا بندیدہ حصنہ (۳۰۰۰ میں ۱) آزمائش کی جاسکتی ہے۔ چونکہ مہدبات وقتاً فوقتاً خود بخود غائب ہو جاتے ہیں اسلئے مختلف ادویہ کے فائدہ کا اندازہ کرنا مشکل ہے۔

سوطی اسہال (Flagellate Diarrhoea) - انسان کے معائی سوطیے یہ ہیں۔ گیارڈیا انٹسٹی نیلس (*Giardia intestinalis*) جس کا ذکر لیمبل (*Lambl*) نے ۱۸۵۹ء میں کیا تھا، ٹرائی کوموناس ہومینس (*Trichomonas hominis*) جس کا ذکر لیوین (*Lavaine*) نے ۱۸۶۶ء میں کیا تھا اور کاٹیلومیسٹکس میسنی لائی (*Chilomastix mesnili*) جس کا انکشاف وینی آون (*Wenyon*) نے ۱۹۱۱ء میں کیا تھا۔ ان کا خاصہ پیدائش مرض ابھی تک متفقہ طور پر تسلیم نہیں کیا گیا، اور معوی مخاطیہ پر ان کے حملہ آور ہونے کی ابھی تک کوئی امراضیاتی شہادت ہم نہیں پہنچی۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ تعدادت افراد کی نسبت اسہال سے مریض اشخاص میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ لیکن دیرہ بند سوطیہ اکثر طبعی اجابتوں میں پائے جاتے ہیں۔ ڈوبل (*Dobell*) نے یہ ثابت کیا ہے کہ سوطیوں کی آزاد شکلیں سیال ماحول کے ساتھ خاص موافقت رکھتی ہیں اور اس لئے یہ صرف اسی حالت میں نمودار ہوتی ہیں جبکہ اجابتیں سیال یا پتلی ہو جائیں۔ مذکورہ تینوں آزاد سوطیوں میں سے گیارڈیا یا انٹسٹی نیلس کو سب سے زیادہ مرض سمجھا جاتا ہے۔

گیارڈیٹ (*Giardiasis*) یا **لمبلیٹ** (*Lambliasis*) - گیارڈیا انٹسٹی نیلس (*Giardia intestinalis*) گیارڈیا لمبلیا (*Giardia Lamblia*) کا طبعی مسکن صائم یا اثنا عشری ہے، اور گاہے گاہے یہ صفاوی قناتوں میں بھی چلا جاتا ہے اور اوپر کی طرف معدے میں بھی داخل ہو جاتا ہے۔ ہائیڈروکلورک ترشہ کی کمی یا عدم موجودگی اس برائیت کی محض ہے، اور دائرۂ تعمیر کے علیحدہ (*short-circuit operations*) مثلاً معدی صائمئ نفویہ (*gastro-jejunosomy*) کے بعد گیارڈیا بعض اوقات معدی کس میں پائے جاتے ہیں۔ یہ ناشپاتی نما سوطیہ ہیں جن کا طول ۱۰ لیکر ۱۰ ماگران تک اور عرض ۵ سے لیکر ۱۰ ماگران تک ہوتا ہے اور ان کے جسم کی بطنی سطح پر ایک مقعر قاصہ ہوتا ہے۔ دیر سے بقیہ نما اجسام بخونہ ہیں جن کا طول ۸ سے لیکر ۱۴ ماگران تک ہوتا ہے اور ان میں چار چھ لے چھوٹے

کردی نوات، مرکزی محور خیطے (central axonemes) اور سوط ہوتے ہیں۔
خلیہ درجن (cytostome) موجود نہیں ہوتا اور سیال غذا جسم کی سطح پر سے
جذب ہوتی ہے۔

1084

امراضیات - وینی اڈن (Wenyon) کا یہ بیان ہے کہ بیش بہت
سے معائے صغیر کی سطحوں میں میکافنی خراش پیدا ہو سکتی ہے لیکن مرطی سطحوں
میں نفوذ ہونے یا ان کے متفرج ہونے کا کوئی رجحان نہیں پایا جاتا۔
علامات - سوطی شکلیں صرف ڈھیلی اجابتوں میں پائی جاتی ہیں
جن میں بعض اوقات بہت سا مخاط موجود ہوتا ہے لیکن خون کبھی نہیں ہوتا۔
یہ امر ابھی تک تنازع فیہ ہے کہ آیا اسہال سوطیوں سے پیدا ہوتا ہے یا
سوطیہ ڈھیلی اجابتوں کی وجہ سے ان حاطوں میں ظاہر ہوتے ہیں جن میں دیگر بند
شکلیں پائی جاتی ہیں۔ جن حالتوں میں کوئی دوسرا مرض عامل موجود نہ ہو ان میں
یہ معقول معلوم ہوتا ہے کہ سرایت کے استیصال کی کوشش کی جائے جب تک
کوئی دوسرا سبب بھی ساتھ ہی موجود نہ ہو اس وقت تک موت ہرگز واقع
نہیں ہوتی اور نہ مرض خطرناک صورت اختیار کرتا ہے۔

علاج - اگر عدم حامضی (achlorhydria) موجود ہو تو بائسڈرو
کلورک ترشہ سے علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ کوئی نوعی دوا ممکن تحصیل
نہیں ہو سکا اثر یقینی ہو، لیکن کار بار سون، شلو وار سال اور بیٹرن سے
سوطیہ دار اور دیرہ بند دونوں قسم کی شکلیں بعض اوقات غائب ہو جاتی ہیں۔
ہیگنر (Hegner) نے ایسی غذا کے استعمال کا مشورہ دیا ہے جس میں
پرومین اور ہری سبز یوں کی مقدار زیادہ ہو اور کاربوہائیڈریٹ کم ہو۔ سلیشیم
سلفیٹ کے مرکب محلول (۲۵ فیصدی) سے آٹھ عشری کی تغیل (lavage)
کرنے سے بھی بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے۔

ویدانی امراض

(Helminthic Diseases)

ویدان (helminths) کہتے ہیں ایسے گروہ ہیں جن سے انسان میں مرض پیدا ہو سکتا ہے۔ (۱) ویدان مشقبہ (Trematodes) یا وشیعات (flukes) جو روہ، جگر، پیچشروں اور عروقی نظام میں رہتے ہیں۔ (۲) ریبانیہ (Cestodes) یا فیتے (tape-worms) جو بالغ شکل میں روہ میں یا دیری شکل میں بانٹوں میں پائے جاتے ہیں۔ (۳) سلکے (Nematodes) یا ویدان مستدیرہ (round-worms) جن کی سکونت امعاء و اجسام میں ہوتی ہے۔ مرض اثرات مندرجہ ذیل حالتوں سے پیدا ہوتے ہیں یہ مکمل اختلالات، منخفض معدی معوی فعل، مختلف اقسام کی قدم دموبیت، بلا واسطہ میکافی فعل، بانٹوں میں انڈوں اور مضفوں کی فراہمی، ثانوی جراثیمی ممرایت، سبھی اشیاء جن کا افراز طفیلیوں میں سے ہوتا ہے، اور ویدانی استہداف (helminthic anaphylaxis) جو ہرگز قلیل الوقوع مظہر نہیں۔

ویدان مشقبہ یا وشیعات سے پیدا شدہ امراض

(DISEASES DUE TO TREMATODES OR FLUKES)

ویدان مشقبہ (trematodes) یا وشیعات (flukes) غیر ہدیہ دار طفیلی کرم ہیں جن کا جسم فلقہ دار نہیں ہوتا، اور یہ عموماً چپٹا ہوتا ہے گو بعض کا کم و بیش استوائی بھی ہوتا ہے۔ ایک یا ایک سے زیادہ ماقصے (suckers) موجود ہوتے ہیں۔ مقدم ماقصہ جو دہنی ماقصہ (oral sucker) کہلاتا ہے منہ کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے۔ انسان میں ان کا مسکن امعاء یا صفراوی قناتیں یا پیچشروں یا بانی نظام اور وریدوں کے متصلہ ضغیرے ہیں۔
مردائیت (Fascioliasis)۔ فیثیولی ڈی (Fasciolidae) خاندان کے کئی ایک وشیعات (flukes) کے متعلق یہ معلوم ہے کہ ان کا مسکن انسان

اور دوسرے حیوانات ہیں۔ جو انسانی نوع نہایت کثرت سے پانی جاتی ہے وہ فیشیولوپس بسکی (*Fasciolopsis buski*) (ڈائی سٹوماکرلیم: *Distoma crassum*) ہے اور حیوانات میں جو نوع سب سے زیادہ کثرت سے مرض پیدا کرتی ہے وہ فیشیولا ہیپی ٹیکادڈائی سٹوما ہیپی ٹیکم ہے۔ فیشیولا جائیگنٹا (*Fasciola gigantica*) کے صرف ایک مرتبہ انسان میں پائے جانے کے علاوہ علاج بوجھل ہے۔ روایت انسان میں ایک نادر وقوع سرایت ہے۔

(۱) فیشیولوپس ہیپی ٹیکم (*Fasciola hepatica*) عموماً بھیروں میں پایا جاتا ہے اور ان میں یہ صفراوی قناتوں میں رہتا ہے اور قناتوں (liver rot) پیدا کرتا ہے۔ گاہے گاہے انسان بھی سرایت زدہ ہو جاتا ہے۔

نکث اسباب۔ انڈے جو برازیں پائے جاتے ہیں بظاہر (operculated) ہوتے ہیں اور ان کی شکل بیضوی ہوتی ہے (۱۳۰-۱۳۵ x ۶۰-۹۰ μ) اور ان میں ایک ویشیمی سرودہ (miracidium) ہوتا ہے۔ جب ویشیمی سرودہ پانی میں آزاد ہو جاتے ہیں تو یہ لمبیزائنٹولکٹولا (*Limnacea truncatula*) کی نوع کے گھونگھوں کو سرایت زدہ کر دیتے ہیں اور جگر میں لمپا کر بدری دیوروں (sporocysts) 'ریڈیاؤں' (rediae) اور ذخیل (cercariae) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ یہاں سے نکل کر ذبیحے گھاس وغیرہ پر دیرہ بند ہو جاتے ہیں۔ دیرری دیوار اثنا عشری میں مقیم ہو جاتی ہے اور جو بعد ذبیحہ (meta cercariae) نکلتے ہیں وہ رودہ کی دیوار میں سے گزرنے کے بعد جگر کی باریطونی سطح میں سے داخل ہو کر صفراوی قناتوں میں چلے جاتے ہیں۔

امراضیات۔ سرایت زدہ حیوانات میں ویشیمات میکافی طور صفراوی قناتوں کو بند کر دیتے ہیں اور اس طرح دیرری اتساع اور برقان پیدا ہو جاتا ہے۔ ان کے سموم سے امتزجی سرملہ میں شیش پرورش پیدا ہو جاتی ہے اور صفراوی قسم کی ایک کہبت (cirrhosis) رونما ہو جاتی ہے جس کے ساتھ کبھی استسقا ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ عمومی قسم الدم ہمی بعض اوقات پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ ایوسین ہمی (eosinophilia) موجود ہوتی ہے۔ ثانوی سرایت سے سرایتی التهاب تنوات صفرا اور جگر کا

خراج پیدا ہو سکتا ہے۔ گھاہے گھاہے فیشیٹولا ہیپی ٹیکا (F. hepatica) سے عروق خون پھینپھیرے چشمی اور تحت جلدی بافتیں اور دماغ تک بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔

علامات - اگر سرایت خفیف ہو تو کوئی علامات پیدا نہیں ہوتے۔ شدید اصابت میں کلائی یافتہ الیم جگر، بد ہضمی اور دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں اور موت انجام کار سرایتی التهاب قنات صفر یا جگر کے خراج سے واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص کی توثیق اجابتوں میں لمباق دار انڈول کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے۔ شام اور لبنان میں بعض مذہبی رسوم کے ادا کرنے میں بھیڑ اور بکری کا کچا جگر کھانے کا رواج ہے اور اگر یہ فیشیٹولا ہیپی ٹیکا سے سرایت زدہ ہو تو وشعیات (flukes) اکثر انسانی بلعوم سے چپک جاتے ہیں جہاں تہج اور امتلا پیدا ہو جاتا ہے جس سے متصل کانتیں مثلاً متک رخو، خنجرہ اور پوستا کی ملیاں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ نکلنے میں دقت پیدا ہو جاتی ہے اور نہر اپن اور نہر (dyspnœa) نمودار ہو جاتا ہے اور اگر مزمار متہج ہو جائے تو اختناق سے موت واقع ہو سکتی ہے۔ یہ مرض ان خطوں میں حزون (halzoun) کہلاتا ہے۔

انذار - شدید کبدی سرایتوں کی حالت میں انداز خطرناک ہوتا ہے، تا وقتیکہ مناسب علاج نہ کیا جائے۔

سختی - حزون کا انداد کچے سرایت زدہ جگر کا کھانا روکنے سے بآسانی کیا جاسکتا ہے اور جوش دے ہوئے پانی کا بغلیط استعمال کرنے اور سرایت زدہ علاقوں میں آبی سلاویا کچی سبزیاں نہ کھانے سے کبدی روایت کا انداد ہو سکتا ہے۔

علاج - انسان میں کسی نوعی دول سے علاج کرنے کے متعلق زیادہ معلومات ابھی تک حاصل نہیں ہوئیں، لیکن بھیڑوں میں کاربن ٹیٹر اکلورن اور فلکس ایس کے مقدار کا استعمال جو جسم کے وزن کے لحاظ سے کیا جاتا ہے

اور جو جس گھنٹہ کے اندر جس کا ٹکرا کر کیا جاتا ہے بہت موثر ثابت ہوا ہے جن ممالک میں کسٹیم کی قلت موجود ہو ان میں کسٹیم سے علاج کرنا بہت مناسب ہوتا ہے کیونکہ اس سے وہ سبھی تخریق نہیں ہوتا جو بعض اوقات کاربن ٹری آکسائیڈ دینے کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔

(۲) قیشیولپس بسکی (Fasciolopsis buski) ڈسٹوما

کریسم (Distoma crassum)۔ یہ ایک بہت ہی بڑا مٹھی شیعہ (intestinal fluke) ہے جو چین، آسام، بنگال، ملایا اور بورنیو میں پایا جاتا ہے۔

دور حیات۔ ناپختہ بیضے برازیں خارج ہوتے ہیں اور زمین سے لے کر سات ہفتہ تک کی مدت کے بعد کوشیمی سرودہ (miracidium) بالغ ہو جاتا ہے یہ طباق میں سے نکل آتا ہے اور بعض نرم گوشتہ جانوروں (molluscs) اپیلینریس سینٹومس: Planorbis cornosus اور سیگنٹینائیٹی ڈولا Segmentina nitidula وغیرہ کے جگر پر حمل آور ہوتا ہے اور یہاں اس سے بذریعہ دور سے ریڈیا اور ذنبیہ پیدا ہوتے ہیں جو آزاد ہو کر سیج جینی (water chestnut) اور سنگھارے (water caltrop) کی طرح کے آبی پودوں پر دویرہ بند ہو جاتے ہیں۔ انسان سرایت زدہ جذوع (corms) کو کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے اور ذنبیہ اثنا عشری میں دویروں کی شکل اختیار کرتے اور بالغ ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ امتحان نعر پر وشیعات معائے صغیر کے مخالفہ سے چسپیدہ پائے جاتے ہیں۔ اثنا عشری میں یہ خاص طور پر اور معدہ اور معائے کبیر میں یہ گاہے گاہے ملتے ہیں۔ نقصان مقام التهاب، نزفات اور خراجات تک بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔

علامات۔ خفیف سرایتوں میں مریض ہر معدی درد اور بد ہضمی کی شکا کرتا ہے جو کھانا کھانے کے بعد رفع ہو جاتی ہے۔ شدید اصابات میں یہ علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں اور تنازعہ مارج میں جلد سخت اور خشک ہو جاتی ہے، چہرہ اور جوارح پر ہیچ پیدا ہو جاتا ہے، نہاکت، لاغری، اسہال اور استسقاء بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔۔۔ مرض بعض اوقات معوی سرایت یا معدی یا اثنا عشری قروح کے مشابہ ہوتا ہے، لیکن ایٹومین پسندی دیدانی سکونت کی طرف اشارہ کرتی ہے اور اجابتوں کے امتحان سے فیشیولاپسوسکی (F. buski) کے طباق دار بیضیوں (۱۲۰—۱۳۰ x ۴۵—۸۰ μ) کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔
 متحرک خلافت کی تعظیم اور سنگھارے اور سیج چینی کو کھانے سے پہلے جوش دے لینے پیشکش ہے۔

علاج۔ کاربن ٹیڑا کلورائیڈ ۳ کعب سنٹی میٹر مقدار میں دینے سے جس کے بعد ملین دیا جاتا ہے، یا بیٹا نیفتھال کی دو خوراکیں (ہر ایک ۲ کعب سنٹی میٹر) دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔

پیرام فسٹومیٹ (Paramphistomiasis)۔ پیرام فسٹو مائیڈی (Paramphistomidae) خاندان کے دو انواع انسان میں مرض پیدا کرتے ہیں اور یہ گیسٹروڈسکاٹائیڈز تھائس (Gastrodiscoides hominis) اور وائسونیٹس وائسونائی (Watsonius watsoni) (سیلوڈوڈسکس وائسونائی: Pseudodiscus watsoni) ہیں۔ وائسونیٹس وائسونائی کا رنگ سرخی مائل زرد ہوتا ہے اور یہ اثنا عشری اور صائم میں رہتا ہے اور اس کی پیمائش ۸—۱۰ ملی میٹر x ۳—۵ ملی میٹر ہے۔ اس کے بچے ۱۲۰—۱۳۰ μ لمبے اور ۴۵—۸۰ μ چوڑے ہوتے ہیں گیسٹروڈسکاٹائیڈز تھائس کا ایک بڑا فرقہ اقصی ہوتا ہے جس کے ذریعہ سے یہ قولون کے مخاطیہ سے چپک جاتا ہے۔ یہ ۵—۸ ملی میٹر لمبا اور ۳—۴ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے اور اس کے بچے ۱۵ x ۷۲ μ ہوتے ہیں۔ علامات معوی اختلالات ہیں جو صفراوی اجابتوں اور اسہال متزل ہیں تشخیص برازیں بیضیوں کی شناخت کرنے سے کی جاتی ہے۔ کاربن ٹیڑا کلورائیڈ (۳ کعب سنٹی میٹر) نوعی معلوم ہوتا ہے۔

کلون آرکسیٹ (Clonorchiasis)۔ یہ مرض چینی و شیعہ کبد کلون آرکس (Chinese liver fluke) (Clonorchis sinensis) سے پیدا ہوتا ہے جو انسان اور دیگر پستانوں میں صفراوی قناتوں پر حملہ آور ہوتا ہے

اور صفراوی کبجیت (biliary cirrhosis) پیدا کر دیتا ہے (دیکھو صفحہ ۶۸-۲۰۷)۔

• کجکث اسباب - کلون آرکس چینی ایک کفیفہ ناشید (spatulate)

(fluke) ہے (۱۰-۲۰ ملی میٹر \times ۲-۵ ملی میٹر) اور اس کے بیضے طباق دار

زردی مائل بخورے ہوتے ہیں (۲۴-۳۵ \times ۱۱-۲۰ μ)۔ بیضے براز

میں خارج ہوتے ہیں اور شمول و شیمی سروہ (miracidium) پانی میں آزاد ہو کر بوند

گھونگے کی مری میں نفوذ کر جاتا ہے اور یہاں سے یہ گرد مریوی نضا (periesophageal

space) میں نقب لگا کر چلا جاتا ہے جہاں بذریعہ دویرے ریڈیا اور ذنبیے بنتے

ہیں۔ ذنبیے آزاد ہونے کے بعد پیرامیڈی (Percidae)، گوبیائی میڈی

(Gobiidae) اور اینابینٹی ڈی (Anabantidae) خاندانوں کی تازہ پانی کی

بعض مچھلیوں کے چھلکوں کو گھونٹ میں سے نفوذ کر جاتے ہیں۔ انسان کچی یا اچھی طرح سے

پکی ہوئی مچھلی کے کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے۔ معدی رس بیرونی کیسہ

کو مضمک کر لیتا ہے اور ریعانی سروہ (adolescaria) اثنا عشری میں پہنچ کر

جگر کی مشرک صفراوی قنات میں سے چڑھ کر جگر میں چلے جاتے ہیں اور اس کا

بایاں لختہ خاص طور پر ماکوف پایا جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ بایاں صفراوی قنات

کا ممر زیادہ سیدھا ہے (فائسٹ: Faust)۔

• اہر اقصیات - پہلے صفراوی سرعہ کا نقشہ واقع ہوتا ہے اور پھر دُشعیت

(flukes) غل اخذ کرنے لگتے ہیں اور یہ میکافی طور پر صفراوی گذرگا ہوں کو بند

کر دیتے ہیں جس سے صفراوی رکود واقع ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد صفراوی سرعہ

کا تنکائشہ انڈوں کے گرد گرد بائی بیش بھون (periportal hyperplasia) قناتوں

کی دباؤت اور عمومی تسم الدم واقع ہو جاتا ہے۔ بیش سراہتوں میں بلبی قناتیں بھی

ماکوف ہو جاتی ہیں اور شانکوی جراثیمی سرایت سے الٹہا تہلجیت صفرا (cholangitis)

اور مقامی خراج پیدا ہو سکتا ہے۔

• علامات - خفیف سراہتوں میں سراہت تحت سربری رہتی ہے لیکن

زیادہ شدید سراہتوں میں عدم اشتہا، بر معدی درد، کھانے کے بعد گرانی اور

پری کا احساس، اسہال اور لاغری پائی جاتی ہے۔ جگر کی کلانی، یرقان، بھج اور

استثنا بھی واقع ہو سکتے ہیں۔

تفصیص اجابتوں میں طباق دار بیضیوں کا منظر ہر کونے سے کیجاتی ہے۔
اندار - جن اصابات میں شدید سرایت پائی جاتی ہے ان میں موت عفونت
یا کسی دوسرے مین رومض سے واقع ہو جاتی ہے، لیکن متوسط درجہ کی انوشیف
سی سرایتوں سے شفا ہو جاتی ہے۔

تحریر - کھانے سے پہلے تازہ پانی کی مچلی کو اچھی طرح سے پکا لینے یا
زندہ گونگے کو تباہ کرنے پر مشتمل ہے لیکن موخر الذکر تدبیر کو عمل میں لانا بہت مشکل ہے۔
علاج - اگر مارٹنار ایمیکس کا دروں وریڈی اشراب کیا جائے تو اس
سے سرایت کی شدت میں تین تخفیف واقع ہو جاتی ہے اور فاسٹ اوائل مرض
میں جنشین وائیولٹ (gentian violet) کے استعمال کی تعریف کرتا ہے کیونکہ یہ
دوا ہمیشہ جلیبی غلیوں کے شمار کو کم کر دیتی ہے۔ جنشین وائیولٹ کا ۵ و ۱۰
فیصدی محلول ۴ مکعب سنٹی میٹر مقدار میں دروں وریڈی اشراب کی شکل میں ایک
دن چھوڑ دیا جاتا ہے۔ کل نصاب ۶ گرام یا ۱۰۰ اگرین سے متجاوز نہ ہونا چاہئے۔ دوسرا
متبادل طریقہ یہ ہے کہ یہ دوا ۱۲ مگرین کیرٹین خلائی گولی کی شکل میں کھانے کے بعد
تین مرتبہ دس دن تک کھلائی جائے (فاسٹ)۔

پیرا گونیمیٹ (Paragonimiasis) - یہ مرض جاپانی ریوی وشیہ
(Japanese lung fluke) (پیرا گونیمس وسترمنی آئی Paragonimus
westermanii) سے پیدا ہوتا ہے جو ریوی بانٹوں پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس
مرض میں کھانسی ہوتی ہے اور خون آلود ساق آتا ہے جس میں طفیلیہ کے طباق دار
انڈے موجود ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - پیرا گونیمس وسترمنی آئی (ڈسٹوما
ویسٹرمنی آئی Distoma westermanii) ڈسٹوما ہارنگیری (D. ringeri)
جاپان، چین، فاروسا اور کوریا میں پایا جاتا ہے۔ بالغ کی
پیدائش ۵ و ۱۲ میٹر x ۴ - ۶ میٹر ہے اور ان کے دوسرے
پتہ پھروں میں بنتے ہیں جہاں عریض، بیضوی اور طباق دار انڈے فراہم ہوجاتے

ہیں۔ یہ باقی میں باہر آتے ہیں اور گاہے گاہے براز میں بھی نکلتے ہیں۔ جب ششویہ مرد بالغ ہو جاتا ہے تو یہ طباق دار خول میں سے باہر نکل آتا ہے اور میلانا گھونٹنے (Melania snail) کی بعض انواع اور خاص کر میلانا لائی مبر لینا (libertina) پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس میں ندی دیرے 'ریڈیا' اور بعد میں ذبیحے بنتے ہیں۔ موزالذکر تازہ پانی کے بعض کیکڑوں (crabs) پھینکنا چھوٹی (cray-fish) شلتا پوٹیمون آہٹوسائپس (Potamon obtusipes) وغیرہ کے گلچھروں عضلات اور جگر میں دیرہ بند ہو جاتا ہے۔ جب کچا یا اچھی طرح سے نہ پکا ہوا سرایت زدہ کیکڑا کھایا جاتا ہے تو دیرہ دیوار معدی ریس سے حل ہو جاتی ہے اور بالغ مردہ (adolescencia) اثناعشری میں نکل آتا ہے اور معائے مغیر میں سے نفوذ کر کے شکمی کہفہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور ڈایا فرام اور پلورا کو مشتبہ کرنے کے بعد شعبہ (bronchus) میں آ جاتا ہے جہاں یہ الہابی یا میں دیرہ بند ہو کر بلوغ کو پہنچتا ہے۔

امراضیات - منقض المقام اور عمومی ریوی لیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور شعبوں میں دیرہ اتساعات اور در نہ نما خراجات پائے جاتے ہیں۔ شہید (fluke) کے گرد دیرہ نما ٹیخون نمودار ہو جاتا ہے وہ بالعموم شعبہ سے ربط رکھتا ہے اور اس راستہ سے انڈا ہوائی گذرگا ہوں میں داخل ہو جاتا ہے۔ اسی طرح کے دیرہ نما ضررات معوی مخاطیہ، بلبی اور صفراوی قناتوں، باریطون، ساریتی غد، طحال، جگر، پلورا، عضلات، خصیتین، مچھر اور دماغ میں پائے جاتے ہیں۔

علامات - سریری تصویر میں قدرتا لطفیلیوں کی تقسیم کے مطابق اختلاف پایا جاسکتا اور متعدد مختلف قسمیں جو بیان کی گئی ہیں یہ ہیں۔ (۱) دیوی قسم - اس کے میز علامات کھانسی اور نفثۃ الدم ہیں، بساق رنگت لودیمورا یا شہورہ چاشنی (anchovy-sauce) کے رنگہ کا ہوتا ہے اور اس میں طباق دار انڈے موجود ہوتے ہیں، اور طبیعی امارت شعبتی ذات الریہ تمد الشعب یا پلورائی انصباب کے ہوتے ہیں۔ (۲) شکمی قسم - جن حالتوں میں جگر، طحال،

لیلیہ یا معاؤف ہوں ان میں سریری تصویر ان اعضا کے مرض کی طرف اشارہ کرتی ہے۔ (۳) دماغی قسم۔ یہ درد سر، بخوابی، فقدانِ لفظ، جسبہ (aphasia) چشمی فسادِ فعل، صرع، جیکسن اور مختلف قسم کے استرخاؤ یا شلل کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے جس میں فالجِ نصفی (hemiplegia) اور یکہشوی فالج (monoplegia) شامل ہیں۔

تشخیص۔ مقامی مرض کے خط میں سکونت کی روئےداد اہم ہے اور جو مریض مشرقِ بعید سے آئے ہوں ان میں اگر تغث الدم پایا جائے تو باقی یا بارز میں پیوگلو نیس ویسٹر میننی آئی (P. westermanii) کے انکشاف کے لئے مستعمل تحقیقات انجام دینی چاہئے۔ تعدیل پسندی بالعموم موجود ہوتی ہے۔ اگر خون کا امتحان بالغ و شہیعات سے طیار کردہ اینٹی جن کے خلاف کیا جائے تو خون سے تشبہتِ مسموم کا مثبت تعامل حاصل ہوتا ہے۔

انذار۔ شدتِ ابتلا میں انذار خراب ہوتا ہے اور دماغی امیابات میں موت تقریباً ہمیشہ واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ تازہ پانی کا کیکڑا اور جھینکا مچھلی جو مقامی مرض کے خطوں میں سرایت زدہ پانی سے آئے نہ کھانی چاہئے۔ ایسٹین اور ٹارٹار ایمینک سے ریوی علامات عارضی طور پر رفع ہو جاتے ہیں لیکن یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا ان سے حقیقتہً شفا بھی حاصل ہوتی ہے۔

داء الفلیقہ (Schistosomiasis)۔ انسان شسٹوسومیڈی

(Schistosomidae) خاندان کے دموی و شہیعات (blood flukes) کے کئی

ایک انواع کا قطعی میزبان ہے جو بانی نظام اور اس کے معاونوں میں رہتے

ہیں اور ان کے بعض جو قدرا خشار مثلاً شاتہ (خون باقر فلیقہ Schistosoma

hamatobium اور دموی قولون (فلیقہ) میسنس Schistosoma

mansoni اور فلیقہ جاپانی (Schistosoma japonicum) میں دیتے

ہیں۔ کچھ کچھ ہے انسان بعض بتری انواع مثلاً فلیقہ بقوی (S. bovis)

یا مٹھائی کے فلیقہ (S. Matthei) سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے اور بلجی

کانگو میں فشر (Fisher) (62) نے حال ہی میں ایک جدید نوع کا ذکر کیا ہے اور وہ فلیقہا مکنوسہ (S. intercalatum) ہے جس کے انڈوں کے سب سے پر خونیاب فلیقہ کی طرح ایک شوکہ ہوتا ہے، لیکن اس کا مسکن انسان کی معاشہ نہیں۔
 ذرا حیات۔ جب بلہار یا فی بیضے پانی میں آجاتے ہیں تو ان میں سے ہر دارو شیمی سرو سے آزاد ہو کر تازہ پانی کے کسی موزوں نرم گوشہ (mollusc) پر حمل کر دیتے ہیں اور مگر میں پہنچ کر بذریعہ دو بروں میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ ان بذریعہ دو بروں سے چار سے لیکر پانچ ہفتہ تک کی مدت میں بچہ ذبیحہ کل آتے ہیں۔ جب یہ پانی میں آزاد ہو جاتے ہیں تو موزوں میزبان کی تلاش کے لئے ان کے لئے صرف چوبیس گھنٹہ سے لیکر اڑتالیس گھنٹہ تک کی مدت ہوتی ہے جس کے بعد یہ ہلاک ہو جاتے ہیں اگرچہ انسان کو یہ مرض گاہے گاہے برائیت زدہ پانی پینے سے عار ہو سکتا ہے لیکن برائیت کا بہت عام راستہ دورانِ حمل میں جلد ہے ذبیحہ بانٹوں پر عورتی اندر سے حوا اور ہوتے ہیں اور عروقِ خون کے راستہ سے یہ بانی نظام میں پہنچ جاتے ہیں جہاں یہ چھپے ہوئے بکریا ہوتے ہیں۔

مشانی داوا الفلیقہ

(VESICAL SCHISTOSOMIASIS)

(دیکھو صفحہ ۲۸-۲۳-۲۵، صفحہ ۲۹-۳۰)

بولی فلیقہ بلہار زیت (Urinary Schistosomiasis Bilharziasis)۔

یہ ایک مزمن مرض ہے جو خونِ باش فلیقہ (Schistosoma haematobium) سے پیدا ہوتا ہے اور اس کے میزبانوں میں مشانی شامل ہیں۔

جو احتسابی بولِ الدم اور پیشاب میں نہائی شوکہ دار انڈوں کی موجودگی پر مشتمل ہیں۔
 بحث اسباب۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ خونِ باش فلیقہ (Schistosoma haematobium) سے پیدا ہوا اور یہاں یہ ہزار ہا سال سے موجود ہے اور رفر (Ruffer) نے انیسویں خاندان کی ایک مومیا (mummy) میں کھلی حوض میں متکس انڈوں کا حقیقہ منظرہ کیا۔ بالغ دیدان کا ذکر بلہارز (Bilharz) نے مشانی میں قاپرہ میں کیا تھا۔ مادہ نر کی مادہ بردار قتال میں رہتی ہے اور نہ صرف ایک چٹا و شیعہ

(flat Duke) ہوتا ہے جس کے کنارے لپٹے ہوئے پتے کی طرح دروں گردیدہ ہوتے ہیں۔ بیضیوں کے ایک سرے پر ایک شکوک ہوتا ہے اور ان کی پیمائش ۱۲۰ - ۱۶۰ x ۴۰ - ۶۰ مائکرون ہوتی ہے۔ مصر میں درمیانی میزان بولینس کنٹارٹس (Bulinus contortus) شمال میں فانی مولیس افریقی (Physopsis Africana) اور ریگال میں پلینوریس میدی ڈجنس (Planorbis metidjensis) کا عترہ ڈوفوری (dafouri) ہیں۔ یہ مرض وادی نیل سے دنیا کے مختلف حصوں میں جن میں افریقہ، مڈغاسکر، قبرص، پرتگال، فلسطین، ایران اور عرب شامل ہیں کاروانوں کے راستوں کے ساتھ ساتھ حملہ آور فوجوں اور بردہ فروشی کے ذریعہ سے پہنچا۔

1088

امراضیات۔ اگرچہ بالغ کرم ماساریقی وریدوں میں بھی پائے جاسکتے ہیں لیکن ان کا اصلی مسکن وریدوں کے مثانی، قدامی اور رحمی ضمیرے ہیں جو تحتانی باثوری ضمیرے کے ذریعہ سے باہنی نظام کے ساتھ ربط رکھتے ہیں یہ فیو کی سب سے بڑی تعداد مرد میں شانہ، قدامیہ، منوی کیسکوں اور مبال میں اور عورت میں عنق اور مہبل میں پائی جاتی ہے۔ چونکہ ان فیووں کی سیلیت ورید اجوف تحتانی میں ہوتی ہے اس لئے آؤرہ بیٹھے جگر کی جگہ قدرتا پیچیدہ دو میں مقطر ہو کر رہ جاتے ہیں جیسا کہ منوی فلیقات کی حالت میں ہوتا ہے۔ جو مختلف ضررات پیدا ہوتے ہیں ان میں بلہارزیائی کا ذب درنے، جلیبی سلعات، قروح مزمن لیفیت اور شانہ کی دیوار کی دیارت اور اس کے تقبضات شامل ہیں۔ حاملین کا زہرین ایک تہائی حصہ بسا اوقات مائوف ہو جاتا ہے، اور بیٹھے قدامیہ، منوی کیسکوں اور گرد مبال میں بافتوں میں مطرح ہو سکتے ہیں۔ قضیب اور فرج کے بلہارزیائی اریکی سلعات بھی بعض اوقات پائے جاتے ہیں۔ پھیپھڑوں میں انڈوں کے مطرحات سے ریوی لیفیت کے خفیف سے مابرج پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس نوع سے سرایت واقع ہونے کی صورت میں جگر اور رودہ کے ضررات قلیل الوقوع ہیں کیونکہ ان محلات میں انڈے کم مقدار میں مطرح ہوتے ہیں۔ انڈے بسا اوقات زائدہ میں بھی پائے جاتے ہیں۔

علامات - حمل کے ابتدائی مہاج میں دوسرے اور تیسرے مہینہ میں تپ شری، ایسٹین پسندی، جسم کا عمومی درد، درد سر، قشریہ اور کھانسی پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی کبرطحال اور کبرکبہ بھی پایا جاتا ہے۔ تین سے لیکر بارہ ماہ تک کی مدت گزرنے کے بعد مثانی علامات پیدا ہوتے ہیں اور گاہے گاہے یہ علامات کئی سال تک بھی شاہدہ میں نہیں آتے۔ ابتدائی علامات یہ ہیں۔ پیشاب کرنے پر مہال میں سوزشی درد، تو اتر بول، پیشاب کرنے کی شدید ضرورت کا احساس، عجمانی درد، صلب میں درد مستمر، اور بول الدم جو ورزش اور خفاصہ کوڑے کی سواری سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ اختتامی بول الدم بول کے اختتام پر ظاہر ہوتا ہے۔ یہ یا تو مسلسل ہوتا ہے یا وقفوں پر نمودار ہوتا ہے اور یہ ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ بعض اوقات کئی ماہ کا وقفہ گزر جاتا ہے اور پیشاب میں مرنی خون بالکل نہیں آتا۔ خون عموماً شفعہ سرخ ہوتا ہے اگرچہ کبھی کبھی تار یک کرم نما ٹھکے بھی خارج ہوتے ہیں۔ متاخر مہاج میں یہ تمام نمونہ میں ساوی ہور پر منقسم ہوتا ہے اور اس حالت میں جریان خون کا ماخذ طبی معلعہ یا سرطان ہوتا ہے۔ کمر اور صلب میں اکثر درد پایا جاتا ہے اور یہ عجمان کی طرف مہال کے ساتھ ساتھ یا فوق عانی عظم میں بھی محول ہوتا ہے۔ جب قدامیہ موقوف ہو جاتا ہے تو منی الدم (hemospermia) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے اور قدامیہ کے افراآت میں بیضوں کا اس حالت میں ہی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے جب کہ یہ پیشاب میں موجود نہیں ہوتے۔ گاہے گاہے زحیر نما علامات پیدا ہو جاتے ہیں اور بابتوں میں ایسے بیضے پائے جاتے ہیں جن کے سرے پر شوک ہوتا ہے، اور اگر ان کی تلاش اس حالت میں بھی برائی مفاہ میں کی جائے جب کہ معمولی علامات موجود نہ ہوں تو بھی یہ بسا اوقات مل جاتے ہیں۔

طبیعی امتحان سے فوق عانی عظم میں ایسیت کا انکشاف کیا جاسکتا ہے اور مستقیم امتحان پر قدامیہ اور منوی میکول میں بعض اوقات ایسیت پائی جاتی ہے۔

مشانہ یعنی - بلہارزائی سرایت کی سب سے پہلی علامت تحت مخاطی

دورے ہیں جو ادرعراً و عرضتاً پائے جاتے ہیں اور ان سے شائد کا قاعدہ اور اسکی مثلث ماؤف ہوتی ہے۔ بعد میں طبعی سلعات، قروح اور "ریچی قطعاست" ("sandy patches") پیدا ہو جاتے ہیں اور مورخا لذر شوح زرد منکوسہ سے پہچانے جاتے ہیں جو منکس بیضوں سے پیدا ہوتا ہے۔ شائد بینی کے دوران میں حالبین کے ماؤف ہونے، حصیات اور سرطانی سلحہ کا انکشاف بھی بعض اوقات ہو جاتا ہے۔ کلاشعاعی امتحان۔ یوروسیکلکٹان (uroselectan) کے اثرات سے سعدانوں (polypi) حصیات، قسح حالبین یا استسقاء الکلیہ کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے اور پھیپھڑے کی شعلہ نگارشوں سے ریوی لیفیت ظاہر ہو سکتی ہے۔ امتحان بول۔ اول اول پیشاب کا تعامل ترشی ہوتا ہے اور اس میں غن اور مخاط کا مطروح پایا جاتا ہے۔ خود بین سے تحقیقات کرنے پر ریوی خلیات، خلیات امر، اور ایسے بیضوں کا انکشاف ہوتا ہے جن کے سرے پر شوک ہوتا ہے اور یہ سب آخری چند کعب نشی میٹر میں خاص طور پر مرکوز ہوتے ہیں۔ بیضوں کا مظاہرہ کرنے کے لئے بعض اوقات کئی امتحانات کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب پیشاب سرایت زدہ ہو جاتا ہے تو یہ قلوئی ہو جاتا ہے اور پیپ کا بہت بڑا مطروح پایا جاتا ہے۔ کلوئی عدم کفایت کثافت نوعی کے کم ہو جانے سے ظاہر ہوتی ہے اور کلوئی فعل کے لئے مختلف کاشفات اسخام دینے سے یوریا کے خسران کی استعداد میں کمی پائی جاتی ہے (دیکھو کلوئی فعل)۔ نائٹروجنی احتباس پیدا ہو جاتا ہے۔ خون کا شمار۔ حملہ کے ابتدائی مدایج میں بلند درجہ کی ایونین پسند کثرت خلیات ابیض پائی جاتی ہے اور اس کے ساتھ شری اور تپ موجود ہوتی ہے۔ جگر کثرت خلیات ابیض ۱۵,۰۰۰ سے لیکر ۲۵,۰۰۰ فی کعب ملی میٹر ہوتی ہے اور ایونین پسند خلیات ۱۵ سے لیکر ۷۰ فیصد تک ہوتے ہیں۔ بعد میں کل شمار اور ایونین پسند خلیات کم ہو جاتے ہیں اور مزمن امیابات میں یہ طبعی حد تک پہنچ جاتے ہیں۔ مقیم تثبیتی تعامل۔ حملہ کے ابتدائی مدایج میں پیشاب میں اشدوں کے خارج ہونے سے پہلے مصل اس انٹی جن کے خلاف جو ایسے جگروں کے انکلی خلاصہ کے طور پر لمبار کی گئی ہو جو فہیوں کے مسکن ہوں ایک قوی مثبت تعامل دیکھا ہے۔ یہ تعامل

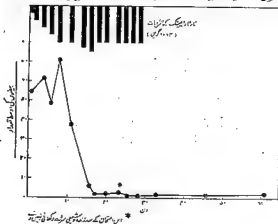
بہت سے اصابات میں مرض کے تمام عمر میں برقرار رہتا ہے لیکن داوا الفلیقہ کی مرہم
 اینٹول میں اس کی شدت میں تخفیف ہو جاتی ہے اور مثبت تعاملات کی شرح میں کمی
 واقع ہو جاتی ہے یہ تعامل اگر وہی قسم (group nature) کا ہے اور اس سے
 انسان میں سرایت پیدا کرنے والے فلیقعات کے مختلف انواع میں تیز نہیں کیجی سکتی
 میاں ادمی کا شفا - اس کا شفعہ سے لہارزیائی پروٹین کے لئے بیش مساہیت
 کا انکشاف ہوتا ہے اور یہ ایسے جگر کے جو ذنبیوں کا مسکن ہو، فیصدی مقطر
 لمحی محلول کی ۲۵ و مکعب سنٹی میٹر مقدار کا میاں ادمی اثراب کرنے سے انجام دیا
 جاتا ہے۔ جو اشخاص داوا الفلیقہ کے مریض ہوں ان کی ایک بہت بڑی تعداد میں
 مثبت تعاملات حاصل کئے جا سکتے ہیں، لیکن اس امر کا کچھ پتہ نہیں چلتا کہ آیا سرت
 ابھی ہوئی ہے یا بہت دیر پہلے سے واقع ہو چکی ہے۔

پیچیدگیاں - ناناوی جراثیمی سرایت سے علوفتی التهاب شائد، التهاب
 حوض گردہ معدوی، اور تھیب الکلیہ پیدا ہو سکتے ہیں، اور حالب کے لہارزیائی
 فیق یا حلیبی سلعہ سے اس میں تردد واقع ہونے سے خلقی دباؤ پیدا ہو جاتا ہے
 جس سے استسقاء الکلیہ یا مزمن رنکی التهاب گردہ واقع ہو جاتے ہیں۔ قضیبی
 سرطان سلعہ، مہانی ناسور اور گرد مہانی خراج قلیل الوقوع نہیں، اور خصیات
 اور مثانی سرطان سلعہ متاخر پیچیدگیوں میں سے ہیں۔ فرگسن (Fergusson) نے
 خون باض فلیقما (شٹو سونا ہیمنوٹو بیٹم) اور مثانی سرطان سلعہ کے تلامزم پر
 زور دیا ہے اور یہ بتایا ہے کہ یہی مصر کا عام سرطان ہے۔ لہارزیائی اور کئی ملعات
 سے، مذکورہ بالا مثانی ضررات کے علاوہ، شفرتین، مہبل، عنت، رحم اور فلوپی دیا
 بھی ماؤف ہو سکتی ہیں۔

تشخیص - تشخیص مختلف مذکورہ بالا تحقیقاتوں مثلاً پیشاب کے غریبی
 امتحان (جو ایسے بیضوں کے لئے کیا جاتا ہے جن کے سرے پر شوک ہو) مثلاً مینی اور
 معلیاتی کاشفات سے کی جا سکتی ہے۔

انذار - ابتدائی مابرج میں انذار بالکل تسلی بخش ہوتا ہے بشرطیکہ مناسبت
 علاج کیا جائے۔ کلوی عدم کفایت، اور ناناوی جراثیمی سرایت اور ایسی پیچیدگیوں

کے وقوع سے جیسی کہ مریضانی سلسلہ ہے مرض کے خطرہ میں قدرتا اضافہ ہوجاتا ہے۔
تھریز۔ جو تباہی مرض کے اشداد کے لئے اعتیاد کی جاسکتی ہیں وہ سب
ذیل ہیں ۱۔ سرایت زدہ پانی کے تماس سے احتراز کیا جائے، برہنہ گھونگے کو
نکال دیا جائے یا تباہ کر دیا جائے، پانی کی رسد کو براز سے ملوث نہ ہونے دیا جائے
اور مرض کا نوعی ادویہ کے استعمال سے استیصال کر دیا جائے۔



شکل ۱۰۲۔ مٹانی بلہار زیت (شٹو سوما ہیمنو ہیٹ) کا ایسٹین سے علاج
کرنے کے بعد قابل حیات ہیضوں کی عدم موجودگی ظاہر کی گئی ہے۔

علاج۔ نوعی ادویہ ممکن الحصول ہیں امدان میں سے اہم ترین ایسٹین کے
سہ گرفتہ مرکبات ہیں جو ٹارٹار ایٹک اور فوآڈین (fouadin) ہیں۔ ایسٹین
ہائیڈروکلورائیڈ بالغ فلیقات کے لئے ہلک اثر رکھتا ہے، لیکن اسے سخی
خواص کی وجہ سے یہ کم اطمینان بخش ہے۔ (۱) ٹارٹار ایٹک ٹارٹار ایٹک ٹارٹار
(Christopherson) نے ٹارٹار ایٹک سے دواء الفلیقہ کا کامیابی سے

علاج کرنے کا طریقہ رائج کیا۔ اس طریقہ میں یہ دوا ہر دوسرے دن دروں و ریدی راستہ سے۔ اکعب سنٹی میٹر محلی محلول میں دیجاتی ہے، اور ابتدا پر گرین کے معادل سے کی جاتی ہے اور ہر اشراب میں ۱/۲ گرین کا اضافہ کیا جاتا ہے حتیٰ کہ اعظم مقدار ۲ گرین تک پہنچ جاتی ہے۔ جس دن اشراب کرنا ہو اس دن تازہ محلول تیار کرنا چاہئے۔ اور اسے جوش دیکر اس کی تعقیم کر لینی چاہئے۔ اوسط وزن کے بالغ شخص کے لئے کل نصاب ۴۰ گرین دینا چاہئے۔ اس دوا کا فصل یہ ہے کہ یہ فلیقات کو عرقی نظام میں ہلک کر دیتی ہے، اور اس کے استعمال کے بعد قابل حیات، پیٹھ فضلات میں سے بہت جلد غائب ہو جاتے ہیں (شکل ۱۰۲)۔ چونکہ اس دوا سے قے کا بھی احتمال ہوتا ہے اس لئے یہ غالی معدہ پر کھانے سے کوئی چار گھنٹہ بعد دینی چاہئے۔ اس کے دینے کے بعد آدھ منٹ سے لیکر ایک منٹ تک کے عرصہ میں شہی کھانسی پیدا ہو جاتی ہے اور تاخیر مدیح میں اس کے دینے کے بعد عضلی درد اکثر پیدا ہو جاتے ہیں۔ جو پچھیدہ اصابت میں یہ دوا اچھی طرح سے برداشت کی جاسکتی ہے لیکن جن مریضوں میں گردہ نافوف ہو چکا ہو یا عفونت یا کدی کہبت موجود ہو اس دوا کا استعمال مناسب نہیں۔ دروں و ریدی اشراب کرتے وقت اس امر کے متعلق سخت سے سخت احتیاط کرنی چاہئے کہ دوا تحت جلدی بافتوں میں نہ چل جائے کیونکہ اس سے شدید التهاب وسیع تغز او تفرج واقع ہو جاتا ہے۔ (۲) فوآڈین (fouadin) یا نیو اینٹی موسان (neo-antimosan)۔ اس کا ایک بڑا قاعدہ یہ ہے کہ اس کا اشراب دروں و ریدی راستہ کی جگہ دروں عضلی راستہ سے کیا جاسکتا ہے اور اس کے سہی نظا ہر شا فوڈنا دربی دیکھنے میں آتے ہیں۔ اشراب ایسی پیکاری سے کیا جاتا ہے جو تمام کی تمام شیشے کی بنی ہوئی ہو اور فیصدی محلول استعمال کیا جاتا ہے۔ کل نصاب ۱۰ اکعب سنٹی میٹر پستقل ہے اور یہ مقدار نو دروں عضلی اشرابات میں پندرہ دن کے عرصہ میں دی جاتی ہے۔ (۳) ایمینٹین ہائیڈرہ کلورہائیڈ یا ٹیکیلال (Tyskalas) ۱/۴ ۱ گرین ایمینٹین روزانہ ۱۰ دن تک دینے کی تعریف کرتا ہے۔ یہ دوا اگرچہ مرثر ہے لیکن خطرناک ہے اور اب جبکہ بچوں اور جوانوں میں دروں عضلی استعمال کے لئے

فراڈن ممکن الحصول ہے اس کے استعمال کے لئے کوئی معقول وجہ نہیں۔ متن میں جن مختلف سپیڈگیوں کا ذکر کیا گیا ہے ان کے پیدا ہونے پر ان کا علاج طبی اور جراحی اصولوں پر کرنا چاہئے۔

معوى داوا الفلیقہ

(INTESTINAL SCHISTOSOMIASIS)

یہ ایک مزمن قولونی التهاب ہے جو فلیقہ (Schistosoma mansoni) سے پیدا ہوتا ہے اور افریقہ اور جنوبی امریکہ کے مختلف حصوں میں پایا جاتا ہے۔ بالغ کرم کا مسکن جگر میں بائی وریڈ کی شاخیں اور ماساریتی وریڈیں ہیں۔ انڈوں پر تیز جانبی شوکے ہوتے ہیں، انکی چمک ۱۳۰-۱۵۰ x ۶۰-۷۰ میکران ہوتی ہے اور یہ تسلیل اور میضوی ہوتے ہیں۔ مصر میں عام برندہ پلینوریس براشائی (Planorbis boissyi) مثال میں پلینوریس انگریزی (Planorbis africana) اور جنوبی امریکہ میں پلینوریس اولی وے شپس (Planorbis olivaceus) ہے۔ جزائر مغرب الہند میں برندہ پلینوریس کواڈی لویپینس (P. quadeloupensis) ہے جو جنوبی افریقہ سے آنے والے حبشی غلاموں کے ذریعے سے سرایت زدہ ہوا۔

امراضیات۔ بعضی ملیوں کے مطروح ہونے سے ابتدائی مدارج میں استلا واقع ہو جاتا ہے اور مناظ افراط سے پیدا ہوتا ہے اور بعد میں بہت چھوٹے چھوٹے درنے یا چھوٹے چھوٹے بے ساقہ تودے بن جاتے ہیں یا ساقہ دار بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں جو بعض اوقات جیمہ بڑی جاست اختیار کر لیتی ہیں اور ان کے اغتاث سے قولونی مخاطیہ میں مدور قرعے بن جاتے ہیں۔ زائدہ عموماً متاثر یا جاتا ہے اور لمبا زریائی دلوں سے تحت معلى طبقات مآوف ہو سکتے ہیں اور اس حالت پر تدرن کا شبہ ہوتا ہے۔ متاخر مدارج میں گرد بائی کھدی کھت (periportal hepatic cirrhosis) عموماً پائی جاتی ہے اور اس کے ساتھ بعض اوقات کلمان بھی پایا جاتا ہے۔ جل شوکی کے لمبا زریائی التهاب نہج کا بھی اندراج کیا جا چکا ہے۔

علامات - ابتدائیں تپ شرابی کے ساتھ آتی ہے اور ایٹومین ہندی
'شعبی خصائص' در شکم، کبرکبد، کبر طحال اور اسہال پائے جاتے ہیں۔ بعد میں
اجابتوں میں جانبی شوک دار جھینے خارج ہوتے ہیں۔ ارتشہای پیش ایک سے
نیکر سات ہفتہ تک رہتا ہے اور جنگ عظیم کے دوران میں مصر میں برطانوی فوج
میں قلیل الوقوع نہیں تھا۔ مریض کے معرض سرایت میں آنے کے تقریباً تین ماہ بعد
رودی علامات نمودار ہوتے ہیں اور یہ بعض اوقات استعد زخیف ہوتے ہیں کہ
اس عارضہ کی طرف بہت ہی کم توجہ دیا جاتا ہے۔ اسہال کے حادثوں اور زخ
(tenesmus) کے ساتھ اجابتوں میں خون اور مخاط کے آنے کی روئداد عموماً موجود
ہوتی ہے۔ یہ حملے وقفوں سے ہوتے ہیں اور سرزی لگنے یا غذا میں بد پرہیزی کرنے
سے یہ زیادہ سرعت سے واقع ہوتے ہیں۔ حملوں کے درمیان اجابتیں ٹھوس ہوتی
ہیں اور ان پر اکثر مخاط کی تہ موجود ہوتی ہے جس میں جانبی شوک دار انڈے پائے
جاتے ہیں اور مزمن اصابت میں بھار زبانی طبیی سلعات بن سکتے ہیں جو نرم تودوں کی
شکل کے جھتے ہیں اور جھکا دیوا شکم میں چسکا جاسکتا ہے اگر یہ تودے مکمل تقیم میں موجود ہوں تو ان
سے معتد تکلیف پیدا ہوتی ہے اور یہ مریض سے باہر نکل آتے ہیں اور سقوط
(prolapse) پیدا ہو جاتا ہے۔ بھار زبانی اریکی سلعات اور ناسور بعض وقت
مرین اور مبرز کو متاثر کر دیتے ہیں اور گاہے گاہے سطحی سلسلہ بھی پیدا ہو جاتا
ہے۔ گرد بائی کبنت اور کبر طحال کی پیچیدگیاں بیشتر مزمن اصابت میں پیدا
ہو جاتی ہیں اور یہ قطبیلیہ مصری کبر طحال کے سلسلہ اسباب میں سے ایک ہے۔

تشخیص - اجابتوں میں بیضیوں کا مظاہرہ کرنے کے علاوہ سینہ بینی اور
مستم تشبہی تعامل سے ان بھار زبانی ضررات کو ایمانی اور مہذب زحیر اور قرحی
التهاب قولون سے پیدا شدہ ضررات سے تمیز کرنے میں اہم معلومات حاصل
ہوتی ہیں۔ خفیف سرایتوں کی حالت میں بیضیوں کا مظاہرہ کرنے کے لئے اجابتوں
کا بار بار امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ سینہ بینی سے امتحان کرنے پر
ابتداءً مرض میں بعض اوقات چھوٹے چھوٹے نزفات یا سفیدی بالی بھار زبانی
کا ذب دونوں کا انکشاف ہوتا ہے اور تا نردابج میں طبیی سلعات اور قروح

پائے جاتے ہیں۔ ان ضرات سے کند محرف سے کھرچنیں حاصل کرنی جائیں تو ان میں بیضیوں کا مظاہرہ عموماً کیا جاسکتا ہے۔

اندازہ جن مرقی اصابات میں کہتے یا دوسری شدید پیچیدگیاں موجود ہوں ان کے علاوہ دیگر اصابات میں جدید علاج موثر ثابت ہوتا ہے۔

علاج۔ حفاظی اور شافی علاج ویسا ہی ہے جس کا ذکر مثانی و الفلیقہ میں کیا جا چکا ہے۔ فلیقہ مینسن سے پیدا شدہ کبر لحال کے اصابات میں بعض وقتاً لحال برآری (splenectomy) کی ضرورت ہوتی ہے۔

واو الفلیقہ ایشیائی

(ASIATIC SCHISTOSOMIASIS)

کاٹایاما مرض (Katayama disease) تپ وادی

ینگسی (Yangtze Valley Fever)

یہ مرض ایک مزمن قولونی التهاب ہے جو مشرق بعید میں پایا جاتا ہے اور فلیقہ جاپانی (Schistosoma japonicum) سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ

کرم بانی نظام میں رہتے ہیں۔ ان کے انڈے بیضوی ہوتے ہیں اور انکی چالش ۶۰ — ۶۰ x ۱۰۰ — ۵۵ مائکرون ہوتی ہے اور ان پر ایک جانی گومڑی ہوتی

ہے۔ درمیانی میزبان طباق وار گونگہ ہیں۔ وادی ینگسی میں بزندہ اونکو میلانیا (Oncomelania hupensis) ہے اور چین کے جنوبی مشرقی

ساحل اور جاپان میں بزندہ اونکو میلانیا فوسفوس (Oncomelania nosophora) ہے۔ فلپائن اور فارموسا میں بھی اس مرض کے اصابات کا

اندراج کیا جا چکا ہے۔ امراضیات۔ امتحان نعش پر قولون میں دبا زت اور انداب پایا جاتا

ہے اور ممکن ہے کہ طبیبی سلعات بھی موجود ہوں جن سے مخاطیہ ناؤف ہوتا ہے اساریقا دبا زت یافتہ اور قصیر ہوتی ہے اور بڑے بڑے حکم پس باریطونی غد

آپس میں منضم پائے جاتے ہیں جو سلعات کے مشابہ ہوتے ہیں۔ دیگر ضرات بانی

اور ماساریتی خود کی خلقیت، جگر کی گرد بائی کبست اور کبر لحوال پر شتمل ہیں۔ جگر کی
لیفیت اور دماغ کے اریکی سلعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے۔

علامات - ذنبیوں (cercariae) کے جلد پر حمل آور ہونے سے ذنبی الہاب
پیدا ہو سکتا ہے اور ایسا تمام فلیقوں کی سرایت کی حالت میں ہوتا ہے، لیکن ایسا معلوم
ہوتا ہے کہ ایشیائی قسم میں یہ خاص طور پر واقع ہوتا ہے اور ایک سو ڈیڑھ دن تک میں بنی انہما
کو پہنچ جاتا ہے۔ ابتدائی اسمی درجہ بے قاعدہ متغیر تپ سے متمیز ہوتا ہے جو کئی ایک وقت
تک جاری رہتی ہے اور اس دوران میں ثروی طغانات، زیر جلدی بافت کے عارضی
تہجوات، بر معدہ اور زیر معدہ کا درد، قے، اسہال، بھر اور کھانسی بھی پیدا ہو جاتی ہے۔
امتحان سے کبر لحوال، کبر کبد، ملوہ آوازوں، اور پھیپھڑوں کے قاعدوں پر اصریت،
اور شدید ایٹوسین پسندی کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔ اس درجہ میں متمم قبضیتی تعامل شد
سے منفی ہوتا ہے اور ادھی بیش حساسیت کا مظاہر ہو کیا جاسکتا ہے۔ اس سے اگلا درجہ
تیسرے ماہ کے اختتام پر ترخرا اور مغالطی دموی اجابتوں سے شروع ہوتا ہے جن میں غامبی
گو موی دار بیضے ہوتے ہیں۔ اب تو لون الیم اور جس پذیر ہو جاتا ہے اور اختلاالات فہم
اور نقص تغذیہ کے آثار نمودار ہونے لگتے ہیں۔ تیسرے درجہ میں بائی تسدومع استقا
اور کبدی عدم کفایت کی شہادتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ دماغ کے بلہارزیائی اریکی سلعات
کی سرری تصویر ایسی ہوتی ہے کہ اس سے دماغی سلعات کا شبہ ہوتا ہے اور یہ درد مزہ
قے، الہاب، عصب بصری، عصبی شلل کے مختلف اقسام اور یکسنی قسم کی صرع پر
مشتمل ہوتی ہے۔

تشخیص - سہمی درجہ میں تپ معوی، مسومیت غذا اور ریوی تمدن کا شبہ
پیدا ہو سکتا ہے، لیکن تعدیل پسندی اور متمم قبضیتی تعامل سے اس عارضہ کی بلہارزیائی
اصل کی شناخت بیضوں کے نمودار ہونے سے پہلے ہو جانی چاہئے۔ زیری خصائص
جن کے ساتھ جگر کی کلائی بھی موجود ہوتی ہے ایسا ثیت اور معوی دار الفلیقہ میں شکر کہ
ہیں اور شخص صرف سینہ یعنی اور معلی تدبیری سے ممکن ہوتی ہے۔

انذار - جن مریضوں میں سرایت بار بار واقع ہو ان میں موت، بیشتر واقع
ہو جاتی ہے، لیکن اگر جگر خاصا تندرست ہو اور کوئی بین رومض موجود نہ ہو تو جدید علاج کا

عموماً اطمینان بخش اثر ہوتا ہے۔ تمام انسانی انواع میں سے اس نوع کا شافی علاج مشکل ترین ہے۔

علاج۔ علاج دوسری فلیقی سرایتوں کے علاج کے مشابہ ہے جس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے۔ دماغی اریجی سلعات کے اصابات میں ازلاضغط (decompression) کی کوشش کرنے سے پہلے مارٹنر ایمپیک کے علاج کا ایک شدید نصاب پورا کر لینا چاہئے۔

ہیٹیروفائیس بیت (Heterophyidiiasis)۔ یہ مرض ہیٹیروفائیس بیت (Heterophyidae) خاندان کے وشیمعات (flukes) سے سرایت واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ انسان تین انواع کا ممکن ہو سکتا ہے۔ ہیٹیروفائیس ہیٹیروفائیس (Heterophyes heterophyes) ہیٹیروفائیس کیٹسورادائی (Heterophyes katsuradai) اور میتاگونیمس یوکاگوائی (Metagonimus yokagawai)۔

ہیٹیروفائیس ہیٹیروفائیس (Distoma heterophyes) (ڈسٹوما ہیٹیروفائیس) (وغیرہ)۔ یہ چھوٹا سا وشیمع (fluke) انسان اور دوسرے پرستانوں مثلاً کتے اور بلی کے معدہ میں رہتا ہے۔ یہ نہایت ہی چھوٹا ہوتا ہے اور اس کی پیمائش ۱۔۵ × ۱۔۳ سے ۲۔۰ میٹر ہے۔ اس کے انڈے بیضوی شکل کے، ہلکے بھورے رنگ کے اور طباق دار ہوتے ہیں جن کی پیمائش ۲۸ — ۳۰ × ۱۵ — ۷ میکران ہوتی ہے۔ انسان ایسی میسٹ (mullet) کے کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے جس میں دیرہ بند ذبیحے موجود ہوں یا مریخو انواع کی سرایتیں اس قدر قلیل الوقوع ہیں کہ کسی مفصل بیان کی ضرورت نہیں۔

امتحان بخش پر وشیمعات اپنے ماقوں کے ذریعہ سے معوی مخاطیہ سے چسپیدہ پائے جاتے ہیں جہاں یہ خفیف سے الہابی تغاٹات اور مقامی انیوسین اپنڈیکل پیدا کر دیتے ہیں خفیف سی سرایتوں کی حالت میں یہ مرض تحت سرری رہتا ہے لیکن جن حالتوں میں کثیر التعداد طفیلیہ موجود ہوں ان میں معوی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں اور بدھمی، اسہال اور برازالدم پیدا ہو جاتا ہے۔ تشخیص برازیں ہیٹیروفائیس ہیٹیروفائیس (H. Heterophyes) کے طباق دار انڈوں کی شناخت کرنے سے کی جاتی ہے۔ جہاں تک علاج کا تعلق ہے کاربن ٹیٹراکلورائیڈ، بیٹانیتھال اور تھائیمال سب کے سب موثر ثابت ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ وشیمع بہت چھوٹے ہوتے ہیں

اس لئے اجابتوں کو باریک مل کے کپڑے سے چھاننا چاہئے کیونکہ معمولی طریقہ سے چھاننے سے ان کے ضائع ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

ریبانیوں یا فیتیلوں سے پیدا شدہ امراض

(DISEASES DUE TO CESTODES OR TAPE-WORMS)

بالغ ریبا نیے (cestodes) مطول اور نغیتہ نما ساختیں ہیں جو عموماً تعلقوں میں منقسم ہوتی ہیں جو کرم پارے (proglottides) کہلاتے ہیں۔ ہنگ انگھ ستر پر راس الشریطہ (scolex) ہوتا ہے اور یہ قطعہ دار حصہ سے ایک پتلی گردن کے ذریعہ سے ملا ہوتا ہے۔ بالغ فیتیلوں سے انسان اور دوسرے حیوانات میں معوی شریطیت (intestinal taeniasis) پیدا ہوتی ہے جو قطعی میزبان کے طور پر کام دیتے ہیں۔ بدنی شریطیت (somatic taeniasis) ان حالتوں میں پیدا ہوتی ہے جن میں درجہ نمودریانی میزبان کے عضلات یا اس کی بانٹوں میں گذرتا ہے۔

معوی ریبانیت (Intestinal Cestodiasis) (۱) خنزیر ہی شریطیہ (Taenia solium) یعنی لحم خنزیر کا فیتیلہ انسان میں معائے صغیر کے بالائی شکم میں پایا جاتا ہے۔ اس کا طول ۶ تا ۱۰ فٹ ہوتا ہے اور سرگوچی ہوتا ہے چار دھتے ہوتے ہیں ایک تہ لچہ (rostellum) ہوتا ہے اور خطافوں کی روداری قطاریں ہوتی ہیں جو ایک دوری سے قبائل ہوتی ہیں۔ رحم کرم پارہ (proglottis) کے وسطی مستوی میں واقع ہوتا ہے۔ اس کی شکل نالی نما ہوتی ہے اور اس میں شاعر جانی علفیات بارہ سے زیادہ نہیں ہوتے۔ بیضے شکل میں گردی ہوتے ہیں اور ان کا قطر ۰.۳ تا ۰.۴ ماگران ہوتا ہے۔ غول موٹا ہوتا ہے اور ان میں ایک خیطی کرہ (oncosphere) ہوتا ہے جس پر خیطیات کے تین جوڑے ہوتے ہیں۔ حامل کرم پارے الگ ہو کر برازیں خارج ہوتے ہیں جس میں یہ شکستہ جاتے ہیں اور ان میں سے اندے باہر نکل آتے ہیں۔ یہ اندے درمیانی میزبان یعنی سور کے غذائی خطے میں یا تو فوت پانی کے ساتھ یا اس وقت جبکہ وہ اپنی غذا کو دیکھ کر حاصل کر رہا ہو داخل ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات خود بھی درمیانی میزبان نہ جاتا ہے۔ اندر داخل ہوئی کے بعد غول مل جاتا ہے

اور طفیلی کرہ معدہ میں آزاد ہو جاتا ہے۔ بعد میں یہ آنت کی دیوار میں سے گزر کر دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے اور عضلات کی اتصالی یا نتوں میں مطروح ہو جاتا ہے جہاں بافتی خواش کی وجہ سے اس کے گرد ایک کیسہ بن جاتا ہے۔ یہاں یہ نمو پاکر ایک تیرہ نما ساخت بن جاتا ہے جو دنبالی دویرہ سیلولوسی (cysticercus cellulose) کے نام سے موسوم ہے جس کی جسامت ۵-۲۰ x ۵-۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ جب قطعی میزبان دنبالی دویرہ کو کھالیتا ہے تو وہ دویرہ نما ساخت ہضم ہو جاتی ہے اور اس الشریطہ (scolex) آزاد ہو جاتا ہے۔ معائے صغیر کے بالائی حصہ میں اس الشریطہ آنت کی دیوار سے چپک جاتا ہے اور اس کی گردن سے کرم پارے غنوں کی شکل میں جھلنے شروع ہو جاتے ہیں۔ دنبالی دویری درجہ قدرتی حالت میں سؤر کے عضلات میں پایا جاتا ہے اور انسان میں کتبائیت ایسے حصہ نما لحم خنزیر ("measly" pork) کے کھانے سے ہوتا ہے جو کافی طور پر نہ پکا یا گیا ہو۔ اچار بنانے (pickling) اور غنائی (smoking) کے عملوں سے دنبالی دویرے (دیکھو صفحہ ۶۸، ۲۸-۳۰ صفحہ ۱۹۶۶) ہلاک نہیں ہوتے۔

1073

(۲) بقری شریطہ (Tenia saginata)۔ بقری تیتہ صرف انسان کے معوی غصے میں پایا جاتا ہے۔ یہ طول میں ۹ سے لیکر ۱۲ فٹ تک ہوتا ہے لیکن گاہے گاہے یہ لمبائی میں اس سے دگنا بھی ہوتا ہے۔ اس الشریطہ ناشپاتی نما یا کبھی ہوتا ہے اور اس پر چار جانبی ماتھے ہوتے ہیں اور نو لچہ اور خطافات نہیں ہوتے۔ رحم نالی نما اور اس کا عمل وقوع وسطی ہوتا ہے۔ اور اس میں پندہ یا اس سے زائد شاندار جانبی عطفات ہوتے ہیں۔ یہی وہ خاتمہ ہے جس سے یہ خنزیری شریطہ کے کرم پارے سے تیز کیا جاتا ہے۔ اس کے اٹھ سے خنزیری شریطہ کے انڈوں سے تیز نہیں کئے جاسکتے۔ دنبالی دویری درجہ بیل میں پایا جاتا ہے (دنبالی دویرہ بقری Cysticercus bovis) اور انسان گائے کا ایسا گوشت کھانے سے سرایت کر دیتا ہے جو کافی پکا ہوا نہ ہو۔ دنبالی دویرے ۴۸ درجہ حرارت پر پانی میں پکائے سے ہلاک ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۶۸، ۲۶ اور ۲۷)۔

(۳) ڈپٹی لائیڈیٹم کینائٹم (Dipylidium caninum)۔ یہ تیتہ طبعاً

پانی اور کتے کے امعاء کا طفیلی ہے مگر بعض اوقات یہ کہ عمر بچوں میں بھی پایا جاتا ہے۔ اس کا طول ۱۰ سے لیکر ۳ سینٹی میٹر تک عرض ۵ سے لیکر ۲ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ یہ مرض ملام نہیں ہوتا۔ دوسری شاذ انسانی مراثیوں میں برٹیللا سینڈی (Bertiella satyri) شامل ہے۔

(نم) دوہرگی جوہیما عریضہ: ڈیفیلوبوتھیوم (Diphyllobothrium latum: (دوجوبی ریسیہ عریضہ: (Dibothriocephalus latum: اس عریضہ سمکی فیتہ کا طول ۶ سے لیکر ۳ فٹ تک ہوتا ہے۔ اس کا رنگ رادی ہوتا ہے اور یہ کتے، بلی، کومڑی اور انسان کی آنٹوں میں رہتا ہے۔ اس کا سر بادام کی شکل کا ہوتا ہے اور اس پر کوئی سلاح (armature) نہیں ہوتا۔ اٹھ سے طباق وار ہوتے ہیں اور ان کی شکل بیلیجی ہوتی ہے اور ان کی پیمائش ۵ x ۵ م مگراں ہوتی ہے۔ بارورائڈا تین سے لیکر پانچ ہفتوں میں شش خطائی (hexacanth) مضغہ میں تبدیل ہو جاتا ہے جو پانی میں آزاد ہو جاتا ہے۔ سائیکلوپس کے جسم میں داخل ہونے کے بعد یہ اس کے سیلوی کہنے میں نمونہ پیکریش ذہیتی سرورہ (procercoid larva) بن جاتا ہے۔ اگر اس سرورہ زدہ قشریہ (crustacean) کو طافیہ (plankton) کھانے والی تازہ پانی کی مچھلی مثلاً پالک (pike) پرچ (perch) ناسمن (salmon) اور ٹروٹ (trout) کھل لے تو سرورہ مچھلی کے عضلات میں نمونہ پیکریش ذہیتی درجہ (plerocercoid stage) تک پہنچ جاتا ہے اور انسان اس مچھلی کا گوشت کھانے سے مراثیت زدہ ہو جاتا ہے جو اچھی طرح سے پکے یا جمانے ہو۔

علامات - اکثر کوئی علامات نہیں ہوتے لیکن بعض مریضوں میں بد مضغی، عدم اشتہا، قولنجی درد شکم اور اسہال کی شکایت پیدا ہو جاتی ہے اور بچوں میں درد تشنہات اور غل دیکھنے میں آتا ہے۔ دوہرگی جوہیما عریضہ (D. latum) کی مراثیت میں گاسے گاسے شدید کیرخلوی عدم دمیت پائی جاتی ہے جس پر کبیدی علاج کا فوری اثر ہوتا ہے، لیکن اس سے شفا مستقلاً صرف اسی حالت میں ہوتی ہے جبکہ نقیصہ کی مناسب علاج سے خارج کر دیا جائے۔

تشخیص - تشخیص کا انحصار بار میں طفیلیہ کے قطعات اور اس کے مریضوں

کا مظاہرہ کرنے سے اس کی شناخت کرنے پر ہے۔ ایٹوسین پسندی سے دیدائی مرض کا خیال پیدا ہو سکتا ہے۔ فیتیتی پروٹین کے لئے جلد کی بیش حساسیت کا مظاہرہ درکار ادوی کا شفع سے کیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ زرخش (Filix-mass) سے اکثر مریضوں کو شفا ہو جاتی ہے بشرطیکہ ابتدائی غذائی علاج عمل میں لایا جائے اور بعد میں اطلاع سے مناسب تہیہ کی جائے۔ پہلے دو دن میں امعاء کو میناس سے خالی کیا جائے اور سیال غذا کا استعمال کیا جائے۔ ایکسٹریکٹم فلیکس لیکوڈم (Extractum filicis liquidum) جلا مینی کیسوں میں ۳۰ قطرہوں کی مقدار میں صبح کے وقت ۸، ۲۰ - اور ۲۰ - پر دینا چاہئے اور ان اصابت میں جن کے علاج میں پہلے ناکامی ہو چکی ہو ۳۰ قطرہ کی ایک اور غوراک ۹ بجے دینی چاہئے جس کے ساتھ ۳۰ قطرہ روغن تارپین بھی شامل ہو۔ دھندلے بعد سوڈیم سلفیٹ (۱۲ اونس) دیا جاتا ہے۔ علاج کے ۸ گھنٹہ بعد تک جتنی اجابتیں ہوں وہ جمع کر لی جاتی ہیں اور ان کو چھان کر ایک تار یک زمین پر انکا استخوان کیا جاتا ہے تاکہ کرم کے سر کی شناخت کی جائے۔ اگر کرم زندہ نہ بیچ رہے تو تقریباً ۱۴ کے بعد قطعات پھر خارج ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ ایک اور قتبادل علاج ہے جو کاربن ٹیڑا کلورائیڈ سے کیا جاتا ہے اور یہ بالغوں کو ۳ ٹکعب سنٹی میٹر کی مقدار میں کیسوں میں دیا جاتا ہے۔ اس کے تین گھنٹہ بعد ایک لمبی مسهل دیا جاتا ہے۔ اگر کسی امر سے کیلسیم کی قلت کا اظہار ہو تو اس دوا کے استعمال سے پہلے کیلسیم ٹریکلیٹ ۳۰ گرین مقدار میں دن میں تین مرتبہ کسی دن تک دینا چاہئے۔ اگر معوی شریطیت (intestinal teniasis) میں عدم دمویت موجود ہو تو بقری شریطیہ (ٹینیا سیسیٹا) اور خنزیری شریطیہ (ٹینیا سولیئم) کی سرایتوں کی حالت میں اس کا علاج نوے کے مکمل مقادرات سے کرنا چاہئے اور جو کبیر فلوی دمویت دوسری جوب عراضہ (ڈائٹفلو یا تھریم لیٹم) کی سرایت میں پائی جاتی ہے اس کا علاج جگر کے خلاصہ سے کرنا چاہئے۔ جن حالتوں میں معدی افراد کم ہو گیا ہوں ان میں ایسڈ ہائیڈروکلورک (acid hydrochlor. dil. B.P.) کا استعمال اڈرام مقدار میں دن میں تین مرتبہ کھانے کے بعد مناسب ہوتا ہے اور اسے سنگترہ کے عرق سے

رقیق کر لیا جاتا ہے۔

ن بدنہی ریبا نیٹ (Somatic Cestodiasis)۔ جب درمیانی میزبان ریبا نیوں کے انڈے یا کرم پارے نکل لیتا ہے تو مضفہ کا خول مضفہ ہو جاتا ہے اور مضفہ آزاد ہو جاتا ہے۔ یہ اپنے خطافات کے ذریعہ سے رود کی دیوار سے چپک جاتا ہے اور نقب لگا کر عروق خون میں چلا جاتا ہے جہاں سے یہ ان اعلیٰ احشاء اور بافتوں میں چلا جاتا ہے جن کے لئے یہ بہت میلان رکھتا ہے۔ بافتوں میں خراش پیدا ہو جانے کی وجہ سے اس کے گرد ایک عامر کیبہ بن جاتا ہے اور اس کے اندر سرورہ نوپاتا ہے۔ اس کے مختلف متعدد اقسام پائے جاتے ہیں جو یہ ہیں۔ (۱) تام ذنبیتی (plerocercoid) جبکہ یہ فیتہ نا بن جاتا ہے اور رشش قطنہ مضفہ ہوتا ہے۔ (ب) انبان ذنبیتی (cysticercoid) جبکہ تھوڑا سا انبان بن جاتا ہے (ج) وہ دیر سے جن میں انبان بخوبی نو یافتہ ہوتا ہے۔ ان دیوروں کی تین قسمیں پائی جاتی ہیں (۱) انبان ذنبیتی حقیقی (cysticercus proper) جس میں ایک انبان اور ایک راس الشریطہ ہوتا ہے۔ (۲) مشترک ذنبیہ (coenurus) جس میں ایک انبان اور بہت سے رؤس الشریطہ ہوتے ہیں۔ (۳) بقسہ قفسہ (echinococcus) جس میں رؤس الشریطہ نو پا کر حافن کیسول (brood-capsules) کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ بعض اوقات دوسری دیر سے بھی بن جاتے ہیں۔

(۱) قما طید، مینسن (Sparaganum mansoni)۔ یہ مینسن کے دوہرگی جو یہ (Diphyllbothrium mansoni) کا تام ذنبیتی درجہ (plerocercoid stage) ہے اور اس کی روئداد حیات دوہرگی جو یہ عریفہ (D. latum) کے مشابہ ہے جو مچھلیوں کا عریفہ فیتہ ہے۔ بالغ کرموں کا تمسک کتے اور بلی کی آنت ہے اور بدہ دار سرورہ کے لئے یہ ضروری ہے کہ برازیں خارج ہونے کے بعد یہ ایک سائیکلوپس کے جسم میں جس کا نام سائیکلوپس لیوکارٹی (C. leuerti) ہے داخل ہو جس میں یہ نو پا کر پختہ ذنبیتی سرورہ (procreoid larva) بن جاتا ہے۔ اب اگر اس کو کوئی مناسب حذا فیتہ (ophidian) یا طیوری (avian) یا پستانہ میزبان نکل لے جس میں انسان بھی شامل ہے تو سائیکلوپس بن جاتا ہے۔

اور آزاوشدہ سرودہ معدہ کی دیوار میں نفوذ کر کے تحت باریطونی سفر کرنے کے بعد بدنی عضلات، جن میں حرکتی اور قطنی خطہ کے عضلات بھی شامل ہیں، پلورا، مبال اور آنکھ تک چلا آتا ہے اور یہاں سترش انشعاق سے اس کی غیر صنفی تولید ہوتی ہے۔ اس طرح ایک ہی نام ذنبیہ (plerocercoid) سے کئی ایکٹیلے (spargana) پیدا ہو جاتے ہیں۔ اگر اس طفیلہ دار بافت کو کتا یا بلی کھالے تو بالغ قیبتیہ یعنی مینسن کا دوہرگی جوہیدہ (Diphyllbothrium mansonii) پیدا ہو جاتا ہے۔ انسان میں بالغ درجہ کبھی نہیں دیکھا گیا۔

علامات۔ ٹانگوں کے ٹکڑا میں چشمی قماطیت (ocular sparganosis) بہت عام ہے اور التهاب مع درد، سرخی، عروق کا اشتراک، تہیج، سدشع اور سقوط الجفن پیدا ہو جاتا ہے۔ چین کے باشندوں میں چشمی سرایت قروح کے علاج کے لئے قماطیہ سے سرایت زدہ میٹک لگانے کے رواج سے اکثر واقع ہوتی ہے۔ جب بدنی عضلات مآوف ہو جاتے ہیں تو التهاب عضلات پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ متصلہ ریرجلدی بافتوں کا ورم اور تہیج بھی پایا جاتا ہے۔
تشخیص۔ اس کا انحصار بافتوں کے ایک نواحی قالب میں قما (sparganum) کے بے شاخ سروں کا مظاہرہ کرنے پر ہے جو اس میں گرے ہوتے ہیں۔

علاج۔ جب مناسب ہو تو سروں کا خراج جراحی سے کر دیا جاتا ہے۔
(۲) قماطیہ ولودی (sparganum proliferum)۔ قماطیہ کی رفوع جاپان میں انسانوں میں پائی جاتی ہے لیکن بالغ درجہ اور دور حیات کے متعلق ابھی معلومات حاصل نہیں ہوئیں (فاسٹ)۔ سرری لحاظ سے کثیر التعداد قماطیہ بافتوں پر حملہ آور ہوتے ہیں جن کی وجہ سے وسیع رقبہ پر کریمچے بن جاتے ہیں اور شہد کے بچھتے کی سی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے، مگر کہا جاتا ہے کہ عروق لف کے متاثر ہو جانے کی حالت میں دائرہ انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔

انبان ذنبیت (Cysticercosis)۔ یہ خنزیری شریطیہ (Taenia solium) کا دوہری درجہ ہے جس سے بعض اوقات بدنی عضلات، قلب اور اس کے معاصر رنج، دماغ اور اس کے بطینات، جگر، پھیپھڑے

مجرى بافتیں اور آنکھ ماؤف ہو جاتی ہے۔ انبان ذہنیت یورپ اور خاص کر جرمنی میں پائی جاتی ہے اور یہ افریقہ، مدغاسکر اور ان سپاہیوں میں بھی دیکھنے میں آتی ہے جو ہندوستان اور مصر سے واپس آتے ہیں۔ انسان کو یہ مرض غالباً ذاتی سرایت (auto-infection) یا ایسی کچی غذا کے کھانے سے عارض ہوتا ہے جو خنزیری شریطیہ (ٹینیا سولیئم) کے قطعات یا انڈوں سے ملوث ہو۔

احرار قضیات۔۔ دوریہ جو کبھی لیفی بافت کے کیس سے معصوم ہوتا ہے اور کبھی نہیں، ایک دوسرا انبان پر شتس ہوتا ہے جس میں ایک تنہا متغیر سر ہوتا ہے جس پر خطافات ہوتے ہیں۔ آنکھ، بطنیات اور آرم خوند میں دوریوں کا میلان کیسہ بند ہونے کی طرف بہت کم ہوتا ہے۔ ان کی جسامت کا انحصار ان کے محل وقوع اور ان کی عمر پر ہوتا ہے۔ دماغ میں ان کا رجحان گول اور عضلات میں بیضوی ہونے کی طرف ہوتا ہے اور جب یہ سختہ ہو جاتے ہیں تو ان کا طول ۲۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ بریمپٹ (Brampt) (63) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر دوریہ ہلاک ہو جائے یا اس میں کلسی انعطاط واقع ہو جائے تو شدید مقامی کثرت خلیات امیش پیدا ہو جاتی ہے حتیٰ کہ تفتیش تک بھی توبت پہنچ جاتی ہے۔ میک آر تھر (MacArthur) (64) کا یہ خیال ہے کہ مردوں کی موت پر سیال کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور اس حالت میں یہ مہذشات غریبہ کے طور پر اثر کرتے ہیں اور اکثر پہلی مرتبہ علامات پیدا کرتے ہیں جو کسی حد تک تو درم پیدا ہونے کی وجہ سے میکافی ذرائع سے اور کسی حد تک سمی اثرات سے رونما ہوتے ہیں۔ بعض اوقات راس الشریطہ کیسہ یا دوریہ سے پہلے سکس واقع ہو جاتا ہے۔ فرانسیسی محققین نے عضلہ قلب کی بیش پرورش اور مصرعی سکلیف کا بھی ذکر کیا ہے جو مشکس انبان ذہنیوں (calcified cysticerci) سے پیدا ہوتی ہے۔

علامات۔ زمانہ حضانت کا مقرر کرنا مشکل ہے کیونکہ اکثر مریض اپنے جسم میں بالغ خنزیری شریطیہ کی موجودگی سے بے خبر ہوتے ہیں۔ مختلف امیابات

میں غالباً چند ماہ سے لیکر کئی سال تک ہوتا ہے۔ علامات متندہ عموماً نہیں پائے جاتے، لیکن بعض اصابات میں حملہ کے درجہ میں تب، درد سر اور ان عضلات میں درد اور ورم کی روئداد پائی جاتی ہے جو بعد میں مآؤف ہو جاتے ہیں۔

(۱) عضلی قسم - سرری مظاہر کا انحصار طیفیلیوں کی تقسیم اور ان کی ہلاکت پر ہے۔ جسم کے تمام حصوں کی تحت جلدی بافتوں اور عضلات میں جس پذیردویرے شناخت کئے جاسکتے ہیں اور ان حصوں میں سر، پوٹے، زبان، لب، دھڑ اور جوارح بھی شامل ہیں۔ جس پر ان کی جسامت چھوٹے مٹر کے برابر معلوم ہوتی ہے لیکن گاہے گاہے یہ کبوتر کے انڈے کے برابر بھی ہوتے ہیں (میک آر تھر)۔ دوپروں کا خفا ایک میمز خاصہ ہے اور یہ آنا فانا کبھی غائب ہو جاتے ہیں اور کبھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ عضلات میں درد، ایلمیت اور اینٹھن کی شکایت بھی بعض اوقات کی جاتی ہے۔

(۲) عصبی قسم - صرع ایک عام ترین منظر ہے۔ ہندوستان سے فوجی سپاہی واپس آتے ہیں ان میں سے نام نہاد ذاتی صرع کے ہر پانچ سپاہیوں میں سے ایک انبان ذنبیت (cysticercosis) کا مریض ہوتا ہے، یہ حملے بعض اوقات جیکسنی قسم کے ہوتے ہیں جن میں مریض کبھی بیہوش ہو جاتا ہے اور کبھی نہیں، یا یہ صرع صغیر کی طرح کے ہوتے ہیں۔ نسہ (aura)، زبان گزیدگی، عام صرے کی عدم کفایت اور پس صرعی جز ہوشی بھی بعض اوقات پائی جاتی ہے بعض اوقات دورے اس وقت ہوتے ہیں جبکہ زیر جلدی دویرے پہلی مرتبہ شناخت کئے جاتے ہیں اور بعض اوقات صرع نمودار ہونے سے پہلے کئی سال گزر جاتے ہیں۔ بعض اصابات میں مختلف اقسام کے ماسکی ضررات پائے جاتے ہیں اور دماغی سلعہ صلاحیت متفرقہ (disseminated sclerosis)، التھاپ دماغ، اور ان مختلف ادوار انفس (psychoses) کے مشابہ کیفیات پیدا ہو جاتی ہیں جن کے ساتھ ذہنی کمی، ناقص حافظہ، ماحول ناشناسی (disorientation)، مایوگیا اور عاوانیا حتیٰ کہ اعتباطی جنون (delusional insanity) بھی پایا جاتا ہے۔ اشتدادات کے زمانوں کے بعد اکثر سکون کے وقفے ہوتے ہیں چنانچہ ایک ہی مریض مختلف اوقات

میں اختیاطی جنون، صلابت منتشرہ اور روانگی سلعہ سے مریض معلوم ہوتا ہے۔
(۳) چشمی قسم۔ آنکھ میں مختلف حالتیں پیدا ہو سکتی ہیں جو یہ ہیں
آنکھ کا تمدد، تحوط العین (exophthalmos) التهاب ملتحمہ، التهاب سب قرصیہ،
زجاجیہ میں عتات کی پیدائش، التهاب شبکیہ اور شبکیہ کی غلطی۔ مقدم یا مؤخر
کو خشکوں میں دوسرے واقع ہو سکتے ہیں۔

یہ ظاہر ہے کہ تینوں ایک دوسری سے بخوبی ممیز نہیں بلکہ اس تقسیم کا انحصار
اس امر پر ہے کہ انبان ذہنیوں کی تقسیم کس خطہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ دوسرے خطے
مثلاً قلب اور جگر بھی گاہے گاہے ماؤف ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ عضلی اور تحت جلدی دوسرے غلطی سے شعی سلعات، فان
ریکٹکاسن کا مرض، ثانوی جینیٹ مفرحات، اور کربھی جذام تصور کئے جا سکتے
ہیں۔ ایسے شخص میں اس مرض کے موجود ہونے کا خیال کرنا چاہئے جو سمند در پار
(انگلستان سے باہر) رہا ہو اور اس کی خاندانی روئداد دوروں سے میرا ہوا اور
اس میں سر کے تغیر، آتشک یا فوساخت کا بھی پتہ نہ چلے اور اگر جس پذیر دوسرے
موجود ہوں تو ان سے اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔ مقامی معدم جس کے زیر اثر
جیوی معائنہ (biopsy) ہمیشہ قرین مصلحت ہوتا ہے۔ دوسرے کے کیسہ میں شگاف
دینے کے بعد ایک نیم شفاف غشا پائی جاتی ہے جس پر ایک لبنی نقطہ ("milk
spot") ہوتا ہے جو منہدر اس الشریطہ سے پیدا ہوتا ہے۔ گردن کی جڑ، بازوؤں
پیش بازوؤں، رانوں اور ٹانگوں کے لاشعاعی امتحان سے مشکس رؤس الشریطہ
یا کامل النمو البیجی دویروں (تقریباً ۳ و ۲ سنٹی میٹر طویل) کا انکشاف ہو سکتا ہے
لیکن کمپری کے لاشعاعی امتحان سے شاذ و نادر ہی ایسا ہوتا ہے۔ ایوسین پسند
شاذ و نادر ہی موجود ہوتی ہے اور معایناتی کاشفا (immunological tests)

مثلاً متہم جینیٹی تعامل اور دروں آدمی جلدی کا شفعہ اگرچہ بعض اوقات مفید پائے
جاتے ہیں لیکن یہ اکثر مایوس کن ثابت ہونے میں کیونکہ شدید ابتلا کی حالتوں میں
بھی منفی نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ یہ دونوں کاشفات ٹینڈیا پروٹین (شریطتی
پروٹین) کے لئے گروہی تعاملات ہیں اور ان سے آدمی کو سرایت زدہ کرنے والے

شریطیہ کے مختلف انواع (صفحہ ۷۰) ایک دوسرے سے تیز نہیں کہے جاسکتے۔
 اذار۔ ایک آر تھر کی رائے کے مطابق سب سے زیادہ خطرناک نما
 چھٹے سال سے لیکر آٹھویں سال تک کا ہے۔ کیونکہ اس زمانہ میں جو دماغی علامات
 پہلے سے موجود ہوتے ہیں وہ اکثر نہایت ہی شدید ہوجاتے ہیں اور جن مریضوں
 میں دماغی خصائص موجود نہیں ہوتے ان میں یہ اس زمانہ میں پیدا ہوجاتے ہیں۔
 جب دماغ ایک مرتبہ باؤف ہوجاتا ہے تو عمومی رجحان ابتری ذہن کی طرف ہوتا
 ہے، لیکن بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ جن مریضوں میں دورے شروع ہوجا
 ئیں وہ بھی مکمل طور پر صحت یاب ہوجاتے ہیں۔ لہذا اذار ہمیشہ متنبہ ہوتا ہے۔

تحریر۔ جو اشخاص شریطیہ ٹاخنزیہی (T. solium) کے مرض
 میں مبتلا ہوں ان کا علاج بغیر کسی تاخیر کے موثر طریقے سے کرنا چاہئے اور سور کا ایسا
 گوشت جو اچھی طرح سے پکا ہوا نہ ہو نہ کھانا چاہئے۔ کیلوں میں قابل ناظروں سے
 سور کے گوشت کا سمجھتی سے معائنہ کرانا چاہئے۔

علاج۔ جراحی مداخلت سے کوئی فائدہ نہیں اور صرف آنا کیا جاسکتا
 ہے کہ دوروں کو لوینال (luminal) اور برومائیڈ (bromide) سے روکا جائے۔

قفذی نبقیت

(ECHINOCOCCOSIS)

(صفحہ ۶۸، ۳۵-۳۷، صفحہ 1006)

مرض کیسیہ (Hydatid Disease)۔

مرض کیسیہ انسان اور پالتو جانوروں دونوں میں کتے کے فیقہ یعنی ذرائع
 شریطیہ قفذیہ (Echinococcus granulosus) کا دیری یا سردی درجہ ہے۔
 بحث اسباب۔ سرایت زدہ کتوں کو ہاتھ لگانے یا ان سے
 پیار کرنے یا ایسی غذا کھانے سے جو ان کے براز سے لوث ہو سرایت واقع ہوتی
 ہے۔ اگرچہ مرض کیسیہ کا اندراج تمام ممالک میں کیا گیا ہے لیکن یہ ان خطوں میں
 خاص طور پر کثیر الوقوع ہے جہاں بیٹریں پالنے کا پیشہ ترقی پذیر ہے مثلاً آسٹریلیا

نیوز لینڈ، ارجنٹائن، جنوبی افریقہ، آئس لینڈ، بلغیریا، رومانیہ اور الجزائر اور یورپ کے بعض حصوں مثلاً یونان میں یہ قلیل الوقوع نہیں۔ جزیرہ برطانیہ میں دروں زاد اصابت پائے جاتے ہیں۔

ذرائع شریطیہ قنفذیہ (Echinococcus granulosus) (شریطیہ قنفذیہ: *Tenia echinococcus*) ایک چھوٹا سا شریطیہ ہے جس کا طول ۳ تا ۶ ملی میٹر ہوتا ہے اور یہ کتوں، گیدڑوں، بھیڑیوں اور کبھی کبھی پالتو بلیوں کی آنتوں میں پایا جاتا ہے۔ سر چھوٹا اور قطر میں ۳ و ۵ تا ۷ و ۸ ملی میٹر ہوتا ہے اور اس پر ایک نوچ (rostellum) گلاب کے کانٹوں کی طرح کے خلیفات کی دو قطاریں اور چار ماتھے (suckers) ہوتے ہیں۔ چوتھا یا آخری قطعہ باقی قطعات سے بڑا ہوتا ہے اور اس میں منفی اعضا اور انڈے ہوتے ہیں۔ انڈے جن کی پیمائش 30×24 مائکراں ہوتی ہے دوسرے ریبائیوں (cestodes) کے انڈوں کے مشابہ ہوتے ہیں اور ان میں چھ خطافات والا مضغہ ہوتا ہے۔ جب مرے کے کرم پارسے پختہ ہو جاتے ہیں تو وہ الگ ہو کر براز کے ساتھ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ ایک کتا روزانہ سینکڑوں نہیں بلکہ ہزاروں انڈے خارج کر سکتا ہے۔ درمیانی میزبان ان انڈوں کو فرداً فرداً یا انہوہ در انہوہ طوٹ غذا کے ساتھ کھل جاتا ہے۔ معدہ اور اثنا عشری میں پہنچنے پر غول مضغہ ہو جاتا ہے اور شش خفانی مضغہ زاد ہو جاتا ہے اور رودہ کی دیوار میں نقب لگا کر کسی ایک ماریتی حق میں پہنچ جاتا ہے۔ جگر کی شعریات میں یہ عموماً مقطر ہو کر رہ جاتا ہے اور یہاں یہ آٹھ گھنٹے میں پہنچتا ہے۔ کسی کسی یہ بھیڑیوں کی شعریات میں یا کسی دوسری جگہ بھی مقیم ہو جاتا ہے۔ اب نوخیز مضغہ کے خلیفات غائب ہو جاتے ہیں اور نیا زاد ہو کر کیستی جراب (hydatid follicle) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ کئی ماہ بعد ایک لچکدار دیرہ بجاتا ہے جس میں ایک صاف شفاف سیال بھر جاتا ہے اور جس کے گرد ایک ستری غشا اور بیرونی غلاف ہوتا ہے۔ دیرہ غشا مندرجہ ذیل طبقہ پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۱) دروں زاد یا نابت علویہ جس سے کیستی سیال کا افراز ہوتا ہے اور جس سے چھوٹے چھوٹے دیرے خلیوں کی طرح پیدا ہوتے ہیں

جن میں رُوس الشربطہ ہوتے ہیں اور جو حاضن کیسے (brood-capsules) کہلاتے ہیں۔ (۲) ایک بیرونی ورق دان یا بروں زادہ جو زیادہ تر ہیلن (hyalin) سے مرکب ہوتی ہے، اور جس کا لازمی فعل حفاظت ہے۔ یہ دروں زادہ ہی سے طیار ہوتی ہے۔ ان کے علاوہ میزبان کے مقامی رد عمل سے لینی بافت کی ایک دیوار بنجاتی ہے جو بیرونی غلاف یا ظہارہ کہلاتی ہے اور یہ غلاف ارد گرد کی بافتوں اور دوبرہ کے درمیان حد فاصل ہوتا ہے۔ شگاف دینے کے بعد دوبرہ کی غشا ظہارہ سے باسانی غلغلوہ کی جاسکتی ہے۔ اصلی مادری دوبرہ سیال اور حاضن کیسے پیدا کرنے کے علاوہ دختر و دختر دوبرے بھی پیدا کرتا ہے جن میں رُوس الشربطہ ہوتے ہیں۔ موخر الذکر در حقیقت آئندہ شریقیوں کے مضغی سر ہوتے ہیں جن میں مناسب تہیجیات سے باز کشی اور بروں انعام (evagination) پیدا ہو سکتا ہے (صفحہ ۶۸، ۳۵، صفحہ ۱۰۸۸)۔ بعض اوقات مادری دوبروں کی دروں زادہ سے حاضن کیسے اور دختر دوبرے پیدا نہیں ہوتے اور اس حالت میں عقیم دوبرہ کہلاتا ہے۔ بعض اوقات بروں زادہ غنچے پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ خامسک ٹہی میں کثرت سے پائے جاتے ہیں اور گاہ گاہ یہ بگڑ میں بھی دیکھنے میں آتے ہیں جہاں یہ سخت گلو بھی کثیر خانہ دار تودہ کی شکل کے ہوتے ہیں جس میں ایک دوبری غشا ہوتی ہے جس میں کثیر التعداد جو قیزے ہوتے ہیں اور ایک خالودہ نما قالب ہوتا ہے۔ اس قسم کے جو قیزی کیسے کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ ایک عللمدہ طفیلیہ جو فیوزی شریطیہ قنفذیہ (Echinococcus alveolaris) سے پیدا ہوتا ہے، لیکن کسی دوبری نوع کا وجود غیر اظہ ہے۔ دوبروں کی تقسیم جسم کے تقریباً ہر عضو اور اس کی ہر بافت میں کیستی دوبروں کے موجود ہونے کا اندراج کیا جا چکا ہے، لیکن ابتدائی دوبروں میں سے تقریباً ۷۰ فیصدی بگڑ میں پائے جاتے ہیں۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے اس کے بعد پھیپھڑے، عضلات، سخت جلدی بافتیں، گردے، غلغلی، بُڈیاں، مچھر اور دماغ ہیں (ڈیوی: Dévé: ۱۹۵۱)۔ بچوں میں دماغی کیسے بافتوں کی نسبت تقریباً سات گنا کثیر الوقوع ہے، اور غلغلی کیسے نادر الوقوع ہے۔ دوبرے

اکثر متعدد بھی ہوتے ہیں اور مجرد بھی۔ قبل الذکر حالت میں بجز تقریباً ہمیشہ ماؤف ہوتا ہے اور عموماً دو سے بیکر چھ تک دویرے پائے جاتے ہیں، لیکن چالیس سے بیکر ساٹھ دویرے تک کا بھی اندراج کیا جا چکا ہے۔

تغییرات جو دویروں کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ دباؤ کے تغیری اثرات کا انحصار دویرہ کے محل وقوع، اس کے نموی رفتار اور ان تعویضی تغیرات پر ہے جو ماؤف اخذ میں واقع ہوتے ہیں۔ بہر کیف زود یا بدیر کوئی نہ کوئی پیچیدگی واقع ہو جاتی ہے، مثلاً انشقاق، صفرا کا دخول، دویرہ کا تفتیح یا اسکی موت یا اس کا انحطاط۔ جن جول اس کی عمر بڑھتی ہے اس کا ظہار زیادہ کشیف ہونا جاتا ہے اور اس کی حریت کم ہوتی جاتی ہے اور ناقص تغذیہ سے سیال کا افزائندہ ہونا ہے، دویرہ مہبوط ہو جاتا ہے اور طفیلی بافت کا جینی انحطاط واقع ہو جاتا ہے جس کے ساتھ پٹین کی طرح کے فواصل پیدا ہو جاتے ہیں جن میں ورقہ دار غشا کی تلفیف یافتہ تہیں کئی سال بعد تک شناخت کی جا سکتی ہیں کیلیم کے املاح کی درپردہ شش پیلہ ظہار میں اور بعد میں تمام دویرہ میں واقع ہو سکتی ہے۔

علامات۔ زمانہ حضانہ دویرہ کی شرح نمو کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے جو بڑھی میں کم اور داغ اور پھیپھڑوں میں زیادہ ہوتی ہے۔ علامات بعض اوقات پانچ سے بیکر تیس سال تک نمودار نہیں ہوتے اور امتحان عیش کے اندراجات سے ظاہر ہوتا ہے کہ کم از کم ۴ فیصدی اصابت میں یہ حالت تمام عمر تحت مریری رہتی ہے۔ دویرہ میں کوئی نہ کوئی حادثہ مثلاً انشقاق یا تفتیح واقع ہونے کی وجہ سے اکثر اس کی طرف پہلی مرتبہ توجہ منقطع ہوتی ہے۔

تفصیص۔ کیسیتی مادہ (Hydatid material)۔ دویرہ کے استقصائی کپو کے سے کیسیتی سیال کا انقسام کیا جا سکتا ہے یا کھانسی کے ساتھ یا پٹیاں اور پاخانہ میں غشا کے ایسے ٹکڑے خارج ہوتے ہیں جو انگور کے چھلکوں کے مشابہ ہوتے ہیں۔ رؤس الشریطہ اور خلیفات کی طرح کے کیسیتی اجزاء کی بھی شناخت کی جا سکتی ہے۔ ورقہ دار غشا کا منظر ممیز ہوتا ہے اور اس کے مڑے ہوئے کڑے کتاب کے ورقوں کے مشابہ ہوتے ہیں سیال پانی کی طرح صاف یا خفیف سا دودھیا

ہوتا ہے، اسکی کثافت نوعی ۰۰۸ سے لیکر ۰۱۵ تک ہوتی ہے، اور اس میں ۱۲ سی لیکر ۱۵۰ فیصدی تک ترویج پذیر پریون ہوتی ہے اور سوڈیم کلورائیڈ کی ایک معتد بہ مقدار (۵۵ تا ۶۵ و فیصدی) بھی پانی جاتی ہے (مخاض centrifuga-
(lisation سے عموماً خلیقات یا روئس الشریطہ کا انکشاف ہوتا ہے (صفحہ ۶۸، ۶۹ اور ۷۰)۔ جب سرکار بروں انعام ہوتا ہے تو اس الشریطہ کا طول تقریباً ۳ ملی میٹر ہوتا ہے اور اس کے چاروں ماحوں کے علاوہ اس پر خلیقات کی ایک دوہری قطار بھی ہوتی ہے۔ اور غلیہ مایہ میں کلسی اجسام پائے جاتے ہیں۔ (۲) سفیدہ خلوی شمارہ - حملہ کے ابتدائی مہارچ میں ایووسین پسند خلیات کا مقامی اجتماع اور عمومی ایووسین پسندی پائی جاتی ہے، لیکن سریری علامات کے نمودار ہونے سے بہت پہلے خون کا شمار بعض اوقات طبعی ہو جاتا ہے۔ غلیہ سے پہلے نقد تغذیر کے مریضوں کی صرف ایک تہائی تعداد میں ایووسین پسندی پائی جاتی ہے۔ دوبرہ کے اشتقاق کے بعد نمایاں ایووسین پسندی پیدا ہو جاتی ہے اور بعد عملیتی زیادتی اس حالت میں پیدا ہوتی ہے جب کہ سیال مذہب ہو جائے۔ اگر تہتی سرائت (coccal infection) سے نالوی کثیر واقع ہو جائے تو تعدیل پسند کثرت خلیات امیض پیدا ہو جاتی ہے اور ایووسین پسند عناصر کم ہو جاتے ہیں۔ (۳) پیر لیسیدی نشین کا شفا - اس کا شفعہ کے انجام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ بھیر کے کار باکٹریہ کیسیتی سیال (۵ و ۱۰) فیصدی کی ۳ و ۵ مکعب سنتھی میٹر مقدار ۳ و ۵ مکعب سنتھی میٹر تازہ صاف مصل سے ملا دی جاتی ہے (۵۵)۔ آخری مقروآت کرو کی پیش پر جھتیں گنڈا بند لئے جاتے ہیں۔ مثبت تعامل باریک بند یعنی رسوب کے بننے سے ظاہر ہوتا ہے جو نلی میں آہستہ آہستہ نشین ہو جاتا ہے۔ یہ کا شفعہ ۶۵ تا ۸۰ فیصدی اصابت میں مثبت ہوتا ہے۔ (۴) مقیم تثبیتی تعامل - ایٹنی جن کے طہر پر یا تو کیسیہ کالی استعمال کیا جاتا ہے یا روئس الشریطہ کا انکھلی غلامہ، اور اس مقصد کے لئے بھیر کے دوبرہ سے موزوں ترین ہوتے ہیں (۵۶)۔ غلیہ سے پہلے تقریباً ۸۰ فیصدی مریضوں میں مثبت تعاملات حاصل ہوتے ہیں، لیکن اگر ان مریضوں کو مستثنیٰ کر دیا جائے جن پر پہلے غلیہ ہو چکا ہے تو یہ تعداد ۶۰ فیصدی سے متجا مذہبیں ہوتی ہیں اشتقاق

یا قلعج سے اینٹی جن جذب ہو جاتا ہے اور ان پیچیدگیوں کے بعد ۵ تا ۱۰ فیصدی مصل ثبوت ہوتے ہیں۔ اخطا ط یا فتنہ یا پرانے دیوروں میں جن کا ظہار بہت لیفٹ ہوتا ہے نتائج منفی ہوتے ہیں، اور عقیم دیوروں میں بھی یہ منفی ہوتے ہیں جن کا سیال ناقص اینٹی جینی خواص رکھتا ہے۔ عملیہ کے بعد عموماً متم تنبہتی ضد جسم میں زیادتی کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، اور یہ دورہ کرنے والا جسم صرف آہستہ آہستہ غائب ہوتا ہے اگر ثبوت تعامل برقرار رہے تو کم سے کم دو سال گزرنے سے پہلے اس کو کوئی اندازہ ثبوت نہ دینی چاہئے۔ (۵) ۵۷۰۰ ادمی کا شفعہ۔ (تعلل کیمنو: Casoni reaction)۔ یہ کا شفعہ ادم میں کیسیہ سیال کی ۲۵۔۳۰ مگسب سنٹی میٹر مقدار کا اشراب کرنے پر مشتمل ہے، اور اس سیال کی پہلے تقطیر کر لی جاتی ہے تاکہ یہ یقینی طور پر عقیم ہو جائے تو قسم کے تعاملات دیکھنے میں آتے ہیں۔ (۱) ایک سفید دروڑا فوراً پیدا ہو جاتا ہے جس کا قطر بہت جلد ۳ سے ۴ سنٹی میٹر یا اس سے زیادہ ہو جاتا ہے اور جس کے محیط سے بے قاعدہ شاخیں ادھر ادھر کو نکلی ہوتی ہیں اور یہ احمرار کے ایک منطقہ سے محصور ہوتا ہے۔ (۲) ایک آبل تعامل ہوتا ہے جو احمرار کے ایک بڑے سے رقبہ سے متمیز ہوتا ہے جس کا حاشیہ واضح ہوتا ہے، اور گہری زیر جلدی بافتوں میں نرم پایا جاتا ہے جو تہیج سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ اشراب کے بعد چند گھنٹہ سے لے کر چوبیس گھنٹہ تک کے عرصہ میں پیدا ہوتا ہے۔ جلد خفی سے تنی ہوتی ہے لیکن حقیقت میں اس میں درد نہیں ہوتا، اگرچہ بعض زیادہ حساس اشخاص میں کافی تکلیف اور کھلی پیدا ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی بہت سا ورم اور مرضی بھی پائی جاتی ہے اور آبلے بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ فعال کیسیہ امیابات میں سے تقریباً ۸۰ فیصدی میں تعامل ثبوت ہوتا ہے، چنانچہ مشتبہ امیاب میں منفی تعامل بقعہ قنفذیت (echinococcosis) کے خلاف ایک قوی شہادت تصور کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ مشروب سیال اینٹی جینی ہو۔ بخلاف اس کے ثبوت تعامل سے کیسیہ دورہ کا وجود ہرگز ثابت نہیں ہوتا کیونکہ یہ تعامل گردہ ہی قسم کا ہے اور معمولی شریطیت (intestinal tamiasis) اور انبان ذمیت (cysticercosis) دونوں امراض کے انسانی امیابات میں یہ تعامل ثبوت ہوتا ہے اور اسی طرح ان افراد میں بھی یہ ثبوت ہوتا ہے جو اس میزبان کی پروٹین

کے لئے حساس ہوں جس سے سیال حاصل کیا گیا ہے۔ مزید برآں چونکہ تمام دویروں کے مکمل جراحی استیصال کے بعد ادھی حساسیت کئی سال تک برقرار رہتی ہے اس لئے جلد کے مثبت کا شفعہ کا موجود سرایت سے کوئی لازمی تعلق نہیں۔

کیسیتی (Hydatid Anaphylaxis) - دویروں کے کچھ کے یا انشقاق کے بعد استہداف سدا دی مظاہر اور ثانوی بنفہ تغذیت پیدا ہو سکتی ہے اور کیسیتی اجزاء و وقت خون یا مصلی تاجوں میں داخل ہو سکتے ہیں۔ استہدافی مظاہر میں مندرجہ ذیل حالتیں شامل ہیں۔ شری جو دفعہ نمودار ہو جاتا ہے، تہیج، احمرار اور جگہ (pruritis) جس کے ساتھ کبھی التهاب ملتحمہ ہوتا ہے اور کبھی نہیں ملتحات کا اثراب، پیلایں، برد اطراف، اصرار القلب، خون کے دباؤ کی کمی، غشیان سینہ کے بھیجنے کا احساس، ربوی کھانسی، زراق، بھر، متلی، قے، اسہال، عطائے مستقیم سے خون کا اخراج، انتہائی گھبراہٹ، ہڈیان، تشنج اور کوما۔ مرافی ایونین پسندی بھی موجود ہوتی ہے، اور موت قلبی عروقی مصدر سے بہت جلد واقع ہو سکتی ہے جس میں شدید شعبی شنج پایا جاتا ہے جس کے ساتھ کبھی ربوی اور مزماری تہیج موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔

حالات کے درجہ میں ورتی دارتہ کے بننے سے پہلے شاید حساس گری پیدا ہو جاتی ہے، اور کئی سال بعد کچھ کے یا انشقاق سے سیال کے بر جانے ہی سے استہداف نا تعامل جلد پیدا ہوتا ہے۔ ایسے امبابات میں کیسیتی پروٹین کے لئے ہمیشہ ادھی حساسیت کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے اور مصلی اثرات سے میوانات یا انسان میں انفعالی پیش حساسیت منتقل کی جاسکتی ہے۔ شاید حالتوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ ہمیشہ حساس مریضوں میں جلدی کا شفعہ کے دوران میں جلد میں کیسیتی سیال کا اثراب کرتے وقت ہی یہ مکمل علامتیں دفعہ نمودار ہو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایسے مریضوں کو اثراب کے بعد کم سے کم ایک گھنٹہ تک زیر مشاہدہ رکھنا چاہئے اور علامات کے نمودار ہونے کے فوراً بعد ایڈرینالین (۰.۰۰۱ میں محلول کے ۱۰ قطرے) کا اثراب کر دینا چاہئے۔

جگر کا کیسیدہ (Hydatid of the Liver) - انسان میں جو کیسیتی دیر پائے جاتے ہیں ان سب میں سے تقریباً ۵ فیصدی جگر میں واقع ہوتے ہیں اور ان میں سے

ہر پانچ میں سے چار اس عضو کے دائیں حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ ایسا ہی خراج کے خلاف ان کا رجحان تھمسانی سطح پر ظاہر ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ سادہ یا ایک کیسیکی دوہرے۔ یہ دوہرے جن میں ماضن کیسے اور رؤس الشریطہ ہوتے ہیں، مگر دوسری دوہرے نہیں ہوتے، خاص کر بچوں اور نوجوانوں میں پائے جاتے ہیں۔ جو چیز عموماً سب سے پہلے مشاہدہ میں آتی ہے وہ دائیں مراق (hypochondrium) یا رمدہ میں سلعہ کا وجود ہے۔ اگر مقدم یا تھمسانی سطحیں ماؤف ہوں تو یہ گول، دیری اور غیر الیم ورم کی شکل کا ہوتا ہے جو جگر کی اصمیت کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے جس کے ابعاد بعض اوقات بے حد بڑے ہوتے ہیں۔ بچوں میں میان ضلعی فضاؤں کے چوڑے ہو جانے اور ضلعی حاشیہ کے باہر نکل آنے کی وجہ سے سینہ کی دیوار میں معتدبہ بدشکلی پیدا ہو سکتی ہے۔ درو عموماً نہیں پایا جاتا اور عمومی صحت اطمینان بخش ہوتی ہے۔ لٹو (Dew) کی رائے کے مطابق (63) پندرہ سال کی عمر سے پہلے اشتقاق شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ کئیوں کیسیکی دوہرے۔ جن دوہروں میں دوسری دوہرے پائے جاتے ہیں وہ بائیں عمده ہی کا زیادہ انقباضی خاصہ ہیں، اور یہ عارضہ اکثر صرف اسی حالت میں نشا کیا جاتا ہے جب کہ بڑا سلعہ پیدا ہو گیا ہو یا پیچیدگیاں نمودار ہو گئی ہوں یہ رمدہ میں بعض اوقات تکلیف یا وزن یا حقیقی درد کا احساس پایا جاتا ہے اگر درد تو بخی ہو تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دوسری شمولات صفراوی گذرگا ہوں میں سے گذر رہے ہیں، اور اس حالت کو اکثر حصاة المراری قولنج تصور کر لیا جاتا ہے معدنی اختلالات عموماً پائے جاتے ہیں اور یہ کھانے کے بعد نفخ، متلی، سوزش سینہ، حتیٰ کہ تھکے پرستل ہیں۔ بھر اور کھانسی صرف اسی حالت میں پیدا ہوتی ہے جبکہ دایا فرام میں بھی غلغلہ واقع ہو۔ یرقان کبھی سرخ الزوال ہوتا ہے اور کبھی برقرار رہتا ہے، اور موخر الذکر حالت میں یا تو دیرہ صفراوی قنات میں مشق ہو چکنا ہے یا نفع واقع ہو چکا ہے۔ استسقاء نادر الوقوع ہے۔

طبعی امتحان سے چار اصابت میں سے تقریباً تین میں ایک گول دوسری سلعہ کا انکشاف کیا جاسکتا ہے جو جگر کی اصمیت کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے اور جگر کی تھمسانی سطح پر دیرہ کے موجود ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ الیم نہیں ہوتا اور سانس

کے ساتھ اس میں حرکت واقع ہوتی ہے کیسیتی حنیف (hydatid fremitus) یا کیسیتی ذہنیہ (hydatid thrill) کا وجود دائرہ مرض ہے۔ جب دو برس بڑھ کر معدہ اور قولون کے نیچے آ جاتے ہیں تو صورت حالات کلوئی سلعہ کے مشابہ ہوتی ہے۔ ان میں قاعدے کے ریوی علامات ظہیل الوقوع ہیں تا وقتیکہ دویرہ جگر کی اوپر کی سطح کو متاثر نہ کرے (۲۵ فیصدی اصابت میں ایسا ہوتا ہے) اور ڈایا فرام میں مداخلت نہ کرے ایسی حالت میں زیر ڈایا فرامی اور ریوی دویریوں میں تیز کرنے کے لئے لاشعاعی امتحان ضروری ہوتا ہے۔ ڈایا فرام میں تثبیت، ہڈی کی اور ارتقاع پیدا ہو جاتا ہے۔ جگر کے بائیں نصف کی بالائی جانب پر جو دویرہ ہوتے ہیں ان سے قلب اپنے مقام سے اٹل جاتا ہے اور ان کا رجحان برصہ میں قولون اور معدہ کے سامنے ظاہر ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ بہر کیف اس نواح میں جس پیریکلائی اکثر بائیں تنویضی بیش پردش سے پیدا ہوتی ہے جو جگر کے دائیں نصف کے بڑے بڑے تباہ کن دویریوں کے ساتھ پائی جاتی ہے۔

پیچید گیاں - یہ دویریوں کے تقیع اور ان کے قنات صغرا کہنہ باریلو سینہ اور غذائی خط یا دوسرے مقامات میں شقی ہونے پر مشتمل ہیں۔

(۱) تقیع - تقریباً ۹۰ فیصدی تقیعی دویرے کثیر کیسیہ ہوتے ہیں۔ پیپ ہمیشہ صغرا آلود اور عموماً بدبودار ہوتی ہے اور اس میں اکثر مختلف قسم کے عضویہ ہوتے ہیں جن میں جرثومہ قولون (Bact. coli)، 'نقعات ضعیف'، 'نقعات سبک'، کثیف لاشکال جرثومہ (Bact. proteus)، عفونی ^{عکشلہ} (Vibrio septique) اور کیسیہ فری کیسیہ دار جراثیم (Bact. aerogenes capsulatus) شامل ہیں (۶۸)۔ بدعضی شکلی تکلیف، درو یا یرقان کی سابقہ روڈا دعوماً پائی جاتی ہے، لیکن بعض اصابت میں ابتدا بالکل قوری ہوتی ہے، اور جو علامت سب سے پہلے نمودار ہوتی ہے وہ کبدی درد ہے جو اکثر قولنجی قسم کا ہوتا ہے۔ بنیعی علامات خلاف توقع عموماً کم نمایاں ہوتے ہیں اور ان کا انحصار انظارہ کی دبارت اور حلا اور عضویہ کی تثبیت پر ہے۔ پیش کسی ایک ہی نہیں رہتی، لیکن متوقف تب عموماً پائی جاتی ہے جس میں شام میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ علاوہ ان میں قشریہ ہونے لگتے ہیں، پسینے آتے ہیں اور عدم اشتہا

تھے اور اسہال کی شکایت ہو جاتی ہے۔ کمزوری بڑھتی جاتی ہے، جلد زرد یا یرقانی ہو جاتی ہے اور بعد میں بُہرُ لاغری اور ضعفہ (cachexia) پیدا ہو جاتا ہے۔ ناہوا باشی لہریتیں بہت جلد ترقی کرتی ہیں اور ان کے بنتی خاصاً ناک خطرناک ہوتے ہیں۔

طبعی امتحان سے ایک الیم سلعہ کا انکشاف کیا جاسکتا ہے جو جگر کی صحت کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے، لیکن اس کی حرکت پذیری انفجارات کی وجہ سے محدود ہوتی ہے۔ عضلہ مستقیم اکثر سخت ہوتا ہے اور حرکات تنفس محدود ہوتے ہیں۔ زیرِ ڈایا فرامی متعجب دویروں کے ساتھ اکثر دائیں قاعدہ میں انصباب موجود ہوتا ہے یا اس محل میں خشک ذات الجنب، ریوی امتلا، یا شعبتی ذات الریہ کے امارات بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ تعدیل پسند کلیات لمیف پیاتی جاتی ہے جس میں ایوسین پسند کلیات کی تعداد کم ہوتی ہے۔ یقینی کیسے زیرِ ڈایا فرامی خراج، ایبائی، خراج کبد، التهاب مرارہ، التهاب قنات صفرا، التهاب ورید الباب (pyelophlebitis) قاعدی ذات الریہ، مگرد کلوی خراج، یا حاد ٹمکی بچان مثلاً منشعب شناعشری قرصہ کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ ان میں تیز گرنے کیلئے روئداد، گول سلعہ کی موجودگی، مناعیاتی کاشفات اور لاشعاعی امتحان سے مدد لی جاسکتی ہے۔

(۲) دروں باریطونی انشقاق - اس کے ساتھ باریطونی صدمہ ہوتا ہے، شکم کے بالائی حصہ میں درد محسوس ہوتا ہے اور تھ ہونے لگتی ہے اور ہبوط اور اسراع الغلب پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات استہدافی علامات کا اضافہ ہو جاتا ہے جن میں شرنی اور مکہ شامل ہیں مینا خراج میں اگر صفر اکندہ باریطون میں ٹپک کر چلا جائے تو شکم میں دفعہ کلانی واقع ہو جاتی ہے اور اس میں آزاد سیال کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے (صفر اوی باریطون: choleperitoneum)۔ اگر اصلی دویرہ مرایت زدہ ہو چکا ہو تو التهاب باریطون واقع ہو جاتا ہے، اور کئی سال بعد ثانوی باریطونی ثبقہ قنفذیت (echinococcosis) پیدا ہو جاتی ہے جس میں کثیر التعداد دویرے پائے جاتے ہیں جو تمام باریطون میں منتشر ہوتے ہیں اور

یہ دھتری دویروں حاضن کیسوں اور رؤس الشریطہ کے مقصب ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔

(۳) دروں صدامی انشقاق - جگر کی فوتقانی سطح پر جو دویسے واقع ہوتے ہیں ان کا رجحان اوپر کو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ ڈایا فرام کو مرتفع اور پیچھے پھڑے کو مضبوط کر دیتے ہیں یا انفعالی پورائی انصباب پیدا کر دیتے ہیں بعض اصابات میں کمزور شدہ ڈایا فرام میں سے متصل ریوی بافت میں انشقاق واقع ہو جاتا ہے اور بعض میں یہ کہنفہ یا ریٹھون یا شعبہ میں واقع ہوتا ہے۔ انشقاق سے پہلے قلعج عموماً پیدا ہو جاتا ہے۔ کبدی شعبی دویر سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں جن کے ساتھ کبھی قلعج الصدر ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ اس حالت میں تنقیص صفرا آلود پیپ کے نفث سے جو دفعۃً واقع ہوتا ہے اور پیپ میں کیسیتی غشایا دیگر اجزاء کے موجود ہونے سے کی جاسکتی ہے۔ قدرتی شفایابی بھی ممکن ہے، لیکن دھتری دویروں کی موجودگی اور کبدی شعبی دویرہ کی چھوٹے سے شعبہ میں سے بدقت مسیلت ایسے امور ہیں جو اس کے لئے مانع ہوتے ہیں۔ اور طویل المدت قلعج، نفث الدم، نکون خراج یا نگرین کی وجہ سے جراحی مداخلت کی عموماً ضرورت ہوتی ہے۔

علاج - یہ لازمی طور پر جراحی ہے بشرطیکہ دویرہ میں انحطاط اور نکولس واقع نہ ہوا ہو اور اگر ایسا ہو جائے تو عملیہ جائز نہیں ہوتا۔ امتصاص کی کھلے عملیہ سے الگ ہرگز کوشش نہ کرنا چاہئے کیونکہ استہداف ثنائی نبقہ قنفذیت اور ثنائی جراثیمی سرایت کا خطرہ ہوتا ہے۔

پھیپھڑے کا کیسیما (Hydatid of the Lung) - جگر کے بعد نبقہ قنفذیت (echinococcosis) کا عام ترین محل پھیپھڑے ہے اور اس مقام پر ۱۰ تا ۱۵ فیصدی دویسے واقع ہوتے ہیں۔ دایاں پھیپھڑے ابائیں کی نسبت کم سے کم دو گنی کثرت سے ماؤف ہوتا ہے۔ دویسے عموماً زیر پورائی ہوتے ہیں لیکن گاہے گاہے یہ گہرے اور نزدیکی بھی ہوتے ہیں اور ان میں عموماً رؤس الشریطہ اور حاضن کیسے ہوتے ہیں، لیکن دھتری دویرے نہیں ہوتے۔ یہ امراضم ہے کیونکہ شعبہ میں عشق ہو جانے کے بعد شفا خود بخود نیا دہ آسانی سے ہو جاتی ہے۔

ظہارہ تپلا ہوتا ہے، لیکن چونکہ دویروں کے سیال میں سوڈیم کلورائیڈ کا جز زیادہ ہوتا ہے اس لئے یہ لاشعاعوں سے بخوبی ظاہر ہو جاتے ہیں اور ان کا سایہ کر دی ہوتا ہے جو ایک امتیازی خاصہ ہے۔

سادہ دویں سے (یک کیسی) - یہ عموماً زیادہ جاذب توجہ نہیں ہوتے اور انشعاق یا تقیع سے پہلے چار اصابت میں سے صرف ایک تشخیص کیا جاتا ہے بعض اوقات علامات سابقہ نفسی سرایت کے ساتھ ہی شروع ہو جاتے ہیں سینہ میں درد عام طور پر نہیں پایا جاتا، لیکن تکلیف یا گرانی کے احساس کی شکایت موجود ہوتی ہے۔ کھانسی ایک عام علامت ہے اور یہ اول اول شک ہوتی ہے۔ یہ عموماً زیادہ تشویشناک نہیں سمجھی جاتی جب تک کہ الہاب شعبہ ذات الریہ اور ثانوی سرایت کی وجہ سے نفث بکثرت نہیں ہوتا یا نفث الدم واقع نہیں ہو جاتا۔ موخر الذکر حمیدگی ۶۰ فیصدی اصابت میں پائی جاتی ہے اور یہ کبھی خفیف ہوتی ہے اور کبھی شدید۔ اکثر سس، توبالید یا انورسا کی تشخیص کر دی جاتی ہے۔ جب دیر سے گہرے واقع ہوتے ہیں تو شعبہ پردبا ٹپرنے سے بھر اور انقباضی تنفس (orthopnea) پیدا ہو سکتا ہے، اور بڑے بڑے دویروں سے سینہ میں ایک واضح ابھار پیدا ہو جاتا ہے جس کا مظاہرہ پیمائش سے کیا جاسکتا ہے اور گنا ہے گا ہے یہ قلب کو بھی اپنے مقام سے ہٹا دیتے ہیں۔ ہر کیف ضریۃ الراس عموماً طبی ہوتی ہے۔ ریوی دویروں کی حالت میں ان کے گول خاکے کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، صوتی خفیف (vocal fremitus) کم ہوتا ہے، قرع سے ایک مدھم امم آواز نکلتی ہے اور تنفس کی آوازیں یا تو غائب ہوتی ہیں یا کم سنائی دیتی ہیں۔ جب دیر سے دائیں قاعدے پر پائے جاتے ہیں تو اصیت جگر کی امیت کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے اور اس حالت کو پورانی انصباب یا زیرڈایا فرامی دویروں سے نیز کرینکے لئے لاشعاعی امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ امتلا، ایہوط اور سرایت سے یا گرد دویری ریوی بافت کی موجودگی سے جس کے طبعی امارات موجود ہوتے ہیں، خاص کر بچوں میں شعبتی ذات الریہ تشخیص کر دیا جاتا ہے۔

پیچیدگیاں - ریوی دیر سے شعبہ یا پورا میں خشق ہو سکتے ہیں، جس سے

ذات الجنب، تقیع الصدر یا استرواح الصدر پیدا ہو جاتا ہے اور گاہے گاہے یہ ریوی عروق اور قلب تک کو بھی متاثر کر دیتے ہیں۔ شعبہ میں انقباض اس حادثہ کے بعد کھانسی کا ایک شبخی دورہ ہوتا ہے اور ایک نکلین ذائقہ کا سیال منہ اور ناک میں بھر آتا ہے۔ منفث مادہ جھاگ دار اور عموماً خون آلود ہوتا ہے اور اس میں بعض اوقات کیمیستی غشایا دوسرے اجزا موجود ہوتے ہیں مریض اکثر کھانسی کے ساتھ ”انگور کے چپکے سے“ باہر آنے کی روئداد دیتا ہے۔ موت استہداف سے یا کیمیستی سیال میں حقیقہ غرق ہو جانے سے واقع ہو سکتی ہے۔ دیگر خصائص درد اور متوالی نفث الدم پر مشتمل ہیں۔ طبعی امتحان سے مختلف ابعاد کے کہنہ کے امارات کا انکشاف ہوتا ہے اور قرعہ پر قطبلی پائٹے ہوئے برتن کی آواز آتی ہے، صوتی حقیف کم اور نفث کھفکی ہوتا ہے اور سرگوشی صدر کلانی (whispered pectoriloquy) موجود ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شفا خود بخود پیدا ہو جاتی ہے، اور کبھی دورہ میں تقیع واقع ہو جاتا ہے، جس سے متوالی نفث الدم پیدا ہو جاتا ہے، تب آنے لگتی ہے اور منفث مادہ کثیر المقدار بدبودار، اور جھاگ دار ہوتا ہے اور یہ شدید کھانسی سے خارج ہوتا ہے۔ رات کو پسینے بھی بعض اوقات آتے ہیں اور قشریہ بھی ہوتے ہیں بعض مریضوں میں تب نہیں آتی اور بعض میں کم آتی ہے۔ اگر مرض طویل المدت ہو تو لاغری اور عدم ہوش پیدا ہو جاتی ہے اور انگلیاں گرز شکل ہو جاتی ہیں۔

علاج۔ گہرے نزد شعبی دویروں پر جبکہ ان سے کوئی تکلیف نہ ہو علمہ نہ کرنا چاہئے، کیونکہ ۸ فیصدی اصابات میں شفا خود بخود ہو جاتی ہے (ڈیو: Dew: (68)۔ تمام متقیج دویروں کو کھول کر ان کی مسیلت کر دینی چاہئے اور بڑے بڑے تحت پورائی دویروں پر بغیر کسی تاخیر کے علمہ کرنا چاہئے۔ شعبی سیلاب کے خطرہ کی وجہ سے مریض کو ایسی وضع میں رکھنا چاہئے کہ شگافہ ویرہ کے کہنہ کے نچلے حصہ میں آئے۔ بہترین معدم جس ایتھر ہے جس کا استعمال دروں قبضی راستہ سے کیا جاتا ہے۔

دماغ کا کیسیما۔ دماغ کے ابتدائی کیمیستی دورے بالوں میں

نادر الوقوع ہیں لیکن بچوں میں قلیل الوقوع نہیں۔ یہ عموماً مجرد اور یک کیس کی ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ بیشتر کبدی نبتہ قنفذیت (hepatic echinococcosis) پائی جاتی ہے۔ ثانوی دماغی دویرے قلبی دویرے کے انشقاق سے پیدا ہوتے ہیں یہ عموماً متعدد ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ طحال اور گردہ میں ثانوی دویرے پائے جاتے ہیں۔ درد سرتے اور التہاب عصب بصری عموماً موجود ہوتا ہے، اور بعض اوقات منقص المقام عصبیاتی خصلت بھی پیدا ہو جاتے ہیں، باجیکسی مرع بھی پائی جاسکتی ہے۔ مرنی اصابات میں لاشعاعی امتحان سے حجم میں متغافل عظم (osteoporosis) کا انکشاف ہوتا ہے اور اس کی ہڈیاں پتلی پائی جاتی ہیں۔ ثانوی دویروں کی حالت میں بعض اوقات ایسی روئداد موجود ہوتی ہے جو دروں قلبی انشقاق کی طرف اشارہ کرتی ہے جس کے بعد بڑے بڑے دروں ججی دباؤ کے امارات ظاہر ہونے سے پہلے ایک مخفی زمانہ ہوتا ہے۔

علاج - ثانوی دویرے متعدد ہونے کی وجہ سے ناقابل عملیہ ہوتے ہیں لیکن ابتدائی دویروں کے لئے تر فان بغیر کسی تاخیر کے کرنا چاہئے۔ انداز بہت خطرناک ہوتا ہے، اور ۵۰ فیصدی اصابات میں موت تب مفرط اور قلبی عرقی صدر سے واقع ہو جاتی ہے، اور سیال کے دباؤ کے دفعۃً کم ہو جانے سے دماغی تہج واقع ہو جاتا ہے۔

کلوی کیسیما - گردہ کے کیسیتی دویرے عموماً ثانوی ہوتے ہیں اور بعض اوقات قشرہ بعض اوقات لب میں واقع ہوتے ہیں۔ خفان کا ایک میز خاصہ ہے، اور ممکن ہے کہ جب تک کہ بڑے بڑے گول دویری سلعات پیدا نہ ہو جائیں کوئی علامات پیدا نہ ہوں۔ عمومی صحت عمدہ رہتی ہے، گو بڑے بڑے دویروں کی حالت میں صلب میں درد مستمر کی شکایت موجود ہوتی ہے۔ کلوی حوض میں انشقاق واقع ہونے اور غشایا دختری دویروں کے گزرنے سے کلوی تونج کے متوالی حل ہو سکتے ہیں اور بعض اوقات متوقف استسقا و الکلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ کسی کسی عارضی اول دم بھی موجود ہوتا ہے، اور غصص پیشاب میں کیسیتی غشا، روئس الشربیلہ یا خطیفات کے پائے جانے سے عموماً کی جاسکتی ہے۔ نتیج واقع ہونے کے بعد ایک الیم کلوی ورم

پیدا ہو جاتا ہے، کلوی درد ہر وقت موجود رہتا ہے اور پیشاب بار بار درد سے آتا ہے اور تپ بھی آنے لگتی ہے۔ پیشاب میں ریبی غلیات اور کیستی اجزا موجود ہوتے ہیں۔

شریطہ غشائیا قزم (Hymenolepis nana)۔ انسان کا یہ بونا قیتہ جنوبی ریاستہائے متحدہ امریکہ، جنوبی یورپ اور ہندوستان میں عام طور پر پایا جاتا ہے اور یہ معائے صغیر میں رہتا ہے۔ یہ غالباً ان انواع کا متبادل ہے جو چوہیوں اور چوہوں میں پائی جاتی ہیں۔ اس کا طول ۲.۵ تا ۳.۵ مم نئی میٹر ہوتا ہے، اس پر دم نصف کروی ماقصہ ہوتے ہیں اور ایک چوٹا سا فو لچہ (rostellum) ہوتا ہے جس پر خلیفات کی ایک ہی قطار ہوتی ہے۔ انڈوں میں ایک خلیفہ کرہ (oncosphere) ہوتا ہے اور ان کا قطر ۳۰ تا ۴۵ میکرون ہوتا ہے کسی درمیانی میزبان کی ضرورت نہیں کیونکہ انڈوں میں سے منصفہ معائے صغیر ہی میں باہر نکل آتے ہیں۔ یہ خلات میں گھس جاتے ہیں اور نموپا کر ذہنی دیرو (cercocysts) کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ اس کے بعد یہ پھر درون میں واپس آ جاتے ہیں اور اپنے سر سے دوسرے خلات سے چپک جاتے ہیں اور نموپا کر پختہ کر م بجاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۶۸، ۳۱ - ۳۲، صفحہ ۱۰۸۸)۔

علامات۔ بیش سرایت کی حالت میں بچوں میں بعض اوقات شدید معکوس اور سخی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ درد شکم، اسہال، سہر دوار اور اور شنجات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ایبوسین پسندی عموماً پائی جاتی ہے۔ تشخیص اجابتوں میں بیضے یا قطعات کے پائے جانے سے کی جاتی ہے۔

علاج۔ سرایت کے استیصال کے لئے فلکس ماس اور آئل آف چینو پوڈیم موثر ادویہ ہیں۔

گاہے گاہے انسان شریطہ غشائیا صغیر (Hymenolepis diminuta) سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے جو چوہوں اور چوہیوں کا ایک نام ریسانیہ (cestode) ہے۔ مختلف حشرات مثلاً کُن جیجے (earwigs)، چوہوں کے پیو، اور جھینگر (cockroaches) درمیانی میزبان کا کام دیتے ہیں، اور انسان آٹے یا کھانے

میں سرایت زدہ حشرات کو اتفاقاً نکل جانے سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے۔

سلیکیوں سے پیدا شدہ امراض

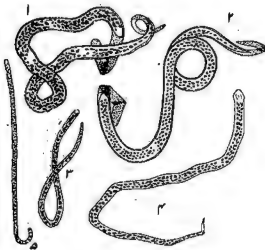
(DISEASES DUE TO NEMATODES)

مستند یریت (Strongyloidiasis)۔ انسان میں صرف مادہ مستند

بڑا نموی (Strongyloides stercoralis) ہی پائی جاتی ہے، اور افزائش نسل تو والد البکر (parthogenesis) سے ہوتی ہے۔ یہ کرم اثنا عشری اور صائم کے مخاطیہ میں گہرا چلا جاتا ہے جہاں یہ سکونت اختیار کر لیتا ہے اور اندسے دیتا ہے جن میں سے مضغے نکلتے ہیں۔ طبعی اجابتوں میں صرف حرکت پذیر مضغے ہی پائے جاتے ہیں لیکن اگر اسہال عارض ہو تو اندسے بھی باہر نکل آتے ہیں۔ ان کا طول ۵.۰ تا ۶.۰ ماگراں اور عرض ۳.۰ تا ۴.۰ ماگراں ہوتا ہے اور یہ کچھ (ankylostoma) کے انڈوں سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ اجابتوں سے نکل کر عصائید نما سروے (rhabditiform larvae) اپنا غلاف چھوڑ دیتے ہیں اور ان سے غلار یا شکل سروے معنی دور کے وقوع کے ساتھ یا اس کے بغیر پیدا ہو جاتے ہیں۔ غلار یا شکل سروے ہر ایک حالت میں میزبان کی جلد یا اس کی ذہنی غشائے مخاطی میں نفوذ کر جاتے ہیں اور وریدی دوران خون کے راستہ سے دائیں قلب اور پھیپھڑوں میں چلے جاتے ہیں۔ یہاں یہ ریوی شعریات میں سے گزر کر جو فیروں میں داخل ہو جاتے ہیں اور تنفسی خط میں سے سفر کرتے ہوئے کبھی (epiglottis) تک پہنچ جاتے ہیں۔ اور یہاں سے یہ معا میں چلے جاتے ہیں جہاں بالغ مادہ بافتوں میں گھس جاتی ہے۔ تقریباً ستر دن کے بعد کرم بالغ ہو جاتے ہیں اور عصائید نما سروے (rhabditiform larvae) اجابتوں میں خارج ہونے لگتے ہیں۔ مستند میروما برا نموی (S. stercoralis) سرائیت کی جغرافیائی تقسیم مرض کچھ دہسہ (ankylostomiasis) کی تقسیم کے بہت مشابہ ہے، اور اس کی سرائیت انسانوں میں مارین میں قلیل الوقوع نہیں۔ معائے صغیر میں حاملہ کرموں کی فعالیت سے معمولی التهاب پیدا ہو سکتا ہے اور یہاں بعض اوقات مخاطیہ کے وسیع

آکلات پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات - جلد کی عصائی نما (rhabditiform) مراست سے ابتدائی التهاب ادم پیدا ہو جاتا ہے اور اس کے چند دن بعد ریوی علامات پیدا ہو جاتے



شکل ۱۰۴۔ خورجیہ کھردر فلاریا (Microfilaria)۔ (۱) فلاریا لویا (F. loa)۔ (۲) فلاریا بان کر فٹائی (F. bancrofti)۔ (۳) فلاریا ستر (F. perstans)۔ (۴) خورجیہ مفلول (Onchocerca volvulus)۔ (۵) غیر زواجی فلاریا ستر (Agarofilaria streptocerca)۔ (۶) خورجیہ فلاریا ملایائی (M. Majayi)۔ یہاں نہیں دکھایا گیا، ادم (۱) کا تقریباً متکاف ہو سکتا ہے۔

نوع	حشراتی میزبان یا برنڈ	انسان میں الخ کا مسکن	انسان میں خفہ کا مسکن
فلاریا بان کرافٹائی	کیولکس فینی گینس	لمنی خند اور قناتیں	معیلی خون رات میں
فلاریا اوڈرڈائی	کیولیکا شیلہ فریڈریکس	ماساریقا	معیلی خون تمام اوقات میں
فلاریا پیرسٹائس	کیولیکا شیلہ فریڈریکس	ماساریقا کی جڑ	"
لوا لوا	کوائی سولیسائی لیسیا	جلد اور غصہ	دن میں
آنکوسرکا والولس	سائیلوایم ڈیموسم	زیر جلدی کیسیجے	برآمدہ، خاص کر صلب
ایگیموفلاریا سٹریپٹوسرکا	نامعلوم	نامعلوم	"
خرد فلاریا صلائیائی	مینٹائی آئینہ یو کے لو	"	معیلی خون رات میں

ہیں جن کے ساتھ ایٹوسین پائی جاتی ہے۔ معمولی علامات عموماً پیدا نہیں ہوتے لیکن شدید صورتوں میں ہر مہدی تکلیف اور اسہال پایا جاتا ہے۔ اجابتوں میں بعض اوقات مکتوم خون (occult blood) موجود ہوتا ہے اور شری اور آہستہ لطافت خاص کر عجائی خفہ میں پیدا ہو جاتے ہیں جن کے ساتھ شدید حکم موجود ہوتا ہے جو ان عصائیہ نمائندوں کے حمل سے پیدا ہوتا ہے جو محسوس افراد میں برائیں خارج ہوتے ہیں۔ جیسا کہ فوکی بارن (Fülleborn) نے بیان کیا ہے ادنیٰ حساسیت کا مظاہرہ مستدیرہ نما (strongyloid) کے لمبی خلاصہ جات کا اثر سب کرنے سے کیا جاسکتا ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اجابتوں میں عصائیہ نمائندوں کا مظاہرہ کرنے پر ہے۔ اگر براؤ کو پانی میں حل کر کے مل کے کپڑے میں چھان لیا جائے تو یہ آسانی سے حاصل ہو سکتے ہیں۔ خطافیہ (hook-worm) کے مضغوں اور ان میں یہ فرق ہے کہ ان میں پیش منوی دہنی کہفہ (pre-esophageal buccal cavity) زیادہ چھوٹا ہوتا ہے۔ جب انڈے اجابتوں میں آتے ہوں تو ان کو خطافیہ کے بیضوں سے سرووں کی موجودگی سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔

لاج۔ یہ جینٹیشن وائیولٹ (gentian violet) کا استعمال کرانے پر

مشتمل ہے جیسا کہ ڈی لینگن (De Langen) (۵۹) نے بیان کیا ہے۔ نصاب یہ ہے کہ اس دوا کی پانچ گزین کی کیراٹین غلافی گولیاں دن میں تین مرتبہ کھانے کے بعد دس دن تک دی جائیں۔

فلاریت (Filariasis)۔ خاندان فلاریائیڈ کی مختلف انواع سے انسان میں سرایت واقع ہوتی ہے۔ ان میں فلاریا بان کرافٹائی (Filaria bancrofti) فلاریا لوائ (لوا لوا: Loa loa) فلاریا مستقر (Acanthocheilium perstans) (خار لب رشتہ ہستقر) اور فلاریا اوزرڈائی (Filaria ozzardi) (مانسونیلا اوزرڈائی) (Mansonella ozzardi) شامل ہیں۔ ان کے علاوہ دوسری فلاریائیڈ ہیں جن کی بالغ شکلیں ابھی تک نہیں پائی گئیں۔ ان میں سے ایک خرد فلاریا سبحہ ذنبیہ (Microfilaria streptocerca) ہے جس کا ذکر میکے قائی (Macfie) اور کارسن (Corson) (70) نے ۱۹۲۲ء میں کیا تھا اور جو گولڈ کوٹ کے اصلی باشندوں کی جلد میں پایا جاتا ہے اور دوسرا خرد فلاریا ملایائی (Microfilaria malayi) ہے جسکا اندراج برگ (Brug) (71) نے ۱۹۲۲ء میں کیا تھا اور جو مشرقی بھارت میں اطرائی خون میں پایا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۰۴ اور جدول)۔

فلاریا بان کرافٹائی

(FILARIA BANCROFTI)

(صفحہ ۶۸، ۱۲-۱۵، صفحہ 1086)

سمت اسباب۔ فلاریا بان کرافٹائی بہت سے ماریخی اور تحت ماریخی ممالک میں پایا جاتا ہے اور یہ جزائر غرب الہند، وسطی اور جنوبی امریکہ، ہندوستان، جنوبی چین، اور بحر الکاہل کے جزائر اور افریقہ کے مغربی ساحل اور کومین لینڈ میں بکثرت مشاہدہ میں آتا ہے۔ بالغ کرم عروق لیمف اور گردنہ دی لمفی فضائوں میں رہتا ہے جہاں یہ انڈے دیتا ہے جو لیمف میں لکر دوران خون میں چلے جاتے ہیں۔ مضغے اطرائی خون سے دن میں غائب ہو جاتے ہیں اور راستہ میں پھر

اس میں ظاہر ہو جاتے ہیں اور یہ واضح شبانہ نوعیت قاعدہ پائی جاتی ہے لیکن (Lane) کے خیال کے مطابق اس منظر کی وجہ مادہ کرموں کا روزانہ دوری وضع محل ہے مگر خود فلاریا کی نوعیت کے متعلق مینسن (Manson) کا جو نظریہ ہے اس کا انحصار اس امر پر ہے کہ دن کے وقت مضمغہ پھیپھڑوں اور صدری عروق میں جتے ہیں اور اطرائی خون میں صرف رات ہی کے وقت آتے ہیں۔ مضمغوں کا طول ۲۲ تا ۳۲ ماکران اور عرض ۵ تا ۱۰ ماکران ہوتا ہے اور یہ ایک ڈبیلے سے غلاف میں بند ہوتے ہیں جو صرف بیضی غشا ہوتا ہے جو دوران نمون میں تن جاتی ہے۔ بحر الکابل کے جزائر کی فلاریت میں کوئی نوعیت نہیں پائی جاتی اور اگرچہ یہ طفیلیہ شکلیاتی بنا پر عموماً فلامیا بان کرا فضا فی کا متماثل تصور کیا جاتا ہے لیکن یہ امر مشتبہ معلوم ہوتا ہے جس مچھر سے منتقل ہوتا ہے وہ ای ڈیسیرا (ای گینس) (*Aedes variegatus*) ہے جو دن کے وقت کاٹتا ہے۔ فلاریا بان کرا فضا فی کا عام میزبان کیو لکس فیٹی گینس (*Culex fatigans*) مچھر ہے جیسا کہ مینسن نے سب سے پہلے دریافت کیا ہے۔ مچھرات کے وقت مضمغوں کو چوستا ہے اور اس کے صدری عضلات میں ان میں تغلیبات (*metamorphoses*) کا ایک سلسلہ واقع ہوتا ہے اور یہاں سے یہ انجام کار اس کی سونڈ میں آ جاتے ہیں۔ جب مچھر انسان کو کاٹتا ہے تو اس میں ان کا اثر اب از سر نو کر دیتا ہے۔ اطرائی عروق خون میں سے نفوذ کر کے یہ تمام عروق لطف میں چلے جاتے ہیں جہاں ان میں منفی پختگی واقع ہوتی ہے اور جفتی کے بعد یہ خود فلاریا (*Microfilaria*) پیدا کرتے ہیں۔ اس نمونے کے لئے حشراتی برندہ کے اندر دس سے لیکر چالیس دن تک کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ جہاں تک ہیں علم صرف انسان ہی قطعی میزبان ہے۔

احراضیات - فلاریائی کرموں سے عموماً ایوسین پسندی پیدا ہو جاتی ہے لیکن بافتوں کو ضرر نہیں پہنچتا اور اگر کبھی پہنچتا بھی ہے تو بہت کم۔ جب مضمغ دوران خون میں گردش کرتے ہیں تو ان سے بظاہر کوئی مرض اثرات پیدا نہیں ہوتے۔ بہر حال بعض مریضوں میں لٹمی نظام اور لٹمی غدد کو بین ضرر پہنچ جاتا ہے جس سے فلاریائی التھاپ عروق لطف، فلاریائی خراج، دوالی نما آربی غدد

بول کیلوسی، کیلوسی قیکہ (chylocele) 'التهاب مشانہ'، لمفی صفن (lymph scrotum) کیلوسی، استسقا اور داء الفیل پیدا ہو جاتا ہے۔ داء الفیل زیادہ تر جوارح اسفل، صفن، اور فرج پر اثر انداز ہوتا ہے، اور پستانی غدود بھی بعض اوقات مآوف ہو جاتے ہیں۔ یہ امراض ذاتی تغیرات کسی حد تک تو میکافی تسدد کا نتیجہ ہوتے ہیں اور کسی حد تک یہ اس کرمی التهاب غدود اور التهاب عروق لمف سے پیدا ہوتے ہیں جو دیدانی سم سے رونما ہوتا ہے اور جس سے لیفیت، تسدد اور لمفی رکود واقع ہو جاتا ہے۔ جو حصہ نبتہ سنجیہ لیتا ہے وہ تناسخ فیہ ہے، لیکن جو عداد التهاب عروق لمف تپ کے ساتھ پیدا ہوتا ہے اس کی وجہ غالباً وہی سنجی نبتی سرایت ہے جس کا اضافہ لمف کے رکود پر ہو جاتا ہے۔ عروق لمف کے ممر پر بعض اوقات چوٹے چوٹے کر بیچے پیدا ہو جاتے ہیں جو اس التهابی بافت سے مرکب ہوتے ہیں جو مردہ کرموں کو گھیرے ہوتی ہے۔

علامات - مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض زیر سریری رہتا ہے اور یہ مریض صرف حاملین مرض کا کام کرتے ہیں۔ بہر کیف اگر لمف کے بہاؤ میں میکافی تسدد واقع ہو جائے تو ظہاری عروق لمف کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ عارضہ جو تپ داء الفیل (elephantoid fever) کے نام سے بھی موسوم ہے دفعۃً مردی کے احساس یا حقیقی تشعیر سے شروع ہوتا ہے۔ اس کے بعد پیش میں بلندی، کثرت خلیات، ایض اور لمفی غدود میں الیم کلانی واقع ہو جاتی ہے۔ التهاب عروق لمف بھی پیدا ہو جاتا ہے اور بیرج لکیروں سے ظاہر ہوتا ہے جو ان التهابی ماسکات سے جو مآوف حصوں میں ہوتے ہیں اوپر کی طرف کوجاتی ہیں۔ مہتب عروق لمف کے ممر میں بعض اوقات جس پذیر کر بیچے پائے جاتے ہیں۔ جب بول لمفی (lymphuria) یا بول کیلوسی (chyluria) کی حالتیں موجود ہوں تو مریض کا پیشاب دودھیا ہوتا ہے جس میں اکثر خون ملا ہوتا ہے۔ شانہ بینی سے متسع منشق عری لمفی والی کا انکشاف کیا جاسکتا ہے جس سے شانہ میں دودھیا سیال بہتا ہے۔

تشخیص - تحت سریری امابات میں سرایت کا انکشاف خون میں متسع ہونے سے کیا جاسکتا ہے اور یہ خون دس بجے شام اور دو بجے صبح کے درمیان لیا جاتا ہے۔

یا ایوسین پسندی اس امتحان کی ضرورت پر دلالت کرتی ہے، لیکن جب وائیل پیدا ہو جاتا ہے تو خورد فلاریا کا شاذ و نادر ہی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ نیا دروں آدمی کا شفعہ جس میں ڈائٹروفلاریا امینٹس (*Dirofilaria immitis*) کا خلاصہ ایٹمی جن کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے وائیل کے فلاریائی اقسام کو وائیل مقامی (*elephantiasis nostra*) سے تیز کرکینکے لئے مفید ثابت ہوتا ہے۔ تحت جلدی عروق لف کے ممر پر جو کرکینچے ہوتے ہیں ان کے استیصال کے بعد ان کی تراش کا امتحان کرنے سے بالغ کرم شناخت کئے جاسکتے ہیں، اور اگر ان میں تکلس واقع ہو گیا، ہو تو لاشعاعی امتحان سے ان کا وجود ثابت کیا جاسکتا ہے۔

تھریز - تھریز کا انحصار مچھروں کے کاٹنے سے بچنے اور درمیانی بربد کو تباہ کرنے پر ہے۔

علاج - دواؤں سے کوئی نوعی علاج معلوم نہیں! الہتباب عروق لف کے حملہ کے دوران میں مریض کو بستر پر لٹا دینا چاہئے اور عمومی اصولوں پر اس کا علاج کرنا چاہئے۔ آؤکوز (*O'Connor*) کا یہ بیان ہے کہ فلاریائی کرکینچوں پر ایٹھل کلورائیڈ کا رشاش کرنے سے تپ کا حملہ ناتمام رہ جاتا ہے بشرطیکہ یہ عمل حملہ کے ابتدائی حصہ میں کیا جائے۔ وائیل کا علاج لچکدار جرابوں یا پٹنوں کی شکل میں دباؤ کے استعمال سے کیا جاتا ہے اور بارہ کو مرتفع وضع میں رام دینا چاہئے تاکہ لمفی رکود کم ہو جائے۔ ان فیلیپائی عوارض میں سے بعض کے لئے جراحی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے، اور حال ہی میں بعض تکنیکی عملیات ترتیب دئے گئے ہیں جن کا مقصد یہ ہے کہ تندرست بافت کے ساچی چوندوں میں سے لف کا بہاؤ از سر نو قائم کر دیا جائے تاکہ لمفی تہج کا ازالہ ہو جائے (میک انڈونڈو *McIndoe* اور گیلز *Gillies*: (72)۔

فلاریاے مستمر (*Filaria perstans*) (خاؤلبہ رشتہ مستمر)
(*Acanthocheilonomes perstans*) کا انکشاف ڈی ایل ڈینیلس (Daniels) نے برٹش کائنیں کیا تھا، اوپینسن (Manson) نے خورد فلاریا کی شناخت کاگوکے

جشیوں کے اطرائی خون میں کی ہے۔ یہ مرض ماریخی افریقہ کے معتد بہ حصہ میں پایا جاتا ہے جس میں مغربی ساحل شامل ہے اور یہ وزویلا، ٹرینی ڈاڈ اور وادی میزان کے بعض حصوں اور دوسرے مقامات میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔

بحث اسباب۔ بالغ کرم متطول اور خیط نامیکلیے (nematodes) ہیں۔ نر کا طول ۵ ملی میٹر اور مادہ کا ۷ تا ۸ ملی میٹر ہوتا ہے۔ خرد فلاریوں کی تعداد اطرائی خون میں اختلاف پذیر ہے اور یہ اس میں دن رات موجود رہتے ہیں اور ان کا رجحان قلب کے کہنوں، بڑی بڑی شریانوں اور ریوی عروق میں مرکز ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ فلاریا بان کرافٹائی اور لوآلوآ کے مضمفوں سے چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کی پیمائش $200 \times 5 \times 25$ مائکرون ہے۔ ان پر غلاف نہیں ہوتا اور خون کے خوردبینی امتحان کے دوران میں انکی عجیب و غریب انقلابی حرکات کا مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ مرض ایک بھنگے (midge) کیولی کوائیڈینز اسٹینائی (Culicoides austeni) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے اور شارپ (Sharp) نے اس کا مکمل تغلب (metamorphosis) دیکھتے کیا ہے اور تجرباتی سرایت پیدا کرنے کے سات سے لیکر دس دن بعد تک کے عرصہ میں سوئڈ میں خاص سرووں کی موجودگی کا مظاہرہ کیا ہے۔ کیولی کوائیڈینز گراہمی (Culicoides grahmi) بھی غالباً ایک برندہ ہے۔

علامات۔ یورپین عموماً سرایت زدہ نہیں ہوتے، لیکن یوگنڈا اور کیمرون میں ۹۰ فیصدی ایسی باشندے حامل ہوتے ہیں۔ امراضیاتی ضررات اور علامات و ثبوت کے ساتھ معلوم نہیں ہوئے، لیکن بعض ارباب سند کا یہ خیال ہے کہ ان سے لمفی دوائی پیدا ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار غرد فلاریوں کا اطرائی خون میں مظاہرہ کرنے پر ہے۔

علاج۔ درمیانی میزبان کو تباہ کرنے سے جس کی افزائش نسل بھنگوں اور دلدلوں میں ہوتی ہے۔ مرض کا وقوع کم کیا جاسکتا ہے۔ کوئی نوعی علاج معلوم نہیں۔

فلاریا اوزرڈائی (*Filaria ozzardi*) (مینسونیلا اوزرڈائی)
 خرد فلاریہ جو خون کی قلموں میں خال حرکت کرتے ہیں بے خلافا اور غیر فوبی ہوتے ہیں تو قوی کیا تھ
 صرف مادہ ہی کے متعلق علم ہے اور اسکا طول ۶۵ تا ۸۱ ملی میٹر ہوتا ہے۔ بچے (Buckley) نے
 ثابت کیا ہے کہ حشرات کی زندہ کیولی کا ٹیلڈینز فیورینس (*Culicoides furens*)
 ہے مگر فل بورن (Fulleborn) نے جزوی نمو اپنا فیملینز میسکولی پینس
 (*Anopheles maculi-pennis*) میں بھی حاصل کیا ہے۔ بالغ کرم ماساریقا او
 تحت باریطونی بافتوں میں بھی دریافت کئے جا چکے ہیں لیکن اس امر کے متعلق کوئی
 شہادت نہیں کہ یہ مرض ہیں یا علامات پیدا کرتے ہیں تشخیص۔ یہ خرد فلاریوں کا
 خون کی قلموں میں انکشاف کرنے سے کی جاتی ہے۔ اس ٹیلیہ سے ابھی تک کوئی امر نسیا
 علامات شوب نہیں کئے گئے۔

لو آ لو آ

(LOA LOA)

کلاری ورم (Calabar Swelling)۔
 یہ مرض لو آ لو آ کرموں کے جلد اور مٹخم کے نیچے موجود ہونے اور مریع الزوا
 اور ام کی پیدائش سے جینز ہے اور یہ مغربی افریقہ کے وسیع رقبہ جات میں پایا جاتا
 ہے اور کیمرون میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہے۔ یہ مین گرو وکمیوں (mangrove
 flies) کی بعض انواع کرائی ساپس ڈیچی ایسا (*Chrysops dimidiata*)
 اور کرائی ساپس ساٹی لیشیا (*C. silacea*) سے منتقل ہوتا ہے جو اپنی خزاں
 ہی کے وقت حاصل کرتی ہیں۔ خرد فلاریوں میں روزانہ فوبیت پائی جاتی ہے اور
 جب کرائی ساپس کسی کسی سرایت زدہ مریض کا خون چوستی ہے تو یہ اس
 کے معدہ میں چلے جاتے ہیں۔ خلا فوں میں سے نکلنے کے بعد خرد فلاریہ شکم کی
 عضلی اور اتصالی بافتوں میں داخل ہو جاتے ہیں اور ان میں بہت سی تبدیلیاں
 واقع ہوتی ہیں۔ یہاں سے یہ سر کی طرف سفر اختیار کرتے ہیں اور تقریباً دسویں دن

جب کبھی غذا حاصل کرتی ہے تو یہ لب میں سے باہر آتے ہیں۔ کبھی چار پانچ دن تک سرری رہتی ہے۔

امراض قیاسات۔ بالغ کرم تحت جلدی اور پس باریطونی یا فتول میں سکونت اختیار کرتے ہیں اور یہ باریطون، پلورا اور گرد قلبہ کے نیچے، اور اختیاری عضلات اور عضلہ قلب میں پائے جاتے ہیں۔ کلاٹر (Klote) نے محال کی کریمچی لینیت کا ذکر کیا ہے جو خورد نظاریوں (لوآ لوآ) کی موجودگی کو متلازم ہوتی ہے۔ کلا باری اور ام میں کبھی تفتع واقع نہیں ہوتا، اور یہ مقامی استہدائی تعال سے پیدا ہوتے ہیں جس کے ساتھ مسلسل کا ارتشاح اور ایسین پسند درریش پائی جاتی ہے اور یہ دونوں مل کر فتول میں بالغ کرموں کے دیدانی پروٹین خارج کرنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور ام کا کوئی قطعی باوری کرم کی موت یا بافتوں میں مضخوں کے خارج ہونے سے نہیں اور پہلے اس کے برعکس خیال کیا جاتا تھا۔

علامات۔ کرم جلد کے نیچے مختلف مقامات میں پائے جاتے ہیں جن میں جوارح، چہرہ، کمر، سینہ، پستان، زبان، پوٹے، طغمت اور آنکھ کی مقدم کو شک شامل ہیں۔ کرم کا آنکھ کے گرد کی بافتوں کی طرف خاص میلان پایا جاتا ہے جب یہ طغمت میں سے گذر رہا ہے تو معتدہ خواش اور استلا پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ درد اور ورم پایا جاتا ہے اور بصارت و حسندی ہو جاتی ہے۔ شنانہ کی گردن کے خطہ کی طرف کرموں کے نفس مکان کرنے سے بھی معتدہ درد پیدا ہوتا ہے۔ مرری لحاظ سے کرم پھولے ہوئے سفید ورم (کلا باری اور ام) پیدا کرتے ہیں جو عموماً درخیز نہیں ہوتے اور جلد کی زیر جلدی بافت پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ یہ بڑھکر مرغی کے انڈے کے برابر یا اس سے بھی بڑے ہو جاتے ہیں اور دو تین دن تک موجود رہتے ہیں۔ یہ اور ام کبھی مجرد ہوتے ہیں اور کبھی متعدد اور جسم کے مختلف حصوں میں جہینوں یا سالوں تک بار بار پیدا ہوتے رہتے ہیں۔ جب یہ ہاتھ یا پیش بازو میں نمودار ہوتے ہیں تو بعض اوقات کسی قدر کمزوری کا احساس پیدا ہو جاتا ہے اور جہاں جلد مضبوطی سے چپکی ہوتی ہے، مثلاً چاندنی میں، وہاں بہت سی تکلیف یا حقیقی درد بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ گناچے کا ہے شری طغمت پیدا ہو جاتے ہیں اور

وہ تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے۔ کلابار نما اور ام فلاریائی پروٹین کے مملول کے زیر جلدی اشراب سے تجربہ پیدا کئے جاسکتے ہیں، اور محسوس موضوع میں شہری اور دہات تک بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ جہاں تک ہمیں معلوم ہے یہ مرض پندرہ سال تک بھی جاری رہتا ہے۔

تشخیص۔ مقامی مرض کے خط میں سکونت کی رونما، مریض الزوال اور ام کی پیدائش اور آنکھ کے قرب و جو اور میں کرم کا ظہور اس صورت پر فاض طور پر دلالت کرتے ہیں۔ کل کثرت غلیات امیض میں تقریباً ہمیشہ ایک نمایاں اضافہ پایا جاتا ہے اور بلند ایٹوسین پسندی موجود ہوتی ہے جو ۱۰ سے ۶ فیصد تک ہوتی ہے۔ جو خون ۱۰ بجے صبح اور ۲ بجے بعد دوپہر کے درمیان لیا جائے اس میں مضمون کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ بیشتر یہ اس میں نہیں بھی پائے جاتے اور اوائل مرض میں خاص کر ایسا ہوتا ہے اور اس صورت حالات میں متمم طبیعتی تبادل جس میں ڈائروفلازیا امیٹس (*Dirofilaria immitis*) کا امیٹ جن کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے تہایت مفید ثابت ہوتا ہے کیونکہ یہ تقریباً ہمیشہ مثبت پایا جاتا ہے۔ لوا لواء کے مریضوں کی ایک بڑی اکثریت میں فلاریائی پروٹین کے لئے دروں ادھی حساسیت بھی پائی جاتی ہے (۷۸)۔

انذار۔ انذار اچھا ہے لیکن کرم بعض اوقات سالوں تک تکلیف دیتے ہیں اور وقفوں پر ورم پیدا ہوتے رہتے ہیں جن سے عارضی معدوری پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج۔ کوئی نوعی علاج معلوم نہیں ہو کیا جاسکے، لیکن جہاں ممکن ہو سطحی کرموں کو مقامی معدوم جس کے زیر اثر بحال دینا چاہئے۔ جن انسبات میں کشری یا ربوی علاجیہ موجود ہوں ان میں فلاریائی پروٹین کے عقیم طمعی خلاصہ کے اشرابات سے جن کے معادلات بتدیج بڑھائے جاتے ہیں، ازاد حساسیت کرنے سے بعض اوقات کامیابی ہوتی ہے۔ بہر حال استہداف سے بچنے کے لئے احتیاط کرنا چاہئے اور ابتدائی اشراب کے ساتھ ایڈرینالین زیر جلدی طور پر دی جاسکتی ہے۔

خار ذنبیت

(ONCHOCERCIASIS)

(۱) خار ذنبیہ مفتول (Onchocerca volvulus) - خار ذنبیہ مفتول کی سرایتیں مغربی افریقہ اور کاسو کے تمام طاس میں پائی جاتی ہیں اور ان کا اندراج لائبریا، ٹوگنڈا، نائیجیریا، کیمرن، سینیگال اور فرانسیسی گھانا میں بھی کیا گیا ہے۔ بچوں کی نسبت بالغوں میں سرایت بہت زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے۔ یورپیوں میں یہ بہت نادر الوقوع ہے۔ اقصیٰ اصابت میں بے غلاف مفتول کا مظاہرہ عمل میں کیا جاسکتا ہے اور یہ سیاہ کھٹی سائی مولیم ڈیمونوسم (Simulium damnosum) میں داخل ہونے کے بعد اس کے مدد سے عضلات میں نمود پاتے ہیں اور یہاں سے یہ سر کی طرف سفر کرتے ہیں اور جب انسان کی بافتوں میں ان کا پھراثر اب ہو جاتا ہے تو یہ اطراف فی زیر جلدی عروق لطف میں پہنچ جاتے ہیں۔ امراضیات - بالغ خار ذنبیتی کرموں (onchocerca worms) سے جو التهاب زیر جلدی عروق لطف میں شروع ہو جاتا ہے اس سے خلوی تعامل پیدا ہو جاتا ہے جس کے بعد لیفیت رونما ہو جاتی ہے اور دیریں سلعات بن جاتے ہیں جن کے رخنوں میں زکرم اور مضطرب لزوج مادہ میں مدفون پائے جاتے ہیں۔ مادہ کرم قالب کے اندر رخنوں میں مدفون ہو جاتے ہیں اور اس لئے ان کو دور کرنا ناممکن ہوتا ہے۔

علامات - زیر جلدی دیریں کرموں کا قطر جن پر جلد آزادی سے حرکت پذیر ہوتی ہے، اتنا اسٹنٹی میٹر ہوتا ہے اور یہ کہنیوں، گھٹنوں، پسلیوں، رقیق عرف اور طر و خانے کے قریب وجوہ میں خاص طور سے پائے جاتے ہیں جلد میں مضغوں کی وجہ سے جو خراش پیدا ہوتی ہے اس سے ادھی ضررات پیدا ہو جاتی ہیں جو بیرنگی (achromia)، جناف الجلد (xeroderma) اور کاذب سک جلدی (pseudo-ichthyosis) سے میسر ہوتے ہیں (لیگریٹ (Leigret: 74) اور چمی ضررات کا اندراج بھی حال ہی میں کیا جا چکا ہے۔ بعض ارباب سند نے خار ذنبیتی

مرض میں خیموں کی کٹائی، صفن کے واسطے اور قیلہ ماسیہ کا ذکر بھی کیا ہے، اور مغبغوں کا مظاہرہ قیلہ ماسیہ کے سیال اور متبج لہنی باقت میں کیا جاسکتا ہے۔

تشخیص۔ اس عارضہ کو اذیمیٹی دویروں (dermoid cysts)، یعنی سلعاتِ رخت لہنی (molluscum fibrosum) اور زوفصلی کرتبچوں سے جو تشک در باز میں پائے جاتے ہیں تمیز کرنا چاہئے۔ تشخیص کی توثیق کے لئے بعض اوقات جوی ممتا (biopsy) اور بعد میں کرتبچ کی تراشش کی ضرورت ہوتی ہے یا مختص خون یا مصلہ جلد میں مغبغوں کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ نووکین کی عدم حیثیت کے زیر اثر کرتبچوں کا استیصال کیا جاسکتا ہے خاص کر جبکہ یہ جوڑوں کے قریب ہوں اور ان سے متعدد درد اور تکلیف پیدا ہوتی ہو۔

(۲) اونکوسرکاسی کوئی ٹینس (Onchocerca caecutiens) کو بعض ارباب سندن اونکوسرکا والوولس (O. volvulus) ہی تصور کرتے ہیں۔ گائی مالا میں اونکوسرکاسی کوئی ٹینس کی سرایت کا فی پید کرنے والے رقبہ جاتے میں ۲,۵۰۰ سے لیکر ۵,۰۰۰ فٹ تک کی بندی پر پائی جاتی ہے جہاں کافی کی کھیاں (coffee flies) بکثرت موجود ہوتی ہیں۔ سمولی آئی ڈی (Simuliidae) کے تین انواع سے یہ مرض منتقل ہوتا ہے اور وہ یہ ہیں: ممولیم مشلیکم (S. metallicum)، ممولیم موسیلوئی (S. mooseri) اور ممولیم آکرسیٹیم (S. ochraceum)۔ یہ کھیاں دن میں ۸ بجے صبح سے لیکر ۶ بجے شام تک کھینٹوں میں کاٹتی ہیں اور گائی والا کے بعض اضلاع میں ۶۸۵ فیصدی باشندے اور میکسیکو میں ۹۰ فیصدی باشندے سرایت زدہ پائے گئے ہیں۔ بچے اور بالغ دونوں عموماً متاثر ہوتے ہیں۔ بالغ کر مرغیہ دور عیاں کیے ہیں۔ مادہ کا طول ۳.۵ تا ۳.۳ ملی میٹر سے لیکر ۵.۵ ملی میٹر تک ہوتا ہے اور جو چھوٹا ہوتا ہے طول میں ۱.۹ تا ۳.۲ ملی میٹر ہوتا ہے۔ بے خلاف خورد غلاریئے خون میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں اور ان کا طول ۱.۵ تا ۳.۶ مل اور عرض ۰.۲ تا ۰.۸ مل ہوتا ہے۔

احراضیات۔ تراور مادہ خارذنبیتی کرموں کی خراش کے نتیجہ کے طور پر

لیفی بافت کے کر بیچے بنجاتے ہیں اور یہ کرم لیفی بافت کے قالب میں مکمل طور پر کینندہ ہو جاتے ہیں۔ کر بیچے محکم اور رمادی مائل سفید ہوتے ہیں اور ان کا مرکزی حصہ نرم ہوتا ہے اور اس میں دودھیا مادہ ہوتا ہے جن میں مضعوں کا بآسانی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ سٹرانگ (Strong) کے بیان کے مطابق (75) خود فلاریس کے کر بیچوں میں دھیر دھیر آزادانہ حرکت کرتے ہیں اور کیسہ میں سے گذر کر اومہ تک پہنچ جاتے ہیں اس طرح یہ آئنگھ کی بافتوں اور خاص کر ملحقہ قرحیہ اور قرحیہ پر بھی حملہ آور ہوتے ہیں ایو سیند کثرت خلیات ابیض عموماً موجود ہوتی ہے اور تقریبی شمار میں ۲۵ تا ۷۵ فی صدی خلیات ایو سیند پسند خلیات ہوتے ہیں۔

علامات۔ امریکی خار ذہبیت (American onchoerciasis) کے سریری مظاہر کر بیچوں جلدی ضررات اور چشمی پچیدگیوں پر مشتمل ہیں۔ (۱) گائی مالائی کو بیچے (Guatemala nodules) - یہ محکم کر بیچے ہیں جن سے چاندنی اور چہرہ متاثر ہوتا ہے اور ان کی پیمائش عموماً ۵۔۷ سے لیکر ۲.۵ سنٹی میٹر تک ہوتی ہے اور گاہے گاہے ان کے ابعاد ۷.۵ سنٹی میٹر تک پہنچ جاتے ہیں۔ (۲) جلدی ضررات - اصابت کی ایک اکثریت میں جس میں مٹھے اومہ میں پائے جاتے ہیں کوئی ضررات نہیں پائے جاتے، لیکن ان کی خراش سے گاہے گاہے حکاکی (pruriginous) اور جفاف الجلد حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ایک خاص قسم کا سرخادہ جو سرگردن اور چہرہ تک ہی محدود رہتا ہے اور جو "ساعلی سرخادہ" ("crisipela de la costa") کے نام سے مشہور ہے اسی سبب سے منسوب کیا گیا ہے، لیکن سٹرانگ کا 'جس نے حال ہی میں اس مسئلہ کے متعلق تحقیقات کی ہے' یہ خیال ہے کہ یہ شاید ان حالتوں میں جن میں اومہ خود فلاریوں سے بافراط مرایت زدہ ہوتا ہے کھجولانے سے جلد کی سببہ متقی سزایت سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ (۳) چشمی ضررات - یہ گائی مالا اور جنوب مغربی میکسیکو میں تقریباً ۵ فی صدی اصابت میں پائے جاتے ہیں اور یہ التهاب ملحقہ نقطہ دار التهاب قرحیہ، التهاب قرحیہ، اور التهاب شیمیہ پر مشتمل ہیں خود فلاریے گرد قرحیہ ملحقہ قرحیہ، قرحیہ اور شیمیہ کی تراشوں میں پائے گئے ہیں یا ابتدا عموماً غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ بعض اصابت میں ملحقہ بیش رمویت موجود ہوتی ہے

اور قرنیہ میں عتیمت کے چھوٹے چھوٹے رقبہ جات پائے جاتے ہیں اور فوراً ترسی کی ششکائی کی جاتی ہے۔ کوری عموماً پیدا ہو جاتی ہے۔

تشخیص - یہ کہ بچوں سے امتصاص کردہ دودھ یا سیال میں یا متصلہ جلد میں بے غلاف خرد فلازیوں کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے۔ جلد میں ان کا مظاہرہ کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ ایک پتلا سا مکڑا تیز چاقو سے اٹار لیا جاتا ہے اور زرد مٹی استہان کے لئے طبعی محلول میں چیرا جاتا ہے۔ ایبوسین پسند کثرتِ نلیات اجیش عموماً موجود ہوتی ہے۔ زندگی کے لئے یہ زیادہ خطرناک نہیں۔

تھریز - سیاہ کھی (black fly) کا استیصال (larvae) اور شرنقوں (pupae) کے لئے مچھلی اور نیزد افعات (repellants) کا استعمال ہم ہے لیکن سر، چہرہ اور کندھے پر کے کہ بچوں کا خاص طور پر جراحی استیصال کرنا چاہئے کیونکہ یہ مرض کے فتنہ کرنے کے ماسک کا کام دیتے ہیں۔

علاج - جب کبھی ممکن ہو تو کرہ پیچہ کا استیصال نووکسین کی عدم حیدت کے زیر اثر کر دینا چاہئے۔ جلد سے فلازیوں کو دور کرنے کیلئے پلازموکین (plasmoquine) ٹارٹار ایملک (tartar emetic) اور فوآڈین (fouadin) قابل آزمائش ہیں۔

1088

مرض رشتہ

(DRACONTIASIS)

(صحفہ ۶۸، ۱۶، صفحہ ۱۰۸۶)

نارو (Guinea-worm Disease) -

نارو نجیطیت۔ مدنی (Dracunculus medinensis) ذیلی بارنیٹس میڈی نیٹس (Fuellbornius medinensis) سے پیدا ہوتا ہے اور یہ افریقہ، ہندوستان، ایران، عرب، ترکستان اور برازیل کے بعض حصوں میں پایا جاتا ہے۔ ہندوستان میں دکن میں یہ مرض خاص طور پر کثیر الوقوع ہے جہاں پانی ایسی باولیوں سے آتا ہے جن میں میٹریسیاں اترتی ہیں۔ بالغ مادہ پتلے اور جیل نما کرم کی طرح کی ہوتی ہے اور اس کا اگلا سراگواں ہوتا ہے اور

دم خمیدہ ہوتی ہے۔ اس کا طول ۳ تا ۵ سنٹی میٹر اور عرض ۵ تا ۷ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اس کا سکن خاص کرجاج اسفل کی تحت جلدی اور خشکی بافتیں ہیں اور جب یہ مضمغہ خارج کرنے کے قریب ہوتی ہے تو اس سے ادمہ کے نیچے کسی سیمی شے کا افراز ہوتا ہے جس سے آبلہ بن جاتا ہے اور تفرج پیدا ہو جاتا ہے۔ پانی کے تماس یا جارحہ پر سردا اطلاقات کا استعمال کرنے سے مضمغہ بروز یا فتنہ رحم میں سے معکوس طور پر خارج ہونا شروع ہو جاتے ہیں جس سے قرعہ کا قاعدہ ہمیشہ مشتبہ رہتا ہے۔ جب مضمغہ پانی میں آزاد ہو جاتے ہیں تو یہ ضروری ہے کہ ان کو سائیکلوپس (Cyclopa) کی ایک خاص نوع نخل لے جو ان کے لئے درمیانی میزبان کا کام دیتی ہے۔ یہ معدہ میں سے نخل کر سیلوم (coelom) میں چلے جاتے ہیں اور یہاں ان میں نموی تغیرات کا ایک سلسلہ واقع ہوتا ہے جس کے لئے سات سے لیکر تودن کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ انسان ایسے پانی کے پینے سے سرایت زدہ ہوتا ہے جس میں سرایت زدہ سائیکلوپس موجود ہوں۔ انسان کے معدہ میں پہنچ کر یہ ترشٹی افراز سے ہلاک ہو جاتے ہیں لیکن سرووں کو کوئی ضرر نہیں پہنچتا اور یہ آزاد ہو کر دودھ پر حملہ آور ہوتے ہیں اور حاملہ مادہ زیر جلدی بافتوں میں دس سے لیکر چودہ ماہ بعد تک کے عرصہ میں نمودار ہوتی ہے۔ زکرم کے انجام کے متعلق کوئی علم نہیں۔

امراضیات - آبلہ منہ جہ ذیل ساختوں پر مشتمل ہوتا ہے (۱) مرتفع اور کی ایک تہ (۲) قیفی جلا ثمنی رشحہ کی ایک تہ جس میں سروے پھنسے ہوتے ہیں (۳) اریکی بافت کا ایک قاعدہ جس پر ایک مرکزی غٹشہ (eschar) ہوتا ہے جس میں سے مادہ کرم کا ہمین رحم بروز کرتا ہے۔ یہ کرم زیر جلدی بافت کی ایک رنگ میں پڑا ہوتا ہے جو ایک مینی خلوی تہ سے محصور ہوتی ہے۔ انسان میں جو امراضیاتی ضررات دیکھنے میں آتے ہیں ان کا انحصار تین اسباب پر ہے یا دہ کرم مضغوں اور جراثیم پر۔ جن سیمی اشیا سے آبلہ پیدا ہوتا ہے اگر وہ خون میں جذب ہو جائیں تو ان سے استهداف ناماءات پیدا ہو سکتے ہیں اور اگر مضمغہ زیادہ گہری بافتوں میں قبل از وقت خارج ہو جائیں تو ایک سخت الحاد عقیم خراج پیدا

ہو سکتا ہے۔ تبعداً عنبیہ ذہبی (Staphylococcus aureus) 'نبہات سیمی (streptococci) اور عصیبہ قولونی (Bacillus coli) وغیرہ کی طرح کے عضویوں کا ثانوی جراثیمی حملہ ہونے سے عدا خراجات، غلوی التهاب، تقیمی کیبتے (suppurative buboes) 'رلائی التهاب (synovitis) 'التهاب مفصل اور عفونت الدم پیدا ہو سکتے ہیں اور موت تک بھی واقع ہو سکتی ہے۔

علامات۔ آبد پیدا ہونے سے عین پہلے یا اس کی پیدائش کے ساتھ گھبے گا ہے اسی قسم کے استبدال ناما علامات مشاہدہ میں آتے ہیں جیسے کہ نشق کیبتے میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ ایک خارش شری طغ پر مشتمل ہوتے ہیں جو ۴۰ فیصدی امیبات میں دیکھنے میں آتا ہے اور بعض مثالوں میں اس کے ساتھ عرق حرکی ہبوط ضیق سینہ کا احساس 'ربوی بہر (asthmatic dyspnoea) 'قے 'اسہال اور بندائی ٹوسین پسندی پائی جاتی ہے (78)۔ جوارح اسفل تقریباً ۸۶.۵ فی صدی امیبات میں متاثر پائے جاتے ہیں اور بازو 'دھر' برین اور صغین اس سے کم کثرت سے ماؤف ہوتے ہیں۔ عفونتی پیچیدگیوں سے جن کا ذکر کیا جا چکا ہے شدید تپ حارض ہو جاتی ہے اور اوتار کے تقبض سے قتل بد شکلیاں پیدا ہو جاتی ہیں اور جوڑوں میں لینی جاسٹ بھی واقع ہو سکتی ہے۔ عکس کرموں سے جو خراش اور دباؤ پیدا ہوتا ہے اس سے رشتہ ناما درد اور عصبی التهاب پیدا ہو سکتا ہے اور جن مریضوں میں ایسے علامات موجود ہوں اور جو مقامی مرض کے رقبہ جات سے آئے ہوں ان کا لاشعا حوں سے امتحان کرنا چاہئے۔ کوتر (Conner) نے یہ دریافت کیا ہے کہ ان کا ملف اور مکے دار سایہ نارو کے لئے والدہ مرض ہے۔ مرض رشتہ میں ایٹوسین پسندی پائی جاتی ہے، لیکن جب ثانوی جراثیمی سرایت واقع ہو جاتی ہے تو ایٹوسین پسندعلیات کے صرفہ پر تعدیل پسند کثیر الاشکال نواتی علیات پڑے جاتے ہیں۔

تشخیص۔ جب کرم سلج جسم پر نمودار ہو جاتا ہے تو تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی لیکن اس سے پہلے صرف ایٹوسین پسندی اور مقامی مرض کے رقبہ میں سکونت کی روئداد ہی ایسے خواص ہوتے ہیں جو اس کی سرایت پر دلالت

کرتے ہیں مشتہا سابات میں موقوف حصہ پر مرد پانی ڈالنے یا ایقل کلورائیڈ کا رشاش کرنے سے سرووں کا اخراج شروع ہو جاتا ہے۔

تھنرے۔ باؤلیوں اور جوہڑوں کا پانی نارو کے مریضوں کے موقوف جوارج کے تماس سے مرایت زدہ ہو جاتا ہے اور اس مرایت کے انداز کے لئے تدابیر اختیار کی جائیں مثلاً کنوؤں کو ڈھانک دیا جائے اور جوہڑوں کے گرد سیمنٹ کی مینڈیں بنائی جائیں۔ ٹیل کے کپڑے میں سے پانی کی تقطیر کرنا بھی ایک موثر طریقہ ہے کیونکہ اس سے سائیکلوپس الگ ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ ثری اور استہداف نما علامات کا بہترین علاج ایڈرینالین کے اثرات ہیں (۱۰۰ امین اطاقت کے محلول کے ۱۰ قطرے) اور اگر مرضی آبد کے پھٹنے سے پہلے مشاہدہ میں آئے تو اس پر آئیوڈین کا محلول کر دینا چاہئے اور اس کا امتصاص کر دینا چاہئے۔ اگر کرم کو کھینچ کر نکالنے کی کوششیں ناکام ہیں تو ثانوی جراثیمی مرایت تقریباً ہمیشہ واقع ہو جاتی ہے۔ چونکہ یہ کرم ٹیکدار ہوتا ہے اس لئے متنبض ہو کر زیر جلدی بافتوں میں چلا جاتا ہے اور اپنے ساتھ جوف اور قرعہ کی جراثیمی نباتات کو بھی لے جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس کو کھینچ کر نکالنے سے پہلے قرعہ کے قاعدہ اور جوف کی جس میں سے یا بھرا ہوا ہے تعقیب کے لئے ہر قسم کی کوشش کر لینا چاہئے۔ کرم کو یا تو متوقف جز اور مالش سے نکالنا چاہئے جیسا کہ ہندوستان میں ویدوں کا دستور ہے یا لیمبی نسل سے کرم کی خاکہ بندی کر لینی چاہئے اور پھر نوو ویکین کی عدم حسیت کے زیر اثر متعدد شکاف دیکر اسے نکال لینا چاہئے۔ بعض اوقات کرم اپنے اوپر بالکل لیٹا ہوا پایا جاتا ہے اور اس صورت میں تمام رقبہ کا استیصال کر دینا چاہئے۔ اگر محض انتقام خراج پیدا ہو گیا ہو تو اس کا علاج جراحی طریقہ سے کرنا چاہئے۔ جوف میں ایک سلاخی داخل کر کے اس لیغی خلوی سزنگ کو شکاف دیکر کھول دینا چاہئے جس میں یہ کرم پڑا ہوتا ہے۔ دوسری عفوئی پیچیدگیاں جب پیدا ہوں ان کا علاج کرنا چاہئے۔ مشرق میں ابھی تک وہ پرانا طریقہ رائج ہے جس میں کرم کو روزانہ نطول سے آہستہ آہستہ کھینچ کر نکالا جاتا ہے اور اسے ایک ٹکے یا دیاسلاخی پر لپیٹ دیا جاتا ہے۔

مرض موئینی

(TRICHINIASIS)

موئینی مرض (Trichinosis, Trichinelliasis)۔

مرض موئینی (Trichiniasis) 'ہراغولی موئینہ' (Trichinella)

spiralis) (ہراغولی موئینہ: Trichina spiralis) کے مضعفوں سے پیدا ہوتا ہے جبکہ اسماعائے انسان سے سفر کر کے اختیاری عضلات کی طرف جاتے ہیں۔ اگرچہ یہ مرض انگلستان میں نادر الوقوع ہے مگر امریکہ اور جرمنی میں یہ قلیل الوقوع نہیں میزانی خزیئے سیاہ اور بھورا چوہا ہیں، اور سڑروں گتوں اور بلیوں کو یہ مرض ان چوہوں کو کھا جانے سے عارض ہوتا ہے۔ انسان مؤثر کا کچا یا ناقص پکا ہوا گوشت کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے جس میں سروے دوبرہ بند ہوں۔ معدی ریس سے دوبرہ کی دیواریں مضیم ہو جاتی ہیں اور مضعفے آزاد ہو کر لمبوع کو پہنچ جاتے ہیں اور معوی حائلہ سے چپک جاتے ہیں اور ان کی افزائش نسل معائے صغیر ہی میں ہوتی ہے۔ نر جلد ہی مر جاتے ہیں، لیکن حاملہ مادہ کرم تخللات میں تثقب سے گہرے چلے جاتے ہیں اور یہاں یہ عروق لیمف یا شاید ماساریفی وریدوں میں زندہ زائچے دیتے ہیں۔ لیسکارڈ (Liscard) نے یہ اندازہ کیا ہے کہ ہر مادہ کرم ۵۰۰ زندہ زائچہ پیدا کرتا ہے۔ ان زندہ زائچوں میں جن کی پیمائش ۱۰۰ μ x ۶ μ ہوتی ہے اپنے دوران سفر میں جگر اور پھیپھڑوں کے شعریاتی ہباد میں سے گذر جانے کی استعداد موجود ہوتی ہے، اور یہ سات دن سے یکربتیس دن تک کے وقفہ میں شریانی دوران خون میں نمودار ہو جاتے ہیں۔ نویں دن کے بعد یہ عضلہ میں مطروح ہونا شروع ہو جاتے ہیں اور پانچ یا چھ ہفتہ تک یعنی جب تک کہ مادہ کرم رودہ میں زندہ رہتے ہیں یہ دوران خون پرسلسل حلہ آور رہتے ہیں۔ اس تمام عرصہ میں ان کا مظاہرہ خون میں کیا جاسکتا ہے۔

امراضیات - حلہ کے درجہ کے دوران میں بعض اوقات معائے صغیر میں نازلی یا نرئی التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جب سروے عضلات میں مطروح

ہو جاتے ہیں تو ان سے مقامی الہابی تعادل پیدا ہو جاتا ہے جس سے یعنی بافت کا بیقعدی شکل کا ایک کیسہ بن جاتا ہے جس کے سرے کند ہوتے ہیں۔ کیسہ کے مرکز میں سروہ ہوتا ہے جو بالکل لپٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ کیسے ہمیشہ اس طرح واقع ہونے میں ان کا لمبیل محور عضلی ریشوں کا ستوازی ہوتا ہے۔ خورد بینی امتحان پر ارد گرد کے عضلی ریشوں میں انحطاط، مستعرض خطوط کا فقدان اور نواتات کی تعداد میں اضافہ پایا جاتا ہے ٹیکس جو قطبین سے شروع ہوتا ہے چھ سے نو ماہ تک کے عرصہ میں واقع ہو جاتا ہے اور بعد میں کرم خود بعض اوقات چھنے کے علاج سے چر ہو جاتے ہیں۔ بہر حال دیرہ بند سرووں کے متعلق ہیں یہ معلوم ہے کہ یہ اکتیس سال تک بھی زندہ رہتے ہیں (۱۹۶۱)۔ ڈایا فرام اور بین منسلکی، شلکی، لسانی اور مخجری عضلات خاص لمحدہ پانوف پائے جاتے ہیں۔

علامات - تین مذاہج تسلیم کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) مادہ کرموں کے حلا کا درجہ۔ (۲) سرووں کے سفر کا زمانہ۔ (۳) عضلہ میں سرووں کے دیرہ بند ہونے کا زمانہ۔ جلد کے درجہ میں پہلے ہفتہ میں معدی معوی علامات پیدا ہو جاتے ہیں جو متلی، تے، اسہال جس میں اجابتوں میں شائد خون اور مخاط بھی پایا جاتا ہے، اور قولنج نما درد حکم پر مشتمل ہیں کیل، بیخوابی اور سستی بھی موجود ہوتی ہے۔ زبان سرخ اور خفیف سی فرو دار ہوتی ہے اور بعد میں خشک ہو جاتی ہے۔ دوسرے درجہ میں زبان کا اور مخجری اور بین منسلکی عضلات اور ڈایا فرام کا عضلی الہتاب پیدا ہو جاتا ہے، اور ٹھکنے، بولنے اور اس لینے میں تکلیف ہوتی ہے۔ جب بازوؤں، ٹانگوں، شکم اور جڑوں کے عضلات متاثر ہو جاتے ہیں تو مقامی سختی اور درد پیدا ہو جاتا ہے اور پانوف عضلات نہایت درد خیز ہو جاتے ہیں اور چھونے پر الیم اور سخت پائے جاتے ہیں۔ شری، چہرہ کا تہج، انجوسین پسند کثرت خلیات، ابض اور طویل المدت متغیر تپ میں پسینہ بھی آتے ہیں میرخصائص میں ہیں۔ عصب عضلہ کے برقی تھلاؤں میں پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات ٹکٹکی (trismus) پیدا ہو جاتی ہے تنفسی عضلات کے پانوف ہونے سے تنفس اٹھلا اور وقفہ وار ہو جاتا ہے، اور اگر کھانسا، چھینکنا اور جانی لینا نامکمل نہ ہو گیا ہو تو ان تکلیف نہر رہتی ہے۔ ریوی افرات کو کھانسا کر باہر نکال سکنے کی وجہ سے ریوی

پہچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ پٹوئوں کی حرکت درخیز ہو جاتی ہے (accommodation) کی قوت بھی عارضی طور پر اُٹل ہو جاتی ہے۔ تیسرے ہفتے کے دوران میں ضعف (cachexia) اور زیر جلدی پہنچ پیدا ہو سکتا ہے، اور بیش سرایتوں میں درجہ حرارت ہوشی، ہڈیاں اور کوما پیدا ہو جاتا ہے۔ موت تسعم الدم، ذات الریه (نونی)، یا تنجی التهاب سے چوتھے ہفتے میں یا اس سے پہلے واقع ہو سکتی ہے، اور اگر مریض شفا یاب ہو جائے تو نقیہیت تدریجی ہوتی ہے اور عضلات کے درد، عضلی ذبول، اور ستر تنجی کی وجہ سے اس میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔

تشخیص - مرض موئینی (trichiniasis) پہلے ہفتے میں ٹوین (ptomaine) کی مسمومیت یا معوی التهاب یا رجر سے، اور اس کے بعد ریشی تب، محر ق یا کھلی التهاب سے خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ مرض موئینی کے اس رجحان سے کہ یہ گروہوں میں یا کھانے خانہ مان کے کئی ایک افراد میں رونما ہوتا ہے، اور بلند ایٹوسین پسندی سے اس کی تشخیص کی طرف بعض اوقات رہنمائی ہو جاتی ہے۔ اس درجہ میں سٹوبلی (Stäubli) کے رائج کردہ طریقہ سے مضعوں کا مظاہرہ خون کی رو میں کیا جاسکتا ہے۔ مریض کا خون ۳ فیصدی اسید ٹک ایڈ کے ۱۰ حصوں سے ملا دیا جاتا ہے اور بعد میں مخوف مطروح کا امتحان کر لیا جاتا ہے۔ کس طریقہ سے با رھویں سے لیکر بیسویں دن تک کے زمانہ میں اکثر مثبت نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ بعد کے زمانہ میں ٹوین عضلات مثلاً عضلات (منہ کی قریب)، عضلات مضمغیہ (masseters)، عضلات الرؤس (triceps) اور عضلات لطنیہ ساقیہ (gastrocnemii) کے حیوی معائنہ (biopsy) سے بیش دوری یا دورہ بند سروں کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔ اگر تکلس واقع ہو گیا ہو تو لاشعاعی امتحان سے ٹیلیجی دور سے نظر آسکتے ہیں۔

انذار - شرح اموات مختلف حلوں میں مختلف ہوتی ہے اور یہ ۱ تا ۳۰ فیصدی ہے، اور اس کا انحصار زیادہ تر مرایت کی شدت پر ہے۔ بیش مرایت زد مریض اکثر تسعم الدم یا ریوی پیچیدگیوں سے ہلاک ہو جاتے ہیں لیکن پانچ ہفتے کے بعد شفا یابی کا خاصا امکان ہوتا ہے۔

تھیرپی - اس کا انحصار کمیلوں میں سور کے گوشت کا معائنہ کرنے اور

اس کو اچھی طرح سے پکانے پہ ہے۔ سور کے گوشت کی صیانت کے طریقہ مثلاً دفنان (smoking) اور نمک زنی (salting) غیر موثر ہیں، لیکن بیس دن تک یا اس سے زیادہ مدت کے لئے ہف ف پر اس کی تبرید (refrigeration) موثر ثابت ہوتی ہے۔ ماہرین امراضیات کو یہ مرض دروبان امتحان لعش میں عارض ہو سکتا ہے۔

عللج۔ کوئی نوعی دوا معلوم نہیں ہے، اور علاج مخفف اصولوں پر ہی کرنا چاہئے۔ عضلات کے درد کو مخدرات (narcotics) 'ایسپیرن' 'فیناسٹین' اور کرفین شریٹ کے داخلی استعمال اور بیلادونا کے خارجی استعمال سے تسکین دیا جاسکتی ہے۔

مرضی د شنگلی (oesophagostomiasis)۔ ایسوفیگوسٹوم (oesophagostomum apiostomum) ایک سلکیہ (nematode) ہے جو مغربی افریقہ کے بشر آسافروڈ (anthropoid apes) اور

فلپائن اور چین کے بندروں میں پایا جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ مشرقی نائیجیریا کی جیلوں میں یہ طفیلی تقریباً ۴ فیصدی قیدیوں میں پائے جاتے ہیں۔ سرووں کا نورعلہ کی دوا میں ہوتا ہے اور یہ یعنی کریچوں میں بند ہوتے ہیں۔ جب یہ سچتہ جوفے کے قریب ہوتے ہیں تو یہ درونہ میں کل آتے ہیں، اور پیچھے اکثر ایک متفرج رقبہ باقی رہ جاتا ہے۔ یہ مخاطیہ سے چپک جاتے ہیں اور شنگلی تک پہنچ جاتے ہیں۔ یہاں یہ بعض اوقات غلطی سے خطافیے (hook-worms) سمجھ لئے گئے ہیں۔ سریری لحاظ سے قولونی اسہال پیدا ہو سکتا ہے جس کے ساتھ خون اور مخاط آتا ہے، اور مگا ہے گا ہے انتہا باریطون اور تسم الدم پیدا ہو جاتے ہیں۔ اجابتوں کے خردبینی امتحان سے کچ دہنہ کے انڈوں (ankylostome eggs) کی طرح کے بیغیوں کا انکشاف کیا جاسکتا ہے، اور صرف بالغ کرم جی کا امتحان کرنے سے دیدان کی اس نوع کی شناخت کی جاسکتی ہے۔ جو مختلف واقعات کرم (anthelmintics) مرض کچ دہنہ (ancylostomiasis) کے لئے موثر ثابت ہوتے ہیں، مثلاً تھائیمل، آئل آف چینیو پوڈیم، اور کاربن ڈی آکسائیڈ ان کے استعمال سے اس مرض سے بھی شفا حاصل ہو جاتی ہے۔

جنوبی امریکہ میں ایک اور نوع پائی جاتی ہے جو اس سے قریبی تعلق رکھتی ہے اور یہ ایسوفیگوسٹوم سنٹی فینوسٹوم (oesophagostomum

(stephanostomum) ہے۔ صرف ایک اصابہ کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ اس میں کرتبے معائے صغیر اور رودکیر دولوں میں موجود تھے۔

مرض کج دہنہ

(ANCYLOSTOMIASIS)

(صحفہ ۶۸-۶۹، ص ۱۱، صفحہ ۱۰۶۵)

مرض خطافیہ (Hook-worm Disease) خطافیت (Uncinariasis)۔
مرض کج دہنہ دو چھوٹے چھوٹے سلکتی کرتبوں سے اثنا عشری اور عمالہ کے سرایت
ہونے سے پیدا ہوتا ہے اور یہ سلکتی کج دہنہ اثنا عشری (Ancylostoma
duodenale) اور نیکیٹرا ایڈیری کیٹنس (Necator americanus) امریکی
کج دہنہ ہیں جن سے شدید خوردنطوی قلیل اللونی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔
اقتصادی نقطہ نظر سے مرض کج دہنہ غیر پاک کے بعد مدبرین کا اہم ترین مرض ہے۔
یہ اندازہ کیا گیا ہے کہ صرف ہندوستان ہی میں ۴۰ کروڑ ۵۰ لاکھ مزدور اس کرم کی
سرایت سے مریض ہیں اور چائے کے کھیتوں میں مزدور رکھنے والوں کا یہ بیان ہے کہ
جب مزدور کو اس طفیلیہ سے نجات دلادی جاتی ہے تو اس کی قابلیت کار میں ۲۵
تا ۵۰ فیصد اضافہ ہو جاتا ہے۔ برازیلی کج دہنہ (Ancylostoma brasiliense)
سے جو کتوں اور بلیوں میں پایا جاتا ہے انسان بھی شاذ و نادر سرایت زدہ ہو جاتا ہے اور
کلبی کج دہنہ (Ancylostoma caninum) کے سرووں کی سرایت سے بآب
طبع پیدا ہو سکتا ہے۔

بحث اسباب - اثنا عشری کج دہنہ (A. duodenale)

جو "رائی دنیا کے خطافیہ" ("Old World hook-worm") کے نام سے مشہور ہے
فاسٹ (Faust) کی رائے کے مطابق (۶۸) نصف کرہ مشرقی کے شمالی معتدل خطہ
کا عام انسانی کج دہنہ ہے۔ بالغ نر کی پیمائش ۸ تا ۱۰ ملی میٹر x ۳ تا ۵ ملی میٹر اور
مادہ کی ۱۲ تا ۱۸ ملی میٹر x ۱ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اجابتوں میں جو بیضے پائے جاتے ہیں
وہ لمبیلی ہوتے ہیں، ان پر ایک پتلا سا غول ہوتا ہے اور یہ شفاف ہوتے ہیں ان میں

روس سے لیکر آٹھ تک قطعہ دار کڑیوے ہوتے ہیں جن کی پیمائش ۵۵ تا ۶۵ mm عمر ۳۲ تا ۴۵ mm ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے نصف کرد مشرقی کے اس حصہ میں جو ۲۰ درجہ عرض البلد شمالی کے جنوب میں ہے امریکی کج دہندا (N. americanus) عام نوع ہے اور یہ جنوبی ریاستہائے متحدہ اور وسطی اور جنوبی امریکہ میں کثیر الوقوع ہے۔ یہ طفیلیہ چھوٹا ہے اور نر کی پیمائش ۹ تا ۱۱ ملی میٹر x ۳.۵ ملی میٹر اور مادہ کی ۱۲ تا ۱۴ ملی میٹر x ۳.۵ ملی میٹر ہوتی ہے۔ انڈسے اثنا عشری کج دہندا کے انڈوں کے شاہد ہوتے ہیں اور ان کی پیمائش ۶۳ تا ۷۵ mm عمر ۳۶ تا ۴۰ mm ہوتی ہے۔ ان دونوں انواع کے بالغ کرم خدی سلاح (buccal armature) کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ امریکی کج دہندا میں کیسہ (capsule) زیادہ چھوٹا ہوتا ہے اور اس کا حاشیہ چار بطنی خطاف نما دانٹوں کی بجائے جو اثنا عشری کج دہندا کا امتیازی صفت ہیں بے قاعدہ ہوتا ہے۔

دور حیات۔ جن اجاتوں میں بیضے ہوتے ہیں، مرطوب زمین پر ان کے ایک یا دو دن پڑے رہنے کے بعد عصائیہ نمائندہ (rhabditiform larvae) بیضوں سے باہر نکل آتے ہیں۔ شاؤ ونا در ایسا بھی ہوتا ہے کہ جب مر بیضوں کو زیادہ قبض ہو تو یہ اجاتوں میں بھی خارج ہوتے ہیں۔ دو دفعہ کی پوست ریزی کے بعد غلار یا مروسے نکل آتے ہیں جو تین یا چار ماہ تک بھی قابل حیات رہتے ہیں۔ جب یہ انسان کی جلد کے تماس میں آتے ہیں تو یہ بابتوں میں سے گھس کر عروق میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کے ذریعہ سے یہ قلب کی دائیں جانب اور پھیپھڑوں میں چلے جاتے ہیں بعد میں یہ قصبہ، فحوتہ، مژمار، مری اور معدے کے راستہ سے سفر کرتے ہوئے اثنا عشری اور معانم میں پہنچ جاتے ہیں جو ان کا قدرتی مسکن ہیں۔ اس کے بعد مادہ اور نر کرم بلوغ کو پہنچ جاتے ہیں اور انڈے پانچ ہفتوں میں اجاتوں میں آنے لگتے ہیں بحیرہ میں کج دہندا مرض کان کنوں میں پایا جاتا ہے۔ کانوں کی گرمی اور رطوبت اور ناقص صفویات (sanitation) کی وجہ سے مز دوروں کے ننگے جسموں میں سے مرایت واقع ہو جاتی ہے۔

امراضیہ کج دہندنے (ancylostomes) جو اپنے خدی کہہ میں مخاطیہ کو کچر لیتے ہیں

اصلی خون چوسنے والے کرموں میں سے ہیں اور یہ مقامی جریان خون اور نقصان خون پیدا کرتے ہیں اور امتحان نش پر معالے صغیر میں ان کی چسپیدگی کے مقامات پر نشی نزقات پائے جاتے ہیں۔ جنگ اسباب میں قلب تسع ہوتا ہے اور اس کے عضلات میں بھی انحطاط پایا جاتا ہے جس سے جگر اور گردے بھی مآؤف ہوتے ہیں۔

علامات۔ جلد پر حکر کرنے کے بعد مروے کج دہنتہ (ancyllostome dermatitis) پیدا کر دیتے ہیں جو "محل خارش" ("ground itch") یا "خارش حمالین" ("cooley itch") کے نام سے مشہور ہے۔ اس کی ابتدا کھجلی سے ہوتی ہے جس کے بعد تہج "احرار" اور ایک ثوری طغ پیدا ہو جاتا ہے اور آجے بجاتے ہیں۔ یہ حالت دو ہفتہ میں غائب ہو جاتی ہے بشرطیکہ ثانوی جراثیمی سرایت واقع نہ ہو اور اگر یہ واقع ہو جائے تو قواخ (pustules) اور دمل پیدا ہو جاتے ہیں۔ حمالوں میں پاؤں اور ٹانگیں بالعموم متاثر ہو جاتی ہیں۔ کارنوال کے کان کنوں میں جو اس طغ کو "خوشوں" ("bunches") کے نام سے موسوم کرتے ہیں زیادہ تر ہاتھ اور کلانیان مآؤف پائی جاتی تھیں۔ کتے اور بلی کے مروی حطینات (larval hook worms) سے بھی اسی قسم کے طغعات پیدا ہو سکتے ہیں اور یہ انسان میں بلوغ تک نہیں پہنچتے۔

شدید سرایتوں میں علامات چھ سے لیکر آٹھ ہفتہ تک کے عرصہ میں رونما ہوتے ہیں۔ ان کا انحصار معدی معوی فساد فعل اور عدم دمویت پر ہے جو خفسرتی (chlorotic) قسم کی ہوتی ہے۔ پرائس جوز کے انحطاطوں سے خرد خلویست (microcytosis) جسم کے اوسط قطر میں کمی اور بائیں جانب کی طرف غیر ذمیت ظاہر ہوتی ہے۔ لونی اشادیہ کم ہوتا ہے (۰.۵ تا ۰.۸) اذیل اللونی (hypochromia) نمایاں ہوتی ہے۔ کم رنگشی (hypochlorhydria) یا بے نمک ترشی (achlorhydria) اکثر موجود ہوتی ہے۔

سرایت کے تحت سریری رہنے کا انحصار صرف اس کی شدت ہی کی نوعیت پر نہیں بلکہ یہ سرخ مغز کی حیثیت پر بھی ہے جس میں تو بیضی احمر یا بعضی بیش رویش واقع ہو جاتی ہے۔ ایسے بہت سے اسباب ہیں جو اس بحیثیت پر مخالف اثر ڈالتے ہیں

شکلاً ناقص تغذیر، حیاتین کے لحاظ سے ناقص غذائیں اور بین رومرض، بچوں میں بالٹوں کی نسبت اور عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ آسانی سے مجسمیت ظاہر نہیں ہوتی اور اس لئے ان میں زیادہ عدم دمویت رونما ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں محول کے نقصان کی تلویش ہو جاتی ہے ان میں کوئی علامات یا عدم دمویت نہیں پائی جاتی۔ ان کی سرایت اکثر خفیف ہوتی ہے۔ جن اصابت میں تلویش جزوی ہوتی ہے ان میں تکان جلد پیدا ہو جاتی ہے، اور ذہنی مسبات، 'برمعدی درد' طبیعت کی خرابی، شکم میں پری کا احساس اور نفخ پایا جاتا ہے۔ اختلاج اور قصر تنفس بھی شروع ہو جاتا ہے اور بچوں میں "قدری شکم" ("pot belly") ایک عام امارت ہوتی ہے۔ جن اصابت میں کون الدم مجسمیت (haemopoietic respons) میں خلل پڑنا کام سرہتی ہے ان میں ذہنی اور جسمانی جمود برآمد ہوتا ہے۔ شدید اصابت میں اب جلد کی رنگت بہت مثیالی ہو جاتی ہے، بخاخ الائف اور پیشانی کی رنگت زرد ہو جاتی ہے، اغشیہ مخاطی لردی مائل ہو جاتے ہیں اور معدی معوی خصائص کے ساتھ قبض یا اسہال پایا جاتا ہے۔ خاک خوری (geophagia) یعنی مٹی کھانے کی عادت بھی گاہے گاہے دیکھنے میں آتی ہے۔ بہر، اختلاج، نابض عنقی وریڈیں، دموی خیرات، شبکیہ ترزفات، پاؤں کا تھج اور مصلیٰ انصبابت پیدا ہو جاتے ہیں۔ عدم دمویت شاید ذونا دموی شدید ہوتی ہے، اور سرج خلیوں کا شمار فی کمب ملی میٹر ۱۰۰۰۰ سے لیکر ۲۰۰۰۰ تک ہوتا ہے، ہیموگلوبین ۱۰ سے ۲۵ فیصد تک ہوتی ہے، اور لوہی اشاریہ ۵.۵ سے ۷.۷ تک ہوتا ہے۔ خلیات ایفی طبعی ہوتے ہیں یا ان کی تعداد میں خفیف سا انکلاف پایا جاتا ہے اور ایو سین پسندی اکثر موجود ہوتی ہے۔ اگر مریضوں کا علاج نہ کیا جائے تو موت عدم دمویت قبل قلب یا کسی بین رومرض مثلاً ذات الریہ (نمونیا) اور زجر سے واقع ہو سکتی ہے، اور جو مریض بچ رہتے ہیں ان میں ایسے وسیع نقائص پیدا ہو جاتے ہیں جن کے اثرات مضر ہوتے ہیں۔ بچوں میں ذہنی اور جسمانی نورک جاتا ہے اور وہ بچہ کو دیر سے پہنچتے ہیں، اور جہاں تک بالٹوں کا تعلق ہے قوم کو جو اقتصاداً نقصان پہنچتا ہے وہ حساب سے باہر ہے۔ ملازمین اور خدمتہ این میں پس آمد مفید نام افراد میں تحقیقات کرنے پر دماغی سستی کا سبب اکثر یہی سرایت پائی جاتی ہے (79)۔

تشخیص - سودا المضمی اختلالات، جسمانی اور ذہنی جمود، اور خورد غلویت
تقلیل اللونی عدم دمویت سے کج دہنی مرض کا شہہ ہونا چاہئے خاصکر جبکہ ایسٹین
پندی بھی ساتھ ہی موجود ہو۔ مقامی مرض کے رقبہ جات سے جو مریض آئیں ان کی
اجا بتوں کا خورد بینی امتحان بیضوں کے لئے کرنا چاہئے، اور اس مقصد کے لئے
کلیٹن لین (Clayton Lane) کے تیرانے کے طریقہ کو ترجیح دیجاتی ہے۔

انذار - مرض خطافیہ بچوں میں، اور قحط کے زمانہ میں، اور ایسے اشخاص
میں جن کو طیریا، زحیر اور ذات الریہ کی طرح کے امراض عارض ہوں جن کے لئے یہ
مرایت محض ہے، خاص طور پر خطرناک ہوتا ہے۔ اگر علاج بہت زیادہ عرصہ تک
ملتی نہ رہے تو مناسب علاج سے تقریباً ہمیشہ کامیابی ہوتی ہے۔

تحریر - یہ مناسب بوٹ اور جوتے پہننے، ٹینڈ زمین کی مناسب بھداشت
اور غلاظت کا مناسب دفعیہ کرنے پر مشتمل ہے۔ حاملین مرض کا علاج کرنا چاہئے
اور مشرق میں مابجا پاخانہ پھرنے کا جو عام قبیح رواج ہے اس کی جگہ بیت الخلاؤں
کا انتظام کرنا چاہئے۔ کانوں میں مناسب صفائی کا لحاظ رکھنا چاہئے۔

علاج - ایسی کئی ایک دوائیں ممکن الحصول ہیں جو کج دہنوں پر ملک اثر
رکھتی ہیں۔ ابتدائی علاج، ملکی غذا اور ملعی مسہلات کا استعمال کرانے اور تصال
(thymol) ۳۰ گرین جو اچھی طرح سے پسا ہوا ہو برشاموں (eachets) میں اکر
دینے یا ۵۔۷ مکعبی ٹری آئل آف چینوپوڈیم (oil of chenopodium) ۴، ۸
اور ۱۰ بجے صبح دینے پر مشتمل ہے اور اس کے بعد سگنیشیم سلفیٹ (۱۱ اونس) دوپہر
کے وقت دیا جاتا ہے۔ اگر ساتھ ہی صفاریت (ascariasis) بھی موجود ہو تو آئل
آف چینوپوڈیم خاص اہمیت رکھتا ہے، اور بعض ارباب سندھ تصال کے نصاب
کے ایک ہفتہ بعد اس کے استعمال کو دستور العمل بنالے کی تہنیک کرتے ہیں تصال
کے محلات مثلاً انکھن، مسکہ، دودھ، کیسٹر آئل، ایٹھر، گلیسرین اور کلوروفارم سے پرہیز
لازم ہے کیونکہ ان سے اس کی بہت زیادہ مقدار جذب ہوجاتی ہے جس سے

دوران بر درد مرعشی ناہم آہنگی تھے اور بر معدہ میں جلن کا احساس پیدا ہوجاتا
ہے۔ اگر تپ، کبدی مرض، کلوی التهاب یا ریوی یا قلبی مرض موجود ہو تو اس کا

استعمال جائز نہیں۔ کاربن ٹیٹراکلورائیڈ (carbon tetrachloride) س مکعب سنٹی میٹر مقدار میں سیال کی شکل میں یا جلائین کے کیسوں میں دیا جاتا ہے۔ ابتدائی ناقصہ منی مناسب نہیں۔ موثر طریقہ کاری یہ ہے کہ کاربن ٹیٹراکلورائیڈ (س مکعب سنٹی میٹر) کو آؤف چینو پوڈیم (اکمب سنٹی میٹر) کے ساتھ ملا لیا جاتا ہے، رات کو بگی خداری جاتی ہے اور صبح ناشتہ کی اجازت نہیں دیکھائی۔ ان دواؤں کا آمیزہ صبح ۷ بجے دیا جاتا ہے اور ۹ بجے صبح علی سہل دیا جاتا ہے۔ دوسرے کو بگی خداری کی اجازت دیکھائی ہے۔ علاج کے دوران میں اور اس کے بعد اجابتیں جمع کی جاتی ہیں اور ان کا امتحان بیضوں اور طفیلیوں کے لئے کیا جاتا ہے، اور ایک ہفتہ کے بعد پھر امتحان کیا جاتا ہے اگر پیچھے پھر موجود ہوں تو علاج کے دوسرے نصاب کی ضرورت ظاہر ہوتی ہے جواب دوسری دوا سے کیا جاتا ہے۔

عدم دمویت ایک اہم حالت ہے اور مراریت کا استیصال کرنے کے علاوہ مریض کو لمبا بڑے بڑے مقادرات میں دینا چاہئے، مثلاً فرائی ایٹ ایمونیاکی سٹر اس (ferri et ammon. cit.) ۳۰ گرین دن میں ۳ مرتبہ، یا بلاڈ کی چارگوئیاں دن میں تین مرتبہ بعد غذا۔ علاوہ ازیں جن اصابت میں ترشہ کا افراز ناقص ہو ان میں ایڈ ہائیڈروکلورڈل (acid hydrochlor. dil.) (بی۔ پی) ۱ ڈرام کے مقادرات میں رنگرہ کے مرقع حرق میں ملا کر کھانے کے بعد دیا جائے۔ غذا مندی اور بخوبی متوازن ہونی چاہئے اور اس میں حیاتین با فراط ہونے چاہئیں۔

صفاریت

(صفحہ ۶۸، ۱۴-۱۹، صفحہ ۱۰۵۵)

دود ڈو مستدیلج (Round Worm)۔

شکل میں بالغ خراطینہ صفار (ascaris lumbricoides) معمولی کچے کے مشابہ ہوتا ہے۔ نر کی پیمائش ۱۴ تا ۲۵ سنٹی میٹر x ۳ ملی میٹر، اور مادہ کی ۲۰ تا ۴۰ سنٹی میٹر x ۵ ملی میٹر ہوتی ہے۔ آگے کی طرف یہ تپلا ہوتا جاتا ہے اور پیچھے کا سر اکند مخروطی ہوتا ہے۔ انڈے زرد اور بیضوی ہوتے ہیں، اور ان پر ایک دبیز شفاف خول

ہوتا ہے اور بعض اوقات ایک ملحد دار خلاف بھی ہوتا ہے۔ ان کی پیمائش ۵ تا ۵۰ میل
۵ تا ۳۵ میل ہوتی ہے۔ نابارور انڈے زیادہ ایلجی ہوتے ہیں اور یہ اس
حالت میں خارج ہوتے ہیں جبکہ صرف مادہ کرم ہی موجود ہوں۔

دور حیات۔ انسان کے براؤں جو بیضے خارج ہوتے ہیں وہ غلاظت ہی
میں پختہ ہو جاتے ہیں اور پیشہ رطوبت اور آکسیجن کی رسد سے یہ متاثر ہوتے ہیں۔
عصائیہ نما سروسہ (rhabditiform larva) سے لیکر ۱۴ دن کے عرصہ میں نمو پاتا
ہے اور متلوٹ زمین میں بیضے کئی جینوں یا سالوں تک قابل حیات رہتے ہیں۔ نکلے
جانے کے بعد کامل النمو بیضے معدے میں سے گذر جاتے ہیں اور عصائیہ نما سروسہ
معدوی رسول میں انڈوں سے باہر نکل آتے ہیں اور معدوی دیوار میں سے گذر کر عروق
یا ویدیکوں میں چلے جاتے ہیں اور قلب یا قنات صدری کے راستہ سے گذر کر
پیمپچھڑوں میں چلے جاتے ہیں۔ یہاں شعری ہاد میں یہ مقطر ہو کر رہ جاتے ہیں اور قلب
نکار کر ویزوں میں گھس جاتے ہیں۔ اس کے بعد یہ اپنے قدرتی مسکن یعنی معائے مغیر
کی طرف قصبہ مری اور معدہ کے راستہ سے سفر کر جاتے ہیں۔ کرم انسانی سرایت
کے تقریباً دو سے اڑھائی ماہ تک کی مدت کے بعد کھنگلی کو پہنچتے ہیں اور اسی موقع
پر مادہ کرم انڈے دینے شروع کر دیتے ہیں۔

امراضیات۔ اپنے دوران سفر میں سروسہ التهاب پیدا کر سکتے ہیں جس
کے ساتھ چھوٹے چھوٹے نزقات پائے جاتے ہیں اور ہیج بھی موجود ہوتا ہے۔
تغسی گذرگاہوں میں امراضیاتی رشح پایا جاتا ہے اور مقامی ایٹوسین پندی
موجود ہوتی ہے بیش سراجوں میں تجدد کے قطعات میں بعض اوقات "مصاری
ذات الریہ" (ascaris pneumonia) پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات۔ ریوی ابتلا کے علامات مصفاری بیضوں کے نکلنے کے دو سے
لیکر پانچ دن تک کی مدت کے بعد شروع ہو جاتے ہیں۔ تپ، کھانسی اور بہر پیدا
ہو جاتا ہے اور تجمع کے امارات روزنا ہو جاتے ہیں جو غنچی ذات الریہ (lobar
pneumonia) کے مشابہ ہوتے ہیں تپش عموماً چار پانچ دن میں رفع ہو جاتی ہے
لیکن بیش سرایت زدہ مریضوں میں مصفاری ذات الریہ بعض اوقات ہلکے ثابت

ہوتا ہے۔ گاہے گاہے سروے اپنے دوران سفر میں غیر طبعی حملات مثلاً جگر، قلب، عضلات، گردوں اور مرکزی عصبی نظام میں چلے جاتے ہیں۔ کروی الہتاب کا بھی ذکر کیا جا چکا ہے جس میں پیشاب میں سروے موجود تھے۔ شری مظاہر، زیر جلدی بافتوں کا ہیج اور شدید ایٹوسین پسندی مرض کے اس درجہ کے عینر خصائص ہیں۔ بالغ کرم سسی، معکوس اور میکافی ذرائع سے علامات پیدا کرتے ہیں۔ جو مریض صفراری پڑیں کئی گھنٹے حاس ہو جاتے ہیں ان میں خارش اور شری طفحات اور زیر جلدی بافتوں کا ہیج پیدا ہو جاتا ہے جو خاصکر چہرہ میں دیکھنے میں آتا ہے، اور بچوں میں عصبی اضطراب، تنفس البول اور تشنجات تک بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ سورہضم، نفخ، تکلیف شکم، درد اعضاء، ہمال بھی پیدا ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ کبھی خون ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ موخر الذکر حالات "صفراری زحیر" ("ascaris dysentery") کے نام سے موسوم ہے۔ بیش مراریت اصابہ میں پیچیدگیاں قلیل الوقوع نہیں۔ یہ مندرجہ ذیل ہیں (۱) معدی تسد جو لغائی اخوری مصراع (ileocecal valve) کے قرب وجوار میں پایا جاتا ہے اور صفراری کرموں کا "گولا" بنجانے سے پیدا ہوتا ہے۔ (۲) معاکا ثقب جس کے ساتھ الہتاب باریلون یا منقش المقام خراج پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات جوف بھی بن جاتے ہیں اور شکم کی دیوار میں سے کرم خارج ہوتے ہیں۔ (۳) الہتاب زائدہ۔ (۴) بلبلی اور صفراوی قناتوں کا تسد جس سے یرقان، الہتاب قنات صفرا، الہتاب مرارہ یا خراج جگر تک پیدا ہو سکتا ہے۔ (۵) مزمار کا ہیج جو ان تھے کردہ کرموں سے پیدا ہوتا ہے جو قصبہ میں ٹھہر گئے ہوں۔ اگر یہ اس محل میں پھنس جائیں تو اغتصاص (suffocation) پیدا ہو سکتا ہے۔ (۶) معین جوفوں مثلاً مغارہ کا ابتلا جوتے کے دوران میں کرموں کے داخل ہونے سے عمل میں آتا ہے۔

تشخیص۔ صفراری ذات الریہ (ascaris pneumonia) کی تشخیص

ہے گواٹوسین پسندی سے جو اس حالت میں موجود ہوتی ہے اس کا شبہ ہو سکتا ہے اور بعد میں اس کی توثیق اجاہتوں میں بیضوں کے نمودار ہونے سے کی جا سکتی ہے۔ معوی صفراریت (intestinal ascariasis) کی تشخیص اجاہتوں میں بارور یا نابارور بیضوں کا مظاہرہ کرنے سے یا بالغ کرموں کے خارج ہونے سے کی جاتی ہے۔

انذار۔ سوائے بیش سرایتوں کے جن میں صغاری ذات الیہ یا مختلف قسم کی میکانیکی پیچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں، انذار عمدہ ہوتا ہے۔

تھورین۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ انسان کو صغاریت کا مرض کبھی غذا سے یا سرایت زدہ مٹی سے ہاتھوں کے تسکوت ہونے سے عارض ہوتا ہے جیسا کہ چین میں بکایا جاتا ہے تسکوت غلاظت کو سبزی کے باغوں میں استعمال نہ کرنا چاہئے کیونکہ اس کو عقیم بنانے کے لئے کوئی اطمینان بخش طریقہ موجود نہیں۔

علاج۔ سینٹونین (santonin) ۳ تا ۵ ٹھکرین کا استعمال مسلسل یا متبادل تین دن تک عموماً کارگر ثابت ہوتا ہے۔ ابتدا میں علاج سے پہلے فاقہ کرانا چاہئے اور کیشر آئل بطور سہل دینا چاہئے۔ بچوں میں لمبا غلاظت سب کم مقدار دیا جاتا ہے۔ آئل آف چینو پوڈیم (اکمب سنٹی میٹر) اور کاربن ٹیڑا کلورائیڈ (۳ کمب سنٹی میٹر) بھی موثر دوائیں ہیں۔ ان کا استعمال فکر اسی طرح کیا جاسکتا ہے جس طرح یہ کیج دہنی مرض میں استعمال کی جاتی ہیں۔ بعض مذکورہ بالا پیچیدگیوں کے لئے فوری جراحی نکتہ کی ضرورت ہوتی ہے۔

بال دُمی مرض (Trichuriasis)۔ یہ رودہ کبیر کی سرایت ہے جو رودہ سوطیہ (whip-worm) (بال دُمی بال دمہ) (Trichuris trichura) یا غیر مساوی بال سرا (Trichocephalus dispar) سے واقع ہوتی ہے۔ بالغ کرموں کی پیمائش ۴ تا ۵ سم سنٹی میٹر \times ۵ و۔ سنٹی میٹر ہوتی ہے۔ اگلا دو تہائی حصہ بال کی طرح نہایت باریک ہوتا ہے، لیکن پچھلا ایک تہائی حصہ موٹا ہوتا ہے۔ انڈوں کا رنگ بیورا ہوتا ہے، شکل میں یہ بریل نما ہوتے ہیں اور سروں پر گولہ نما ہوتی ہیں۔ ان کی پیمائش ۵۰ μ \times ۲۳ μ ملکر ہوتی ہے۔ انسان کو یہ مسرخص سرایت زدہ براز سے تسکوت غذا یا پانی میں بارور انڈوں کے کھائے جانے سے عارض ہوتا ہے۔ اعور میں پہنچنے پر انڈوں میں سے سروے محل آتے ہیں اور یہ مخاطیہ سے چپک جلتے ہیں۔ گاہے گاہے ٹائف، لفاکشی اور قولون بھی ماؤف ہو جاتے ہیں (صفحہ ۶۸، ۴، ۵، صفحہ ۱۰۵)۔

اھراضیات۔ گاہے گاہے کوئی کرم تحت مخاطیہ یا باریطونی کہنہ کو

تشقیق کر دیتا ہے۔ زائدہ کے دروند کی مسدودی سے التهاب زائدہ پیدا ہو سکتا ہے۔ زردہ علامات - مشرق میں یہ سرایت عام ہے اور تقریباً ۲۵ فیصدی آبادی سرایت پائی جاتی ہے۔ یہ عارضہ عموماً تحت سریری رہتا ہے، لیکن بچوں میں متکوس اختلالات عدم دمویت، شرمی اور اینوسین پسندی واقع ہو سکتی ہے۔
تشخیص کا انحصار برازی میں میزائٹوں کا مظاہرہ کرنے پر ہے۔

تحریر - جہاں سرایت زدہ مٹی سے متاس ہونے کا امکان ہو وہاں کھانا کھانے سے پہلے احتیاط سے صاف کر لینے چاہئیں، اور کچے پھلوں اور بنزیوں کو استعمال کرنے سے پہلے جوش کھاتے ہوئے پانی میں چند سکند کے لئے ڈبو لینا چاہئے۔
علاج - ایسی کوئی دوا ممکن الحصول نہیں جو قطعی طور پر نوعی مشیت رکھتی ہو، لیکن ہیکسل ریاریسینال (hexylresorcinol) ۱ و ۲ تا اگر کم مقدار میں قرص کی شکل میں خالی معدہ پر دینے سے (80) بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے۔ گلے گلے کا ہے انسان میں آئل آف چینوپوڈیم دینے سے کامیابی ہوتی ہے، اور ہال (Hall) نے یہ دریافت کیا ہے کہ کتے میں مرکبوروکروم کیسوں میں ڈال کر کھلاتے ہے ۸۸ فیصدی دیدان سولہ خارج ہو گئے۔

چرنوں کا مرض (Oxyuriasis) - یہ مرض دودا نخل (thread-worm) یا دودہ ابریہ (pin-worm) کی سرایت سے پیدا ہوتا ہے جس کا نام نوک دمہ کرملک (Oxyuris vermicularis) یا کرملک باش (Enterobius Vermicularis) ہے۔ یہ کیڑے مردوں کی نسبت عورتوں میں اور بالٹوں کی نسبت بچوں میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ ایک خاندان کے افراد میں عسیدہ سرایتیں اکثر دیکھنے میں آتی ہیں اور ذاتی سرایت عام ہے۔ بالغ کرم جن کا سکن اعور، زائدہ اور معائے کبیر اور معائے معیر کے متصل حصے ہیں مخاطیہ سے چپک جاتے ہیں۔ کرم کی پیمائش ۳ تا ۵ ملی میٹر اور مادہ کی ۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ بیضوں کی پیمائش ۵۰ x ۲۰ میٹر ہوتی ہے اور ان کا خول نرم ہوتا ہے۔ یہ بے رنگ اور شکل میں مستوی محدب (plano-convex) ہوتے ہیں اور ان میں لپٹے ہوئے مضغے موجود ہوتے ہیں۔ یہ برازی میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ عا طر مادہ کرم مبر کے قریب جوا

میں شدید خارش پیدا کر دیتے ہیں جہاں یہ اکثر خشک ہو کر میٹ جاتے ہیں اور ان میں سے بیٹھے آزاد ہو جاتے ہیں۔ کھولنے پر مریض کی انگلیوں کے ناخن منسلک ہو جاتے ہیں اور اس ماخذ سے سرایت بار بار واقع ہوتی رہتی ہے۔ جب انڈے نکل جاتے ہیں تو آغا عشری میں ان میں سے مصائبہ نما سروے (rhabditiform larvae) نکل کر آزاد ہو جاتے ہیں (صفحہ ۶۸، ۱-۳)۔

امراضیات۔ مخاطیہ میں ان تغذات کے ارد گرد جہاں یہ کرم چپکے ہوتے ہیں الہابی تغذات پیدا ہو جاتے ہیں اور جب یہ زائدہ میں موجود ہوتے ہیں تو بعض اوقات ایک کرمی نازلتی الہاب (verminous catarrhal appendicitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ گردبزی خط میں چھوٹے چھوٹے نزفات اور زیر جلدی سلعات پیدا ہو جاتے ہیں اور غشائے مخاطی میں تا نکلات (erosions) واقع ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے جلدی اکڑیا پیدا ہو سکتا ہے۔

علامات۔ موی کرموں سے معکوس علامات پیدا ہو سکتے ہیں اور اس کے وقت جبکہ مریض بستر پر لیٹ جاتا ہے ان کے معائے مستقیم سے باہر نکل آنے سے متعدد تکلیف اور خارش پیدا ہوتی ہے۔ مکۃ المبرز (pruritis ani) اور اکر یا پیدا ہو سکتا ہے جس سے بخوابی، منفی قور اور عصبی ہلاکت پیدا ہو سکتی ہے۔ شامہ کی خارش پندیری، تو اتر بول، معائے مستقیم سے مخاطہ نما افراز اور سقوط مرر واقع ہو سکتا ہے اور کرم عرا کیوں میں بعض اوقات جبلی مواد آنا شروع ہو جاتا ہے۔ گکا ہے گکا ہے یہ کرم معدہ، مری اور دوسرے رقبہ جات میں چلے جاتے ہیں۔

تشخیص۔ جن مریضوں میں مکۃ المبرز کی روئداد موجود ہو ان میں گردبزی خط کی کھر جنوں کا خود بینی امتحان کرنے سے انڈوں کا انکشاف کیا جاسکتا ہے اور اگر مریض کا امتحان سونے کے لئے لیٹنے کے ذرا دیر بعد کریں تو بالغ کرم بھی پائے جاتے ہیں۔ خفیف سی ایویمین پسندی قلیل الوقوع نہیں۔

انذار۔ انذار اچھا ہے۔ جن مریضوں کا عصبی توازن درست نہ ہو ان میں بعض اوقات شدید عصبانیتیں پیدا ہو جاتی ہیں اور ان کرموں سے پیدا شدہ ضررات کی وجہ سے جراثیم سے نظامی سرایت کے واقع ہونے کا بھی امکان

ہوتا ہے۔

علاج - سرایت زدہ بچوں کو اکیلے سلانا چاہئے۔ ان کے ناخن اچھی طرح سے کاٹنے چاہئیں اور انھیں دستاں سے دور رکھیں اور عقیقہ کئے ہوئے پا جاسے پہنانے چاہئیں۔ رفع حاجت کے بعد ہاتھ اچھی طرح سے دھلائے جائیں۔ اعمور میں حاملہ مادہ کرموں کو آئل آف چینو پوڈیم، سینٹونین، تھا ئی مال اور زمرش (flix-mas) دینے سے ہلاک کیا جاسکتا ہے۔ رووہ کو بیش نشی لمبی محلول (ایپائٹ میں ۳ ڈرام) دھو کر بلی انفیوژن آف کوئٹشیا کا حقنہ دیا جاتا ہے اور پائنتی کو اونچا کر دیا جاتا ہے، یا اس کی جگہ صابون کے سادہ حقنہ کا بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ ایک اور موثر طریقہ ہے جس میں رووہ کو ابتداً بائی کاربونیٹ آف سوڈا سے دھویا جاتا ہے اور پھرین (Yatren) (۲.۵ فیصدی محلول کی ۸ اونس مقدار) دیکھائی ہے جسے آٹھ گھنٹہ تک روکے رکھا جاتا ہے۔ گرد مہرزی خطہ پر انگوٹھیںٹم ایڈجارجرائی امونی ایٹلی (unguent. hydrarg. ammon.) (بی۔ بی۔ ٹی) لگایا جاسکتا ہے۔ اگر التهاب زائدہ کے علامات موجود ہوں تو جراحی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔

سرووں سے پیدا شدہ امراض

(Diseases due to Larvae)

ذبابیت

(MYIASIS)

جب بعض دو پرہ حشرات (dipterous insects) کے سروے انسانی

باقوں پر حملہ آور ہوتے ہیں تو اس کا نتیجہ ذبابیت (myiasis) ہوتی ہے۔

سبب اسباب - مہارین میں ایسے زخموں اور کہنوں کو ہمیشہ

ڈھانک کر رکھنا چاہئے جن سے پیپ یا بدبودار مواد بہتا ہو، کیونکہ ایسی بہت سی مکھیاں ہیں جو ایسے وسیط میں انڈے یا سروے دیتی ہیں۔ اس قسم کے سرووں کے کان، انٹی کہنہ جات، جلد، جہل، مہال اور رووہ میں پائے جانے کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ اور وہ کمی جو وہل فارٹیا میگنی فیکا (Wohlfartia)

magnifica کے نام سے موسوم ہے بعض اوقات لمبھی تاج میں انڈے دے دیتی ہے جس کے نتائج خطرناک ہوتے ہیں۔ ذیابیت کی دو بڑی قسمیں ادمی اور صغوی ہیں۔

(۱) پیچے کوہم (Screw-Worm) (کوائیسوماٹیا میسیلاریا Chrysomya macellaria: - اس کمی کا طول ۱.۵ تا ۲.۵ میٹر ہوتا ہے اور یہ مدارینی اور تحت مدارینی امریکہ کے بہت سے حصوں میں نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ یہ عام گوشت کی کمی (blue-bottle) سے اس امر سے تیز کی جاسکتی ہے کہ اس کے صدر پر تین سیاہ خط نما ظہری نشانات ہوتے ہیں۔ یہ اپنے انڈے ایسے زرخوں پر دیتی ہے جس سے بدبودار مواد بنتا ہو۔ انڈوں سے سروے چند گھنٹوں میں نکل آتے ہیں اور جب یہ سچتے ہو جاتے ہیں تو ان کا طول ۲ سے لیکر ۳ انچ تک ہوتا ہے۔ ان کی شکل پیچ کی طرح کی ہوتی ہے اور اس لئے ان کو یہ نام دیا گیا ہے۔ ان کے جسم میں بارہ قلعے ہوتے ہیں، ہر ایک پر شوکوں کا ایک سلسلہ ہوتا ہے اور بافتوں میں نقب لگا کر یہ انہی سے اپنی غذا حاصل کرتے ہیں اور بہت تباہی پیدا کرتے ہیں۔ جب ناک تاثیر ہو جاتی ہے تو سروے معین جو فوں میں گس جاتے ہیں۔ متعلقہ پڈیوں میں سوراخ کر کے راستہ بنا لیتے ہیں حتیٰ کہ یہ کوپری کے قاعدہ میں بھی نفوذ کر جاتے ہیں جس سے ہلک الہتاپ صحایا پیدا ہو جاتا ہے۔ جب خارجی بھی منفذ پر حمل ہوتا ہے تو اذن دسلی بھی تباہ ہو جاتا ہے۔

مستخرجہ - یہ زرخوں اور بیٹے ہوئے دھنوں کو ڈھانکنے اور مسہری میں سونے پر مشتمل ہے۔

علاج - ٹوٹ دغموں میں سے سرووں کو عموماً رافعات عفونت کے استعمال سے دور کیا جاسکتا ہے اور جب ناک تاثیر ہو تو کلوراکارم اور مر قی کاربانک اینڈ کے اشتراکات مفید ثابت ہوتے ہیں۔ جب فناؤں ہوں تو بعض اوقات علیضوری ہوتا ہے۔

(۲) دیشماکس (Mosquito-Worm) (ورمیکیک Ver macaque: گرم گوشت گاؤ (beef-worm) (ڈرمیٹوبیا ہومینس Dermatobia hominis: یا ڈرمیٹوبیا سیا نی وینٹوس

(D. cyaniventris) - پش کرم وسطی امریکہ میں اور جنوبی امریکہ کے ان حصوں میں جو وسطی امریکہ کے متصل ہیں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اس کا سر زرد اور آنکھیں بھوری ہوتی ہیں۔ سینہ کی رنگت خاکستری ہوتی ہے اور شکم تاریک اور دھات کے رنگ کا نیلا ہوتا ہے۔ اس کا طول ۱۲ سے لیکر ۱۶ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ مردے انسان کی جلد تک ان انڈوں سے پہنچتے ہیں جو بعض انواع کے مچھروں اور کانٹے والی کھوپڑیوں اور بقیوں (ticks) کی بطنی سطح سے چپک جاتے ہیں اور نوپانے کے بعد یہ بافتوں پر وزنی زخم (puncture wound) کے راستہ سے حلاؤ اور ہوتے ہیں۔ ایک قسم کا دل پیدا ہو جاتا ہے جو جینہ (warble) کہلاتا ہے اور جس میں ایک وسطی سوراخ ہوتا ہے۔ اس سوراخ میں سے گسہ (maggot) سانس لیتا ہے اور اس کا سیاہ براڑ اسی میں سے خارج ہوتا ہے اور بعد میں یہ اسی میں سے باہر نکل جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ نمونہ پکر شرنقہ (chrysalis) بن جاتا ہے جس سے آخر کار مسمی بن جاتی ہے۔ بروکس (Bruce) نے جینی سرووں (warble larvae) (ہائپوڈرماٹوس (Hypoderma bovis اور اوٹیسٹروس (Oestrus ovis) سے سرایت زدہ بیلوں اور بیٹرول میں دوبرہ کے قدرتی ضرر کے بعد ایک عجیب و غریب استہدائی تعامل کے رونما ہونے کا ذکر کیا ہے جو بعض اوقات ہلکے ثابت ہوتا ہے۔ ابھی تک یہ معلوم نہیں ہوا کہ یہ علامتہ انسان میں بھی پایا جاتا ہے لیکن اس کے وقوع کا امکان ہے۔

علاج - جینہ کے سوراخ کو مشرط (bistoury) سے بڑا کر کے گسہ کو باہر نکال دینا چاہئے اور کہنے کو دافعات عفونت سے صاف کر دینا چاہئے۔ دسی یا شند کے سرووں کو ہلکے کرنے کے لئے تمباکو کے رس کا استعمال کرتے ہیں۔

(۳) ورڈ وکیار (Ver du Cayor) یا مرض تمبو (Tumbu Disease) - یہ مرض وسطی اور مغربی افریقہ میں عام طور پر پایا جاتا ہے اور یہ تمبو مسمی (Tumbu fly) (کارڈی لوبیا ایسنٹھوپو فیجا (Cordylobia anthropophaga) کے سرووں سے پیدا ہوتا ہے۔ اس مسمی کا طول ۵.۵ ملی میٹر سے لیکر ۱۱ ملی میٹر تک ہوتا ہے اور اس کا رنگ زرد ہوتا ہے اور شکم پر سیاہ دھبے ہوتے ہیں۔ یہ کپڑوں پر یا زمین پر انڈے دیتی ہے اور ان سے جو سروے

نکلے ہیں ان کے منہ پر خطافات ہوتے ہیں اور یہ بافتوں میں گھس جاتے ہیں۔ پس سے کا نٹا چھنے کی طرح کا احساس پیدا ہوتا ہے اور بعد میں ایک جینہ (warble) یا دلچسپا ہو جاتا ہے۔ یہ جینے پنکوں میں چاندلی رافوں اور سرین پر پائے جاتے ہیں اور بعض اوقات ان میں التهاب پیدا ہو جاتا ہے اور پیپ پڑ جاتی ہے۔ یہ تقریباً دو ہفتہ میں ختم ہو جاتے ہیں اور اسی وسطی سوداخ میں سے باہر نکل جاتے ہیں جس میں سے ان کا براز پہلے خارج ہوتا تھا۔

علاج۔ اگر ضرورت ہو تو روزن کو بڑا کر لیا جاتا ہے اور اس میں سے مگر کو دبا کر نکال دیا جاتا ہے اور کہفہ کو دافعات عفونت سے صاف کر دیا جاتا ہے۔

(۴) کانگو کا فرششی مگسما (Congu Floor Maggot)۔

بالغہ کمی (اوکیرومائیالیوئیڈیلا: *Auchmeromyia luteola*) جو افریقہ کے تمام مدارینی حصوں میں پائی جاتی ہے جھونپڑیوں اور بڑے مکانات کے محقہ جھروں کے فرش پر انڈے دیتی ہے۔ مروسے انڈوں سے نکل کر زمین پر سوئے ہوئے اشخاص کی بافتوں سے خون چوسنا شروع کر دیتے ہیں اور ان کو درد کا احساس بالکل نہیں ہوتا۔ مروسوں کا طول تقریباً ۱۵ ملی میٹر ہوتا ہے اور ان میں گیارہ قطعات ہوتے ہیں اور متحدہ حرکت پذیری موجود ہوتی ہے۔ بالغہ کمی کا رنگ زرد ہوتا ہے اور اسی کی کمر اور اس کے سینہ پر طولی دھاریاں ہوتی ہیں۔ پس کا طول ۱۰ سے ۱۲ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ اس مرض کا انداز زمین سے اونچے بستر پر سونے سے کیا جاسکتا ہے۔

(۵) معوی ذباہیت (Intestinal Myiasis)۔ کمیوں کے

مروسے انسانی برازیں اکثر دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ عموماً تبرز کے بعد براز پر روئے ہوئے انڈوں سے پیدا ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ انڈے غذا کے ساتھ نکل جاتے ہیں اور مروسے انسان کی معوی قنال میں ٹوپا کر نکل آتے ہیں۔ یورپ میں اکثر اصابات میں یہ مرض فینیا کیٹی کیولیس (Fannia canicularis) سے پیدا ہوتا ہے، لیکن یہ دوسری جنسوں کے مختلف انواع مثلاً سارکوفیگا (Sarcophaga) ایمپیڈ کیٹا (Apiochaeta) اور اینتھوماٹیا

(Anthomyia) سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ کسکندی 'تے' اسہال، 'تو لہجی در د شکم' تپ، 'قشریے' در د زمر، دوران سراور تشنجات پیدا ہو سکتے ہیں بعض اوقات قنات صفر پر بھی حملہ ہو جاتا ہے جس کے نتائج خطرناک ہوتے ہیں۔
 علاج - مریضوں کو کیسٹر آئل کا سہل دینا چاہئے۔ قحط کیمال، زرخس (Glix-mas)، سینٹونین اور تارپین سے بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے۔

1097

لسانی کرم

(TONGUE-WORMS)

(صحفہ ۷۱)

بالغ لسانی کرم (tongue-worms) جو دیدان شریطیہ (tape-worms) سے سلمی شاہت رکھتے ہیں درہل انحطاط یافتہ، قطعہ دار عکیمیہ (segmented arachnids) ہیں جو بعض گوشت خوار جانوروں یا سانپوں کے نقصوں اور پھپھڑوں میں رہتے ہیں اور اپنے انڈے نباتات پر دیتے ہیں۔ جب یہ انڈے کھائے جاتے ہیں تو مروجہ درمیانی میزبان کے اعضاء میں دویرہ بند ہو جاتے ہیں۔ انسان میں دو انواع کے پائے جانے کی اطلاع ملی ہے۔ لنگوئیٹولکلا سراٹا (Languatula serrata) جس کے مروجہ انسان کے جگر میں دویرہ بند ہوتے ہیں۔ امصابات کی اطلاع برانیل اور یورپ کے بعض حصوں سے آئی ہے دوسری نوع پیروکیفیلکس آرمیلٹس (Procephalus armillatus) ہے اور یہ ساریقا، جگر، پھپھڑوں اور دوسرے اعضاء میں دویرہ بند ہوتی ہے اور لمبھی کاگو کے جیشیوں میں اس کے امصابات قلیل الوقوع نہیں۔ پھپھڑوں اور باریطون کا الہتاب واقع ہو سکتا ہے جس سے ربوی امارات اور علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ امتحان نقش پر کھنڈ باریطون میں مروئی شکلیں پائی جاتی ہیں۔ یہ ظلیہ کہنہ شکم میں مختلف اعضاء کی سطح پر ادھر ادھر پھرتے رہتے ہیں اور جگر، پھپھڑوں اور معائے صغیر میں دویرہ بند ہو جاتے ہیں۔ تو (Low) اور کارڈینر (Cordiner) نے حال ہی میں ایک امصابہ کا ذکر کیلئے (81) جس میں لاشعاعی تصویر میں جگر اور شکم کے

دوسرے حصوں میں عجیب قسم کے سایے موجود تھے اور یہ اپنی شکل اور جسامت کے لحاظ سے صرف پر و کیفیلس آرملیٹس (*P. armillatus*) کے دورے ہی ہو سکتے تھے۔ ان میں سے بہتوں میں وہ ہلالی منظر بہت وضاحت سے دکھائی دیتا تھا، جو طفیلیوں کی پری نمائشکوں (*nymph-forms*) نے دورہ کے اندر زمانہ حیات میں اختیار کیا تھا، اور اب اگرچہ ان میں عکس واقع ہو گیا تھا لیکن یہ لاشعاعی تصویر میں بخوبی دکھائی دیتے تھے۔

نیش زنی اور گزیدگی

(Bites and Stings)

بعض مفصل پایوں (*arthropods*) کی گزیدگی اور نیش زنی، تقطیر پذیر قشبات، رکٹیا اجسام، اور مختلف مرض جراثیم، مخرجیوانا ست (*protozoa*) اور ویدان (*helminths*) کے قتل ہونے کے علاوہ انسان کے لئے بعض اوقات شدید تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔ یہاں اسی گزیدگی اور نیش زنی کا ذکر کیا جائیگا۔

حشرات کی گزیدگی گیاں۔ اس نقطہ نظر سے جو حشرات انسان کے لئے خاص طور پر تکلیف دہ ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) کاٹنے والے بچنگے (*biting midges*) (کائیر و نو میڈی: *Chironomidae*) (۲) باموشی پٹے (*buffalo gnats*) (سمیوا لائی میڈی: *Simuliidae*) (۳) ریت کھیاں (*sawfly*) (۴) چھسہ (*Psychodidae*) (۵) کیو نیسیڈی (*Culicidae*) (۶) کاٹنے والی کھیاں (ٹے بینڈی: *Tabanidae*) (۷) خون چوسنے والی متسیڈی (*Muscidae*) جس میں مسطبل کھی (سٹیموکس کیلسٹرانس: *Stenomoxys calcitrans*) اور سیٹسی کھیاں (گگلا سینا پیلپیلس: *Glossina palpalis*) اور گگلا سینا مورچی ٹینس (*Glossina morsitans*) شامل ہیں (۸) خون چوسنے والی جوئیں (پیڈی کیولیڈی: *Pediculidae*) (۹) خون چوسنے والے وہ کھیل جن کا تعلق ممیسیڈی (*Cimicidae*) اور ریڈ وائی بیڈی (*Reduviidae*) خاندانوں سے ہے (۱۰) ہائیمینوپٹیرا (*Hymenoptera*) کے ارکان مثلاً شہد کی کھیاں

چیونٹیاں اور بھڑاں -

علامات - کیرے کے زہر کے خمدش فعل سے محقق المقام التهاب پیدا ہو جاتا ہے اور گاہے گاہے زہر کے خوں پاش اور عصبی سمی دونوں قسم کے اثرات عمل میں آتے ہیں۔ محتس شخص میں سریری مظاہر استہدائی تعامل کا نتیجہ ہو سکتے ہیں اور اس صورت حالات میں مقامی تعامل کی قسم کا انحصار بنطاطہر تطعیم کے عمل پر ہوتا ہے۔ اگر خمدش کا اثر اب آدمی میں ہوا ہو تو ایک بڑا ساشری دو وڈا فوراً پیدا ہو جاتا ہے جیسا کہ بائیکاٹ (Boycott) (82) نے ان اشخاص میں دیکھا ہے جو بھنگوں کی گزیدگیوں کے لئے محتس تھے اور اگر یہ گہری بافتوں تک پہنچ جائے جیسا کہ اصطبل کمی (Stemoxys calcitrans: سٹیموکس کیلسٹرانس) کی حالت میں ہوتا ہے تو ایک آجل تعامل رونما ہوتا ہے جس میں زیر جلدی بافتوں کا تھپیچ پایا جاتا ہے۔ گزیدہ حصہ پھول جاتا ہے اور اس میں ورم نمودار ہو جاتا ہے اور گرد کی جلد اس پرتن جاتی ہے جس سے کچا وٹ کا احساس پیدا ہو جاتا ہے اور زیادہ سطحی عروق کے تعامل کے لحاظ سے اس کا رنگ زردی مائل یا قرمزی کث ہوتا ہے۔ گرانی کے احساس اور کھلی کے علاوہ یہ حاد حقیقت رد خیز نہیں ہوتی اور ورم عموماً چھتیس گھنٹہ سے لیکر بہتر گھنٹہ تک کے عرصہ میں خائب ہو جاتا ہے۔ شدید اصابت میں عموماً بہت زیادہ کھلی پائی جاتی ہے اور بعض اوقات سطحی آبلے پیدا ہو جاتے ہیں۔ مچھروں اور اصطبل کمی وغیرہ کی طرح کے حشرات کے کاٹنے کا ایک خطرناک نتیجہ ہوتا ہے کہ بافتوں میں قشی عضویات مثلاً (streptococci) کی تطعیم ہو جاتی ہے یا جھروا کرازا اور گیس نگرین کی طرح کے نوعی عضویات داخل ہو جاتے ہیں۔

خون چوسنے والے میوسڈس (Musoids) مثلاً اصطبل کمی اور سٹیسی کمی کے کاٹنے کی حالت میں درد فوراً شروع ہو جاتا ہے۔ ریت کھیاں برہہ حصول مثلاً ہاتھوں، پیچوں، سگنوں اور گردن پر خاسک سورج غروب ہونے کے بعد کاٹی ہیں اور مقام گزیدگی پر کئی دن تک کھلی ہوتی رہتی ہے جو ناقابل برکت ہوتی ہے۔ صرف مادہ پچھری خون چوستا ہے اور بعض انواع کے کاٹنے سے درد نہیں

اور بعض کے کاٹنے سے بہت تکلیف ہوتی ہے۔ مقامی تعامل کی شدت مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ اثر پذیر اشخاص میں بہت سا ورم اور احمرار پیدا ہو جاتا ہے اور آبلوں تک بھی توبت پہنچ جاتی ہے۔ خون چوسنے والی جوہیں نمونہ انسان پر حملہ آور ہوتی ہیں۔ قمل عاندا (Phthirus pubis) یا کیکڑا جوں موئے زار پر پانی جاتی ہے اور یہ اکثر دورانِ جماعت میں منتقل ہوتی ہے۔ اس کے کاٹنے سے بعض اوقات مقتدر خراش پیدا ہوتی ہے، تب آ جاتی ہے اور جلد کی رنگت نیلگوں ہو جاتی ہے۔ جسم کی جوں سے احمرار پیدا ہو جاتا ہے اور خارشیں گلابی شور نمودار ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات آجے پیدا ہو جاتے ہیں اور جلد کی رنگت کانسی کی سی ہو جاتی ہے جو مرثاء (vagabond's disease) کے نام سے موسوم ہے۔ کھلانے سے ثانوی عفونت پیدا ہو سکتی ہے اور سر کی جوں سے بچوں میں چاندنی کا آکر یا، خدی التهاب اور سہر (insomnia) پیدا ہو سکتا ہے۔ معتدل ممالک کے عام کھٹل سائیمیکس لیکٹولیوٹس (Cimex lectularius) اور مدارینی ممالک کے سائیمیکس ہیپی پٹیرا (C. hemiptera) کے کاٹنے سے شرئی اور خارشیں دوڑے پیدا ہو جاتے ہیں۔ مونخرا لذر مدارین میں دھوپ میں پہننے کی انگریزی ٹوپوں کے کارک کے استریس پایا جا چکا ہے۔ شہد کی مکھیوں اور بھڑوں (ہائیمینو پٹیرا) کے ڈنک ہمیشہ رد خیز ہوتے ہیں اور ان کے کاٹنے کے بعد مقامی اور عمومی تعامل کی شدت کا انحصار کسی سابقہ نیش زنی سے پیدا شدہ حساسیت پر ہے۔ اگر کسی شخص کے منہ کے اندر کاٹا ہو تو زبان اور طوقم کے ماؤف ہوئی حالتیں نفسی تشدد واقع ہو سکتے اور زنا کے تہج سے موت گاہے گاہے اعتناق (asphyxia) سے واقع ہو جاتی ہے۔ محس (sensitised) افراد میں نیش زنی کے بعد شدید عرق حرکی مہبوط (syncope) اور کوما پیدا ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی موت بھی بہت جلد واقع ہو جاتی ہے اور زیادہ متوسط امایات میں بیس منٹ کے اندر ایک دوڑا دیکھنے میں آتا ہے جو تیزی سے بڑھتا جاتا ہے اور احمرار سے محصور ہوتا ہے اور عمومی شرئی بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد طحی اثر اساتبع اور کدم (chemosis)

پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی درد سر، غشیان، متلی، تھکے اور عرق حرکی ہبوط پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ کم طبعانی (hypotension) اور ربوی قسم کا بھر موجود ہوتا ہے۔ یہ حالت بتدریج زائل ہو جاتی ہے، لیکن دوسرے دن، جس حالت میں کہ نیش زنی کا مقام کسی جارحہ پر ہو، زیر جلدی بافتوں میں ایک بڑا سا پھولا ہوا ورم پیدا ہو جاتا ہے جس کے گرد کی جلد قرمز سی سرخ ہوتی ہے اور اس میں شدید خارش ہوتی ہے اور کبھی کبھی آگے بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ انتہائی اصابات میں تمام جاگڑ میں بہت سا ورم پیدا ہو جاتا ہے۔

تحریر - مضر حشرات کو تباہ کرنے کی ہر کوشش کرنا چاہئے اور ان کی افزائش نسل کے مقامات کو بھی تباہ کر دینا چاہئے۔ رہائشی مکانات میں پردوں کا انتظام اور رات کو مسہری کا استعمال بہت مناسب ہے بشرطیکہ (citronella) اور یوکلپٹس (eucalyptus) کی طرح کے طیران پذیر روغنوں کا استعمال مفید ہے اور یہ کپڑوں یا جلد کو بطور مرہم براہ راست لگا سکتے ہیں۔

علاج - اصطبل کھیلوں اور دوسرے حشرات کی گزیدگی کی حالت میں جس سے جراثیم کے تغل ہونے کا احتمال ہو فوراً آیوڈین لگا دینی چاہئے، اور بعد میں جو کھلی ہوتی ہے وہ کاربالک ایسڈ کا آبی محلول (۲۰ میں ۱) یا منقعال کا الکحلی محلول (۱ فیصدی) یا لوشیو کیلیمینی جس میں لائیکوکار کاربونس ڈیٹریجنس (liquor carbonis detergens) اور لائیکواریلمانی سب ایسی ٹیشٹ (liquor plumbi subacetatis fort) لایا گیا ہو لگانے سے بخوبی رفع کیجا سکتی ہے۔

شہد کی کھیلوں اور بھڑوں کی نیش زنی کی حالت میں ماؤف حصہ پر دباؤ کا استعمال نہ کرنا چاہئے کیونکہ اس سے زہر کے تاجے کے مشمولات دب کے بافتوں میں چلے جاتے ہیں۔ ڈنک کو نرمی سے دور کر دینا چاہئے یا اسے آہستہ سے کھرچ کر الگ کر دینا چاہئے۔ بعد میں اگر شہد کی کھلی نے کاٹا ہو تو نیش زنی کے مقام پر مرق سبیاں ایونیا یا بانی کاربونٹ آف سوڈا کا سفوف یا مینٹیلین لگا دینی چاہئے اور اگر بھڑنے کا ٹما ہو جس کا ڈنک قلوئی ہوتا ہے تو سسورک کی طرح کے خفیف ترشیوں کا استعمال کرنا چاہئے۔ اگر استہدائی علامت رونما

ہوں تو جلیب ایڈرینالین کے ۱۰ قطرہوں کا زیر جلدی اشرب کر دینا چاہئے۔ عفو کا علاج عام جراحی اصولوں کے مطابق کیا جاتا ہے اور سچی تبتقی (atreptorocic) سرائیوں میں جبکہ التهاب عروق لمف پیدا ہو گیا ہو اور جمرہ اور گیس گنگرین اور کزاز کی حالت میں نوعی ضد مصلات کا استعمال فوراً کرنا چاہئے۔

عنکبوتوں کی گزرائیں گی۔ عنکبوتوں (arachnida) میں عنکبات (mites) 'قزادات' (ticks) 'کڑیاں' اور بچھو شامل ہیں اور ان کے کاٹنے سے متعدی معذوری پیدا ہو سکتی ہے۔

(۱) مشتات۔ شکر اور اناج کی طرح کی خام اشیاء کو ہاتھ لگانے سے بعض اوقات ایک تکلیف دہ قسم کا التهاب ادمہ پیدا ہو جاتا ہے جو 'ساری کھجلی' ("Grocer's itch") (گلائیٹلی انیگس ڈومیسٹیکس Glycyphagus domesticus) "اناج کھجلی" ("grain itch") (پیدئی کیولا میڈینا وینٹروی کو مسس pediculoides ventricosus) چائے کے کھیتوں میں "پن کھجلی" ("water itch") (رہا شیر و گلائیٹس فس پیوساٹی ٹیٹس Rhizoglyphus parasitius) اور "کوپرا کھجلی" ("copra itch") کے ناموں سے موسوم ہے۔ معتدل ممالک میں فصلی عثہ (harvest mite) بعض اوقات معتد کھجلی اور احرار کا باعث ہوتا ہے۔

1099

علاج۔ عثی التهاب ادمہ (mite dermatitis) سے بچنے کا بہترین طریقہ دستا نوں کا استعمال ہے۔ معمولی فصلی عثہ سے بچنے کے لئے جسد ابوں میں سفوف طلق (talc powder) یا تصبید کردہ گندک کا چھڑکنا یا ٹانگوں کو گرین سوپ (green soap) یا جزیں (benzene) سے دھونا مفید ہوتا ہے۔

(۲) قزادات (Ticks)۔ قزادات انسان کو عموماً اتفاق ہی سے کاٹتے ہیں۔ ان کی کئی ایک انواع کے کاٹنے سے انسان میں قزادی خصل واقع ہو سکتا ہے جن میں ڈرماسٹار وینسٹس (Dermacentor venustus) اور ڈرماسٹار اینڈرسونائی (D. andersoni) شامل ہیں۔ یہ عموماً گردن کی گدی پر کاٹتے ہیں جو منورم، درد خیز اور متہیج ہو جاتی ہے۔ بعد میں زیرین حرکی عصبیتی قسم

(lower motor neuron type) کا شلل پیدا ہو جاتا ہے اور ٹانگیں پہلے متاثر ہوتی ہیں اور بازو بعد میں مآؤف ہوتے ہیں۔

علاج - قرادات کو الگ کرنے کے لئے ان کو کھینچنے کی کوشش کرنے سے پہلے کارپالک آمیختہ تیل یا پیرافن لگا دینا چاہئے کیونکہ ایسا کرنے سے سرکل آتا ہے اور ٹوٹ کر نہیں رہ جاتا۔

(۳) مکشیاں - اکثر مکشیاں انسان کے لئے چنداں خطرناک نہیں لیکن بعض اور خصوصاً لیٹروڈیکٹس (Latrodectus) ایسی ہیں جو بہت جھلک ہیں۔ ایبرا، ینڈیا (Araneida) یا صادق مکھیوں میں سمی غدود ہوتے ہیں اور یہ اپنے شکار میں زہر کا اثر اب کرتی ہیں۔

سمت اسباب - کڑیوں کے زہر میں عصبی سمی فعل غالب ہوتا ہے اور اس کا اثر عصبی اتصال اور شخاع سنطیل کے مراکز پر ہوتا ہے۔ جن گنی پچوں کو قدرتی طور پر کاٹا گیا ہو وہ عضلات کے کراڑا تشخبات اور شعبتی تشخج سے ہلاک ہو جاتے ہیں بعض زہروں میں ہیملولائیس (haemolysin) ہوتی ہے۔ آسٹریلیا اور نیوزیلینڈ کی کڑی لیٹروڈیکٹس ہیسل ٹیائی (L. hasseltii) جس کی کمر سرخ ہوتی ہے اور کیلی فورنیا کی "بلیک وڈو" ("black widow") (لیٹروڈیکٹس میکٹینس: L. mactans) اپنے جالے، اضلاع میں جہاں گند آبی نظام موجود نہیں ہوتا، خشک مٹی کی کھڈیوں کے قدیمچوں پر ملتی ہیں اور یہ انسان کو دوران اجابت میں عموماً اعضائے تناسل پر کاٹتی ہیں۔ سرخبادہ خلوی التهاب اور عفونت الدم، کراڑ، جمرہ اور گنگرین واقع ہو سکتی ہے۔

اعراضیات - کاٹنے کے بعد بعض اوقات مقامی التهاب پیدا ہو جاتا ہے اور گنگرین تک بھی واقع ہو سکتی ہے، لیکن اکثر مٹی تغیر بہت کم ہوتا ہے۔ امتحانِ نیش پر اشائی، انتلا، منشی نزقات اور ریوی تہج پایا جاتا ہے اور بعض انواع کے کاٹنے میں کروی تغیرات پائے جاتے ہیں جن کے ساتھ ہیملوگلوبین برلیت (haemoglobinuria) موجود ہوتی ہے۔

علامات - درد اور مختلف اقسام کے عضلی تشخبات نمایاں مریوی علامات

ہوتے ہیں۔ بعض اوقات کانٹے کے فوراً بعد مریض شدید درد محسوس کرتا ہے اور بعض اصابات میں درد ایک یا دو گھنٹہ کے بعد شروع ہوتا ہے۔ درد اکثر شدید ہوتا ہے، اور یہ جواج، خصیتین اور شکم کی طرف منتشر ہوتا ہے جس کی دیواریں اس قدر استوار ہوجاتی ہیں کہ حادثہ نگہی بحران کا شبہ ہوتا ہے۔ عرق حرکی ہبوط واقع ہوجاتا ہے جس کے ساتھ ہی رنگت زرد ہوجاتی ہے، تپ ہونے لگتی ہے، پسینہ نکلنے لگتا ہے اور خون کا دباؤ کم ہوجاتا ہے۔ بھر واقع ہوجاتا ہے، جس کے ساتھ تنفسی عرصہ (respiratory stridor) موجود ہوتا ہے۔ حدقات عموماً منقبض پائے جاتے ہیں، اور متاخرو مایج میں روشنی کے لئے کوئی تعامل واقع نہیں ہوتا۔ معکوسات سست ہوتے ہیں، ضعف ابتدا ہی میں پیدا ہوجاتا ہے اور عسر البلع (dysphagia) اور عوط مستمر (priapism) بھی گہے پائے جاتے ہیں ابتدا میں تپ زریعی ہوتی لیکن بعد میں ٹبرہ جاتی ہے، اور اگر ثانوی جراحی سرایت واقع ہوجائے تو تپ کئی دن تک جاری رہتی ہے۔ شدید اصابات میں دائیں قلب کا اتساع، زراق (cyanosis) ریوی ہینج اور کوما واقع ہو سکتے ہیں۔ بعض انواع میں جن میں ”چلیپا کڑی“ (”cross spider“) ایپاٹرا ڈایا ڈیما (Epeira diadema) اور جی۔ گیسٹیرا کینٹھا ٹیڈیز (G. gasteracanthoides) شامل ہیں ہیموگلوبین بولیت پیدا ہوجاتی ہے۔

انڈار۔ اکثر اصابات میں انڈار عمدہ ہوتا ہے، لیکن لیٹروڈیکلس (Latrodectus) اور ایٹرویکس (Atrax) کے بعض انواع میں شرح اموات ۶ فیصدی یا اس سے زیادہ تک پہنچ جاتی ہے۔ جن اصابات میں شفا ہو جاتی ہے ان میں حادثات کے رفع ہوجانے کے کچھ عرصہ بعد بھی جواج میں درد رہتا ہے اور بے خوابی کی شکایت پائی جاتی ہے۔

تشخیص۔ اس حالت میں تشخیص آسان ہوتی ہے جبکہ کڑی ویکھ لی گئی ہو اور حادثہ فوراً شروع ہو گیا ہو۔ جب معنی زمانہ موجود ہو اور مقامی الہابی ضرر غالب ہوں تو تشخیص میں معتد بہ وقت پیش آتی ہے اور مختلف عوارض مثلاً مسمومیت غذا، قشرب قلب اور شکم حادثہ کا شبہ ہوتا ہے۔

تحریر - اجابت سے پہلے خشک مٹی کی گھڈیوں کا احتیاط سے معائنہ کر لینے سے ایسٹروڈیکس کی گزیدگی کا خطرہ ایک بڑی حد تک کم کیا جاسکتا ہے۔ علاج - جب جوارح پر کانٹا گیا ہو تو فوراً بندش لگا کر خشکاف دے دینا چاہئے اور میکانیکی امتصاص سے کام لینا چاہئے اور ثانوی سرائت کے اندر رکھے لئے آئیوڈین کا استعمال مقامی طور پر مفید ثابت ہوتا ہے۔ درد رفع کر کے لئے بعض اوقات مارنیا کی ضرورت ہوتی ہے اور حنجری اور عضلی تشنجات کو گلیسیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) (۱۰ فیصدی محلول گی) اکسب سنٹی میٹر مقدار کے دروں وریدی اور دروں عضلی اثرات سے فائدہ ہوتا ہے۔ قش درون کا علاج ملٹی محلول (۹ و ۵ فیصدی) اور گلوکوس کے محلول (۵ فیصدی) کے دروں وریدی اثرات اور کورامین (coramine) 'پچوٹرین' (pluitrin) اور ایڈرینالین (adrenalin) کے اثرات سے کرنا چاہئے۔ ریوی تہج کے لئے ایڈسروپین (atropine) اور نورس فصدی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر تشہیتی بصل ممکن الحصول ہو تو یہ قابل آزمائش ہوتا ہے۔

(۴) پچھو پچھوٹوں کا جسم جزوی طور پر قطعہ دار ہونا اور ان کے پا مجاس (pedipalps) مضبوط اور نسی کی طرح کے ہوتے ہیں، اور شوکر دار دم کے پس مہزری قطعہ پر سبی غدد کا ایک جوڑا ہوتا ہے۔ جب پچھو حملہ کرتا ہے تو دم کو آگے بڑھا کر شکار میں بھونک دیتا ہے اور زہر کے تاج کے مشمولات فوراً خارج ہو جاتے ہیں۔ بوتھس (Buthus) جنس کے پچھو مدارین میں بخونی معروف ہیں اور بعض دوسرے مثلاً (یوسکورپیٹس اٹیلی کس Euscorpis italicus) اور سینٹروڈس اکسلی کوڈا (Centurus exlicanda) خطرناک ہیں۔

علامات - جہاں پچھو ڈنک مارتا ہے وہاں شدید درد ہونے لگتا ہے اور بعض اوقات شدید سہمی علامات نمودار ہو جاتے ہیں جو 'سہال' 'تسرق' 'شمن' اور 'پیشتمل' ہیں۔ فلک بستگی (trismus)۔ گردن کی اکڑ، متغلق اقام کا عضلی شلل ہو کر اور نسی شلل بھی واقع ہو سکتا ہے۔ بچے اکثر بلا واسطہ سہمی اثرات سے ہلاک ہو جاتے ہیں اور بالغوں میں گاہے گاہے شدید عفونت واقع ہو جاتی ہے

علاج - مقامی علاج اسی علاج کے مشابہ ہے جس کا خاکہ کمڑی کی گزیدگی کے بیان میں دیا گیا ہے۔ قوی ایونیا لگانے یا نووکین (novocaine) اور ایڈرینالین (adrenalin) کا مقامی اشراب کرنے سے درد رفع کیا جاسکتا ہے اگرچہ کبھی کبھی مارنیا کی بھی ضرورت پیش آتی ہے۔ ایک نوعی عقرنی اینٹی وینین (specific scorpion antivenene) بھی گھوڑوں میں زہر کے تاچوں کے شمولاً کی تطہیم کرنے سے کامیابی سے طیار کی جا چکی ہے اور یہ بالائی مصر میں کثرت سے استعمال کی جاتی ہے جہاں بچوں کی شرح اموات میں بہت بڑی تخفیف دیکھنے میں آئی ہے۔ بچوں کے لئے معمولی مقدار مکعب سنٹی میٹر دروں زیدی راہ سے ہے۔

کنکھ جوروں کی گزیدگی - (مائیریا پوڈا: Myriapoda) مبتدل ممالک میں جو چھوٹے کنکھورے پائے جاتے ہیں وہ بعض اوقات زہر کا اشراب کر دیتے ہیں جس سے معتدبہ مقامی التهاب اور علامات پیدا ہو جاتے ہیں جن کے ساتھ سرخبادہ نما توران بھی ہوتا ہے۔ مارین میں ایک بڑا کنکھورا ہوتا ہے جو سکولوپنڈا ٹرا جائی گینٹا (Scolopendra gigantea) کے نام سے موسوم ہے اس کے کاٹنے سے زیادہ شدید مقامی التهاب، تسخر، التهاب عروقی لطف اور سمی خصائص مثلاً عمومی درد، درد سر، تھکے اور تپ پیدا ہوتے ہیں۔ بچوں میں کما روٹنا ہو جاتا ہے اور موت واقع ہو جاتی ہے۔

علاج - علاج انہی اصولوں پر کیا جاتا ہے جن کا ذکر بچو کے کاٹنے کے بیان میں کیا جا چکا ہے، لیکن کوئی نوعی ضد مصل مکن الحصول نہیں۔ کافی وائی جونکیس (ہیڈوڈینیا: Hirudinea) جونکیس ہیروڈینیا کے ارکان میں سے ہیں جو چیٹوپوڈ ریدان (Chaetopod worms) کی ایک شاخ ہے، اور یہ مارین میں گھسنے پتوں اور دلدل والے جنگلوں، ندیوں اور دریاؤں میں خاص طور پر تکلیف دہ ثابت ہوتی ہے۔

ایشیائی بڑی جونک (ہیڈوڈائی پیا زس لینیکا: Haemadipsa zeylanica) تقریباً انچ لمبی ہوتی ہے۔ یہ ہندوستان، لکھا، جاپان اور

فلپائن میں پائی جاتی ہے اور جو کھوں والے جنگلوں میں سے سفر کرنے کے بعد مسافروں کی جرابیں خون سے تر پائی جاتی ہیں اور جو لوگ باہر سوتے ہیں ان کو یہ رات میں اس شدت سے کاٹتی ہیں کہ بعض اوقات حقیقتہً موت واقع ہو جاتی ہے۔ جونک کے کاٹنے کا ایک اور خطرہ عفونت ہے۔

آبی جونک (لمنیٹس نیلوتیکا: *Limnatus nilotica*) زیادہ بڑی ہوتی ہے اور یہ مشرقِ قریب میں پائی جاتی ہے۔ جب یہ نکل لی جاتی ہے تو یہ انسان اور حیوانات میں منہ، بلعوم، حنجرہ، مزاج یا انفی کہنہ جات کے مخاطیہ سے چپک جاتی ہے اور شدید زخف پیدا کر دیتی ہے اور اگر اسے طلعہ نہ کیا جائے تو یہ زخف ہلک ثابت ہوتا ہے۔ جنگِ غلیم میں یہ جونک گیلی پولی اور فلسطین میں مستندہ تکلیف کا باعث ہوئی۔

تحریر۔ جونکوں کو کاٹنے سے باز رکھنے کے لئے گرم بوٹ ضروری ہیں لیکن چونکہ یہ جنگلوں میں مسافروں پر درختوں کے پتوں پر سے بھی گرتی ہیں اس لئے دونوں قیام میں ان کی تلاش کرنا چاہئے۔ رات کو اگر باہر سونا ہو تو باریک جالی کی مسہری کا استعمال کرنا چاہئے۔ پینے کے پانی کو ٹبل کے کپڑے یا چھلنی میں چھاننے سے آبی جونکوں کو الگ کیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ جونکوں کو نمک یا سرکہ لگا دینا چاہئے کیونکہ اس سے انکی گرفت چھوٹ جاتی ہے۔ اگر جونک کو ایسا کرنے کے بغیر کھینچا جائے تو سر خالبا ٹوٹ جائیگا اور اس کا امتصاصی آلہ وہیں رہ جائیگا اور اس سے مقامی التهاب اور قلعج کے پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ جونک کو الگ کرنے کے بعد گزیدگی کے مقام پر ٹینچر آف آئیوڈین لگا دینی چاہئے۔

گزیدگی مار

(SNAKE BITE)

1701

جب پیرا وٹیلر وکلائی فس کو لوہر سیڈی (proteroglyphous colubridae) کے کسی رکن کے زہر کی کافی مقدار کا اثراب بالفتوں میں ہو جاتا ہے

مسمومیت مار کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان تمام سانپوں میں زہر کے غدود اور زہر کے دانت ہوتے ہیں۔ بعض میں یہ دانت میزبان ہوتے ہیں (ایلیپیڈی (Elapidæ) اور بعض میں یہ مکمل طور پر قتال دار ہوتے ہیں (وائیپیریڈی (Viperidæ) اور یہ اوپر کے جڑے میں اگلی طرف واقع ہوتے ہیں۔ بن سانپوں کے زہر کے دانت جڑے میں پیچھے کی طرف واقع ہوتے ہیں ان میں سے صرف ایک ہی سانپ انسان کے لئے خطرناک ہے اور وہ بوم سلینگ (ڈسفالیدس ٹائپس: Dispholidus typus) ہے۔

بحث اسباب۔ سانپ گوشت خواہ جانور ہیں اور ان کا زہر زہر کے غدہ کا اختصاص یافتہ ریتی افزا ہے اور یہ غدہ پستانوں کے نعلی غدہ (parotid gland) کا مماثل ہے۔ یہ اوپر کے جڑے کے پیچھے واقع ہوتا ہے اور زہر کی قنات جو جانپوں پر مضبوط ہوتی ہے اوپر کے لب کے حاشیہ کے ساتھ ساتھ جا کر زہر کے دانت کے جو غشائے مخاطی کی ایک شکن سے گھرا ہوا ہوتا ہے (غلاف اللیس: vagina dentis) قاعدہ پر مکمل جاتی ہے۔ وائپروں کے زہر کے دانت لہجہ اور مکمل طور پر قتال دار ہوتے ہیں اور ان میں آگے کی طرف کو معتدبہ گردش واقع ہو سکتی ہے بخلاف اس کے ایلیپائن کولوبرس (elapine colubrids) کے زہر کے دانت زیادہ چھوٹے اور میزبان دار ہوتے ہیں اور ان میں ارتفاع کی صرف ایک محدود قوت ہوتی ہے۔ منہ کے حصول کا امتحان کرنے اور یہ تحقیق کر لینے سے کہ اوپر کے جڑے میں زہری دانت اگلی طرف واقع ہیں یا نہیں۔ آسانی سے معلوم کیا جاسکتا ہے کہ سانپ زہریلا ہے یا نہیں۔ اس کے بعد زہر کے دانتوں کا معائنہ کرنے اور یہ دیکھنے سے کہ یہ میزبان دار ہیں یا قتال دار یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ سانپ کا تعلق ایلیپنس (elapins) سے ہے یا وائپرس (vipers) سے۔ ایلیپیڈی (Elapidæ) میں سمندری سانپ (ہائیدروفائی ٹڈی (Hydrophiidæ) من کے تھنے مصراع دار ہوتے ہیں اور جن کی دم انتصابی ٹخ میں چھٹی ہوتی ہے اور بری ایلیپائن سانپ (ایلیپینی: Elapinæ) شامل ہیں۔ ایلیپینی سب سے زیادہ ہلکے سانپ ہیں اور اس شائگ (king cobra)

(ناٹیا بنگلیس: Naia bungarus) 'تھوکنے والا ناگ' (spitting cobra) (ناٹیا ناٹگری کالس: Naia nigricollis) 'ایشیا اور افریقہ کے عام ناگ' (ناٹیا: Nain) ہندوستانی کریٹ بنگلیس (Bungaris) خوفناک میمبا (Mamba) (ڈنڈا راسپل گھسیس: Dendraspis augusticeps) 'خطرناک مشرقی ایدر' (death adder) (ایکنتھوپس اینٹارٹیکس: Acanthopis antarticus) (وٹیر سانپ: tiger snake) (ناٹیکس ایکوٹیس: Notechis acutatus) 'اوسٹریلین جنوبی امریکہ کے بونے کے کتا' (coral snakes) (ایلیس: Elaps) اور مائیکروس (Micurus) شامل ہیں وائپریدی (Viperidae) کی خیرگی گھسے (loreal pit) کی موجودگی اہم ہوگی کے لحاظ سے وائپرینی (Viperinae) اور کروٹیلینی (Crotalinae) میں تقسیم کی گئی ہے۔ وائپرینی میں خوفناک گیمبون وائپر (بائٹلس گیمبونیکا: Bitis gabonica) پف ایدر (puff adder) (بائٹلس ایری ایٹینس: Bitis arietans) 'مصر کا سینگ والا وائپر' (سیرسٹیس کارٹولس: Cerastes cornutus) 'ہندوستان کا ایکس کیوری نیٹس' (Echis carniatus) اور ڈوباٹیا (وائپیرا رسل آئی: Viper russellii) اور یورپ کے وائپرس (وائپیرا بیرس: V. berus) وائپیرا ایسپس: V. aspis اور وائپیرا ایموڈیٹس (V. ammodytes) شامل ہیں۔ کروٹیلینی (Crotalinae) ریڈل سنیکس (rattlesnakes) اور گڑھے والے وائپرس (pit vipers) پر مشتمل ہے اور اس میں کروٹولس (Crotulus) کی مختلف انواع مثلاً کروٹولس ہورمڈس (C. horridus) اور کروٹولس ایڈمنٹس (C. adamantus) ایگسٹروڈان (Agkistrodon) کے مختلف انواع 'بش' (Bushmaster) (لیکی بس میولس: Lechesis mutus) اور فرڈی لانس (Fer-de-Lance) (باتھ رولس ایٹراکس: Bothrops atrox) وغیرہ شامل ہیں۔

کاٹنے کا ہیکا نیا۔ جب سانپ چوٹ کرنے کو ہوتا ہے تو یہ بہت تیزی سے آگے کی طرف کو جھپٹتا ہے اور یہ فاصلہ اس کے طول کی ایک تہائی سے زیادہ نہیں ہوتا۔ شکار کے قریب پہنچتے ہی اس کے جڑے بہت تیزی سے کھل جاتے ہیں

اور دانت اوپر اٹھ کر آگے کی طرف کو گردش کر جاتے ہیں۔ جبڑوں کو زور سے بند کرنے سے دانت بافتوں میں گھس جاتے ہیں اور ساتھ ہی زہر بھی قنات زہر اور میزبان یا قتال دار دانتوں میں سے گذر کر دباؤ کے اثر سے بافتوں میں داخل ہو جاتا ہے۔ ناگ کی طرح کے ایلپائین کولوبرڈس (elapine colubrids) میں جبڑے کی تثبیت اہم ہے اور اس قسم کے سانپ کتے کی طرح کاٹتے ہیں۔ یہ اکثر گزیدہ حصہ سے لٹک جاتے ہیں اور کبھی کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ان کو ان کے شکار سے بڑے زور سے الگ کرنا پڑتا ہے۔ وائپروں میں چونکہ ان عضلات کی ترتیب مختلف ہوتی ہے جو زہر کے غد پر فعل کرتے ہیں اس لئے زہر کا اخراج فوری ہوتا ہے اور اس کو جبڑے کی تثبیت سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ وائپر اس تیزی سے کاٹتے ہیں دیکھنے والے کو یہ تعجب ہوتا ہے کہ آیا سانپ نے دراصل کاٹا ہی ہے یا نہیں۔

زہر اور اس کے اجزاء زہر کا وہ مقدار جو یقیناً مہلک ثابت ہو سانپوں کے مختلف انواع میں مختلف ہے اور اسی طرح خارج شدہ زہر کی مقدار بھی مختلف ہوتی ہے۔ بہت سے اسباب مثلاً قید، مرض اور فاقہ سے زہر کی خارج شدہ مقدار متاثر ہوتی ہے۔ وائپروں کے زہر میں ایک سمی خافض مادہ ہوتا ہے جس سے اطرائی دورانی شکل واقع ہو جاتا ہے اور ایک قوی تھرومبیس (thrombase) ہوتی ہے اور ایک اور جزو بھی ہوتا ہے جو ہیسموریجین (hemorrhagin) کے نام سے موسوم ہے اور یہ عودتی درملہ کو مضم کر لیتا ہے اور جسم کی تمام بافتوں میں نزف پیدا کر دیتا ہے۔ ایلپائین کولوبرڈس کے زہر میں ایک

1102

عصبی سم (neurotoxin) ہوتا ہے جس کا فعل عصبی عضلی اتصال پر کارب (curari) کے فعل کی طرح کا ہوتا ہے اور یہ مختلف عضلات کا شلل پیدا کر دیتا ہے جن میں عضلات تنفس بھی شامل ہیں۔ ان سانپوں میں سے بہتوں کے زہر میں ہیمولائی سینس (hemolysins) اور اینٹی کوایگولینس (anti-coagulins) بھی موجود ہوتی ہیں۔ آسٹریلیا کے کالوبرڈس کی بعض انواع کا زہر مخلوط قسم کا ہوتا ہے۔ ایلپائین کولوبرڈس کا قطعاً آلہ عموماً ادنیٰ قسم کا ہوتا ہے لیکن ان کا زہر بہت تیز ہوتا ہے جو کرائی نما شلل پیدا کرنے سے ہلاکت پیدا کرتا ہے۔ بخلاف اس کے وائپروں کا

کائٹنے کا آلہ بہت عمدہ ہوتا ہے اور ان کے کائٹنے سے موت اطرائی قلبی عروقی صدمہ اور داخلی نرف سے واقع ہوتی ہے۔ ان کا زہر اتنا ہلک نہیں ہوتا، لیکن بافتوں پر مقامی انہضائی فعل کہیں زیادہ شدید ہوتا ہے۔

امراضیات۔ ایلیاٹین کو لو برڈ سانپوں کی گزیدگی کی حالت میں موت کا طریقہ امتلائی ہوتا ہے، اور تنفسی عضلات کے شلل کا نتیجہ ہوتی ہے۔ عروق میں سیال خون پایا جاتا ہے، وایاں قلب قمع ہوتا ہے، اور دانتوں کے کچھ کوئی کے ارد گرد درم، امتلا اور تہیج موجود ہوتا ہے۔ وائیر کی ہلک گزیدگی کے اصابات میں اختار، مصلیٰ اور مخاطی اغشیہ اور جلد میں عدیدہ نزفات پائے جاتے ہیں، لیکن جب تک کہ تطہیم کسی درید میں نہ ہوئی ہو انسان میں عموماً سیال خون پایا جاتا ہے۔ گزیدگی کے قرب و جوار میں امتلا موجود ہوتا ہے، اور ایک بلائی نوزنی رشخہ بافتوں میں در ریختہ ہو جاتا ہے اور منظر سرخ کشمش کے فالودہ کے غیر مشابہ نہیں ہوتا۔ ہم پہلو عروقی اکثر طعیت یافتہ ہوتے ہیں اور متاخر مدارج میں کوئین تقيج اور نگرین بھی پائی جاتی ہے۔

علامات۔ سانپ کے کائٹنے کے امارات اور علامات کا انحصار درج ذیل امور پر ہے۔ اول سانپ کی نوع، دوم زہر کے اثرات کی مقدار اور اس کا عمل، سوم مریض کے جسم کا وزن۔ گزیدگی مار چھوٹے بچوں میں خاص طور پر ہلک ہوتی ہے۔

مقامی ظواہر۔ کو لو برڈس کے کائٹنے سے جو مقامی ضرات پیدا ہوتے ہیں وہ مقام گزیدگی کے سن پن، امتلا اور درم پر مشتمل ہیں۔ وائیروں کے کائٹنے کی حالت میں درد بہت ہوتا ہے اور درم کہیں زیادہ ہوتا ہے اور دانتوں کے کچھ کوئی سے خون معتدبہ مقدار میں رستا ہے، اور یہ نرف سے محصور ہوتے ہیں اور ان میں عموماً ایک لیکر ۳ سنٹی میٹر تک کا فاصلہ ہوتا ہے۔ ایک گزیدگی کے بعد دانتوں کے عموماً دو ہی نشانات پیدا ہوتے ہیں، لیکن ایک یا تین یا چار تک بھی پائے جاسکتے ہیں اور ان کے مابین محفوظ دانتوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ مقامی تقيج اور نگرین خاص کر وائیر کی گزیدگی میں پیدا ہو سکتی ہے اور بعض اوقات ہاتھوں، پاؤں اور جوارح میں مزمن قروح وسیع تر

اور حقیقی نگہین واقع ہو جاتی ہے۔ مارگزیدہ اشخاص میں سے تقریباً ۵۶ فیصدی میں گزیدگی کا مقام جوارح اسفل پر اور ۴۲ فیصدی میں جوارح اعلیٰ پر ہوتا ہے اور جسم اور گردن اور چہرہ کی گزیدگی خوش قسمتی سے نادر اور نادر واقع ہے۔

نظامی ظواہر - سانپ کے کاٹنے اور نظامی ظواہر کے نمودار ہونے کے درمیانی وقفہ کا انحصار اثراب کردہ زہر کی مقدار اس کی نوعیت اور اس کے انجذاب کی رفتار پر ہے۔ علامات بعض اوقات چندہ منٹ کے اندر ہی نمودار ہو جاتے ہیں اور بعض اسباب میں یہ کسی گھنٹہ تک ملتوی رہتے ہیں۔ مثلاً غشیانہ تھے درد سر اور عرق حرکی مبوط کے امارات مع برد جوارح، خون کے دباؤ کی کمی، سریع خفگی، نبض، جلد کی سفیدی اور انتہائی انبساط ابتدائی خصائص میں سے ہیں گزیدگی مار میں نفسی صدمہ ایک خاص اہمیت رکھتا ہے اور دیسی باشندوں میں ایسے مصدقہ اسباب کی اطلاع ملی ہے جن میں ایسے سانپوں کے کاٹنے کے بعد خوف ہی سے موت واقع ہوئی ہے جو بعد میں زہریلے نہیں ثابت ہوئے۔

ایلیپائن کولوبرڈ کی گزیدگی (Elapine Colubrid Bites)

(Bites) - ایلیپائن کولوبرڈ کی گزیدگیوں میں بن کی مثال ناگ سانپ ہے جوارح کا عقلی ضعف، ہرجلی رفتار (ataxic gait)، چشمی عضلات کا استرخاء اور توازن قبول ابتدا ہی میں پیدا ہو جاتا ہے۔ عکلم مبہم اور غیر واضح ہو جاتا ہے اور اگر حکی شلل واقع ہو گیا ہو تو آواز میں غغغناہٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ مقوط الجفن اور دہری بصارت اکثر پیدا ہو جاتی ہے اور بعض اوقات حسی اختلالات بھی واقع ہو جاتے ہیں۔ انجم کارنگلے کا فعل مشکل ہو جاتا ہے، زبان متورم ہو جاتی ہے اور منہ سے ریتی چپکنے لگتی ہے۔ تنفس جو پہلے مفرط اور مشقت طلب ہے اب آہل اور ست ہو جاتا ہے۔ زراق پیدا ہونے لگتا ہے اور کوما اور اختناق اصل کے شخصیات پیدا ہو جاتے ہیں اور موت اطراف تنفسی شلل سے واقع ہو جاتی ہے۔

وائپائن کی گزیدگی (Viperine Bites) - عرق حرکی مبوط شدید ہوتا ہے، جلد میں وسیع زنی دعا بدریاں پائی جاتی ہیں، مسوڑوں سے بعض اوقات خون رسنے لگتا ہے اور رُغاف (epistaxis) 'نفث الدم

(hæmoptysis) 'بول الدم' قے الدم' اور براز دم الاسود (melæna) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ دوسرے نرخی مظاہر نمودار ہونے سے پہلے پیشاب میں خون کے سرخ جیسے آثار آنے لگتے ہیں۔

پہچیدہ گئیاں۔ وائیرسوں کے کاٹنے سے وسیع مقامی تیتھ اور لنگرن اکثر پیدا ہو جاتی ہے اور ایلیڈیا ن گزیدگی میں کھانسی کے مشکو سات کے سست ہو جانے اور عضلات بلع کے استرخا سے انجام کار عفونی ذات الریه پیدا ہو جاتا ہے۔ کریٹ کی گزیدگی کی حالت میں تقریباً دس دن بعد جبل شوکی کے حاد صعودی شکل کے نمودار ہونے کا اندراج کیا جا چکا ہے۔

عمر اور انداز۔ انداز کا انحصار مریض کے جسم کے وزن 'اثراب شدہ نہر کی کمیت اور کیفیت' اور نوعی ایفی وینین (specific antivenene) کے ممکن الحمول ہونے یا نہ ہونے پر ہے۔ مقامی علاج اکثر غیر موثر ہوتا ہے کیونکہ یہ زیادہ دیر سے شروع کیا جاتا ہے۔ موت پندرہ منٹ سے لیکر تین دن تک کے عرصہ میں واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ جب کبھی ممکن ہو سانپ کا امتحان کر لینا چاہئے جس سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ سانپ زہریلا ہے یا نہیں۔ مبہم حکم، لڑکھڑاتی چال اور دہری بھارت کے علاقہ سے بعض حالتوں میں انکھلی تسم کا شبہ ہو چکا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مشرق میں گزیدگی مار کے مبینہ امایات مجرمانہ زہر خدائی کا نتیجہ بھی ہوتے ہیں۔ تھوڑے مضبوط بوٹ پہننے اور ساتھ ہی پٹیوں اور ساق پوشوں کا استعمال

کرنے سے ایک بڑی حد تک حفاظت ہو سکتی ہے۔ اور ایسے خطہ میں جہاں سانپ ہوں رات کو ٹرک پر چلتے وقت قندیلوں یا برقی ٹارچوں سے روشنی کا انتظام کرنا چاہئے۔ بستر اور کپڑوں اور سونے کے تمیلوں کا احتیاط سے امتحان کر لینا چاہئے، اور اگر باہر کیمپ میں ہوں تو مسہری کے استعمال سے حفاظت ہو سکتی ہے۔ علاج۔ جہاں تک علاج کا تعلق ہے ہمیشہ دو سوال پیدا ہوتے ہیں

(۱) کیا بافتوں میں زہر کے ہلکے معاد کا اثراب ہو چکا ہے؟ (۲) کیا دوران خون میں ہلکے معاد جذب ہو چکا ہے؟ جن حالتوں میں زہر کی بہت سی مقدار لگی

تعلیم ہو جاتی ہے ان میں انجذاب کی مدت بہت ہی تھوڑی ہوتی ہے اور اگر سانپ بہت اخطر ناک ہو تو یہ دو سے لیکر دس منٹ تک ہوتی ہے اور اگر بافتوں تک زہر کی تھوڑی سی مقدار ہی پہنچی ہو تو یہ مدت زیادہ ہو سکتی ہے۔

منفامی علاج۔ سب سے زہریلی تدبیر بندش لگانا ہے۔ ربڑ کی ٹلی جس کا قطرہ دانسنی میٹر ہو بہترین ضابطہ (tourniquet) کا کام دیتی ہے اور اگر یہ ممکن الحصول نہ ہو تو ابتدائی مدد کے طور پر کپڑوں کی دھبیاں جارحہ کے گرد وسیلی رکھ کر باندھ دی جاتی ہیں اور ان کو بیچ میں ایک لکڑی پھنسا کر اسے پھرانے سے کسا جاسکتا ہے۔ جہاں ایک ہی ہڈی ہو مثلاً بازو یا ران پر وہاں گزیدگی کی قربی جانب پر بندش فوراً لگادینی چاہئے۔ بندش کو آٹنا کس دینا چاہئے کہ اس سے شریانی دوران خون بند ہو جائے اور اسے پہلی مرتبہ بیس منٹ تک ہٹے دینا چاہئے۔ بعد میں اس کو ایک یا آدھ منٹ کے لئے ڈھیلا کیا جاسکتا ہے حتیٰ کہ جارحہ خون سے متور ہو جائے اور اس کے بعد اسے پھر کس دیا جاتا ہے اور پختہ ہی عرصہ کے لئے رہنے دیا جاتا ہے۔ جہاں ضرورت ہو اس طریقہ عمل کا تکرار کیا جاسکتا ہے۔ اگر بندش جلد لگا دی جائے تو جان بچانے کے لئے انٹینیوین (antivenene) کے معاد کی جس مقدار کی ضرورت ہوتی ہے وہ کم ہو جاتی ہے اور چونکہ مدت موت میں اضافہ ہو جاتا ہے اس لئے ایسے اصابت میں اس کے دینے کا موقع مل جاتا ہے جو بصورت دیگر مہلک ثابت ہوتے ہیں۔

جراحی تدابیر۔ اگر پونا شیٹ پر مینگی نیٹ کا محلول ممکن الحصول ہو تو جلد کو اس سے صاف کر دینا چاہئے ورنہ کسی دوسرے سیال کا استعمال کرنا چاہئے تاکہ اگر زخم پر زہر چھا ہوا ہو تو وہ دور ہو جائے۔ دانت کے ہر ایک نشان پر پلنگ لبا اور پلنگ گہرا شکاف دینے سے زخم میں ٹوٹے ہوئے دانت کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔ اس سے یہ فائدہ بھی ہوتا ہے کہ پستانی پیم یا بائر کے امتصاصی گلاس سے میکافی امتصاص کیا جاسکتا ہے اور اس سے بندش کے کارگر ہونے کا بھی اندازہ ہو سکتا ہے لیکن یہ امر مشتبہ ہے کہ اس سے دانت کے زخم کے تمام راستہ سے زہر کی سیلیت بھی ہوتی ہے یا نہیں۔ گزیدہ بافتوں کا ابتدائی ہیلتھ نیل

کردینا زیادہ مفید ہوتا ہے۔ اگر بندش جلد لگا دی گئی ہو تو استیصال کردہ رقبہ کی وسعت اور اس کی گہرائی کا انحصار کاٹنے والے سائپ کی نوع پر ہوتا ہے۔ بعد میں میکافی انتصاص کا عمل میں لانا فائدہ سے خالی نہیں ہوتا۔

مقامی اثرات۔ مختلف محلولات کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے جن میں پوٹاشیم پریگلیفینٹ اور گولڈ کلورائیڈ کا اتنا فیصدی محلول شامل ہے اور انتراب سے پہلے بندش ضرور لگی ہونی چاہئے۔ ان خدشہ کیبیاوی ادویہ سے بدقسمتی سے تنخر اور نگرین اکثر پیدا ہو جاتی ہے اور ان کے مفید ہونے میں شبہ ہے۔

نوعی اینٹی وینین سے علاج۔ قاعدہ ہر ایک اینٹی وینین (antivenene) صرف ایک خاص زہر ہی کے لئے تریاق کا حکم رکھتی ہے اور جن ممالک میں مارگزیدگی عام ہے ان میں سے اکثر میں اب وہاں کے سانپوں کی انواع کے خلاف مقامی طور پر اینٹی وینینس لیاری کی جاتی ہیں۔ یہ یکہ گرفتہ دو گرفتہ یا کثیر گرفتہ ہوتی ہیں اور ان کا مقدار انکار اور عیار کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ کوہرڈگز بدگیوں میں اثرات دروں وریدی راستہ سے دینے چاہئیں اور یہی راستہ وائپر کی گزیڈگیوں کے لئے بھی قابل ترجیح ہے، گوریاستہائے متحدہ امریکہ میں مرکز اینٹی وینینس دروں عضلی راستہ سے دی جاتی ہیں اور ان سے بین فائدہ ہوتا ہے۔ اگر وقت اور صورت حالات اجازت دے تو مریض کا امتحان گھوڑے کے مصل کے خلاف حساسیت کے لئے کر لینا چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو حساسیت ربائی عمل میں لے آنا چاہئے۔ اینٹی وینین حتی الامکان جلد از جلد دینی چاہئے اور یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس کے دینے میں جتنی دیر ہوگی اور مریض کا وزن جتنا کم ہوگا اتنا ہی زیادہ مقدار دینا پڑیگا۔ یہی وجہ ہے کہ بچوں کو اس مقدار کا کئی گنا مقدار دینا پڑتا ہے جو بالغ کی جان بچانے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اینٹی وینین دینے کے بعد کم از کم چوبیس گھنٹہ تک مریض کی احتیاط سے نگہداشت کرنی چاہئے، کیونکہ شلل کے علامات نمودار ہو سکتے ہیں جن کے لئے مزید اثرات دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عمومی تندرستی اور مریض کو اطمینان دلانا چاہئے اور اسے طبیعت نشا
سیاہ کافی اور کینٹین سٹریٹ دینے چاہئیں اور آرام سے بستر میں گرم تولیوں لگا کر
لٹا دینا چاہئے۔ سرکینین اور انکل سے احتراز مناسب ہے اور ماریفیکاس استعمال
ممنوع ہے۔ دوران صدمہ کا علاج گرم سیالات برائے دہن و براستہ معائستہ تقیم
باقراط دینے سے کیا جاتا ہے اور اگر نکلنے میں کوئی دقت ہوتی ہو تو ۵ فی صدی
گلوکوس کے دروں دریدی اثرات دینے چاہئیں۔ کوریمین (coramine)
پیتوٹریٹ (pituotrin) اور ایڈرینالین (adrenalin) کے اثرات بعض اوقات
منید ثابت ہوتے ہیں۔ یاغنی کو بلند کر دینا چاہئے اور جوارح پر نیچے سے اوپر کی طرف
پٹیاں باندھ دینی چاہئیں جنفسی شلل کا علاج کوریمین کے اثرات، مصنوعی نفس
اور آکسیجن سے کرنا چاہئے۔ یہ ایک اہم امر ہے کہ جہاں تک ممکن ہو سکے منہ اور
انفی بلعوم کو مخاط سے صاف رکھنا چاہئے اور اگر تھوہ تو غذا کو خنجر میں داخل
ہونے سے روکنا چاہئے۔

زہریلی مچھلیاں

مادرین میں بعض اوقات انسان پر ایسی مچھلی حملہ آور ہوتی ہے جس کی زندگی
یا نیش زنی سے خطرناک نتائج پیدا ہوتے ہیں۔ بعض حالتوں میں مچھلی کا زہر جیگر
شریکائیٹیس ڈسریکوس (Trachinus draco) کا ہے، سانپ کے زہر کے مشابہ
ہوتا ہے اور اس کے تحت جلدی اشراب سے اسی طرح کا زہر اور مقامی
تنخر پیدا ہو جاتا ہے اور اگر اس کا اشراب دروں و دریدی طور پر کیا جائے تو
خون کا دباؤ ابتدا میں بڑھ جاتا ہے اور بعد میں کم ہو جاتا ہے اور قلبی اور نفسی
شلل واقع ہو جاتا ہے۔ جو زہریلی مچھلیاں عموماً پانی جاتی ہیں ان میں سے چند کا
ذکر ذیل میں کیا جاتا ہے۔

(۱) سریش ماہی (Jelly Fish) (میدوسی: Medusae)

جس کی بہترین مثال پرتگالی مین او وار (man-o-war) (فانی سیلیا پیلے جیکا
Physalia pelagica) ہے بعض اوقات بہت شدت سے نیش زنی کرتی ہے

جس سے شری دو وڑے 'مقامی تہیج' سن پن اور درد جو چارہ سے اوپر کی طرف کوجاتا ہے 'کعبلی' سوزش اور احمرار پیدا ہو جاتا ہے بعض اوقات آبلہ دار التهاب جلد اور تقرح پیدا ہو جاتا ہے اور بافتوں کے تخریب تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے۔ نظامی ٹواہر تپ 'عمومی عضلی درد اور شکی عضلات کے تشنج' 'تدمع' تنگی صدر' بہر اور قلبی عروقی صدمہ پر مشتمل ہیں۔ گاہے گاہے موت بھی واقع ہو جاتی ہے۔ شدید ٹواہر کا سبب غالباً وہ استہدافی صدمہ ہے جو پہلے ہی سے محسوس افراد میں پیدا ہو جاتا ہے۔

(۲) ملا ارینی بام مچھلیاں (Tropical Eels) (میویرینڈی Murænidae) بھی خطرناک ہیں 'کیونکہ ان کے دانتوں کے درمیان سے جو مضبوط اور بے میزاب ہوتے ہیں زہری جیبوں میں سے زہر بہ کر آتا ہے اور یہ جیبیں تنک کی غشا سے اوپر واقع ہوتی ہیں۔ ان مچھلیوں کے کاٹنے سے شدید مقامی اثرات اور قلبی عروقی صدمہ پیدا ہو سکتا ہے۔

دوسری زہری مچھلیوں کے میزاب دار یا قنار دار رخاریا کاٹنے ہوتے ہیں جن کا تعلق زہر کے غدود سے ہوتا ہے۔ ان کی مثالیں عقرب سب ماہی (Scorpion Fish) (سکورینڈی Scorpænidæ) 'یشس ماہی (Sting-rays) (ریائی Rail) اور گرگڑی (Cat-fish) مثلاً کرائیڈ وگلیس باسٹوکیاٹی (Cnidoglanis bostockii) اور ٹیکورسٹریکو (Trachuris draco) ہیں۔

علامات - مقامی طور پر و خزی قسم کا شدید درد پیدا ہو جاتا ہے 'اور سن اور جھنکار بھی محسوس ہوتی ہے۔ اس کے بعد دم اور التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ انتہائی اصابت میں قیمی مواد بھنے لگتا ہے 'اور وسیع اغاثات اور نگرین بھی واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ہر کی ضرورت پیش آجائے۔ یشس ماہی کی خیش زنی کی حالت میں جراثیم فاسدیتیں (paræsthesias) پیدا ہو جاتی ہیں اور تپ عارض ہو جاتی ہے۔ علاوہ ان میں معدی معوی علامات 'ضعف قلب' عرق حرکی ہبوط 'بے چینی' 'نہرمان اور غشیان بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ موت بعض اوقات نشل قلب اور عفونت الدم سے

واقع ہو جاتی ہے۔ کرائسکے وقوع کا بھی اندراج کیا جا چکا ہے۔
 علاج۔ مقامی علاج ویسا ہے جس کا ذکر گزیدگی مارکے بیان میں کیا جا چکا ہے۔ درد کے لئے مارفیا کا استعمال آزادانہ کرنا چاہئے۔ قلبی عروقی صدمہ اور فشل تنفس کا علاج انہی اصولوں پر کیا جاتا ہے۔ جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں مقامی پیچیدگیوں مثلاً تلیخ، خراج اور گنگرین کے لئے جراحی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔

مدیرینی امراض جلد

جلد کے بعض امراض گرم ممالک ہی سے مخصوص ہیں، اور بعض ایسے ہیں جو یورپ میں پائے جاتے ہیں مگر ان میں بعض اسباب مثلاً نسلی مناعت، معاشرتی رواج اور نوعیت جلد کی وجہ سے ان ممالک میں کسی قدر تغیر واقع ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بیاض الجلد (leucoderma) (برص vitiligo) سے تاریک رنگت کے اشخاص میں بہت سی پرتکلی پیدا ہو جاتی ہے، اور اسے عصبی جذام کے مفقود اللون قطعات سے غلط ملکہ کیا جاسکتا ہے۔ ندیبہ (keloid) جو یورپ میں اشخاص میں گاہے گاہے جراحی ندبات اور امراض زخات کی پیچیدگی کے طور پر پیدا ہوتا ہے، وحشی نسلوں میں بعض قبائلی رواجات کے مطابق عمداً پیدا کیا جاتا ہے۔ وسطی افریقہ کے حبشیوں میں کانوں، کمر، رانوں اور سینہ پر ندبات عموماً پائے جاتے ہیں۔ خبیث تغیرات شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔

مرض چکر

(CHIGGER DISEASE)

چکر افریقہ کے بعض حصوں، مدیرینی امریکہ، ہندوستان، جزائر مغربیہ اور مدغاسکر میں پائے جاتے ہیں۔ حاملوں اور دیگر دیسی باشندوں میں یہ مرض محدود کا ایک عام سبب ہے۔ چکر (ٹنگاپینی ٹرانس، Tonga penetrans) ایک مٹی مائل بھورا پتو ہے جو خشک ریتیلی زمین میں رہتا ہے اور گرم خون والے حیوانات پر

عموماً حلاؤں اور ہوتا ہے۔ مادہ حامل ہونے کے بعد جلد میں ترچھے ٹرخ میں گھس جاتی ہے اور اس کی جسامت میں سرعت سے اضافہ ہو جاتا ہے اور اندھے پنختہ ہو کر جلد کے چھوٹے سے سوراخ میں سے نکلنے شروع ہو جاتے ہیں۔

امراضیات۔ حاملہ مادہ مستند غرائض اور بافتوں کا مقامی تعامل پیدا کر دیتی ہے۔ ماؤف حصہ ملہب ہو جاتا ہے، پیپ بن جاتی ہے اور مٹر کی طرح کا ایک ارتفلاخ پیدا ہو جاتا ہے۔ بعد میں جلد متفرج ہو جاتی ہے اور چکر (chigger) خارج ہو جاتا ہے اور ایک چھوٹا سا قرصہ رہ جاتا ہے جس میں بعض اوقات جراثیم کی ثانوی سرایت پائی جاتی ہے۔

علامات۔ پاؤں سب سے زیادہ کثرت سے ماؤف پک جاتے ہیں کیونکہ یہ زمین سے متماس رہتے ہیں اور موزوں محل پاؤں کی انگلیوں کے درمیان کی جلد ناعنوں کی جزا اور تلو سے ہیں۔ 'ٹانگیں'، 'ہاتھ'، 'چہرہ'، 'مغض'، 'قضببہ' اور جانی جلد بھی بعض اوقات متاثر ہو جاتی ہے اور شدید اصابات میں کبھی کبھی چکر کے سینکڑوں قرصے پائے جاتے ہیں بیشش مرایتوں میں بافتیں اس عمل سے چھتے کی طرح کی ہو جاتی ہیں۔ سرایت کے بعد شدید مقامی عفونت، عفونت الدم اور کزاز تک بھی واقع ہو سکتا ہے اور یہ بعض اوقات ہلکے ثابت ہوتی ہے۔

علاج۔ جہاں چکر کا مرض مقامی طور پر موجود ہو وہاں گھروں کے فرش کو اکثر صاف کرتے رہنا چاہئے اور اسی غرض سے موزوں دافعات عفونت کا استعمال بھی کرنا چاہئے اور ننگے پاؤں چلنے سے احتراز کرنا چاہئے۔ لائیسال (lysol) ۵ قطرہ اور بوسلین اونس کے آمیزہ کو پاؤں پر ملنا چاہئے۔ چکروں کی تلاش احتیاط سے کرنی چاہئے جو بافتوں میں سیاہ نقطوں کی طرح دکھائی دیتے ہیں۔ جو پھی یہ جلد کے ساتھ چپکیں ان کو الگ کر دینا چاہئے۔ داخلہ کا سوراخ عقیم کردہ سوئی سے بڑا کر کے حشرہ کو باہر نکال دینا چاہئے اور اس مقام کا عیم عفونت تکسیہ کر دینا چاہئے۔ کرا کرا (Craw-Craw) (کریبیجی التهاب ادما Nodular)۔

Dermatitis: کرا کرا کی اصطلاح جلد کے اور نما صکرہ جارج کی جلد کے خارش پتوری یا قاسمی ثوران کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ مرض مدارینی افریقہ کے بعض حصوں

لنکا، ہندوستان، جنوبی چین اور جزائر مغرب الہند میں پایا جاتا ہے نیل (O' Neil) نے رشعہ میں فلاریائی مٹھے دریافت کئے، لیکن یہ غالباً مائلکروفلاریا سٹریپٹوس کا (Microfilaria streptocerca) تھے جن کا مظاہرہ میکس فائی (Mac Fie) مغربی افریقہ کے بہت سے جیشیوں کی جلد میں کرچکا ہے۔

علامات - یہ عارضہ بشوری التهاب اومہ (papular dermatitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے اور بشور سخت اور قرتی ہوتے ہیں اور ان پر بہت سی کھجلی ہوتی ہے۔ کھجلیوں سے ثانوی سرایت واقع ہو جاتی ہے اور بعض اوقات ایک قانچی التهاب اومہ (pustular dermatitis) پیدا ہو جاتا ہے جس کی تھہ ہم پہلو لمفی غد کی کلانی پائی جاتی ہے۔ پاؤں اور ٹانگوں پر اکثر قواسخ پیدا ہو جاتے ہیں۔

1106 **تشخیص** - اس عارضہ کو قزادی دوار الہلد (acari dermatoses) 'خارش تمالین اور عارشت (scabies) سے خلط ملط نہ کرنا چاہئے۔ قزاد است (acari) اور دیگر عشات (mites) کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا اور کوئی نقبیں دکھائی نہیں دیتیں۔

علاج - سرایت زدہ برابوں اور جوتوں وغیرہ کو تباہ کر دینا چاہئے۔ اگر قواسخ موجود ہوں تو ان کو کھول دینا چاہئے، کھرنڈوں کو انگ کر دینا چاہئے، قزوح کو کھچ دینا چاہئے اور بعد میں... رامیں اسب لمیٹ کے محلول (sublimate solution) سے ان کی عفونت دفع کر کے بورک ایسڈ کے مرہم اور لٹ سے ان کا نکسید کر دینا چاہئے۔ کارباک لوشن (carbolic lotion) (۲۰ میں ۱) کی تغیل مفید ثابت ہوتی ہے۔

میدانی قرحہ (Veldt Sore) - میدانی قرحہ جنوبی افریقہ میں پایا جاتا ہے، اور یہ ایک مزمن عفونی متقرح ضرر ہے جس سے جسم کے کھلے ہوئے مشعر جیسے ناف ہوتے ہیں۔ مداین اور تکت مداین میں اس کی جغرافیائی تقسیم بہت وسیع ہے اور آسٹریلیا میں یہ بارکوروٹ (Barcoo Rot) کہلاتا ہے اور جزیرہ نما شے سینا اور عراق عرب میں یہ قرحہ صحرا (Desert Sore) کے نام سے

موسوم ہے جہاں گذشتہ جنگ عظیم میں یہ افواج کو عارض ہوا تھا۔ گرم بریتیلے یا سوراخوں میں یہ بہت کثیر الوقوع ہے اور یہ خاص کردہاں پایا جاتا ہے جہاں باشندوں کی غذا محدود ہو اور پھلوں اور سبزیوں کا استعمال بہت کم ہوتا ہو۔ ضرارت میں سے نبتات کسبجیہ (streptococci) 'نبتات غبیہ (staphylococci) اور ذفتھیریا کے عصیات کی تغذیہ کی جا چکی ہے۔

علامات۔ پہلے ایک آبلہ پیدا ہو جاتا ہے جس میں درد ہوتا ہے اور یہ ہاتھ کی پشت، کلائی، کہنی یا گھٹنے پر خاص طور پر نمودار ہوتا ہے۔ اس میں ایک زرد سیال ہوتا ہے اور پھٹنے کے بعد ایک مرنجہ (punched out) یا مدور یا بیضوی قرح باقی رہ جاتا ہے جس کا قاعدہ سخت اور رمادی ہوتا ہے اور جس کے کنارے نیلگوں اور متصلب ہوتے ہیں۔ یہ کئی ہفتوں کے بعد مندل ہوتا ہے اور اس صورت میں ایک تیز تپ پیدا ہو جاتا ہے۔ جزیرہ نماسنی میں جراح اور حنا کے ذفتھیریا کی شکل کی مثالیں مشاہدہ میں آئی ہیں اور قروح میں کلبس لونفلر (Klebs - Loeffler) کا عصیہ پایا گیا ہے، لیکن یہ معلوم نہیں ہوا کہ آیا یہ نوزی طور پر حمل آور ہوا تھا۔

تحریر۔ غذا میں سنگترے کے رس اور مارماٹ کے اضافہ سے حیاتین کی مقدار بڑھانا ضروری ہے اور خراشیدگیوں کو دافعات عفونت سے صاف کر کے دھک دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ گھوڑے کی لید مرایت کا بیج ہو۔ علاج۔ قروح کو عقیم بنانے سے محفوظ رکھنا چاہئے اور ایمونیٹیٹ یا نائٹریٹ آف مرکری کا مرہم لگانا چاہئے۔ زیادہ حیاتین والی غذا اور لوہے اور سم الفار کے مقویات کا استعمال مناسب ہوتا ہے۔ اگر ذفتھیریا کے عصیات موجود ہوں تو ضد ذفتھیریا مسلسل ضرور دینا چاہئے اور اس سے حیرت انگیز حیرت سے شفا ہو جاتی ہے۔ خود زاد سچی متقی جدیدین (autogenous streptococcal vaccines) قابل آزمائش ہیں۔

مدارینی قرحما (Tropical Ulcer) (قرحنا مدارینی)
 'Ulcer tropicum' مدارینی اغثلث پذیر اکلاہ (tropical sloughing)

phagedaena: یہ جلد اور تحت جلدی بابتوں کا گنگرینی اور اغاثا پذیر تفرج ہے جس سے مزمن قروح پیدا ہو جاتے ہیں جو علاج کے لئے اکثر بہت مزاحم ہوتے ہیں۔ میدانی قرحہ اور اس مرض میں یہ فرق ہے کہ یہ مدارین کے تراور مرگلوب خٹوں اور خاکر جنگلوں میں پیدا ہوتا ہے۔ ضربہ کی رویداد عموماً موجود ہوتی ہے جس کے بعد جوارح اسفل پر ضررات نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض خاکر لاغسہ اشخاص اور دوسرے امراض کے مریضوں میں پایا جاتا ہے۔ ہر عمر اور ہر صنف کے افراد اثر پذیر ہیں اور چائے کے کھیتوں میں حاملوں میں اس مرض کے حملے کبھی کبھی مقامی وبا کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ سمتھ کے مشاہدہ کے مطابق (83) یہ مرض قرحہ کے مادہ کی تطہیم سے ایک آدمی سے دوسرے آدمی میں بلا واسطہ منتقل کیا جاسکتا ہے۔ بحث اسباب میں مختلف نظریے بیان کئے جاتے ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ مرض قلت (deficiency disease) ہے اور بعض کی رائے ہے کہ یہ ایک دو کی حصیہ اور پیچ موہ (spirochete) پیچے مسلکیہ شواؤڈنی (Treponema schaudinni) سے پیدا ہوتا ہے۔ ناقص موہی کیفیت (hypocalcaemia) قلیل الوقوع نہیں۔

علامات - یہ مرض ایک پھولے کی شکل میں شروع ہوتا ہے جس میں مصلی یا دموی سیال ہوتا ہے۔ اس کے پھٹنے کے بعد ایک میلہ سا رادی غشیہ (slough) باقی رہ جاتا ہے جو جلد ہی پھیل کر ایک بدبودار اغاثا پذیر قرحہ بن جاتا ہے جس میں معتد بہ درد ہوتا ہے اور بعض اوقات تپ بھی آنے لگتی ہے۔ بافت کے معتد بہ رقبہ جات ماؤف ہو جاتے ہیں اور عمیق تفرج بعض اوقات اوتار عضلات اعصاب عروق خون گرد غلطہ اور مفاصل تک کو بھی متاثر کر دیتا ہے۔ پاؤں کی چھت اور ٹانگوں کے سامنے کی طرف سب سے زیادہ کثرت سے ماؤف پائی جاتی ہے اور ہاتھ اور کلاٹیاں گاہے گاہے متاثر ہوتی ہیں اغاثا اور انتشار مرض کے عا درجہ کے بعد باقی توازن کا درجہ ہوتا ہے جس میں اریبکی بافت کی بالیدگی تباہ شدہ بافت کے رقبہ کے برابر ہوتی ہے۔ اس کے کچھ عرصہ بعد اند مال واقع ہو جاتا ہے۔ قروح عموماً کئی مہینوں تک اور انتہائی

اصابات میں کئی سالوں تک موجود رہتے ہیں۔ غیر مناسب سرطانی تھکڑا اندام میں عموماً تانیر کا باعث ہوتا ہے۔

تشخیص۔ ان قروح کو مختلف قروح سے مثلاً وہ جو دوالی نما دریدوں یا زہ آتشک، لیشمانیت اور جلد کے فطرنما ریکی سلعات (fungoid granulomata) کے ساتھ پائے جاتے ہیں تیز کرنا چاہئے۔ ضربہ کی رویداد اور جنگل کے رقبہ کی بود و باش اہم ہے۔

1107

انذار۔ اگر مناسب علاج کیا جائے تو مناسب مدت کے بعد اکثر اصابات شفا یاب ہو جاتے ہیں، لیکن گاہے گاہے دشوار علاج اصابات میں زندگی کو بچانے کے لئے بتر ضروری ہوتا ہے۔ موت عموماً قسم الدم، خوار (inanition) اور عفونت الدم سے واقع ہوتی ہے۔

تحریر۔ جنگل میں ضرب سے محفوظ رہنے کے لئے پٹھوں، ساق پوشوں اور مضبوط بوتلوں کا استعمال کرنا چاہئے۔

علاج۔ عمومی تدابیر میں آرام اور ایسی مغذی غذا شامل ہے جس میں حیاتین باقراط موجود ہوں اور جو کاڈ لور کمائل سے مقوی بنائی گئی ہو، اور اگر ناقص دموی کلیت (hypocalcaemia) موجود ہو تو کیلسیم اور زرد درقی خلاصہ دیا جائے۔ سالورسین (salvarsan) کے اثرا بات بعض اوقات مفید ثابت ہوتے ہیں۔ مقامی علاج قرح کے درجہ کے مطابق کیا جاتا ہے۔ جس درجہ میں مرض سرعت سے ترقی کرتا ہے اس میں اغاثات کا استعمال کر دینا چاہئے، اور پورٹیکینیٹ یا کاربا کے غسولات کا استعمال کرنا چاہئے۔ قرح کے قاعدہ کے جرف (curettage) اور بی۔ آئی۔ پی۔ پی۔ پی (B. I. P. P.) کے رفرائڈکسی کے نتائج بعض اوقات عمدہ ہوتے ہیں۔ بعض مشاہدین نے یہ بیان کیا ہے کہ لاصق لچکدار بند کشی (adhesive elastic strapping) یا لچکدار پٹیوں کے لگانے سے اندام مال ہو جاتا ہے۔ جب سرطانی تھکڑ کی رفتار سست ہو تو جلدی پیوند لگانے سے اندام مال کی رفتار میں بہت سی تیزی پیدا کی جاسکتی ہے۔

داء النقلع متعدی

(PEMPHIGUS CONTAGIOSUS)

(Pyosis mansonii: قیچیبت میمنسن)

یہ ادمہ کی ایک متعدی بیتی سرایت ہے جس میں آبلے اور پھپھولے پیدا ہوجاتے ہیں اور ان میں تقریح پیدا ہونے کے بعد ان پر کھنٹہ بن جاتے ہیں۔ ضررات سے جو کاشتیں طیار کی جاتی ہیں ان میں نبتہ عنبیہ ذہبی (Staphylococcus aureus) اور نبتہ عنبیہ ابيض (Staphylococcus albus) پائے جاتے ہیں اور گاہے گاہے نبتہ کسمیہ (streptococci) بھی پائے جاتے ہیں۔ یورپ میں بچے خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ یہ مرض لٹکا، ملایا اور افریقہ کے بعض حصوں میں پایا جاتا ہے۔

علامات۔ ابتدائی ضرر ایک چھوٹا سا سرخ دھبہ ہوتا ہے جو پہلے آبلے میں اور پھر پھپھولے میں تبدیل ہوجاتا ہے اور انجام کار ایک نقاع نما آبلہ بن جاتا ہے جس میں سیال ہوتا ہے جو پہلے صاف ہوتا ہے اور بعد میں غلیظ اور قیچی ہوجاتا ہے۔ پھٹنے کے بعد قرعہ عموماً خشک ہو کر مندل ہوجاتے ہیں اور جلد پر اکثر گلابی اور خلی ندبے باقی رہ جاتے ہیں۔ بچوں میں ثوران کی تقسیم بہت وسیع ہوتی ہے اور بعض اوقات تمام ہسم سوائے چہرے کے متاثر ہوجاتا ہے لیکن ثوران زیادہ تر نفل اور مین الغنذین (erutch) تک ہی محدود رہتا ہے۔

تشخیص۔ اس مرض کو حصۂ متعدی (impetigo contagiosa) موتیاسیتلا (chicken-pox) چچک اور داء (ring-worm) سے تمیز کرنا چاہئے۔ علاج۔ ذاتی سرایت سے احتراز واجب ہے۔ ضررات کو پرکلورائیڈ آف مرکری کے... رامیں اعملول سے دھو کر ان پر زینک آکسائیڈ، بورک ایڈ اور نشاستہ کے مساوی حصص کا ڈنکور چھڑک دینا چاہئے۔ انگوٹھیں ہائیڈر جرائی ایٹمی (ung. hydrarg. ammon.) کے استعمال سے نمایاں فائدہ ہوتا ہے۔

سفن

(TINEA)

جلد اور ناخنوں کی سفنی سرایتیں مدارین میں بکثرت پائی جاتی ہیں۔ ان میں سے دو تہایت عام ہیں۔ دھوبی کھجلی اور ہانگ کانگ پا (Hong-kong foot) اور یہ ایسی ڈرموفائیٹون انگوئیڈینیل (Epidermophyton inguinale) سے پیدا ہوتی ہیں۔ یہ یورپ میں پائی جاتی ہیں اور ان کا ذکر دوسرے مقام پر کیا جا چکا ہے (صفحہ 881)۔

سفنٹا ظفری (Tinea Unguium)۔ یہ ناخنوں کی فطرتی سرترا ہے جو مشرق بعید میں یورپیوں میں قلیل الوقوع نہیں اور اس کے ساتھ اکثر جسم کے کسی دوسرے حصہ میں سفنی سرایت موجود ہوتی ہے۔ ناخنوں کی رنگت بدلتی ہے، ان میں چمک نہیں رہتی، اور یہ خستہ اور میزاب دار ہو جاتے ہیں اور ان میں گڑھے پڑ جاتے ہیں اور ان کے نیچے ایک مادہ جمع ہوتا ہے جو سرعلی خلیات، بافتی قوافل اور فطر سے مرکب ہوتا ہے۔ ناخن کا ہموار بین طور پر نافذ ہو جاتا ہے اور داخلی التهاب کے مختلف مدارج پائے جاتے ہیں۔ تشخیص کمزور خوں میں ایسی ڈرموفائیٹون انگوئیڈینیل کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے جن کا ترائب ۲ فیصدی پوٹاشیم ہائیڈریٹ میں کیا جاتا ہے۔ علاج مقامی لامعات کے استعمال پر مشتمل ہے جو کبلی سیلک ایسڈ (۳ فیصدی) اور ہینز ونگ ایسڈ (۵ فیصدی) سے مرکب ہوں۔ لاشعاعیں مفید ثابت ہوتی ہیں لیکن شدید مبالغہ میں ناخنوں کا جراحی استعمال ضروری ہوتا ہے۔

1108

سفنٹا متراکب (Tinea Imbricata) (ٹوکیلا: Tokelau)۔ یہ داد خاص کر چہرہ، دھڑ اور جوارح پر نمودار ہوتا ہے اور ایک فطری ایسڈ و ڈرموفائیٹون کنسنٹرکیم (Endodermophyton concentricum) سے پیدا ہوتا ہے جس کا مظاہرہ سرملی جھلکوں میں آسانی کیا جاسکتا ہے۔ یہ مرض زیادہ تر مشرقی جمہور انڈو جنوبی بحر الکاہل میں پایا جاتا ہے اور یہ گلچہ نما بھوسے دھبوں سے میز ہوتا ہے

جن سے ندنی، اور حریری کا غذا کی طرح کے چمکے پیدا ہوتے ہیں جو مرکز پر آزاد ہوتے ہیں اور اپنے محیطی قاعدوں سے چمکے ہوتے ہیں۔ مدور ضرات کا قطر تقریباً $\frac{1}{8}$ انچ ہوتا ہے اور چونکہ یہ قریب قریب واقع ہوتے ہیں اس لئے ان کا منظر بھولوں کے ہار کی طرح دکھائی دیتا ہے۔

سفعنا زرد (Tinea Flava) - یہ داد مدارین میں کثیر الوقوع ہے اور چہرہ، گردن، سینہ اور بازوؤں پر نمودار ہوتا ہے۔ یہ جشیوں کی طرح کی سیاہ جلد پر ایک زردی مائل بھورے بھائی قطعہ (scurfy patch) کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ کیسٹیلانی (Castellani) کے خیال کے مطابق سبب فطر میلنس میڈیا شراپیکا (Malassezia tropica) ہے۔ ایک سیاہ قسم بھی ہے جو سفعنا سود (Tinea nigra) کے نام سے موسوم ہے اور یہ کلیڈوسپوریم مینسونائی (Cladosporium mansonii) سے پیدا ہوتی ہے۔

پنٹا (Pinta) (کیوٹائیٹ: 'Caraate' مال ڈیلٹو (Mal del Pinto: یہ جلدی فطری امراض کا ایک گروہ ہے جو مدارینی امریکہ میں پایا جاتا ہے اور یہ جلد میں لونیت کے قطعات کے نمودار ہونے سے میسر ہے۔ یہ مرض تعدی ہے اور ہر صنف اور ہر عمر میں پایا جاتا ہے۔ کئی ایک مختلف سبب فطرات ہیں جن میں پینی سیلیئم (Penicillium) اسفیر جلولس (Aspergillus) اور مونیلیا (Monilia) شامل ہیں۔

علامات - ہاتھوں کی پشت پہلے متاثر ہوتی ہے اور اس پر لونیت کے قطعات نمودار ہو جاتے ہیں جو کھردرے خشک اور مرتفع ہوتے ہیں اور ہلکی رنگت مختلف ہوتی ہے۔ سرخ، بنفشی، سفید اور سیاہ قسمیں مختلف اقسام کے فطرات سے پیدا ہوتی ہیں۔ یہ حارضہ بتدیج جسم کے دوسرے حصوں تک پہنچ جاتا ہے اور جب چاندنی ماؤف ہو جاتی ہے تو بال سفید ہو جاتے ہیں۔ جلد کے ضرات میں کبھی بہت ہوتی ہے اور یہ بعض اوقات بدبودار ہوتے ہیں۔

تشخیص - اس مرض کے قطعات بعض اوقات جذام یا بیاض الجلد (leucoderma) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ عدم حیثیت موجود نہیں ہوتی اور مادہ کا

۲۰ فی صدی کا سنک سوڈا میں خوردبینی امتحان کرنے سے فطر کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔

علاج - علاج وہی ہے جو جلد کے معمولی داد کے لئے کیا جاتا ہے۔
 یا ٹیڈنہرا (Piedra) (شعری بڈوریت: Trichosporosis)۔
 یہ مرض برطانوی گھانا اور کولمبیا میں پایا جاتا ہے۔ یہ شعری بڈوریتہ عفونی (Trichosporon giganteum) سے پیدا ہوتا ہے جس سے چاندلی کے بالوں کے گرد سخت اور کنکریلی گریں بن جاتی ہیں۔

ثوران ذیبب (Creeping Eruption) (سروخ مہاجر
 Larva migrans: ذبابیت خطی: Myiasis linearis) - یہ ایک مرتفع
 اور خطی سرخ ثوران ہے جو بل کھاتا ہوا یا سیدھے خطی شکل میں تدریجاً بڑھتا جاتا
 ہے، اور اس کا پھیلا حصہ غائب ہوتا جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات گیسٹروفیلس (Gastrophilus)
 یا دوسری کمیوں کے سرووں کی زیر جلد آوارگی سے پیدا
 ہوتا ہے، لیکن عموماً یہ سلکیٹی سرووں (nematode larvae) مثلاً کچ دھنڈا
 ہیرا زبلی (Ancylostoma braziliense)، کچ دھنڈا کلی (A. canium)،
 خطافیتا مضیق التراس (Uncinaria stenocephala) اور شلاق دھنڈا
 خشن (Gnathostoma hispidum) سے پیدا ہوتا ہے۔

علامات - ضرر کے مقام پر اکثر سوزش اور ملین اور شدید کھلی
 پائی جاتی ہے، اور ان سے بعض اوقات چھوٹے چھوٹے گول اور سرخ ثور
 یا قواسخ پیدا ہو جاتے ہیں۔

علاج - اگر مرض گیسٹروفیلس کے سرووں سے پیدا ہوا ہو تو بہتر
 علاج یہ ہے کہ مقامی معدم حس کے زیر اثر جراحی استیصال کر دیا جائے۔
 کچ دھنڈا کے سرووں کے لئے اولیئم چینوپوڈیائی (Oleum chenopodii)
 کو تین حصہ کیسر آئل سے رقیق کر کے مقامی طور پر لگانا چاہئے۔ کبھی کبھار دھنڈا کی
 حالت میں سروہ کے مقدم سرے پر ایٹھل کلورائیڈ کا رشاش دو منٹ کے لئے
 مفید ثابت ہوتا ہے۔ پھپھو لوں اور قاسخوں کا تدارک مرکبہ روکروم کے محلول یا

دیگر مناسب دافعات عفونت سے کیا جاسکتا ہے۔

ذنبیتی التھاب ادما (Cercarial Dermatitis) - یہ جلد کی ایک التھابی حالت ہے جو اس میں سے ذنبیوں (cercariae) کے گذر جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ کورٹ (Cort) نے مشہور عیس اس کا ذکر کیا تھا اور اس کا باعث سرکلیریا ایلوی (Cercaria elva) ہے۔ ٹیلر (Taylor) اور بیلنس (Bayliss) نے انگلستان میں اسی قسم کی ایک حالت کا مشاہدہ کیا ہے جس میں ذنبیوں کی ایک دوسری نوع پائی جاتی ہے۔ یہ حالت انسان میں بلہا مزیائی سرایت کی بعض اوقات پہلی علامت ہوتی ہے۔

علامات - یہ جلد کی سوزش اور خارش اور اس پر احماری سرخ دھبوں، شری دوروں اور بشور کے نمودار ہونے پر مشتمل ہیں۔ محاسبہ گاہے بعد میں قوач بھی بجاتے ہیں۔

علاج - یہ صرف محقق ہے اور ہر دغسولات مثلاً کیلیمین لوشن (calamine lotion) جس میں لڈ ایسی ٹیٹ (lead acetate) ملا ہوا ہو، اور لائکوکاربونس ڈیٹرجنس (liquor carbonis detergens) کے استعمال پر مشتمل ہے جن سے خارش رفع ہو جاتی ہے۔

غیر معلوم اسباب سے پیدا شدہ مزاحمتی امراض

1109

اینم (Ainam) - یہ پاؤں کی انگلیوں کا ایک مرض ہے جس کا مزید نام ایک حلقہ ناقصیق ہے جس سے انجام کار مائوف سلاسیہ کا ذاتی بتر واقع ہوتا ہے۔ یہ مرض افریقہ کے مغربی ساحل پر وہاں کے دیسی باشندوں اور مندوؤں میں برازیل، برطانوی گوانا، جزائر مغرب الہند، ریاستہائے متحدہ امریکہ جنوبی اور ہندوستان میں پایا جاتا ہے۔ اس کا سبب ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔

امراضیات - یعنی بافت کا حلقہ ممو پاؤں کی چھگی پر پایا جاتا ہے۔

برادردارست یافتہ ہوتا ہے، شحمی بافت میں زیادتی پائی جاتی ہے اور پیچھے کی

ہڈی میں تلطیف واقع ہو جاتی ہے اور یہ جذب ہو جاتی ہے۔

علامات - سرری لحاظ سے پاؤں کی چھٹکی کے قاعدہ پر اس کی اندرونی اور انحصی جانب پر ایک میزrab (groove) یا فجوہ (furo) پیدا ہو جاتا ہے جو بتدریج گہرا ہوتا جاتا ہے اور ورم کے مقفل چھٹکی کے گرد پھیل جاتا ہے۔ ابتدائی مہاج میں بھی درد بہت کم پایا جاتا ہے اور بعض اوقات دونوں پاؤں ٹوٹ ہو جاتے ہیں کبھی کبھی چوتھی انگلی متاثر ہو جاتی ہے لیکن باقی انگلیاں شاذ و نادر ہی متاثر ہوتی جاتی ہیں۔ یعنی یافت کا بند بعض اوقات اس قدر تنگ ہو جاتا ہے کہ انگلی ایک پتے سے سا تھہ ہی سے نکلے ہوتی ہے۔ یہ یا تو خود ہی گر جاتی ہے یا مریض اسے الگ کر دیتا ہے۔

انذار - مرض ایک سال سے لیکر دس سال تک جاری رہ سکتا ہے لیکن زندگی کو ہرگز کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

علاج - ابتدائی مہاج میں مضیق بند میں سے امتصاصی شگاف مناسب ہوتا ہے اور بعد میں جراحی بتر کر دیا جاتا ہے۔

ایشری کی کلانی (Big Heel) (عظم العقب کی متاعی الجودش) Bndemic hypertrophy of the os calcis - عظم العقب بیش پرورش کی ایک عجیب و غریب بیش پرورشی حالت ہے جو افریقہ کے مغربی ساحل اور فارو کے دیسی باشندوں میں دیکھنے میں آتی ہے۔ ممکن ہے کہ لحاظ بحث اسباب اس کا کوئی تعلق یا ز (yaws) سے ہو۔

علامات - ابتدا میں تپ عارض ہو جاتی ہے اور ایڑی میں درد اور ایسیت پائی جاتی ہے۔ یہ صورت حالات پہلے چار یا پانچ ہفتہ میں بہت شدید ہو جاتی ہے اور اس کے بعد اس میں بتدریج تخفیف ہو جاتی ہے۔ عظم العقب میں یک جانبی یا دو جانبی ورم پایا جاتا ہے۔ اگر یہ مرض مزمن ہو جائے تو ہڈی میں مستقل دباؤت پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج - اگر کلانی بہت زیادہ ہو اور اس سے چلنے میں تکلیف ہوتی ہو تو بیش پرورشی ہڈی کا استیصال کر دینا چاہئے۔

اونیالے (Onyale) (کپولا: Chipola)۔ اونیالے ایک بھول السبب مرض ہے جو وسطی افریقہ کے ویسی باشندوں میں پایا جاتا ہے۔ اس کا میز خاصہ آبلے ہیں جو خون سے پُر ہوتے ہیں اور منہ میں اور دوسرے اغشیہ مخاطیہ پر نکلتے ہیں۔ ان کے پھٹنے پر ان سے شدید زف واقع ہوتا ہے۔

سبب اسباب - ہر عمر اور ہر صنف کے افراد متاثر ہو سکتے ہیں لیکن نوجوان خواص طور پر اثر پذیر ہیں۔ یہ مرض پر چھکالی مغربی افریقہ، بلجیم، کانگو، شمالی روڈیشیا اور مشرقی افریقہ میں پایا جاتا ہے۔ مینس (Mense) کی یہ رائے ہے کہ یہ یوفوربیائے سیٹی (Euphorbiaceae) کی سمویت سے پیدا ہوتا ہے۔ گلکس (Gilkes) (84) اسے حیاتی قوت تصور کرتا ہے۔

امراضیات - جلد، زیر مخفی یا فتوں، غذائی خط، مصلی تاچوں، پس باریطونی بابت، حوض گردہ اور شانہ سے زف واقع ہو سکتا ہے۔ یہ خساروں کی اندرونی جانب پر اور لبوں اور حنک پر کئی ایک نافیجین بیضوی یا مدور آبلے پائے جاتے ہیں جن کا قطر تقریباً سنٹی میٹر ہوتا ہے۔

علامات - اس مرض کی ابتدا درد منہ، سینہ کے مبہم درد اور پیش کے متوسط ارتفاع سے ہوتی ہے، اور بعد میں ناک اور منہ سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ زبان میں درد ہوتا ہے اور یہ متورم ہو جاتی ہے اور بعض اوقات دونوں کفنی غدد متورم ہو جاتے ہیں۔ منہ میں جو آبلے پیدا ہوتے ہیں وہ بڑھکر ٹرکے چھوٹے سے دانے کے برابر ہو جاتے ہیں اور بعد میں پسٹ جاتے ہیں اور ایک خام سطح باقی رہ جاتی ہے جس میں سے متوقف زف واقع ہوتا ہے۔ سانس بدبودار ہو جاتی ہے، اور مر بیض خون کے نقصان سے بہت جلد عظیم الدم اور خاغل ہو جاتا ہے، اور شدید اصابات میں وہ اتنا کمزور ہو جاتا ہے کہ خود کچھ نہیں کھا سکتا۔ شدید اصابات میں جریان خون معدہ و معا، معائے ستقیم یا مشانہ سے واقع ہو سکتا ہے اور اجابتوں اور پیشاب میں خون پایا جاتا ہے۔ یلخ خلیات کی تعداد و شدید اصابات میں کم ہو کر فی مکعب ملی میٹر ۵۰۰۰ سے ۱۰۰۰۰ رہ جاتی ہے، اور ہیوگلوبین میں بھی متناظر تخفیف ہو جاتی ہے۔ غنیف سی

قلت غلیات ابيض موجود ہوتی ہے جس کے ساتھ اضافی لف غلویت ۳۰ تا ۴۰ فیصد تک ہوتی ہے۔ پیشاب میں سرخ دموی جسمات اور سانگہ پائے جاتے ہیں۔

تشخیص - اس عارضہ کو وائیر کی گزیدگی 'نزفی پرپورا (purpura hemorrhagica) پرپورائے ہینک (Henoch's purpura) اور یوفوربی اے بیٹی (Euphorbiaceae) کی مسمومیت سے تمیز کرنا ضروری ہے جوڑوں کے درد نیز اورام موجود نہیں ہوتے اور مسوڑے سفنجی نہیں ہوتے اس لئے اس عارضہ کو سکروی (scurvy) سے خلط ملط نہیں کیا جاسکتا۔
انذار - شرح اموات ۲۵ سے لیکر ۵۰ فیصد تک ہے۔ جن اموات میں پیشاب ۱۰۳ تا ۱۰۴ فہ ہوتی ہے وہ ان اموات کی نسبت جن میں پیشاب زیر طبعی رہتی ہے اکثر بہتر ثابت ہوتے ہیں یکسات قلیل الوقوع نہیں۔

علاج - مریض کو بستر میں لٹا دیا جاتا ہے اور اسے ایسی غذا دی جاتی ہے جس میں حیاتین بافراط موجود ہوں اور اس میں تازہ دودھ مارماکٹ، رنگتے کا رس، پھل اور سبز ترکاریاں شامل کر دی جاتی ہیں۔ عدم دمویت کا علاج نقل خون، لوہے اور سم الفار سے کیا جاتا ہے۔ گلکس (Gilkes) کا یہ بیان ہے کہ کیلیسیم بیکٹیٹ مفید ثابت ہوتا ہے۔

کیوفا (Chiufa) - یہ ایک مہول السب مادہ التهاب مستقیم (acute proctitis) ہے جو مہرز سے شروع ہوتا ہے اور معاشے مستقیم کو موقوف کر دیتا ہے۔ التهاب سے بعض اوقات تمام قولون نزولی عموماً لٹھالی (splenic flexure) تک متاثر ہو جاتا ہے۔ یہ مرض شمالی روڈیشیا کے دیسی باشندوں کو خاص کر گرمی اور برسات کے موسم میں عارض ہوتا ہے، مگر یہ خیال کے تمام حصوں میں پایا جاتا ہے۔

علامات - کیوفا کی ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کا مہر جاد ہوتا ہے اور یہ مرض چند ہی دن میں ہلک ثابت ہوتا ہے۔ گلکس (Gilkes) کے بیان کے مطابق (85) مہرز کے گرد ایک سفید سفوف نما حالت پیدا ہو جاتی ہے اور

عورتوں میں فرج اور مہل بھی ماؤف پائی جاتی ہیں۔ یہ سفوف نما منظر چند دن کے بعد غائب ہو جاتا ہے اور مریض شدت سے بیمار ہو جاتا ہے۔ پیش بلب ہو جاتی ہے، کمر اور گردن میں درد ہوتا ہے، پیسنے بکثرت آتے ہیں اور ضعف پیدا ہو جاتا ہے۔ اب مہز کے گرد کی جلد متغلب اور سرخ دکھائی دیتی ہے، عضلہ غاصرہ ڈھیلا ہو جاتا ہے، قنالی مہز خستہ اور کشادہ لب ہو جاتی ہے اور مریض ضربانی درد کی شکایت کرتا ہے۔ مرض کے اس درجہ میں قبض عموماً موجود ہوتا ہے۔ جب التهاب اوپر کی طرف چلا جاتا ہے تو اسپہال اور تے شروع ہو جاتی ہے، اجابتیں مخاط نما اور آبی ہو جاتی ہیں، سانس بدبودار ہو جاتی ہے، اور مریض کھانے پینے سے انکار کر دیتا ہے۔ وزن بہت جلد کم ہو جاتا ہے، پیشاب غیر اختیاری طور پر خارج ہو جاتا ہے اور مریض بہت جلد ہلاک ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ یہ عارضہ جنوبی امریکہ کے وبائی انگلرینی التهاب مستقیم (epidemic gangrenous rectitis) سے اس لحاظ سے مختلف ہے کہ اس میں انگلرین نہیں پائی جاتی، اور جن کو اس مرض کے متعلق تجربہ نہ ہو وہ اسے صرف مستقیم دار الفلیقہ (rectal schistosomiasis) سے خلط ملط کر سکتے ہیں۔
علاج۔ کوئی خاص علاج ابھی تک معلوم نہیں ہوا اور اس عارضہ کا ابھی تک مناسب مطالعہ بھی نہیں کیا گیا۔ دیسی باشندے معائے مستقیم میں ایک سفوف لگاتے ہیں جس میں ٹینک ایسڈ ہوتا ہے اور وہ اسے بید کی شاخ کی ٹلی کے ذریعہ سے پھونک مار کر داخل کر دیتے ہیں۔

کیلیا (Chappa)۔ یہ جوڑوں کا ایک عجیب قسم کا مرض ہے جس میں سخت جلدی بافتوں میں کرچیچے پائے جاتے ہیں جو شکستہ ہو کر منتشر ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض جنوبی نا ہیچمیا کے دیسی باشندوں میں پایا جاتا ہے، اور سخت جلدی بافتوں میں بعض اوقات کبوتر کے انڈے کے برابر کرچیچے پیدا ہو جاتے ہیں۔ جوڑ تباہ ہو جاتے ہیں اور ہڈیوں پر بھی حملہ ہو جاتا ہے۔

علامات۔ ابتدائے مرض میں جوارح، عضلات اور جوڑوں میں شدید درد ہوتا ہے، اور بعد میں کرچیچے پیدا ہو جاتے ہیں جوڑے ہو کر شکستہ ہو جاتے ہیں

اور اس طرح قروح پیدا ہو جاتے ہیں جو کئی سالوں تک مندمل نہیں ہوتے۔

تشخیص - کریمچوں کو غار ذنبیعی کہتے ہیں (onychocerca nodules)۔

سے اور قروح کو مداربئی قرصہ اور یاز کے قروح سے تمیز کرنا ضروری ہے۔

علاج - جراحی علاج یہ ہے کہ قروح کو چھیل کر ان کا دافع عفونت کیسے

کیا جائے۔ سالورکسین، مرکری اور آیوڈائیڈس کا استعمال کیا جا چکا ہے لیکن ان

سے زیادہ مفید نتائج حاصل نہیں ہوئے۔ انداز ہمیشہ اچھا نہیں ہوتا۔

یسوار پا (Mossy foot) - یہ پاؤں اور ٹانگوں کا ایک سرایتی طبعی

سلی عارضہ ہے جو وادی ایمیزان کے باشندوں میں پایا جاتا ہے۔ مسبب عامل کا

یقینی علم نہیں، لیکن بعض ارباب سنداس کو ایک فطر فیالوفورا دیروکوما

(Phialophora verrucosa) سے فسوب کرتے ہیں اور بعض اسے جلدی

تدرن کی ایک قسم تصور کرتے ہیں۔ اس مرض کا ذکر برازیل، ہندوستان کوٹارکا

اور گامالی مالامیں کیا جا چکا ہے۔ یہ مرض ساری ہے اور ایک حصہ سے دوسرے

حصہ تک ذاتی تطعیم سے پھیل جاتا ہے۔

امراضیات - عرق بافت سے مرکب کی سلی (granulomatous)

ٹولولی تو دسے پاؤں اور ٹانگوں پر پائے جاتے ہیں۔ زرد کمرند بھی بعض اوقات

موجود ہوتے ہیں لیکن جوف پیدا نہیں ہوتے۔

علامات - یہ مرض پاؤں کی پشت پر ایک آبدکی شکل میں شروع ہوتا

ہے، اور یہ اوپر کی طرف کو پھیلتا ہے حتیٰ کہ تمام سطح اور ٹانگ کی جلد پر بھی

عرق ٹولولی ضررات پیدا ہو جاتے ہیں جن میں بہت درد ہوتا ہے۔ پاؤں کا تلوا

ماؤف نہیں ہوتا۔ بعض اوقات اس مرض کا حملہ ان اشخاص پر ہوتا ہے جو

قیل پا کے مریض ہوں۔ مرض کے مکمل طور پر نمونپانے سے پہلے بعض اوقات کئی

سال گذر جاتے ہیں۔

تشخیص - اس مرض کو بروقی کریمچوں (verruca nodules) مدور پا

اور ملائی یاز کے قروح سے تمیز کرنا چاہئے۔

علاج - علاج یہ ہے کہ کئی سے استعمال کر دیا جائے۔ بعض شالوں میں

لاشعاعوں سے علاج کرنے میں کامیابی ہوئی ہے۔

متفحج اریکی سلعہ

(ULCERATING GRANULOMA)

زہرِ اُدوی اریکی سلعہ (Granuloma venereum)

اُرُبی اریکی سلعہ (Granuloma inguinale) خارجی عفا

تناسل کا متفحج اریکی سلعہ (Ulcerating Granuloma)

of the Pudenda) اعضائے تناسل کا دبیب تفرح

(Serpiginous Ulceration of the Genitals)

یہ ایک زہرِ اُدوی مرض ہے جو مدارین کے بہت سے حصوں میں پایا جاتا ہے اور ہر دو صنف میں اعضائے تناسل، عجان اور بن ران کے مزمن مترقی تفرح سے میز سنہ۔

بحث اسباب - یہ مرض اول اول برطانوی گائنا اور جزائر خوب الہند میں دیکھا گیا تھا، لیکن اب یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ پورٹوریکو، برازیل، شامی اور وسطی افریقہ، ہندوستان، چین، جزائر بحر الکاہل اور شمالی اور وسطی امریکا میں بھی پایا جاتا ہے۔ کسین بلوغ کے بعد یہ دونوں اصناف کو عارض ہوتا ہے اور دیسی نسلیں اور یورپین دونوں اس سے متاثر ہوتے ہیں۔ کئی ایک مختلف مسبب عوامل کا ذکر کیا گیا ہے جن میں پیچ موعے (spirochaetes) ایک کینہہ عفویہ - اریکی سلعی کیسہ بند خرد جرثومہ (Microbacterium

capsulatum granulomae) جو مصلیٰ نطیات میں موجود ہوتا ہے اور جس کے

متعلق قلو (Flu) نے یہ بیان کیا ہے کہ یہ فریڈ لینڈر کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے

اور ایک جیشوی عصیہ شامل ہیں۔ موخر الذکر کا ذکر ڈونووان (Donovan) اور دوسروں نے کیا ہے اور انہوں نے نطیات میں تفرح پر کی کھچنوں میں پائے جاتے ہیں ان عفویہ میں سے شاید کوئی بھی مسبب اہمیت نہیں رکھتا۔ یہ مرض یقیناً زہرِ اُدوی ہے اور اس کا اکتساب دورانِ جماعت میں ہوتا ہے۔

امراضیات - امراضیاتی نقطہ نظر سے یہ مرض سرایتی اریبکی سلعات کا محاس ہے۔ خوردبینی تراش میں ایسی عوقی بافت کا انکشاف ہوتا ہے جس میں گول اور مضلی خلیات بکثرت موجود ہوتے ہیں اور دروں خلوی عصبیات کے مجھے پائے جاتے ہیں۔ پرانے رقبہ جات میں لیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور فعال تقرح محیط کی جانب پھیلتا جاتا ہے اور اس سے عوق لف متاثر نہیں ہوتے۔

علامات - اس مرض کی ابتدا قصب یا شفتین پر ایک آلہ یا چھوٹی کی شکل میں ہوتی ہے۔ اوپر کے سرعہ میں تقرح واقع ہو جاتا ہے اور اریبکی بافت متکشف ہو جاتی ہے جس سے باسانی خون بہنا شروع ہو جاتا ہے اور یہ جلد ہی بالائی کی طرح کی اور بدبودار پیپ سے پوشیدہ ہو جاتی ہے۔ جب حشفہ مؤف ہوتا ہے تو ایک متفطر بالید پیدا ہو جاتی ہے جو سرطانی سلعہ کے مشابہ ہوتی ہے۔ تقرحی عمل کی توسیع بلا واسطہ تسلسل سے نہائے دان اور انوں تک ہو جاتی ہے اور عورتوں میں ہبل 'حجان اور گرد مہری جلد بھی مؤف ہو جاتی ہے اور متعینی ہبل ناسور پیدا ہو جاتا ہے۔ جلدی ضررات میں پرانے رقبہ جات میں انداب (cicatrisation) واقع ہوتا جاتا ہے اور تقرح بتدریج محیط کی جانب بڑھتا جاتا ہے، لیکن اغشیہ مخاطیہ میں جن میں انتشار مرض بہت سرعت سے ہوتا ہے اندمال ہرگز واقع نہیں ہوتا۔ چہرہ، گردن اور منہ کا اسی قسم کا تقرح بھی بیان کیا جا چکا ہے۔ نمایاں سریری خصائص حسب ذیل ہیں۔ تقرحی عمل مزمن قسم کا ہوتا ہے، مرض میں انداب جلد کی طرف رجحان پایا جاتا ہے، لفی ابتلا نہیں پایا جاتا، درد اور تکلیف خفیف سی ہوتی ہے، اور عمومی صحت کی حالت لطینانہ ہوتی ہے۔ پیچیدگیوں میں مبالغی تفیق 'عقونی الہتاپ شانہ' الہتاپ ض گردہ اور مثانی ہبل ناسورات شامل ہیں۔

تشخیص - بعض اوقات آشک اور تدرنی تقرح کا مشابہ ہوتا ہے اور کبھی کبھی یہ عارضہ ذمہ عام (lupus vulgaris) کے مشابہ دگمائی دیتا ہے۔ اگر حشفہ قصب مؤف ہو تو متفطر سرطانی سلعہ (fungating epithelioma) کی تشخیص کر دی جاتی ہے مٹی کہ حیوی معاینہ (biopsy) سے ایک تلفظ اریب

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 C. Singer .. 1928 *A Short History of Medicine*, Clarendon Press, Oxford, p. 282.
- 2 S. M. Burrows, R. J. Matthews, and C. Wilcocks .. 1935 *Studies of Tuberculosis among African Natives*, John Bale, Sons & Danielsson Ltd., pp. 1-87.
- 3 C. J. Martin .. 1930 *Lancet*, ii., pp. 561, 617 and 673.
- 4 W. W. Hall and E. G. Wakefield .. 1927 *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 89, p. 179.
- 5 F. Marsh .. 1933 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 27, p. 255.
- 6 D. H. K. Lee .. 1935 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 29, p. 7.
- 7 L. A. P. Anderson, A. Howard and J. L. Simonsen. .. 1925 *Indian Journ. Med. Res.*, 12, p. 613.
- 8 H. H. Scott .. 1915 *Reports on Vomiting Sickness*, Jamaica Government Printing Office, Kingston, p. 22.
- 9 L. Wills .. 1933 *Lancet*, i., p. 1283.
- 10 N. H. Fairley .. 1930 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 24, p. 131.
- 11 N. H. Fairley .. 1932 *Ibid.*, 25, p. 297.
- 12 F. W. Harvey and A. G. McKendrick .. 1923 *The Practice of Medicine in the Tropics* (W. Byam and R. G. Archibald), 3, p. 2197.

- 13 R. Remlinger .. 1919 *Annales de l'Institut Pasteur*, 24, p.28.
- 14 M. Theiler .. 1930 *Ann. Trop. Med. and Parasit.*, 24, p. 249.
- 15 W. A. Sawyer and W. Lloyd 1931 *J. Exper. Med.*, 54, p. 533.
- 16 L. Rogers and J. W. D. Megaw 1935 *Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 167.
- 17 R. Daubney, J. R. Hudson and P. C. Garnham 1931 *J. Path. & Bact.*, 34, p. 543.
- 18 H. S. Stannus .. 1933 *A Sixth Venereal Disease*, Bailliere, Tindall & Cox, London, p. 119.
- 19 L. Rogers and J. W. D. Megaw 1935 *Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 182.
- 20 E. Weil and A. Felix 1917 *Wien. klin. Woch.*, 30, p. 1508.
- 21 L. Rogers and J. W. D. Megaw 1935 *Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 197.
- 22 C. J. Martin and F. E. Williams 1918 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 447.
- 23 J. Cunningham .. 1918 *Indian Journ. Med. Res.*, 6, p. 68.
- 1113 24 R. Koch .. 1886 *Recent Essays by Various Authors on Bacteria in relation to Disease*, New Sydenham Soc., 1935, p. 327.
- 25 L. Rogers and J. W. D. Megaw 1935 *Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 271.
- 26 G. A. Hansen .. 1874 *Norsk. Mag. f. Laegevidensk.*

- 27 L. Rogers and J. W. 1935 *Tropical Medicine*, J. & D. Megaw. .. A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 314.
- 28 A. Whitmore .. 1913 *Journ. Hyg.*, 13, p. 1.
- 29 A. T. Stanton and W. 1921 *Trans. 4th Cong. Far Fletcher* .. *East Assoc. Trop. Med.*, 2, p. 196.
- 30 A. T. Stanton and W. 1932 *Melioidosis*, John Balo Fletcher .. & Sons, London, p. 36.
- 31 W. G. Listen .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 950, 997.
- 32 A. W. Bacot and C. J. 1914 *Journ. of Hyg.*, Plague Martin .. Supplement, 3, p. 423.
- 33 F. P. Mackie and B. 1931 *Lancet*, ii., p. 893. P. B. Naidu ..
- 34 Sir D. Bruce .. 1887 *Prac.*, 39, p. 161.
- 35 B. Bang .. 1897 *Z. f. Thier*, 1, p. 241.
- 36 P. W. Bassett-Smith. 1922 *Brit. Med Journ.*, ii., p. 902.
- 37 G. W. McCoy .. 1911 *Pub. Health Bull.*, No. 43, p. 53.
- 38 G. W. McCoy and C. 1912 *Jorn. Inf. Dis.*, 10, p. V. Chapin .. 61.
- 39 J. C. G. Ledingham 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., and F. K. Fraser .. pp. 950, 957.
- 40 Lee Foshay .. 1935 *Journ. of Allergy*, 6, p. 360.
- 41 Lee Foshay .. 1934 *Amer. Jour. Med. Sc.*, 187, p. 235.
- 42 H. Noguchi and T. S. 1926 *Journ Exper. Med.*, 43, Battiistini. .. p. 851.
- 43 E. Rixford .. 1894 *Med. Times*, 8, p. 704.
- 44 A. Castellani .. 1905 *Journ. Ceylon Branch Brit. Med. Assoc.*, 2, p. 38.
- 45 F. P. Mackie .. 1907 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1706.
- 46 P. H. Ross and A. D. 1904 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. Milne .. 1453.

- 47 W. Schuffner .. 1934 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.* 28, p. 7.
- 48 G. Buchanan .. 1927 *Special Report Series No. 113, Med. Research Council*, p. 1.
- 49 N. H. Fairley .. 1934 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 10.
- 50 H. C. Brown and L. J. Davis .. 1927 *Brit. Journ. Exp. Path.*, 8, p. 397.
- 51 K. Fataki, *et alia* .. 1916 *Journ. Exper. Med.*, 1, p. 447.
- 52 C. M. Wenyon .. 1926 *Protozoology*, Bailliere, Tindall & Cox, 2, p. 945.
- 53 N. H. Fairley and R. J. Bromfield .. 1934 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 28, p. 153.
- 54 G. R. Ross .. 1932 *Researches in Black-water Fever in Southern Rhodesia*, London School of Tropical Medicine and Hygiene, p. 223.
- 55 C. M. Wenyon .. 1926 *Protozoology*, Bailliere, Tindall & Cox, London, 1, p. 399.
- 56 H. Noguchi .. 1924 *Proc. Internat. Conf. on Health Problems in Trop. Amer.*, Boston, Mass., p. 455.
- 57 H. A. Penna .. 1934 *Brasil-Medico*, No. 46, p. 949.
- 58 L. E. Napier .. 1927 *Kala-azar*, Oxford Medical Press, 2nd Ed. p. 91.
- 59 L. Rogers .. 1912 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1424.
- 60 L. Rogers .. 1921 *Bowel Diseases of the Tropics*, Henry Frowde, Hodder & Stoughton London, p. 302.

- 61 T. P. Kihner .. 1931 *Proc. Roy. Soc. Med.*
25, p. 242.
- 62 A. C. Fischer .. 1934 *Trans. Roy. Soc. Trop.*
Med. & Hyg., 28, p. 277.
- 63 E. Brumpt .. 1927 *Precis de Parasitologie*,
Masson et Cie, Paris, 1114
p. 530.
- 64 W. P. MacArthur .. 1934 *Trans. Roy. Soc. Trop.*
Med. & Hyg., 27, p.
348.
- 65 F. Deve .. 1913 *Compt. Rend. Soc. de*
Biol., 75, p. 100.
- 66 K. D. Fairley .. 1923 *Med. Journ. Austral.*, 2,
p. 37.
- 67 N. H. Fairley .. 1922 *Quart. Journ. Med.* 15,
p. 244.
- 68 H. R. Dew .. 1928 *Hydatid Disease: Aust-*
ral. Med. Pub. Co., 1st
Ed., pp. 153, 184, 230,
338.
- 69 C. D. de Langen .. 1928 *Meded. Dienst. d. Vol-*
kesgezondheit in Ne-
derl. Indie, 17, p. 1.
- 70 J. W. S. Macfie and J. 1922 *Ann. Trop. Med. Para-*
F. Corson .. *sit.*, 16, p. 465.
- 71 S. L. Brug .. 1927 *Genesesk. Tidjschr. Ne-*
derl-Indie, 5, p. 750.
- 72 A. H. McIndoe .. 1935 *Proc. Roy. Soc. Med.*,
28, p. 45.
- 73 N. H. Fairley .. 1931 *Trans. Roy. Soc. Trop.*
Med. & Hyg., 24, p. 635.
- 74 J. Laigret .. 1929 *Bull. Soc. Path. Exo-*
tique, 22, p. 499.
- 75 R. P. Strong, et alia. 1934 *Onchocerciasis*, Cam-
bridge Howard Medical
Press, p. 63.
- 76 N. H. Fairley and G. 1924 *Indian Journ. Med.*
W. Liston .. *Res.*, 12, p. 351.

- 77 E. C. Faust .. 1929 *Human Helminthology*,
Lea & Febiger, Phila-
delphia, p. 326.
- 78 E. C. Faust .. 1929 *Ibid.*, p. 369.
- 79 C. A. Kofoed and J. 1921 *Amer. Journ. Hyg.*, 1.
P. Tucker .. p. 79.
- 80 P. D. Lamson and C. 1932 *Journ. Parasitol.*, 18, p.
B. Ward .. 173.
- 81 G. C. Low and G. R. 1935 *Trans. Roy. Soc. Trop.*
M. Cordiner .. *Med. & Hyg.*, 28, p. 535.
- 82 A. E. Roycott .. 1928 *Univ. Coll. Hosp. Mag.*,
13, p. 200.
- 83 E. C. Smith .. 1932 *An Atlas of Skin Dis-*
eases in the Tropics,
John Bale, Sons & Da-
nielsson Ltd., London,
p. 44.
- 84 H. A. Gilkes .. 1935 *Trans. Roy. Soc. Trop*
Med. & Hyg., 27, p. 491.
- 85 H. A. Gilkes .. 1935 *Ibid.*, p. 495.

صحت نامہ

صحیح	غلط	صحیح	غلط	صحیح	غلط
براعظم یورپ پر	براعظم یورپ پر	۱۰	۹	۱۰	۹
ہیں	ہیں	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
کینیڈا	کینیڈا	۱۲۸	۲۰	۱۲۸	۲۰
ملاقات	ملاقات	۱۳۳	۱	۱۳۳	۱
رقبہ	رقبہ	۱۳۳	۹۳	۱۳۳	۹۳
نقص	نقص	۱۵۵	۳	۱۵۵	۳
تفاوت	تفاوت	۱۹۹	۱۳	۱۹۹	۱۳
شعری	شعری	۲۰۶	۴	۲۰۶	۴
پہلے	پہلے	۲۴۳	۱۴	۲۴۳	۱۴
براعظم یورپ پر	براعظم یورپ پر	۲۵۵	۱۵	۲۵۵	۱۵
ایکواڈور	ایکواڈور	۲۵۵	۱۶	۲۵۵	۱۶
رقبہ	رقبہ	۲۸۰	۱۰	۲۸۰	۱۰
رقبہ	رقبہ	۲۸۰	۱۲	۲۸۰	۱۲
شعری	شعری	۳۰۳	۹	۳۰۳	۹

صفت	نقطه	۲	۱	صفت	نقطه	۲	۱
ایک	یک	۱۵	۵۴۹	مشتد	مشتد	۸	۴۴۹
اگرچه	اگرچه	۱	۵۴۴	مغزنی، مغزنی	مغزنی، مغزنی	۹-۵	۴۴۴
رو نما برکتی	رو نما برکتی	۱	۵۴۵	عقبانی	عقبانی	۲۲	۴۴۱
بلیقی	تکدی	۱۲	۵۴۰	عقبانی، مغزنی	عقبانی، مغزنی	۲۲	۴۴۱
تکلیفیات، چش	سید و سیت	۲۳	-	بخار	سپ	۶	۴۴۹
مغزنی، مغزنی	مغزنی	۲۲	۵۴۰	مغ	مغ	۱۲	۴۵۲
بغزنی	اورنگ	۲۵	۵۴۰	جانی، قبی	جانی، قبی	۶	۴۴۸
جانی، قبی	بلند و بلی	۱	۵۴۱	جانی، قبی	جانی، قبی	۵	۴۴۹
کشت	کشت	۱۹	۵۴۹	رستید	رستید	۲۰	۵۴۲
cholangitis	cholangitis	۱۴	۵۴۹	(Plant)	(Plant)	۲۲	۵۴۶
زرقانی، سوما	زرقانی، سوما	۳	۶۰۰	زرقانی	زرقانی	۱۲	۵۴۹
تفت الدم	تفت الدم	۶	۶۱۲	زار	زار	۲۵	۵۴۱
contortus	contortus	۴	۶۱۲	بوزول	بوزول	۱۰	۵۴۶
مستقر	مستقر	۶	۶۵۴	میلیاری ای	میلیاری ای	۵	۵۴۱
عنتی	عنتی	۱۴	۶۰۶				

گر مڑ یاں ۳۱۲	Wens,
مکڑ سرما ۳۰۹	Winter prurigo,
دودھ غشتہ ۱۷۸	Worm, round,
مفرہ ۳۸۶	Xantholasma,
سندھ زرد ۳۸۶	Xanthoma,
ذیابیطس میں ۳۸۸	in diabetes,
چفالی ابلند ۲۷۰	Xeroderma albidum,
خونی ۳۳۸	pigmentosa,
تب وادی ینگیس ۶۲۲	Yangtze Valley fever,
یائرس ، امیبائی و سیرمیکس ، ۵۶۳	Yersin in amoebic dysentery,
یاز ۱۶۷	Yaws,
جنگلی ۵۷۶	forest,
تب زرد ۲۲۲	Yellow fever,
جھوٹا جھوک ۲۳۲	jeek,
نظاریہ ۱۲	Zona,

مداریں امراض میں ، غذا کی قلت ، ۲۰۷
 میں غذا کی عدم موجودگی ، ۲۰۷
 میں خاص علاج ، ۲۱۱
 امراض ، غیر معلوم اسباب سے پیدا شدہ ، ۷۱۹
 لہذا نعل ، صدی صدی ششہ کا ، ۲۱۴
 ہام چھلکوں کی نیش لگ ، ۷۰۸
 کلارن شوری عدم موجودگی ، ۲۱۲
 عقلی التهاب ، ۷۰۸
 مریض کا سر پر امتحان ، ۲۱۸
 قبضی عقلی التهاب ، ۷۰۸
 امراض جلد ، ۷۰۹
 قرعہ ، ۷۰۲
 امیر ، ۲۱۲
 قرعہ ، ۷۱۲
 مداریں کے جراثیمی امراض ، ۲۵۹
 کے امراض ، ۲۶۵
 دیرا ثوب سے پیدا شدہ ، ۲۲۷
 سرور سے پیدا شدہ ، ۲۱۵
 سلکریوں سے پیدا شدہ ، ۲۵۹
 میں دہائی امراض ، ۲۵۶
 کے امراض ساریہ ، ۲۲۳
 میں نظریاتی امراض ، ۲۲۹
 میں پانچ موٹی امراض ، ۷۱۷
 ترانیت ، ۷۷۷
 الرقی ، ۷۷۷
 برازیل ، ۷۸۳
 جنوبی امریکہ ، ۷۸۳
 سوسوگوسو ، ۲۵۷
 درنہ ، ایکڑ پتا آسا ، ۱۱۵
 شوری کشوری ، ۱۱۷
 کلای ، ۱۱۹
 درہ نورانات (دہنیے) ، ۱۱۱
 تدرہ ، جلد کا ، ۱۰۰
 طوارہ موجودگی ، ۷۰۲
 مرض تہو ، ۲۸۶
 ٹائفوس ، ماس وائی ، ۲۱۱
 تودائی ، ۲۲۶
 اسٹریٹوڈی ، ۲۲۲
 لیلی ، ۲۲۱

Tropical diseases, diet deficiencies in,
 food poisoning in,
 special therapy in,
 diseases of unknown origin,
 dysfunction of gastro-intestinal tract,
 colic, bites from,
 scorbutic anaemia,
 sepsitis,
 patient, clinical examination of,
 pyomyositis,
 skin diseases,
 sore,
 sprue,
 ulcer,
 Tropics, bacterial disease of,
 diseases of,
 due to cestodes in,
 due to larvae,
 due to nematodes in,
 helminthic diseases in,
 infectious diseases of,
 protozoal diseases in,
 spirochaetal diseases in,
 Trypanosomiasis,
 African,
 Brazilian,
 South American,
 Tsutsugamushi,
 Tuberculide, eozematoid,
 papulo-nerotic,
 rosaceous,
 Tuberculides, the
 Tuberculosis of skin,
 Tularemia,
 Tumba disease,
 Typhus, endemic,
 exanthematica,
 icteroides,
 leuco,

۲۰	اشارہ	ہل طب جلد پہلے
۶۳۸	شیرینیہ باری	<i>Taenia saginata</i> ,
۶۳۹	خزیری	<i>sollum</i> ,
۶۴۰	روایت و مدوی	<i>Taeniasis, intestinal,</i>
۶۴۱	بڈی	<i>somatic,</i>
۶۴۲	لیٹری سے پیدا شدہ شہریشہ	<i>Tuberculous, diseases due to, in tropics,</i>
۶۴۳	طبعی و قیاسیات و جلد میں	<i>Tubercle in skin,</i>
۶۴۴	کاشتہ، الٹا سا کلا کلا ترار میں	<i>Test, alkelyde, in Kala-azar,</i>
۶۴۵	تھالیئم ایسی ٹرٹ و سہلہ کے علاج میں	<i>Thallium acetate in treatment of tinea,</i>
۶۴۶	ٹریڈ سی ٹا کسہ	<i>Tick relapsing fever,</i>
۶۴۷	ٹائفس	<i>typhus,</i>
۶۴۸	ہندوستان میں	<i>in India,</i>
۶۴۹	قرادات کی گز پھکیاں	<i>Ticks, bites of,</i>
۶۵۰	سخت پیچدار	<i>Tinea circinata,</i>
۶۵۱	ساقی	<i>crusta,</i>
۶۵۲	زرد	<i>flava,</i>
۶۵۳	مفراکب	<i>imbricata,</i>
۶۵۴	مدرجہ میں	<i>in tropics,</i>
۶۵۵	حاشیہ دار	<i>marginata,</i>
۶۵۶	تاکتوی کا	<i>of nails,</i>
۶۵۷	دیمیریہ	<i>rynosis,</i>
۶۵۸	پانڈور	<i>tenuata,</i>
۶۵۹	ظہری	<i>unguim,</i>
۶۶۰	خلف لالہ	<i>versicolor,</i>
۶۶۱	ٹو کسہ	<i>Tokerus,</i>
۶۶۲	اساق کمر	<i>Tongue worms,</i>
۶۶۳	سوی وراثت و جلد کے	<i>Toxic eruptions of skin,</i>
۶۶۴	جرحۃ الشمس	<i>Traumatism, sun,</i>
۶۶۵	وشتیحات سے پیدا شدہ امراض	<i>Tricostodes, diseases of,</i>
۶۶۶	مرفوقی موٹینہ	<i>Trichina spiralis,</i>
۶۶۷	مرض موٹینی	<i>Trichinosis,</i>
۶۶۸	قبر مساوی بال صرا	<i>Trichoccephalus dispar,</i>
۶۶۹	شعر ظہری تو، انا	<i>Trichophyrites,</i>
۶۷۰	شعر پیڈوٹ	<i>Trichosporosis,</i>
۶۷۱	مستند الشعر حاشیا	<i>Trichotillomania,</i>
۶۷۲	بال دمی بال مرض	<i>Trichuriasis,</i>
۶۷۳	بال دمی بال دمی	<i>Trichuris trichiura,</i>
۶۷۴	دھمکوتہ جہانت شعر میں	<i>Triple response in urticaria,</i>
۶۷۵	ظہری نوات	<i>Trophonucleus,</i>
۶۷۶	دولہری سبہ	<i>Tropical lube,</i>

بدنی ویہاریت ، ۶۳۱	Somatic coetodiasis,
شریطیت ، ۶۲۵	tacniasis,
زخم یا قرعہ ، ۵	Sore or ulcer,
مشرق ، ۵۶۴	Oriental
رشوہ ، ۱۲۰	soft,
جنوبی امریکی ترقاتیت ، ۵۸۲	South American trypanosomiasis,
قابطہ مینسن ، ۶۳۱	Sparganium mansonii,
ولروی ، ۶۳۲	proliferum,
مکڑیوں کی نیش زنی ، ۶۱۴	Spiders, bites of,
یہج سوئی مرض ، مدارین میں ، ۵۱۴	Spirochaetal disease in tropics,
چلکا ، ۱۵۸	of skin,
برقان ، ۵۳۰	jaundice,
قری برقانی یہج سوئی مرض ، ۵۳۰	Spirochaetosis icterohaemorrhagica,
دوسرے دار تب ، ۲۵۴	Spotted fever,
اسبرو ، مدارینی ، ۴۱۴	Sprue, tropical,
نقی حنی سرایتیں ، چلکی ، ۴۱	Staphylococcal infections of skin,
لاٹھ ، ۲۲	pusule,
سکرینگی اور نیش زنی ، ۶۸۹	Stings and bites,
پانچھانے پیچھکی طرح کے ، ۴۵۲	Stools, rice-water,
نقی خیمچی تودان ، جلدالراسکا ، ایکویٹا لاسا ، ۴۵	Streptococcal eruption of scalp, eczematoid,
شفاق ، ۴۵	Suture,
سرایتیں ، چلکی ، ۲۳	infections of skin,
الشیاب عروق اخی ، ناکس ، ۳۶	lymphangitis, relapsing,
زہولی خطوط و لطفیات ، ۳۲۸	Striae et maculae atrophicae,
مستدریت ، ۶۰۱	Strongyloidiasis,
ریہ ، ۲۲۵	Strophulus,
میویدی مائی ، ۳۶۱	albida,
غرق دانہ ، ۳۶۱	Sudamina,
جرحۃ الشمس ، ۴۰۲	Sun traumatism,
ضریۃ الشمس ، ۴۰۲	Sanstroke,
ہسینہ کے غد کے عوارض ، ۲۵۸	Sweat glands, affections of,
ہسینہ ، ونگ دار ، ۳۶۰	Smearing, coloured,
میں خون آنا ، ۳۶۰	of blood,
انجیرہ ، نیلہ زلد ، ۵۸	Syccosis ectrogenica,
لقانی ، ۶۳	nathae,
آتشک مسہ ، ۳۶۸	Syphilitic alopecia,
تاشہ نیشکوں ، ۱۶۲	Tache bleues,
تاشہ قائم ، ۱۶۴	Taches ombreos,
شویلیہ لقلایہ ، ۶۳	Tacnia oclisococcus,

نفاق کلمہ ۱۲
جلد کے بالوں اور شعری جڑوں کے عوارض ۳۶۳
کے دہنی غد کے عوارض ۳۶۶
کے پستانی کے غد کے عوارض ۳۵۸
میں لون کی تبدیلیاں ۳۵۰
کی ذہنی اور سوء تشہق حالتیں ۳۴۴
کے حصیہ امراض ۱۰۰
کے جراثیمی امراض ۲۰۰
کے پھیپھوں اور تورانات ۳۶۶
کے امراض ۶
مقطار کوراضیوں کی سرایت سے پیدا
ہونے والے ۱
نظرات سے پیدا ہونے والے ۱۲۲
مدلیوں ۵۰۶
کے تورانات اور یہ کو بدونی طور
پر لگاتے سے پیدا ہونے والے ۸
اور یہ کو کھانے سے پیدا ہونے والے
۲۶۸
کے ۳۱ رازی قسمی تورانات ۲۸۲
کی پیش قرینہ ۳۳۵
کا انی عرق سلمہ ۳۸۵
کے بعد حیوانی امراض ۱۵۶
کے طردنیق امراض ۲۰۲
کا حقیقی سلمہ ۳۸۵
کا حصی سلمہ ۳۸۵
کی نو بالیدی ۳۸۳
کے بدنی تورانات ۳۱۸
کے آغاز حیوانی امراض ۱۵۶
کے پانچ مونی امراض ۱۵۴
کی نئی نئی سرایتیں ۲۶
کی نئی نئی سرایتیں ۲۴
کے سر تورانات ۲۵۴
کانتدن ۳۳۵
کے آب سے دار تورانات ۳۲۵
مرض النوم ۵۵۴
سانپ کی گزائیگی ۶۸
کا زہر ۵۰۱
سوزا کا تیرکا کا ریت ۶۸
سوزا کا ۵۲۰
نوج اکولہ ۱۲۵

Single,
Skin affections of hair and hair follicles of,
affections of sebaceous glands of,
affections of sweat glands of,
alterations of pigment in,
atrophic and dystrophic conditions of,
barbary diseases of,
bacterial diseases of,
bullous eruptions of,
diseases of,
caused by ultra-ulterable viruses,
due to fungi,
tropical,
eruptions caused by drugs applied exter-
nally,
caused by drugs ingested,
erythema-squamous eruptions,
hyperkeratosis of,
lymphangitis of,
metastatic diseases of,
micrococcal diseases of,
mycosis of,
neurosis of,
new growths of,
papular eruptions of,
protozoal diseases of,
spirochaetal diseases of,
staphylococcal infections of,
streptococcal infections of,
toxic eruptions of,
tuberculosis of,
vesicular eruptions of,
Sleeping sickness,
Snake bite,
venem,
Nodum gynecardate, in leprosy,
Sodoku,
Soft chancre,

قوباہ (داد) : ڈائری کا ۱۲۲	Ringworm, of beard,
سوکا ۱۲۵	of head,
سوکا واک کی تپ ۴۵۲	Rocky Mountain fever,
وردیہ ۱۱۵	Rosacea,
مکلائی دینیہ ۱۱۹	Rosaceous tuberculide,
دودھ دستہ پر ۶۷۸	Round worm,
سبورڈا کے دوائیات ۱۲۳	Sabouraud's pastilles,
ریگن دیکسی تپ ۴۴۱	Sand fly fever,
سورہ ۱۱۵	Sarcoid, benign, nodular,
سورہ ۱۱۸	popular, of Boeck,
نحت البانوی : ڈائری دوم کا ۱۲۲	subcutaneous, of Darier Roussy,
سورہ ۱۲۲	Sarcoida,
سورہ یا غارشت ۱۱۵	Sarbiae,
اور تامل البدن کے درمیان تقریبی تشبیہ ۱۱۲	and pediculosis corporis, differential diag-
سورہ ۱۴۰	nosis of,
سورہ کی ۱۱۹	animal,
سورہ یا پٹریاں ۴	Norwegian,
سورہ یا پٹریاں ۴	Scabs or crusts,
سورہ یا پٹریاں ۴	Scales or squamae,
سورہ یا پٹریاں ۴	Scalp, eczematoid streptococcal eruption of,
سورہ یا پٹریاں ۴	Scar or cicatrix,
سورہ یا پٹریاں ۶۱۴	Schistosomiasis,
سورہ یا پٹریاں ۶۲۴	Asiatic,
سورہ یا پٹریاں ۶۲۲	intestinal,
سورہ یا پٹریاں ۶۱۵	vesical,
سورہ یا پٹریاں ۵۴۵	Schuffner's dots,
سورہ یا پٹریاں ۲۲۶	Sclerema neonatorum,
سورہ یا پٹریاں ۲۲۴	Sclerodactylid,
سورہ یا پٹریاں ۲۲۲	Scleroderma,
سورہ یا پٹریاں ۲۴۵	circumscribed,
سورہ یا پٹریاں ۶۱۶	Scorpions, bites of,
سورہ یا پٹریاں کے نشانات : جلد پر ۵	Scratch marks on skin,
سورہ یا پٹریاں ۶۸۵	Screw-worm,
سورہ یا پٹریاں ۳۱۲	Sebaceous cysts,
سورہ یا پٹریاں کے عروق : ۳۱۱	glands of skin, affections of,
سورہ یا پٹریاں کے ساتھ ایتزل : ۴۷۰	Schorrhoea, association of alopecia with,
سورہ یا پٹریاں الہاب جلد پر ۱۱۵	Seborrhoeic dermatitis,
سورہ یا پٹریاں ۴۳	stata,
سورہ یا پٹریاں ۷۸	tried of organisms,
سورہ یا پٹریاں ۴۱۰	Stigma-Kruze bacillus,

۲۴۲ : شکافہ لفرج	Paritis vulva,
۲۴۱ : کاذب شماع اطوئٹ	Pseudo-actinomycosis,
۲۴۰ : پیلو سی	Peliosis,
۲۳۹ : سدقہ	Periosis,
۲۳۸ : سدقہ	perithoracic,
۲۳۷ : سدقہ	Sexual,
۲۳۶ : سدقہ	pustular, of ectomycosis,
۲۳۵ : سدقہ	Pseudom, abscessing granuloma of,
۲۳۴ : سدقہ	Pustular pustules of ectomycosis,
۲۳۳ : سدقہ	Pustule, staphylococcal,
۲۳۲ : سدقہ	Pustules or pustular,
۲۳۱ : سدقہ	Pyomyositis, tropical,
۲۳۰ : سدقہ	Pyrosis marsson,
۲۲۹ : سدقہ	Quarant malaria,
۲۲۸ : سدقہ	Quirina in tabula,
۲۲۷ : سدقہ	skin eruptions due to,
۲۲۶ : سدقہ	Rabbit fever,
۲۲۵ : سدقہ	Rabies,
۲۲۴ : سدقہ	"furious" and "dumb,"
۲۲۳ : سدقہ	Reckless disease,
۲۲۲ : سدقہ	fever,
۲۲۱ : سدقہ	Reckless Weil-Felix,
۲۲۰ : سدقہ	Relapsing fever, leave,
۲۱۹ : سدقہ	tick,
۲۱۸ : سدقہ	Renal hydatid,
۲۱۷ : سدقہ	Response, triple, in usteria,
۲۱۶ : سدقہ	Retromucular intertrigo,
۲۱۵ : سدقہ	Rhagades,
۲۱۴ : سدقہ	Rhinodermatitis,
۲۱۳ : سدقہ	Rhinoparotiditis,
۲۱۲ : سدقہ	Rice-water stools,
۲۱۱ : سدقہ	Rickettsia, diseases due to, in tropics,
۲۱۰ : سدقہ	Rock Valley fever,
۲۰۹ : سدقہ	Rhino,
۲۰۸ : سدقہ	Ring forms in mules,
۲۰۷ : سدقہ	Rings,
۲۰۶ : سدقہ	Rings,
۲۰۵ : سدقہ	Rings,
۲۰۴ : سدقہ	Rings,
۲۰۳ : سدقہ	Rings,
۲۰۲ : سدقہ	Rings,
۲۰۱ : سدقہ	Rings,
۲۰۰ : سدقہ	Rings,

پسینہ ، ۳۵۸	Despiration,
پیش (خاموشی) ۴۸۸	Poet-
آبلہ ، اکتات پذیر ، مدارینہ ، ۴۱۲	Pongolous, shagging, tropical,
طیباتومی شب ، ۴۶۱	Phlebotomus fever,
پیان ، ۵۱۴	Pina,
پائیدار ، ۴۱۸	Piedra,
جلد میں لون کی تبدیلیاں ، ۳۵۰	Pigment in skin, alterations of,
پنڈا ، ۴۱۴	Pinta,
تغییل ، حرازہ ، نیا ، مزین ، ۴۲۹	Pityriasis lichenoides chronic,
سرخ شمری ، ۳۸۱ ، ۳۰۱ ، ۳۰۶	rubra pilaris,
سائہ ، ۸۶	simplex,
شخص ، ۳۴۹	acutoides
ضامون ، ۴۸۸	Plague,
ذات اثری ، ۴۱۲	pneumonic,
پلازموکین ، طیریا میں ، ۴۵۴	Plasmoquine in malaris,
ایک کی سمومیت ، ۴۱۰	Poisoning, snake,
زهر بلی مچھلیاں ، ۴۰۴	Poisonous fishes,
حبایہ ، ۴۳۵	Pompholyx,
سامر جراثی التهاب ، ۴۳	Pompholliculitis,
ہل کی مدارینہ عدم مویت ، ۴۱۲	Pregnancy, tropical necrosis of,
پیش فلوڈیہ ، دربار جلد ، ۳۰۴	Prunaceous erythrodermia,
سرخ دانے ، ۴	Prickly heat,
نار حیوانی امراض ، مدارینہ میں ، ۴۲۹	Protozoal diseases in tropics,
جلد کے ، ۱۵۱	diseases of skin,
مکک ، ۲۱۶-۲۱۷	Prurigo,
محدود انعام ، ۲۳۰	circumscribed,
وختاناک یا خولفانک ، ۳۱۴	sever vel agria,
سرمائی ، ۳۰۱	hiemalis,
گرھکی ، ۳۰۰	nodularis,
پسینہ ، ۳۳۳	of Bernier,
ہیرا ، ۲۲۰	of Hebra,
مککی پتر ، ۲۱۶	papule,
مکک ، سادہ ، منتشر ، ۲۲۳	simple, diffuse,
سادہ ، ۲۲۰	simplex,
حاد ، ۲۲۵	nodulus,
سرمائی ، ۲۲۳-۲۲۴	nodose,
سرمائی ، ۳۰۱	winter,
مکک ، ۲۱۲	Pruritus,
مکک نامور ، ۲۲۲	not,

گر بنامی ۲	Nodules,
کافی مالتی ۶۶۰	Gastroids,
ناروت کی خارش ۱۶۶	Norwegian scabies,
مرض امدن ۳۵۳	Ochroleptosis,
مری دھنگ ۶۰۲	Oleospilogastromiasis,
بزرگ ضریت ۱۵۰	Oididomyces,
خار دھیت ۶۶۲	Oleoneeriosis,
توبالسی ۲۱	Oryzias,
مشرقی مامون ۲۸۸	Oriental plague,
قرص ۱۵۹ - ۵۴	ore,
آپ اوزیا ۵۰۳	Oryza form,
عظم العقب کی مقامی شدت یثروورق، ۲۰	Oxalis, hypertrophy of, endemic,
توکومہ کرمک ۶۰۲	Oxyuris venularis,
آپ وادی پوات ۵۰۲	Pahang Valley fever,
اجامیت ۵۲۹	Palmito,
بخشی تب ۵۴۹	Papadai fever,
بخوری تودات - جلد ۳۰۶	Papular eruptions of skin,
تود ۴	Papules,
بخوری تفری دزی ۱۱۰	Papulo-necrotic tuberculide,
تود قاعدی جسم ۵۰۸	Parasol body,
پیراسکوپیٹ ۶۶۲	Parapneumonia,
قریت مشوع ۳۳۰	Parasitosis variegata,
پیرام استومیت ۶۱۰	Parasitostomiasis,
صدفہ نما ۳۳۰	Parasporiasis,
قشری ۳۳۱	on gonitis,
قشری ۳۳۱	guttis,
مزاج نما ۳۳۲	lithenoid,
تدلی بدن نور خارش کے درمیان نفوذی تطبیق ۱۶۲	Pedicularis corporis and scabies, differential diagnosis of,
فل الماس ۱۶۰	Pediculus vagus,
فلما ۱۶۴	pubis,
طبوبات ۱۶۱	vestimentorum,
تود القاع ۳۲۹	Pemphigus,
حاد خیت ۳۲۹	acutus malignus,
تمدی - مازین می ۱۵۰	contagious in tropics,
ورگی ۳۳۳	fuliginosa,
تود لودوی ۵۲	acuminata,
تبی ۳۳۵	vegetans,
حام ۳۳۰	vulgaris,

میاه پندوی *	۳۵۱	Melanoderma,
مواد بولتی تب *	۵۵۸	Melanotic fever,
مواد جلد *	۳۵۱	Melasma,
مراجعه نما مرض *	۵۸۶	Meliodosis,
بند حیوانی امراض جلد *	۱۵۱	Metastatic diseases of skin,
خرد تبی امراض جلد *	۲۰	Microscopical diseases of skin,
خرد غلزدی *	۶۲۳	Microfiliasis,
خرد پندوی نورامیت *	۱۳۷	Microsporidiosis,
میلیه *	۳۶۰	Milium,
للی *	۳۶۱	crystallina,
سرخ *	۳۶۱	rubra,
دلمه *	۳۶۱	Milium,
فتات کی نیش زنی *	۶۶۳	Mites, bites of,
شندی و خوت *	۶	Molluscum contagiosum,
سببی مرض * مدارین میں *	۵۱۰	Momiliasis in tropics,
قلمه *	۳۳۵	Morphoea,
پشه کرم *	۷۱۵	Mosquito-borne,
سوار پا *	۷۲۳	Mousy foot,
فطری سله *	۵۱۱	Mycetozoa,
فطری امراض * مدارین میں *	۱۲۳-۵۰۹	Mycoses in tropics,
متنظر فطری *	۳۸۱	Mycosis fungoides,
نماییت *	۶۸۳	Myiasis,
مغوی *	۶۸۷	intestinal,
خشی *	۷۱۸	linearis,
عقوی سله * جلد کا *	۳۸۵	Myoma of skin,
عقوی التهاب * قیچی * مدارین میں *	۵۰۸	Myositis purulenta tropica,
مدار زنی *	۵۰۸	tropical,
ناخداون کا سله *	۱۲۲	Nails, thin of,
نانوکایامی *	۵۳۱	Nanukayami,
خفده رومالی *	۳۹	Napkin rash,
نیکتیر ایوری کشش *	۶۵۳	Necator americanus,
ناتیکون سے پیدا شدہ امراض * مدارین میں *	۶۵۱	Nematodes, diseases due to, in tropics,
نارسه *	۲۰۰	Notoleraeb,
حصی ادم التهاب *	۲۳۱	Neurodermatitis,
حصی سله * جلد کا *	۳۸۵	Neuroma of skin,
کرب نژد مغوی *	۵۲۱	Nodes, juxta-articular,
کریچی التهاب ادمه *	۷۱۰	Nodular dermatitis,
جلام *	۴۵۹	leprosy,

جراثیم ۲۹۹ *	Lichenification,
جراثیم پستانه ۲۹۸ *	Lichenisation of thorax,
نوروز حساسیت + پاناسی قسمی ۲۹۹ *	Light-sensitiveness of adult type,
کلاچ ۱۸۵ *	Livedo,
چگر کا مزاج ۵۶۲ *	Liver, abscess of,
کا کیسیدہ ۶۵۲ *	hydatid of,
لوا لوا ۶۵۹ *	Loa loa,
لوی سر باکسمہ ۵۲۲ *	Loose relapsing fever,
لشمن ۵۲۹ *	typhus,
پمپھولس کا کیسیدہ ۶۵۶ *	Lung, hydatid of,
ذنبہ + مفری ۱۸۸ *	Lupus erythematosus,
دختر و جیس ۱۱۸ *	milium faciei,
طمرق ۱۲۲ *	pernio,
پروک ۱۱۵ *	varicella,
مصولی ۱۰۹ *	vulgaris,
لٹی حروق ملہ + جلد کا ۲۲۵ *	Lymphangitis of skin,
لٹی حروق کا اشتیاق + لٹی + جیس + لکسی ۲۶۱ *	Lymphangitis streptococcal, relapsing,
لٹی حروق ملہ سلیم + جلد کا ۱۲۳ *	Lymphogranuloma, benign, of skin,
لٹی ۲۲۰ *	inguinale,
لسار ۵۲۳ *	Lysin,
مکزی خلوی عدم دمویٹ + مداریف ۲۹۲ *	Malarial anaemia, tropical,
لاچوری لکھات ۱۶۶ *	Malaria malarica,
لکھات ۴ *	Malaria,
مدور یا ۵۱۱ *	Malaria falc,
فقریت ۵۱۱ *	myxosis,
قرشی مکسمہ + لکھو کا ۶۸۵ *	Maggot, (large floor,
ماریا ۵۲۹ *	Malaria,
ملم لکھ ۵۲۸ *	benign tertian,
ویس ۵۲۹ *	quartan,
لکھ + شبیت ۵۳۰ *	tertian, malignant,
ملیریا + ماسکویٹ بولٹ ۵۳۸ *	Malarial haemoglobinuria,
مطابق کی دو تہا حیات ۵۳۲ *	parasite, life history of,
مال دل پشو ۱۷۵ *	Mal del Pindo,
شبیت لکھ ماریا ۵۳۰ *	Malignant tertian malaria,
مالٹی آپ ۶۹۵ *	Mulm fever,
دلتی کپ ۵۳۹ *	Marsli fever,
میں سر دوم ۶۹۵ *	Mediterranean fever,
میلوس ۷۰۰ *	Medusae,
مکزی خلوی عدم دمویٹ + مداریف ۲۹۲ *	Megaloctytic anaemia tropical,

کائیاما مرض ۶۲۴	Kaiyama disease,
کھنڈا کا حق مرض ۲۵۰	Keshi mite disease,
قرنیت شری ۲۳۰ * کھگوئی ڈبوی ۲۳۰	Keritose pilae rouge atrophicans,
قرنیت ۲۳۸	Keritosis,
جراہی ۲۳۰	follicularis,
شری ۲۳۶	pilaris,
ڈبوی ۲۳۰ *	atrophicans,
چھتہ دار داد ۱۳۶	Kerion,
مصلی تشخیص، مدافینی فریق کے سروری استعان کے لیے ۲۶۶	Laboratory diagnosis for chemical examina- tion of tropical patient,
لہلیت ۶۰۴	Leishmaniasis,
سروٹ مہاجر ۵۱۸	Lerna migrants,
سرووی سے پیدا شدہ امراض ۶۵۶	Larvac, disease due to,
چلبانیت ۴۰۸	Lathyrism,
کالے والی جو تکبہ ۶۶۰	Loaches, biting,
لیشمانیت ۵۶۶-۵۶۶	Leishmaniasis,
امریکی ادوی ۵۰۶	dermal, American,
کلف ۲۵۶	Leontige,
شر فلپیت ۱۰۲	Lepthitis,
لپرا ۴۰۸	Lepros,
چڈام ۴۰۸	Leprosy,
تھیف مرفوی مرض ۵۲۶	Leptospirosis,
ریاض الجلد ۳۰۴	Leucodermia,
پتی دمویٹ اسرار جلد ۳۰۴	Leukemic erythrodermia,
حرازہ ۴۶۴ * نوکدار ۴۶۴	Lichen acuminatus,
حلالہ دار ۴۶۴	annulatus,
قرق بخش پرودشی یا حرازہ بروی ۴۶۴	cornus hypertrophicus, seu lichen verru- cosus,
خفی ۴۱۲	linearis,
حاشیہ دار یا دیب ۴۱۲	marginalis acie serpiginosus,
لاصہ ۴۱۰	nitidus,
کپلہ قرنیہ ۴۳۰	obtusius cornus,
سطح ۳۰۸	planus,
ڈبوی یا مکاری ۴۱۴	atrophicus seu sclerosus,
مچھو لیسہ دار ۴۱۴	tuberosus,
خنازیری ۱۱۲	seborrhoeorum,
سادہ ترمن ۴۱۶ * وڈالیکا ۴۱۶	simplex clauscas of Vidal,
خضط ۴۱۶	strictus,
مدافینی ۴۰۰	tropicus,
شری ۴۲۰	urticatus,

Hydrocyanic, ethyl esters of, in leprosy,	هیدروسیانیک، استرهای ایتیل، در لیس، ۳۲۰
Hydrox, negative,	تخلیه منفی، ۳۰۵
herpetiformis,	هیرپتوفورم، ۳۵۲
variciformis,	واریسیفرم، ۳۰۵
Hydrophobia,	آب ترس، ۱۹۲
Hymenolepis nana,	نمر سفید، ۶۵۰
Hypertrophia,	بیش نمو، ۳
Hyperidrosis,	کثرت عرق، ۳۵۰
Hypertrophosis of skin,	بیش تریشی، ۳۳۵
Hypertrophosis,	کثرت مو، ۳۳۳
Hypertrophy, endemic, of os esleis,	مقامی اندودت بیش پرورش، عظم‌الصلب کی، ۱۹۰
Hyphogenia sycosis,	اسپیژان اخی، ۱۳۲
Ichthyosis,	لحمیه، ۳۰۲
Impetigo contagiosa,	جذام، ۳۲
Infectious diseases of tropics,	امراض صاره، ۳۲۲
Infective jaundice,	سراش، ۳۳۰
Insect bites,	مشرک کی، ۳۵۱
Intertrigo,	تسبیض، ۳۳
retroauricular,	خلف الاذن، ۳۳
Intestinal myiasis,	مغوی، ۳۵۵
schistosomiasis,	اسکیتوسومیاز، ۳۳۲
taeniasis,	شریطه، ۳۳۵
Iodidosis, skin eruptions due to,	آیواید، ۳۳۰
Itch, eczema,	خارش، ۳۳۵
ground,	محل، ۳۳۵
Jacquet, infantile erythema of,	جاکت، ۳۳۹
Real fever,	تب، ۳۳۹
Japanese Rice fever,	جایانی، ۳۳۹
seven-day fever,	تب هفت روزه، ۳۳۹
Jaundice, infective,	سراش، ۳۳۰
Jelly fish, stings of,	سراش، ۳۳۰
Jungle fever,	جنگلی، ۳۳۹
Justo-articular nodes,	نود، ۳۳۹
Kidney,	کلیه، ۳۳۹
Kaposi's disease,	مرض کپوسی، ۳۳۸

ادیک سلعہ ، دیم جراثیمی ، ۶۷	Gonorrhea pyogenicum.
مترج ۴۵	ulcerating,
زہراوی ، ۲۵	venereum,
کلی خادش ، ۶۷	Gravel itch,
کالی مالائی کریمجی ، ۶۶	Guatemala nodules,
نارو ، ۶۷	Guinea-worm disease,
درد پیر تکلیف ، ۶۷	Gutta serena,
سودیم کائیو کاردائیٹ ، جذام میں ، ۴۸	Gynecarinto sodium in leprosy,
شون غری ، ۳۶	Hæmorrhoids,
ہیو گلوبین یوٹ ، حلیہ پائی ، ۵۵	Hæmoglobæuria, malarial,
ہیو گلوبین یوٹ ، تب ، ۵۵	Hæmoglobæuric fever,
پلدی نرفات ۳	Hæmorrhages in skin,
بالوں کے عوارض ، ۳۳	Hair, affections of,
شہری جراثیم کے عوارض ، ۳۳	follicles, affections of,
قربانے سر ۱۳	Head, ringworm of,
خواری امکالات ، ۴۰	Heat cramps,
شریہ المورٹ ۴۰	stroke,
شکک حیرا ، ۳۰	Helen, prurigo of,
علاج شبہی ، معمولی ڈیہ میں ، ۱۰	Heliotherapy in lupus vulgaris,
دیہی امراض ، مداریں میں ، ۶۶	Helminthic diseases in tropics,
الشیاب سید ، انجیلی ، ۵۶	Hepatitis, amoebæ,
مقامی حیوانی ویائی ، ۴۳	enzootic,
نیلہ ، خدی ، ۱۲	Herpes buccalis,
وجہی یا شہوی ، ۱۱	facialis seu labialis,
اعضائے تناسل ، ۱۱	genitals,
سادہ ، ۱۰	simplex,
نطاق ، ۱۳	zoster,
امصال کوهی ، ۴۴	Hill diarrhoea,
شرائیت ، ۳۳	Hirsuties,
ملاکات ، شری میں ، ۴۰	Hives in urticaria,
مرض خطایہ ، ۶۳	Hook-worm disease,
جینڈر قسم ، گرمائی شکک کی ، ۴۵	Hutchinson type of summer prurigo,
کیویتی ، استبداد ، ۶۴	Hydatid, anophylaxia,
دولرہ ، ۳۸	cysts,
مرض ، ۳۶	disease,
کیوہہ دماغ کا ، ۳۸	of brain,
چکر کا ، ۳۳	of liver,
پہیچرہ ، ۳۶	of lung,
خلوی ، ۳۶	renal,

تبہ کوہِ راکی، ۴۵۴	Fever, Rocky Mountain,
ویک مگسو، ۴۵۶	sun-dry,
دھبے دار، ۴۵۴	spotted,
مشوچ، ۴۵۵	undulant,
وادی یانگسو، ۴۵۴	Yamtre Valley,
زرد، ۴۵۴	yellow,
لیق سلوہ دھوہ، ۴۵۴	Mikraun molinecum,
فلاریا ہان کرونائی، ۴۵۴	Filaria bancrofti,
سشر، ۴۵۵	perstans,
فلاریت، ۴۵۴	Filarisis,
تطایر پلیر لشیات سے پیدا شدہ مداریوں امراض، ۴۵۴	Filterable viruses, diseases of tropics due to,
ڈھریل مچھلیا، ۵۰۷	Fishes, poisonous,
حوضی اسہال، ۶۰۴	Flagellate diarrhoea,
تب سیلاب، ۴۵۷	Flood fever,
وشیعات سے پیدا شدہ امراض، ۶۰۶	Flukes, diseases due to
خفاقی حسودیت و مداریوں امراض میں، ۵۰۷	Foal poisoning in tropical diseases,
چنگلی باز، ۵۰۶	Forsyth yams,
فراسیسیا، ۵۱۷-۵۱۷	Framboesia,
مداریوں، ۵۱۷	tropics,
چھائی، ۴۵۴	Freckles,
فونیل بارتیس میڈی ٹیپس، ۶۶۵	Fucicormius medicensis,
فطرات سے پیدا شدہ امراض، مداریوں میں، ۵۰۹	Fungi, diseases due to, in tropics,
چند کے، ۱۳۴	of skin due to,
اگر پائی، ۵۱۱	Fungus foot,
دمل، ۴۸۰	Furuncle,
دمبلیت، ۴۸۰	Furunculosis,
گنگو سہ، ۵۲۰	Gangraa,
مدی صوی شلہ کا مداریوں لسانہ فعل، ۴۱۴	gastro-intestinal tract, tropical dysfunction, of,
اعضائے تناسل کا دھبہ لکڑی، ۴۵۵	Genitals, scarpigous ulceration of,
گیاردیت، ۶۰۴	Giardiasis,
سونا، ادراری ڈبہ کے علاج میں، ۱۱۲	Gold in treatment of lupus erythematosus,
مدلیہ نما کے علاج میں، ۳۲۲	parapsoriasis,
گوڈو، ۵۱۱	Goundou,
اچ کھلی، ۱۷۰	Grain-itch,
ویک سلوہ "سلوہ دار، ۱۷۸	Grossolam annulare,
کاسو ڈی آئیڈی، ۵۱۳	euchoidal,
لی، ۴۵۵	legumale,

۱۸۰	عمراد خضرق	Erythema persio,
۱۷۱	امراض	Erythemas, the,
۱۷۱	امراض الصباني ثورات	Erythematous eruptions of skin,
۳۸۴		
۱۵۳	عمر	Erythrasma,
۱۸۶	امراض زرقاق ساق دوشیزه	Erythrocyanosis crurum puellaris,
۳۰۵	امراض ابله و پیش دموئی	Erythrodermia, leukaemic,
۳۰۳	پیش طوطی	pruritic,
۳۶۹	امراض جلد	Erythrodermia, the,
۵۷۶	امپتیا	Exanthema,
۳۰	استحاج	Excretion,
۳۰۴	خشکی حرارت	Exhaustion, heat,
۶۰۷	فیشیولا هپاتیکا	Fasciola hepatica,
۶۰۶	ردائیت	Fusarioliasis,
۶۰۹	فیشیولا لوپس بکس	Fasciolopsis buski,
۳۷	جلد اراس کا ایکروماتاسا جینی ثبات	Fauces teigne amiantaceae d' Alibert,
۱۴۷	قراض یا شیدی ثورات	Favides,
۲۶۱	مسوویت لویا	Favism,
۳۶۵	تب اساطی	Fever, abortus,
۵۶۷-۵۶۸	سیاه	black,
۵۵۸	سیاه بول	blackwater,
۳۳۸	مڈی توڑ	break-bone,
۳۳۸	ڈیڈی	dandy,
۵۰۳	آهونگس	dearly,
۵۵۸	میسوگلوبین بولق یا سواد بولق	haemoglobinuric or melanuric,
۳۳۹	زندانی	jaill,
۳۵۷	جاپانی دریائی	Japanese River,
۵۳۶	هفت روزہ	seven-day,
۳۹۵	مالٹائی	Malta,
۳۳۹	دلدلی یا چنگلی	marsh or jungle,
۳۶۵	بحر روم	Mediterranean,
۵۰۴	نوریا	Oryza,
۵۰۴	وادی پوانت	Phavaat Valley,
۵۰۴	خرگوشی	rabbit,
۵۳۷	موش گزیدگی	rat-bite,
۵۳۷	ناکسہ تپتی	relapsing, louse,
۵۳۷	قرلای	tick,
۳۳۳	وادی شقاق	Rift Valley,

شریطہ الخشبہ ، ۶۳۶	Echinococcus,
ذرائع ، ۶۳۵	granulosus,
ناقلیت ، ۳۰	Ecthyma,
ایکویما ، ۶۶۶	Eczema,
بروزی حادثات کی وجہ سے پیدا ہونے والا ، ۶۴۳	due to external factor.
رضعی ، ۶۶۸	infantile,
تسمیتی ، ۶۶۷	intertrigo,
حاشیہ دار ، ۶۶۰	marginatum,
نکسہ نما ، ۶۶۶	nummular,
داخلی مبداء کا ، ۶۴۵	of internal origin,
سیلان القحطی ، ۶۶۶	schorlous,
کے اقسام ، ۶۶۶	varieties of,
ایکریما انسانویا ، چوارح کا ، ۶۳۰	Ectematoid ringworm of extremities,
سیجی تپتی تودان ، چاندلر اس کا ، ۳۰	streptococcal eruption of scalp,
دورقہ ، ۶۶۵	tuberculide,
مدریض پام پھلیوں سے گردگی ، ۴۰۸	Tels. tropical bites from,
الہیائی کولورڈ کی گردگی ، ۴۰۳	Elapine colubrid bites,
دائ الخیل یونانی ، ۴۰۸	Elephantiasis graecorum,
ایمپٹین ، امیبائی زحیر میں ، ۶۹۲	Emetine in amoebic dysentery,
امیبائی التهاب کبد میں ، ۶۰۰	in amoebic hepatitis.
ایمپٹین - ہستہ - آئیوڈائیڈ ، امیبائی زحیر میں ، ۵۹۲	Emetine-iodide in amoebic dysentery.
مصاباش کرمکوں کا مرض ، ۶۸۴	Enterobiasis,
کرمک مصاباش ، ۶۸۴	Enterobius vermicularis,
مفاسم حیوانی وبائی التهاب کبد ، ۴۴۳	Enzootic hepatitis,
بھائیاس ، ۴۵۴	Ephelis,
آگہ کی ، ۶۸۶	ab igne,
برادمی ادناء حبابی ، ۴۳۵	Epidermolysis bullosa,
برادمی غلری تودانات ، ۶۴۷	Epidermophytilides,
اربی برادمی غلری ، ۶۴۰ ، ۶۶۰	Epidermophyton inguinale,
تودان دہیب ، ۶۸۸	Eruption, creeping,
سرخ بادہ نما ، ۶۴۱	Erysipeloid,
اسرار آتش ، ۶۸۶	Erythema ab igne,
حلقہ دار مرکز گر ، ۶۵۶	annulare centrifugum,
تعلیمی ، ۶۴۱	insularum,
رضعی ، جیکٹ کا ، ۶۶۱	infantile, of Jacquet,
تسمیتی ، ۴۳	intertrigo,
کثیر الاشکال ، ۶۵۲	multiforme,
کرمکی ، ۶۸۰	nodosum,

جلد مرمرین ۱۸۵	Cutis marmorata,
ملون ۱۸۶	pigmentosa,
انبازان ذہنیہ ۶۳۴	Cysticercosis,
دورے ۶۳۸	Cysts, hydatid,
دھن ۳۶۲	sebaceous,
ڈنڈی تب ۲۳۸	Dandy fever,
ڈارلر کا مرض ۲۳۰	Darier's disease,
ڈارلر-روسی، subcutaneous sarcoïd of,	
ڈیر فلی تب ۵۰۲	Deer-fly fever,
دہلی دھل ۵۵۳	Delhi boil,
ڈیگہ ۲۳۸	Dengue,
الہباب جلد، دھیمی منگریٹ ۲۶	Deramulitis gangrenosa infantum,
نخہ شکل ۲۵۲	herpetiformis,
ایکرماتی بیماری ۶۶	infestation oenomatoides,
کروچی ۷۱۰	nodular,
حلیس شمرانی ۶۲	papillaris capillitis,
ناگہانی ۷۰	raposa,
شری اور آفتاب ۲۶۳	traumatic and solar,
عندش ۲۵۷	venenata,
جلد شکن ۳۸۳	Dermatolysis,
ادواء الجلد ۹	Dermatosis,
جلد نکالی ۲۰۹	Dermographism,
اسہال امیت ۲۹۳	Diarrhoea alba,
کوپین پتی ۲۱۲	Cochin-China,
موٹی ۶۰۲	disjuncta,
کوس ۲۲۲	hill,
دوچری داسیہ ہریٹ ۶۲۹	Dibothriocephalus latus,
غذا کی قلت، مدارین امراض میں ۳۰۷	Diet, deficiencies in, in tropical disease,
دو برگی جویہ حریفہ ۶۲۶	Diphyllbothrium latum,
ڈی لائیٹ پم سینائیم ۶۲۸	Dipythidium caninum,
مرض دلتہ ۶۶۵	Dracontiasis,
طریقہ مدنی ۶۶۵	Draconculus medicamentis,
مرض ڈوہرنک ۲۵۲	Duhring's disease,
زحیر ۵۸۶	Dysentery, amoebic,
عمیو ی ۳۳۰	bacillary,
مرض ۳۶۵	chronic,
۶۰۲	ciliated,
قود تبریق ۲۲۵	Dysidrosis,
سودہ ہضم ۱۱۶	Dyspepsia in rosacea,

اسکولہ نرم ، ۱۲۷	Consere, soft,
سخت و نرم اسکولوں میں تفریق ، ۱۲۹	Contrives, hard and soft, differentiation between,
اسکولہ نما ، ۱۲۷	Chaucroid,
چپا ، ۱۲۳	Chappa,
چپہ ، ۱۲۳	Chape,
چال موگرا کا تیل ، جذام میں ، ۲۲۲	Chaulmogra oil in leprosy,
دست و پائی حبابہ ، ۳۲۲	Cheirspompholyx,
خلبہ ، ۳۲۲	Cheloid,
مرض چکر ، ۷۱۶	Chigger disease,
خضرت ، ۱۲۳	Chilblain,
چیپولا ، ۷۲۱	Chipola,
چیروفا ، ۷۲۲	Chirna,
چرش ، ۳۵۶	Chlousum,
دسی ، ۳۵۲	uterious,
کلاؤں سے پیدا ہونے والے جلدی ٹورانات ، ۲۵۹	Chloral, skin eruptions due to,
چولہہ ، ۳۶۹	Cholera,
چون خری ، ۳۶۰	Chromidrosis,
چند ، ۳	Cientrix or sent,
چندی زحیر ، ۶۵۲	Ciliate dysentery,
چوران خون ، شمری ، ۱۲۲	Circulation, chilblain,
چبہ مناشی ، ۳۲۲	Climatic babe,
کلون آرمسٹ ، ۶۱۰	Cloaschidiasis,
کاکسی ڈی ایڈیس ، ۵۱۲	Coccidioides,
کوجین چینی اسہال ، ۵۱۲	Cochin-China diarrhoea,
نعلہ ، ۸۷	Comedo,
ظناحہ یا نوکد بروکہ ، ۱۷۷	Condyloma vel verruca acuminata,
کانگو کا فرش مگہ ، ۶۱۷	Congo floor maggot,
خارش ریلین ، ۶۷۵	Onchio itch,
کوپلیا سے پیدا ہونے والے جلدی ٹورانات ، ۲۵۹	Copaha, skin eruptions due to,
کوپر اسمبلی ، ۱۷۰	Copra-itch,
سکات ، ۳۳۷	Corns,
جلدی قرنہ ، ۳۳۷	Corun cutaneous,
امکالات ، حراری ، ۴۰۵	Cramps, heat,
کراکرا ، ۷۱۰	Craw-craw,
توران سپ ، ۷۱۸	Creeping eruption,
پٹریاں یا کھرنٹ ، ۴	Crusta or scabs,
کباب چینی سے پیدا ہونے والے جلدی ٹورانات ، ۲۶۰	Cubeta, skin eruptions due to,

سیاہ موت ، ۴۸۸	Black death,
تب ، ۴۵۲-۴۶۰	fever,
جے ، ۴۴۴	vomit,
کھیل ، ۸۷	Blackhead,
سیاہ پوری تب ، ۵۵۸	Blackwater fever,
چھالیں جلد میں ، ۳۰	Blebs in skin,
سوط مایہ ، ۵۷۸	Nephrophat,
خون کی تصویر ، کالا آزار میں ، ۵۰۰	Blood picture in kala-azar,
کا پسینہ میں آتا ، ۴۶۰	sweating of,
نیلہ مرض ، ۴۵۳	Blue disease,
بوٹیک کا پتھری جلیہ ، ۱۱۸	Bock, papular sarcoid of,
دہل بغدادی ، ۵۷۳	Boh, Bagdad,
دھیل ، ۴۸	Boils,
بوریکس اور بوردک ایسٹکے باعث جلدی	Borax and boric acid, skin eruptions due to,
تورانات ، ۴۵۶	
دماغ کا کیسینہ ، ۶۴۸	Brain, hydatid of,
برازیلی ترغایت ، ۵۵۳	Brazilian trypanosomiasis,
ہڈی توڑ ہڈار ، ۴۳۸	Break-bone fever,
بروماٹوزکے باعث جلدی تورانات ، ۴۵۶	Bromides, skin eruptions due to,
بذیر تعریق ، ۴۵۶	Broadbrooks,
کبہ مناشی ، ۴۴۳	Bubo, climatic,
بچہ بولسے جلد میں ، ۳	Bullae in skin,
بچہ بولسے دار تورانات ، جلد کے ، ۳۶۱	Bullous eruptions of skin,
بٹوشیے ، ۶۷۵	Bunches,
برسی داد ، ۱۶۰	Rumex ringworm,
تیشی کی شکل ، امروزی ڈبہ میں ، ۱۶۰	Butterfly in lupus erythematosus,
مرض کھلی ٹورنیا ، ۵۶۲	California disease,
کسوپ ، ۳۳۷	Callosities,
جبر ، ۳۶۶	Calvities,
کیرائیٹ ، ۵۱۷	Caruncle,
کاربار سون ، امروزی زہر میں ، ۵۶۳	Carburene in amoebic dysentery,
کاربول پولیت ، ۴۵۴	Carbolarin,
راج پھوڑا ، ۵۳	Caruncle,
مرض کیرنٹین ، ۵۰۲	Carrion's disease,
کھنکھوروں کی گڑبگڑ ، ۶۶۷	Centipede bites,
ڈنڈی الشہاب ادبہ ، ۵۶۶	Cercarial dermatitis
دیہاتیوں سے پیدائندہ الزام و مدافعت میں ،	Cestodes, diseases due to, in tropics,
۶۴۷	
چاکاس کا مرض ، ۵۸۴	Chagas' disease,

امیبائی زحیم ، ۵۸۶	Amoebic dysentery,
التهاب کبد ، ۵۹۳	hepatitis,
عدم دمویٹ ، کملاں ، ڈاوی ، مدارین و ۶۹۲	Anaemia, macrocytic, tropical,
ہڈیم الحس جڈم ، ۴۸۱	Anaesthetic leprosy,
اسفداف ، کبیبائی ، ۳۴۲	Asaphynosis, hydatid,
ایٹا یو لین ، امیبائی زحیم میں ، ۵۹۰	Asayedin in amoebic dysentery,
انٹا عشوری کج دھنہ ، ۶۰۳	Ancylostoma duodenale,
مرض کج دھنہ ، ۶۰۳	Ancylostomiasis,
آنکھوت ، ۳۵۸	Anikrosis,
حیوانی خارشت ، ۱۰۰	Animal scabies,
ایٹو یا ٹوٹ کے باعث جلدی ٹورانات ، ۲۵۸	Antipyrin, skin eruptions due to,
سکتہ حراری ، ۶۰۲	Apoplexy, head,
حکببوں کی گر بندی ، ۶۹۳	Arachnid bites,
رقبہ سیلس ، ۴۰۴	Area Celsi,
سکببوں کے باعث جلدی ٹورانات ، ۲۵۸	Arsenic, skin eruptions due to,
صفاریت ، ۶۰۸	Ascariasis,
خراطین صفاد ، ۶۰۸	Ascaris lumbricoides,
دہہ اللہاہہ ایشائی ، ۶۲۴	Asintic schistosomiasis,
ایڈیرین ، مڈریا میں ، ۵۵۰	Atetria in malaris,
قلق سیت ، ۴۶۱	Atripidiciana,
ذہوب جلد ، ایمن ، ۳۵۰	Atrophoderma in albidis,
مخاط اور لعلی دار ، ۲۴۸	striata et maculate,
حصیری امراض ، جلد کے ، ۱۰۰	Tertiary diseases of skin,
زحیم ، ۴۶۰	dysentery,
زمن ، ۴۶۵	chronic,
جراثیمی امراض ، جلد کے ، ۲۰	Bacterial diseases of skin,
مدارین کے ، ۴۰۹	of tropics,
بلدادی دمل ، ۵۰۴	Boghead boil,
مرض یژن ، ۱۶۱	Tassin's disease,
ڈاڑھی کا داغ ، ۱۲۲	Beard, ringworm of,
کرم گوشت کاڑ ، ۶۸۵	Beef-worm,
بیسٹیر کا سکاگ ، ۲۳۳	Besnier, prurigo of,
ایڑی کی کملاں ، ۰۲۰	Big head,
بلہارڈیا ، ۶۱۵	Bilharzia,
پیش زڈ اور گر بندی ، ۶۸۹	Bites and stings,
حکببوں کی ، ۶۱۴	arachnid,
ایلیٹان کمو اور ڈکی ، ۰۰۳	elapine colubrid,
سانپ کی ، ۶۱۸	snake,
واپروں کی ، ۰۰۳	viperina,

اشاریہ

عمل طب

جلد چہارم

تب اسفاسی ، ۲۹۵	Abortus fevus,
خراج کبد ، ۵۹۲	Abscess of liver,
خراجات متعددہ ، شیر خواروں کے ، ۵۰	Abscesses, multiple, of infants,
دوائی کی مسود ، ۳۵۶	Acanthosis nigricans,
ایک کی مسوبیت ، ۲۹۰	Askee poisoning,
تظہر خلی ، ۶۳	Acne cheloid,
جیس ، ۶۴	frontalis,
کتتری ، ۶۴	necrotica,
وردی ، ۱۹۵	roseum,
جدی ، ۶۳	varioliformis,
مصولی ، ۸۸	vulgaris,
جوانی جلدی الثباب مسلسل ، ۷۰	Acrodermatitis continua,
ملاہت جلد انگشت ، ۲۴۴	Acrosceleroderma,
دھنی قدی سلمہ ، ۳۶۲	Adenoma sebaceum,
الرقی کرغایت ، ۵۷۷	African trypanosomiasis,
نویہ ، ۵۳۹	Ague,
ایتم ، ۷۱۹	Aizoon,
مرض ایکوموشی ، ۲۵۷	Akumushi disease,
امہاق ، ۳۵۲	Albinism,
ایڈیپاٹ کا کاشلہ ، کالا آزار میں ، ۵۷۰	Aldohyde test in kula-azar,
الکین بولیت ، ۳۵۴	Alkaptonuria,
سلمہ ، ۳۶۲	Alopecia,
رلی ، ۲۷۴	areata,
سیلان الدھن کے ساتھ اپتلاک ، ۲۷۰	association with seborrhoea,
سیلان الدھنی یا قبل از وقت ، ۳۶۹	seborrhoeica vel premature,
علاماتی ، ۳۶۷	symptomatic,
آتشکی ، ۳۶۸	syrphitic,
ضری ، ۳۶۷	traumatic,
لکھ نیا سلمہ ، ۳۶۹	Alopecia on clairieres,
امیاتیہ ، ۱۵۹	Amoebiasis,